

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – fraternité - Justice

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



EVALUATION DES BESOINS POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2009-2013

RAPPORT FINAL

Février 2009

Initiative «Faire reculer le paludisme»

(ROLL BACK MALARIA)



REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE



Table des Matières

Remerciements.....	4
Résumé	5
Liste des Tableaux.....	8
1. Introduction.....	13
2. Méthodologie	13
3. Profil épidémiologique, données démographiques et socio-économiques	14
4. PROGRES, BESOINS ESTIMES ET REQUETES	20
4.2. Financement en cours.....	25
4.3. Besoins estimés et requêtes, pour atteindre les objectifs de 2010.....	28
5. Principales interventions.....	50
5.1. Prévention	50
5.2. Gestion des Cas.....	60
6. Questions transversales	69
6.2. Plaidoyer/CCC/IEC.....	72
6.3. Suivi et Evaluation.....	76
7. Gestion de programmes et des systèmes de santé	79
7.1. Systèmes de santé et Gestion de programmes.....	79
7.2. Gestion de l’approvisionnement.....	89
7.3. Renforcement du Système de Santé	91
Etat de Personnel actuel, des normes et des besoins en personnel en Mauritanie	93
Wilaya	93
Conclusion	95
Annexes.....	97
II – Le Secrétariat général	104
III – Les Directions centrales	106
V – Dispositions finales	119

REMERCIEMENTS

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) de la Mauritanie, appuyé par ses partenaires vient de boucler l'évaluation des besoins « Need Assessment » pour accélérer l'atteinte des objectifs de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » sur la période 2009-2010 et au-delà.

Le PNLN a bénéficié de l'accompagnement nécessaire dans cet exercice.

Les consultants adressent leurs sincères remerciements au Dr Sidi Mohamed Ould Lebatt, Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme ainsi que l'équipe œuvrant au sein de la coordination du programme qui, tout au long de cette mission, nous a apporté son soutien et l'appui nécessaire à la réalisation de ce travail.

Nous remercions également Dr. Boubacar Ould Abdel Aziz (OMS) dont le précieux concours a facilité la mise en œuvre des activités.

Nous adressons nos remerciements à Monsieur le Ministre de la Santé Publique et son staff en particulier au Ministre de la santé, au Secrétaire Général de la Santé ainsi qu'à leurs principaux collaborateurs, à l'équipe de la Direction de la lutte contre la maladie qui n'a ménagé aucun effort pour la conduite de cette évaluation.

Ces remerciements vont également à l'OMS pour l'appui technique et la RBM pour l'appui financier qui a été fournie pour conduire cette évaluation, aux partenaires du système des Nations Unies notamment le Fond Mondial (exécuté par le PNUD), l'UNICEF, aux ONG et associations en particulier le réseau des organisations de la société civile intervenant dans la lutte contre le paludisme et le ver de Guinée en Mauritanie qui ont œuvré sans relâche à l'accomplissement et à la finalisation de ce travail.

L'équipe adresse ses vifs remerciements à Roll Back Malaria et Santé Plus qui ont également assuré un appui technique et financier conséquent à cette évaluation.

RESUME

Une évaluation des besoins vient d'être faite en Mauritanie afin de déterminer les lacunes programmatiques, financières et opérationnelles. Elle a permis également de dégager les contraintes et les possibilités pour atteindre les objectifs « Faire reculer le paludisme » (FRP) de 2010, ainsi que ceux établis par le pays.

L'évaluation a été menée pendant une période propice à l'application de ses résultats et les recommandations seront utiles à l'élaboration de la proposition de la Série 9 du Fonds Mondial.

Le gouvernement Mauritanien a exprimé sa volonté de faire de la lutte contre le paludisme l'une de ses priorités essentielles de développement. Cette volonté est traduite à plusieurs documents dont : Les programmes de développement, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, le cadre de développement à moyen terme, l'initiative PPTE, le plan directeur de la santé (2005-2015). Tous ces programmes s'inscrivent dans le cadre général du plan stratégique de lutte contre la pauvreté prenant en compte les OMDs.

Un document de politique nationale et stratégie pour la période 2006-2010 est disponible au programme et un plan stratégique 2009-2013 est en cours de validation. Une évaluation du Programme pour la période 2002-2006 a été faite et a montré les progrès réalisés par le programme pendant cette période.

Globalement, les interventions mises en œuvre en 2002-2006 ont permis un impact bénéfique sur la santé des populations.

Malgré les résultats satisfaisants obtenus, le paludisme demeure encore un problème prioritaire de santé publique en Mauritanie au regard de sa fréquence, de sa gravité en terme de morbidité et de mortalité particulièrement chez les couches vulnérables (mère et enfant) et de son impact socio économique.

En effet, le paludisme sévit de façon endémique dans les wilayas du sud, zone de riziculture bordant la vallée du fleuve Sénégal et où la transmission est considérée comme stable. Mais au nord dans la zone désertique la transmission est faible et de rares anophèles ont été mis en évidence dans les zones oasiennes. Entre les deux zones s'intercale une zone de paludisme instable où la transmission est saisonnière entraînant des épidémies à répétitions comme en témoignent les relevés épidémiologiques de 1999- 2000- 2003

Des études actualisées (études bio écologiques, enquêtes MIS) s'avèrent indispensable et pourront aider déterminer le faciès épidémiologique du pays. Ces données serviront à améliorer la base de planification des interventions de lutte contre le paludisme en Mauritanie.

Les données actuellement recueillies par la SNIS sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme sont considérées nettement inférieures à la réalité quotidienne, vu la faible qualité du système d'information sanitaire et le nombre de cas qui échappent à la déclaration au niveau communautaire.

C'est pourquoi le SNIS a besoin d'une redynamisation qui pourrait se faire par d'abord par la formation de personnel, ensuite par la dotation d'un équipement informatique approprié avec un personnel spécialisé et motivé au niveau Wilaya afin de permettre la mise en place d'une base de données pour répondre aux besoins des programmes de santé.

Les outils de collecte de données et les outils de gestion des intrants à tous les niveaux doivent être réactualisés pour répondre aux besoins de suivi et d'évaluation.

Pour cela, un plan de suivi évaluation tenant compte de ses besoins pourrait être rapidement disponible pour répondre à ce souci.

En ce qui concerne la mise en œuvre des stratégies retenues par le pays pour la lutte anti paludique, des insuffisances demeurent comme la faible couverture des stratégies majeures (ACTs, MII, TPI). Il faut dire que le nouveau protocole thérapeutique fondé sur des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA.) est récent et que la mise en place n'a débuté que vers la fin de l'année 2008.

La mise en œuvre de la politique de prise en charge gratuite des cas de paludisme, pourrait à la longue avoir des répercussions sur la viabilité des structures sanitaires de tant plus qu'elles tirent leur ressources financières en grande partie des consultations dues au paludisme et à la vente des médicaments fournis par la CAMEC.

Un cadre de réflexion devra être tracé par la DLM, la CAMEC et le PNL, afin d'analyser les répercussions financières de l'accès gratuit du traitement anti paludéen et élaborer des stratégies pour anticiper ces répercussions.

Une intégration des activités des différents programmes au niveau Wilaya et Moughataas est plus que nécessaire pour harmoniser les activités IEC/CCC et de suivi évaluation mais également pour exécuter les activités de laboratoire.

Le niveau périphérique a besoin un coup de pouce pour répondre aux besoins d'atteinte des résultats du Programme. En effet les piliers de la participation communautaire nécessitent d'être réinitialisés et il existe une opportunité pour récupérer les agents de santé communautaire ayant servi à l'éradication du ver de Guinée et qui se trouvent dans la même zone d'intervention du programme.

Plusieurs ONGs nationales et internationales interviennent actuellement dans le domaine du paludisme avec l'existence d'un réseau national pour la lutte contre le paludisme et l'éradication du ver de Guinée qui collabore étroitement avec le programme. Ce réseau

pourra être mis à profit pour le renforcement des activités de lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

Une stratégie de communication pour la lutte contre le paludisme incluant les différentes composantes et déterminant les cibles, les canaux et les messages devraient être élaborés pour tracer un cadre à ces interventions communautaires.

Sur la base de cette évaluation, qui met en balance, les importants efforts engagés et les défis complexes qu'il reste à relever il y a lieu de penser donc que la cible pourra être atteinte.

Globalement, Mauritanie est prête à procéder au passage à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme et de ce fait pourrait atteindre les objectifs RBM 2010 et les maintenir.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Démographie	18
Tableau 2. Indicateurs sanitaires et socio-économiques.....	19
Tableau 3. Population à risque de paludisme par stratification épidémiologique	17
Tableau 4. Interventions RBM, indicateurs et cibles du PNLP	20
Tableau 5. Principaux bailleurs de fonds et domaines d'intervention	29
Tableau 6. Financement en cours pour les années (2009-2013),.....	33
Tableau 8. Résumé des écarts financiers par domaine d'intervention(USD)	51
Tableau 9 Résumé des écarts financiers par type de coûts (USD)	52
Tableau 10. A. Besoins de financement en MII's pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM	53
Tableau 10 b. Besoins de financement en PID pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM	53
Tableau 10 c. Besoins de financement en TPI pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM	54
60 Tableau 10 d Besoins de financement en TDR pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM	54
Tableau 10 e Besoins de financement pour le traitement en vue d'atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM	55
Tableau 11 . Besoins de Financement – Domaines Transversaux (USD)	56
Tableau 12. Besoins de financement en MII's pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM.....	60
Tableau 13. PID Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD).....	64
Tableau 14. Financement des besoins pour la lutte Anti-larvaire et gestion de l'environnement (USD).....	66
Tableau 15. Financement des besoins pour la TPI (USD)	68
Tableau 16. Besoins de financement pour les Services de Diagnostic afin d'atteindre les objectifs de RBM 2010 (USD)	74
Tableau 17. Besoins de financement pour le traitement en vue d'atteindre les objectifs de RBM	78

Tableau 18. Financement des besoins pour les situations d'épidémies et urgences (USD)	82
Tableau 19. Besoins de financement pour les activités d'IEC/CCC en vue d'atteindre les objectifs de RBM	84
Tableau 20. Besoins de financement pour les activités de SE et la recherche opérationnelle.	89
Tableau 21. Besoins d'appui des Partenaires du PNL, rôles et couverture/ capacité de mise en œuvre.....	95
Tableau 22. Résumé des Besoins en Gestion de Programme et du Renforcement Institutionnel.....	97
Tableau 23. Normes en Personnel, Personnel Actuel et Besoins	103
Tableau 24. Les équipements de santé publique et l' infrastructure	107

Liste des graphiques

Figure 1 : Zones Géoclimatiques en fonction du faciès épidémiologique	21
Figure 2 : Evolution du Paludisme en Mauritanie 1998-2007,	23
Figure 3 : Evolution mensuelle du Paludisme par Wilaya (SNIS 2007).....	24
Figure 4 : Evolution des cas de paludisme en Mauritanie (SNIS 2007).....	24
Figure 5 : Répartition des cas de paludisme par Wilaya.....	25
Figure 6 : Organigramme du Programme National de Lutte contre le Paludisme.....	25

Liste des sigles et acronymes

ACT/CTA	: Combinaison Thérapeutiques à l'Artémisinine
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BID	: Banque Islamique de développement
BM	: Banque Mondiale
CAMEC	: Centrale d'Achat de Médicament et Consommable
CAP	: Connaissances Attitude et Pratique
CCM	: Comité national de coordination multi sectorielle de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose
CIP	: Communication Interpersonnelle
CPN	: Consultation Prénatale
CS	: Centre de Santé
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
DAF	: Direction Administratif et Financière
DLM	: Direction de la Lutte contre la Maladie
DRAS	: Direction Régionale de l'Action Sanitaire
EDS	: Enquête Démographique et Santé
EPH	: Etablissement Public Hospitalier
EPS	: Education Pour la Santé
FRP	: Faire reculer le paludisme
GFATM	: Fonds Mondial
HR	: Hôpital Régional
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC/CCC	: Information Education Communication/ communication pour le Changement de Comportement
IMS	: Infirmier Médico-sociale
INRSP	: Institut National de Recherche en Santé Publique
IP	: Indice Plasmodique
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
CAP	: Connaissances Attitudes Pratiques
Km	: Kilomètre
LAP	: Lutte Antipaludique
LIV	: Lutte Intégrée contre les Vecteurs
LAV	: Lutte anti larvaire
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey
MII	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MILD	: Moustiquaires Imprégnées Longue Durée
MILDA	: Moustiquaires Imprégnées Longue Durée d'Action

MIS	: Malaria Indicators Survey
Moughataa	: District sanitaire
MS	: Ministère de la Santé
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OMFS	: Organisation pour la mise en Valeur du fleuve Sénégal
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONS	: Office National des Statistiques
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	: Organisations de la Société Civile
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDS	: Plan Décennal de Développement Sanitaire
PDG	: Président Directeur Général
PEC	: Prise En Charge des Cas
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PID	: Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTÉ	: Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	: Programme de Développement Sanitaire et Social
PS	: Poste de Santé
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RAOPAG	: Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	: Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme
RBM	: Roll Back Malaria
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
S&E	: Suivi et Evaluation
SFE	: Sage Femme d'Etat
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SIS	: Système Information Sanitaire
SLIS	: Système Local d'Information Sanitaire
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SP	: Sulfadoxine Pyriméthamine
SR/SMI	: Santé de la Reproduction/ Santé Maternelle et Infantile
SRC	: Système de Recouvrement des Coûts
SSP	: Soins de Santé Primaires
TDR	: Tests de Diagnostic Rapides

TPI	:	Traitement Préventif Intermittent
TS	:	TS = Technicien Supérieur
TSS	:	Technicien Supérieur de Santé
TVM	:	Télévision Mauritanienne
UM/OUGUI	:	Unité Monétaire Mauritanienne (25000 UM pour 100 dollars US en janvier 2009)
UNICEF	:	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
USB	:	Unité de Santé de Base
Wilaya	:	Région sanitaire ou province

1. INTRODUCTION

Le paludisme reste le principal problème de santé publique dans de nombreux pays africains subsahariens. Malgré l'augmentation des ressources financières disponibles et les efforts concertés déployés par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, les résultats observés n'ont pas été à la hauteur des attentes. Il est actuellement de plus en plus admis qu'un renforcement des interventions essentielles sera nécessaire pour atteindre l'objectif d'une réduction de moitié de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme d'ici 2010.

Pour cela, l'évaluation doit être ciblée pour déterminer les lacunes programmatiques, financières et opérationnelles, ainsi que les contraintes et les possibilités pour atteindre les objectifs « **Faire reculer le paludisme (FRP)** » de 2010, et ceux établis par la république islamique de Mauritanie.

Toutes les évaluations des besoins FRP propres à chaque pays utiliseront les mêmes méthodologies pour permettre une compilation des résultats à l'échelle du continent suivie de l'élaboration d'un plan d'action de lutte contre le paludisme pour l'Afrique.

L'évaluation des besoins a été menée du 18 Janvier au 1er février 2009 par un consultant de Santé Plus, Dr Marie-Goretti HARAKEYE et un consultant national Mr BA Seydou.

L'appui technique et financier pour la réalisation de ce travail a été fourni par le bureau de l'OMS en Mauritanie avec Dr Boubacar comme point focal.

2. METHODOLOGIE

L'équipe a collecté des données et informations à partir de différentes sources (Annexe), notamment document de politique nationale de Lutte contre le paludisme 2006-2010, le Plan national de développement sanitaire 2008-11 et d'autres documents relatifs aux plans ou à la mise en place du programme de lutte contre le paludisme ainsi qu'à ses interventions essentielles.

La documentation provenant d'autres services du ministère de la Santé ainsi que de partenaires extérieurs importants, ayant également contribué à la planification, à la mise en œuvre et à la revue du programme de lutte contre le paludisme, les résultats des recherches menées dans le domaine ont également été examinés.

Des entrevues approfondies ont été menées (Annexe) avec des représentants du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en appliquant les directives de l'Évaluation des besoins FRP concernant la collecte des données qualitatives et quantitatives, afin d'acquérir une bonne compréhension de ce programme.

Des entrevues avec les informateurs clés ont ensuite été menées avec les autres employés du ministère de la Santé, les responsables des Wilayas visités (Trarza, Adrar et Nouakchott), les partenaires et les bailleurs de fonds.

Une réunion initiale a été organisée le 19 janvier avec le PNLN et les partenaires importants pour discuter de l'objectif, de la méthodologie ainsi que des résultats attendus de la mission.

Il y a eu ensuite une réunion de restitution pour discuter des résultats initiaux s'est tenue le 31 janvier, à nouveau avec le PNLN et les partenaires.

Les quatre jours fériés pendant la durée de la mission jours ont limité la présence et la disponibilité d'informateurs clés, retardant la collecte des données.

3. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

Géographie et climat

La République Islamique de Mauritanie s'étend sur un territoire de 1.030.700 km² compris entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude Nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude Ouest.

Elle possède des frontières communes avec le Sénégal au Sud, le Mali au Sud et à l'Est, l'Algérie au Nord-est et le Sahara Occidental au Nord. A l'Ouest, l'Océan Atlantique forme un littoral long d'environ 700 km.

La Mauritanie peut être globalement divisée en trois grandes régions naturelles :

- la vallée du fleuve Sénégal, zone agricole, caractérisée par des précipitations annuelles qui peuvent atteindre 300 à 500 mm. La construction de plus de 500 barrages dans cette zone a contribué à l'extension des activités agricoles, avec un potentiel de terres cultivables estimé à 135.000 hectares.

- la zone sahélienne, située au Sud - Est, le long de l'axe Nouakchott - Néma, caractérisée par des précipitations annuelles de 100 à 300 mm. C'est une zone de pâturages où l'on pratique l'élevage et l'agriculture.

- la zone saharienne, immense, située au Nord de la ligne Nouakchott - Néma, où les précipitations sont irrégulières et varient entre 50 et 100 mm. Les points d'eau y sont rares, en dehors de quelques oasis où le développement des palmeraies et du maraîchage saisonnier a favorisé l'établissement de populations autochtones.

Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux de l'Assaba, du Tagant et de l'Adrar qui culminent à 400 et 500 mètres. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, appelée "Chemama", large de 10 à 25 km, le reste du pays est constitué en grande partie d'alignements dunaires tels ceux de la grande région de sable qui s'étend à

l'Est du Tagant et de l'Adrar. Par ailleurs, la Mauritanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal, qui constitue une frontière naturelle avec le Sénégal.

Le climat, saharien au Nord et sahélien au Sud, est généralement chaud et sec. Il est doux en bordure de l'Océan Atlantique et connaît en moyenne 4 mois de saison de pluie (de Juin à Septembre).

Démographie

Sur la base du recensement général de la population réalisé en 2000-2001, la population totale actualisée de la Mauritanie est estimée en 2009 à 3224651 habitants (ONS), avec un taux de croissance de 2,4%. Les femmes représentent environ 51% de la population.

La population sédentaire est estimée à 95,2% alors que celle des nomades ne représente plus que 4,8%.

Moins de la moitié (46%) de cette population vit en milieu rural. La densité de population est de 2.4 habitants au Km².

La capitale nationale Nouakchott abrite à elle seule une population estimée à 813200 habitants en 2007 soit 26,4% de la population totale et connaît un taux de croissance de 3,75% par an.

La population est jeune, avec 44% de moins de 15 ans (dont 31,7% de 0-8 ans) et seulement 6% de plus de 60 ans. La sex-ratio est de 116 femmes pour 100 hommes

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 wilayas dont Nouakchott, la capitale. Chaque wilaya constitue une circonscription administrative décentralisée qui est placée sous l'autorité d'un Wali qui représente le pouvoir exécutif.

La wilaya est subdivisée en moughataas placée sous l'autorité administrative du Hakem et en arrondissements sous l'autorité administrative d'un chef d'arrondissement. La plus petite unité administrative est la commune. Le nombre de moughataas est de 53 et celui des communes de 208.

Tableau I : Démographie

Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Source (et année)
Population Totale	3075267	3149073	3224651	3302043	3381292	6762584	22992784	RGPH 2000
Taille moyenne des concessions	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	EGPH 2000
Nombre total de concessions	549155	562335	575831	589650	603802	1207604	4105854	EGPH 2000
Nombre de femmes enceintes*	147613	151156	154783	158498	162302	324604	1103654	EGPH 2000
Nombre d'enfants (0-14 ans)	568924	582579	596560	610878	625539	1251078	4253665	EGPH 2000
Nombre d'enfants en dessous de 5 ans**	147613	151156	154783	158498	162302	324604	1103654	EGPH 2000
Pourcentage de la population vivant en zone urbaine	26,4%	26,4%	26,4%	26,4%	26,4%	26,4%	26,4%	ONS

Situation socio-économique et sanitaire

Située entre le Maghreb arabe et l'Afrique au sud du Sahara, la Mauritanie fait partie du groupe des PMA (Pays les Moins Avancés.)

Malgré les progrès accomplis ces dernières années, la Mauritanie demeure un pays à faible niveau de développement humain. Selon les données du rapport mondial sur le Développement Humain publié par le PNUD en 2007, l'Indice de Développement Humain (IDH) de la Mauritanie s'établit à 0,550, ce qui correspond au 137^e rang sur les 177 pays classés par le rapport.

Le territoire mauritanien est aux quatre cinquièmes désertique. Le pays fait face à deux contraintes environnementales majeures: la désertification et la sécheresse récurrente.

Ces deux contraintes ont considérablement pesé sur le développement économique et social du pays étant donné leur impact déstructurant sur une société traditionnellement nomade et agro-pastorale.

La pauvreté touche environ la moitié de la population (46,7%). La pauvreté est en constante diminution depuis 1990. En effet, elle est passée de 56,6% en 1990 à 54,3% en 1996, 51% en 2000 et enfin 46,7% en 2004 (OMD). Le PIB par habitant en 2007 était estimé à 245 398,8 OUGUIYA et l'inflation moyenne annuel à 7,4. Près d'un tiers de la population (32%) vit à plus de 5 Km d'un point de prestation de service de santé.

Le profil sanitaire du pays reste dominé par : (i) les maladies infectieuses (IRA, paludisme, tuberculose, parasitoses intestinales et urinaires, etc.), (ii) les déséquilibres nutritionnels en particulier chez le couple mère-enfant, avec prépondérance de la malnutrition (aigüe, chronique ou globale, les carences en micronutriments) et les surcharges pondérales, (iii) les pathologies obstétricales et périnatales avec les séquelles lourdes (fistules obstétricales), et (iv) les maladies émergentes liées aux facteurs comportementaux et environnementaux.

Selon les résultats de l'enquête MICS effectuée en 2007, il y a une légère amélioration du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans qui est passé de 123‰ en 2004 à 122 en 2007. Mais le fait le plus marquant a été la baisse du taux de mortalité maternelle de 61 points en passant de 747 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 686 en 2007

Tableau2. Indicateurs sanitaires et socio-économiques

Indicateur	Taux/Ratio	Source (et année)
Taux brut de natalité	42,9	RGHP 2000
Taux brut de mortalité	13,4	RGHP
Taux de croissance	2,4%	RGPH
Mortalité néonatale	43%	EMP 2004
Mortalité infantile	77‰	2007(enquête MICS)
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans (Infanto-Juvenile)	122‰	2007(enquête MICS)
Taux de Mortalité maternelle	686‰	2007(enquête MICS)
Nombre Femmes recevant des soins prénataux	78,4%	PNSR
Accouchements par des professionnels (Accouchement Assisté)	61%	2007(enquête MICS)
Indice Global de Fécondité	4,7	EDS (2004)
Prévalence du VIH dans la tranche d'âge 14-49 ans	0,7%	2008(CNLS)
Espérance de vie	54,3 ans	EDS 2001
Taux net de scolarisation (TNS)	76,7	2007(MICS)
Population en dessous du seuil de la pauvreté	46,7%	2004(OMD)
Autres : prévalence contraceptif	8%	2007(MICS)
Couverture CPN	65%	2007(MICS)

Épidémiologie et fardeau du paludisme

En Mauritanie, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique de par son impact sur la mortalité, la morbidité et ses répercussions socio-économiques sur les populations.

En effet, le paludisme sévit de façon endémique mais le niveau d'endémicités n'est pas connu il n'y a pas eu d'études faites.

Tableau 3. Population à risque de paludisme par stratification épidémiologique

Indicateurs	Nombre	Pourcentage	Source (et année)
Population vivant dans des zones de paludisme stable(2009)	483697	15%	Projections PNL(RGP)
Population vivant dans des zones de paludisme instable(2009)	2418488	75%	Projections PNL(RGP)
Population vivant dans des zones non affectées par le paludisme(2009)	322465	10%	Projections PNL(RGP)

Le paludisme représente en moyenne 22% des causes de morbidité et plus de 51% des causes de décès au niveau des formations sanitaires de 8 wilayas endémiques sur les 13 que compte le pays. Chaque année, on enregistre en moyenne 250.000 cas de paludisme au niveau des formations sanitaires du pays, ce qui place la maladie au 3^{ème} rang des motifs de consultations au niveau national après les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques, et au 1^{er} rang dans les wilayas du sud et de l'est du pays.

Toutefois il faut noter que le système national d'information sanitaire(SNIS) souffre d'une faible notification des cas (taux de recouvrement estimé à 75%) et d'une faible collecte des données hospitalières. Plasmodium falciparum contribue de 80 à 90% de la formule parasitaire. Les autres espèces de plasmodium (malariae (10%), vivax (3%) et ovalae (0,1%)) sont moins fréquentes. L'espèce anophélienne prédominante est Anophèles Gambiae. D'autres vecteurs sont rencontrés: Anophèles gambiae et A. funestus et A. pharaonsi

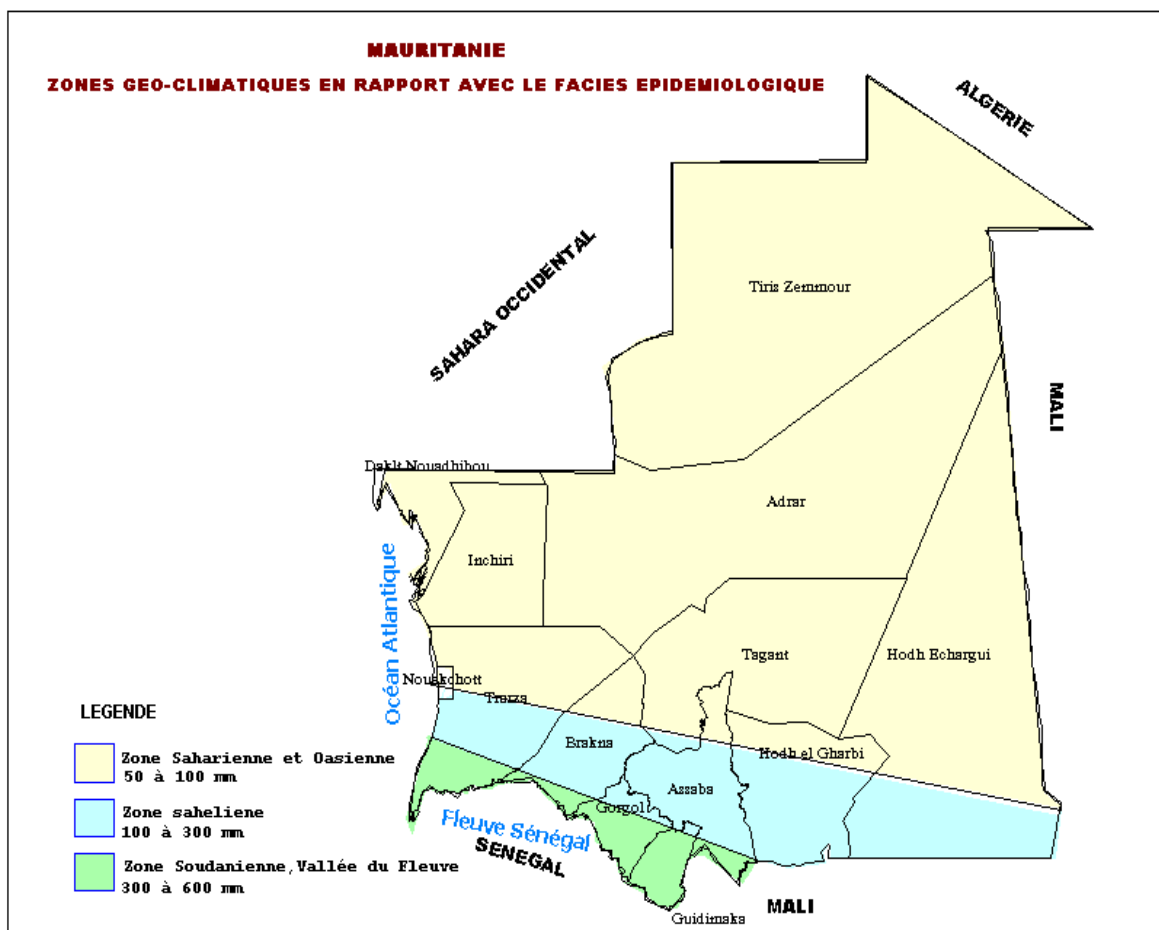


Figure 1

4. PROGRES, BESOINS ESTIMES ET REQUETES

4.1. DEVELOPPEMENT DES OBJECTIFS DE 2010

La lutte antipaludique en Mauritanie a pour objectif de contribuer à l'atteinte des objectifs du Plan de Développement Sanitaire 2005-2015, notamment la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile. Un document de politiques et stratégies de lutte antipaludique 2006-2010 été élaboré en vue de se mettre en phase avec objectifs de RBM.

Toutefois, on note que les objectifs du nouveau plan stratégique 2009-2013 en cours de validation remettent à 2011 l'atteinte des objectifs fixés

Les stratégies de lutte en cours contenues dans le document de politique nationale de lutte antipaludique révisé, sont axées sur la prévention et la prise en charge correcte des cas de paludisme notamment chez les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Il est cependant admis actuellement que pour atteindre les objectifs de réduction de moitié de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme, la couverture des interventions prioritaires de base doit être universelle et portée à une échelle la plus élevée possible.

L'examen du tableau IV révèle une parfaite concordance des cibles du plan stratégique avec celles de RBM tant pour les objectifs de couverture (utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide par au moins 80% des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes, traitement précoce et correct d'au moins 80% des enfants fébriles et des femmes enceintes atteintes de paludisme, administration de 2 doses de SP pour le TPI pour au moins 80% des femmes enceintes), que pour ceux d'impact (réduction d'au moins 50% par rapport à 2000 de la morbidité et de la mortalité attribuées au paludisme).

Au regard des niveaux de réalisation atteints en 2007– 2008, il est notable qu'un gap non négligeable tant pour la couverture des interventions de base que pour leur impact en terme de réduction de la morbidité et la mortalité attribuables au paludisme, doit être comblé. Les causes de ce gap peuvent être au niveau de l'insuffisance de ressources (humaines, matérielles et financières), mais aussi au niveau du retard dans la mise en œuvre intégrée des différentes interventions essentielles (préventives, curatives et de soutien) à une échelle nationale.

Tableau 4. Interventions RBM (et par pays concerné). Indicateurs et cibles. PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme)

Indicateurs	Année de base	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	PNLP exécuté 2006/2007
Taux de mortalité brut (enfants de moins de 5 ans)	2007 (MICS)	-	-	-	-	-		122%
Mortalité attribuée au paludisme (tous âges)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50% réduction à partir de 2000	NA
Mortalité attribuée au paludisme (enfants de moins de 5 ans)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50% réduction à partir de 2000	NA
Mortalité attribuée au paludisme (5 ans et plus)	28%(2005)	25%	20%	15%	10%	5%	50% réduction à partir de 2000	35% (SNIS)
Morbidité attribuée au paludisme (tous âges)	27% (2007)	22%	17%	15%	13	11%	50% réduction à partir de 2000	27%(SNIS)
Morbidité attribuée au paludisme (enfants âgés de moins de 5 ans)	12%(2005)	30%	25%	18%	16%	14%	50% réduction à partir de 2000	36%(SNIS)
Morbidité attribuée au paludisme (5 ans et plus)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50% réduction à partir de 2000	NA
Taux de létalité des cas de paludisme chez les enfants en dessous de 5 ans	28% de réduction (oms 2004)	20%	15%	12%	10%	5%	50% réduction à partir de 2000	6% (GFATM)
Taux de létalité des cas de paludisme chez les 5 ans et plus	12%(2005)	10%	8%	6%	5%	4%	50% réduction à partir de 2000	-
% d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui reçoivent un traitement correct dans les 24 heures	5,3% (2001)	60%	70%	82%	90%	100%	80%	18,2% (2006)
% de fièvre/paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge correctement dans les services de santé	23,3%(2001)	40%	60%	80%	90%	100%		53,6% (2006, PNLP)
% Paludisme grave chez des enfants en dessous de 5 ans pris en charge correctement dans les services de santé	39%(2001 RBM)	60%	70%	80%	90%	100%		79,8%
Nombre de cas d'hospitalisation due au paludisme (tous âges)	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA

Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (enfants de moins de 5 ans)	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA
Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (5ans et plus)	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA
% de femmes enceintes prenant le au moins une dose de SP pour la TPI	0%(2006)	65%	70%	75%	80%		80%	-
Proportion de la population à risque de paludisme protégée par des mesures de prévention adéquates (MII, PID)	51%(2006)	66%	70%	80%	90%	100%	80%	51%(PNLP)
% de femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaires imprégnées (MII) la veille de l'enquête	15% (2001)	47%	60%	70%	80%	90%	100%	-
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées (MII)	47% (2006)	60%	70%	80%	90%	100%	80%	47%(2006)
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires	14,9%(2001)	80%	90%	100%	-	-		47,1% (2006)
% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous sous moustiquaire imprégnée (MII) la veille de l'enquête	33% (2005)	50%	60%	80%	90%	100%	80%	-
% de moustiquaires imprégnées à l'insecticide dans les derniers 12 mois	2007(MICS)	NA	NA	NA	NA	NA		12%(MICS)
% de concessions ayant au moins une MII	56,3% (2007)	80%	100%	-	-	-		56,3%(MICS)
Pourcentage de la population générale dormant sous moustiquaires	NA	NA	NA	NA	NA	NA		-
Proportion de concessions ou de structures pulvérisées au niveau des zones cibles	0%(2009)	NA	NA	NA	NA	NA	Au moins 80% dans les zones ciblées	-
Proportion de la population protégée par les PID	0%(2009)	NA	NA	NA	NA	NA		-

EVOLUTION DU PALUDISME EN MAURITANIE DE 1998 A 2007

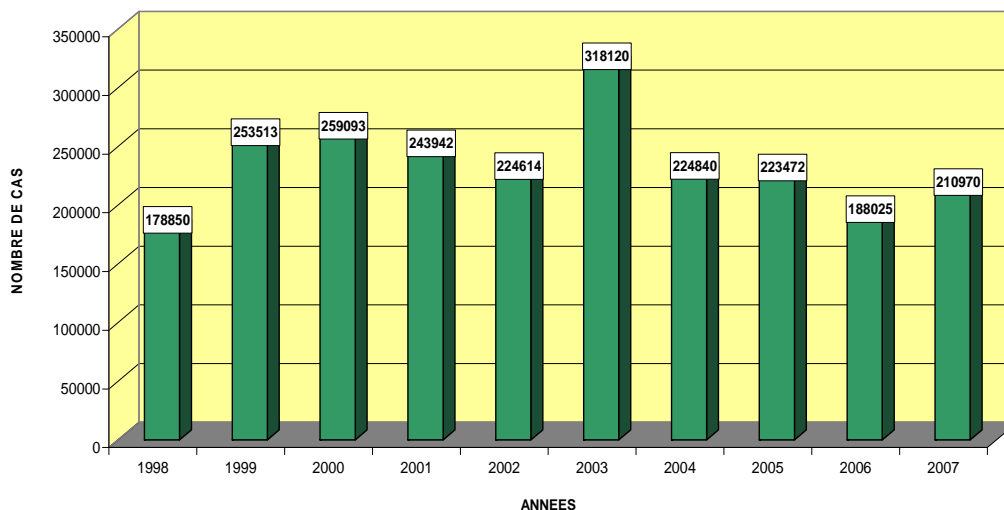


Figure 2

Depuis 1992, les épidémies de paludisme surviennent en Mauritanie avec un cycle observé de 4 ans (1992, 1995, 1999, 2003), lié sans doute à l'augmentation de la pluviométrie.

Cette série d'épidémies a été à l'origine d'une hausse de la mortalité et constitue toujours un défi pour le système de santé en ce qui est la gestion de ces pics.

La recrudescence de la maladie demeure favorisée par : (i) l'amélioration de la pluviométrie ces dernières années ; (ii) les programmes d'aménagement du territoire comme la constructions de barrages, digues et diguettes, le développement des cultures irriguées dans l'Est et le Sud du pays en particulier dans la région du fleuve ; (iii) la mise en valeur des oasis dans le Nord ; (iv) l'insuffisance de mesures spécifiques de lutte contre le paludisme ; (v) - l'amélioration des infrastructures routières ; (vi) la pauvreté avec tous ses corollaires : exode rural, promiscuité, insalubrité, etc. ; (vii) l'aggravation du problème de l'assainissement.

A cet égard, il y a lieu de redéfinir l'ancrage institutionnel du volet hygiène et assainissement et de développer ce volet dans une optique sanitaire et non pas seulement urbanistique (intégration à la politique sanitaire.)

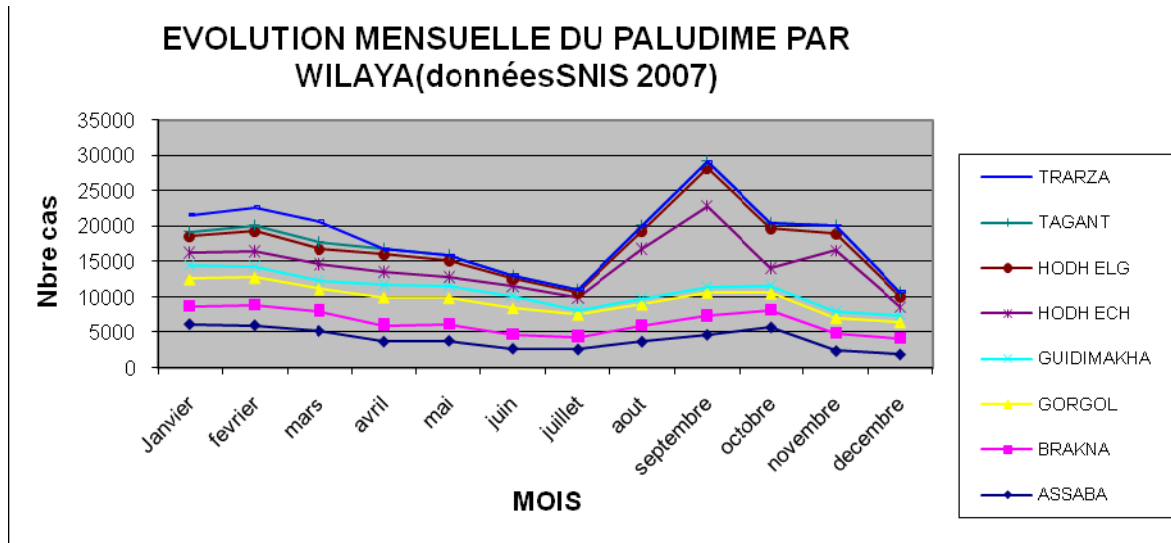


Figure 3

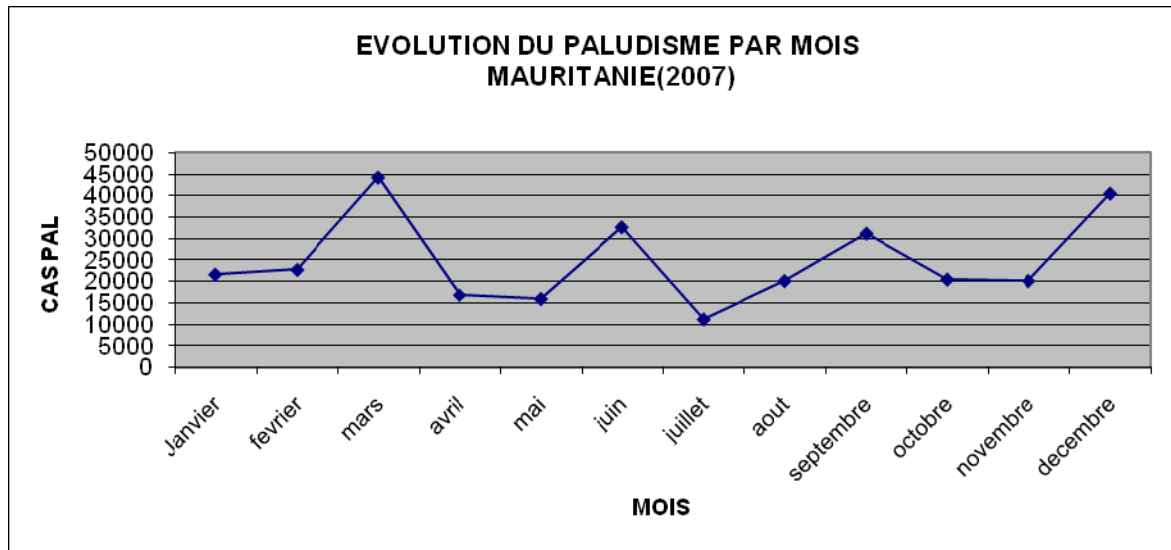


Figure 4

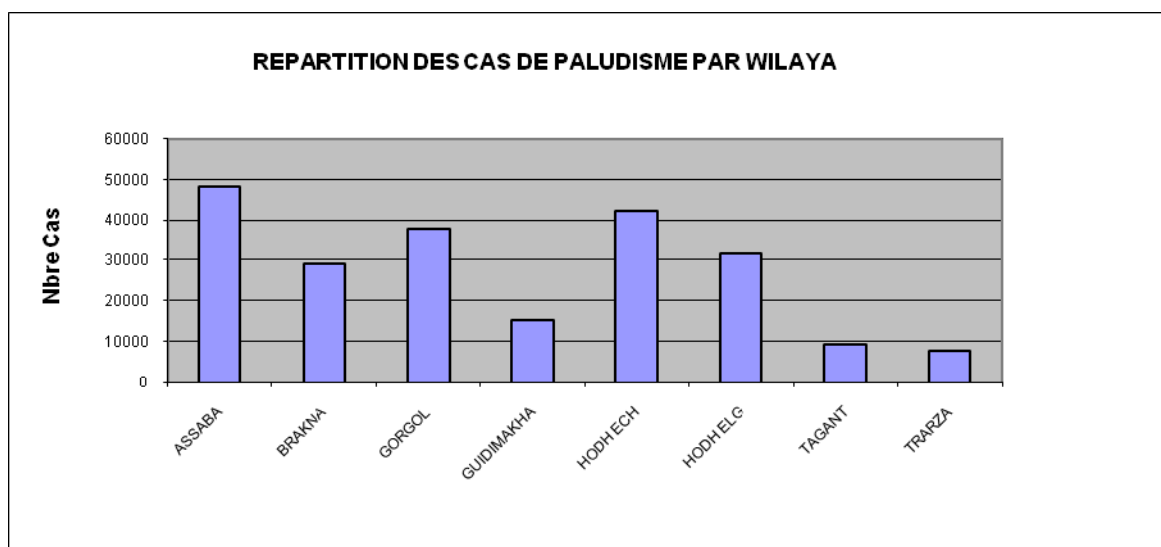


Figure 5

4.2. FINANCEMENT EN COURS

La Mauritanie est l'un des pays du continent africain où les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées (environ 12,5\$ par habitant). Cependant, l'impact de ces dépenses sur les indicateurs de santé est plus lent (OMD).

L'analyse de la répartition des dépenses de santé montrent une nécessité de réallocation en faveur du niveau opérationnelle pour permettre un renforcement du système de santé surtout au niveau intermédiaire et périphérique (OMD).

Profitant de la dynamique internationale favorable, les efforts de mobilisation des ressources pour la lutte contre le paludisme se sont accentués au cours des dernières années grâce notamment à la mise en œuvre réussie de la Phase 1 (juin 2004- mars 2006) de la subvention de 0,8 million de dollars obtenue au titre du Round 2 du Fonds mondial (GFATM.)

Cette mise en œuvre réussie s'est traduite par le renouvellement en avril 2006 de cette subvention avec une enveloppe additionnelle de 2,07 millions de dollars au titre de la phase 2 (soit un total de 2,9 millions de dollars mobilisés dans le cadre du round 2 du GFATM.) En octobre 2007, la Mauritanie a bénéficié d'une nouvelle subvention dans le cadre du Round 6 du GFATM d'un montant de \$ 4, 315,126 dollars US.

Pour rappel, la requête initiale avec le round 6 était estimée à \$ 14, 232,141 pour une période de 5 ans

Ainsi, les ressources cumulées mobilisées auprès du GFATM s'élèvent à environ 7,2 millions de dollars.

Un nouveau projet pour le renforcement de la lutte contre le paludisme a été mis en place en 2008 sur financement de la BID (Banque Islamique pour le développement) à hauteur de 3 millions de dollars.

C'est la première fois qu'un bailleur de fonds régional d'une telle envergure s'implique dans le financement d'activités de lutte contre le paludisme ce qui est encourageant pour l'avenir.

Cette dynamique de mobilisation de ressources extérieures directement allouées à la lutte contre le paludisme ouvre des perspectives encourageantes pour endiguer ce fléau.

Concernant le financement de la lutte contre le paludisme pour l'année 2009, le Ministère de la Santé (MS) prendra en charge les salaires du personnel chargé de la lutte en plus des frais de fonctionnement du programme.

Toutefois, on constate que le montant alloué au programme a diminué de moitié suite à la diminution des recettes dans le pays passant à 38000\$ par an.

Le PNLDP dispose en plus d'un financement des différents partenaires : Le FM à travers le PNUD (reliquat 2^{ème} et 6^{ème} round)

Concernant le financement de la lutte contre le paludisme, le MS prend en charge les salaires du personnel chargé de la lutte en plus des frais de fonctionnement du programme.

Le financement UNICEF 620000 \$ pour 2009 et 630000 \$ pour 2010 spécialement pour les interventions de prévention du paludisme et des activités d'IEC/CCC en appui au programme.

Les fonds de la Banque islamique de développement s'élève 2 866 500 \$ sur deux ans et serviront appuyer en partie toutes les composantes de la lutte contre le SIDA.

Le financement OMFS : cette organisation va financer (avec les fonds de la Banque Mondiale), le réseau des organisations de la société civile intervenant dans la lutte contre le paludisme en Mauritanie pour la distribution de 400000 MILD au niveau communautaire en 2009 et 350000 MILD en 2010.

Le financement OMS dispose de 592500\$ en 2009 pour renforcer les compétences des prescripteurs sur le nouveau protocole de PEC ainsi que la formation du personnel du secteur privé au nouveau protocole TPI. Il a également des activités d'imprégnation des MII qui seront financés, ainsi que les activités d'IEC/CCC.

Tableau 5. Les principaux bailleurs de fonds et leurs domaines d'intervention

Organisations	MII	PID	TPI	Diagnostic	Traitement	IEC/CCC	Epidémie	S&E	Gestion de programme
Ministère de la santé	-	-	X	X	X	X	-	X	X
GFATM (Fonds Mondial)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OMS	X	-	X	X	X	X	X	-	-
BID (Banque Islamique de développement)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
BM(OMFS)	X	-	-	-	-	-	-	-	-
UNICEF	X	-	X	-	-	X	-	-	X

Tableau 6. Financements en cours par année (2009-2013), (USD)

Organisation	2009	2010	2011	2012	2013	Source
Ministère de la santé	38000	38000	38000	0	0	PNLP
GFATM (Fonds Mondial)	2 353 876	2906883	3340036	3760096	0	FM/PNLP
BID	1 732 416	1 134 084	0	0	0	PNLP
OMS	592500	0	0	0	0	OMS
OFMS	2800000	2450000	0	0	0	PNLP/Réseau paludisme
UNICEF	625000	625000	0	0	0	UNICEF

4.3. BESOINS ESTIMÉS ET REQUÊTES, POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE 2010

Les tables 7 – 11 sont des résumés de tous les besoins, financiers (Tableaux 8 – 11) et autres besoins (Tableau 7)

La Mauritanie progresse vers la réalisation des objectifs de 2010. Toutefois, les données manquent pour permettre au PNLN d'évaluer le chemin réellement parcouru.

C'est donc à travers des multiples actions qui y sont menées que l'on peut le plus facilement mesurer l'évolution de la situation en Mauritanie, même si des projets sont en cours de réalisation pour développer des systèmes qui améliorent l'évaluation des résultats.

Concernant le volet Moustiquaire imprégné, le pays enregistre un certain retard par rapport aux pays de la région dans le développement de cette stratégie.

En effet, des lenteurs dans l'acquisition des MILDs achetés avec le GFATM ont fait que la première distribution gratuite remonte à moins d'une année et il n'existe pas de plan de remplacement des moustiquaires ou de ré imprégnation des MII distribués antérieurement.

Le PNLN a jusqu'ici distribué 178000 MILD dans les structures de soins. Les cibles du programme sont les enfants de 0-5ans recrutés avec le PEV de routine, ainsi que les femmes enceintes recrutées lors des CPN.

Les outils de gestion des MILD ne sont pas encore élaborés. En même temps d'autres partenaires s'intéressent au financement de ce volet, il s'agit de l'OFVS qui va financer le réseau de lutte contre le paludisme (société civile) pour la distribution de 400000 MILD en 2009 et 350000 MILD en 2010.

L'Unicef intervient aussi pour ce volet surtout dans les activités d'IEC/CCC et de formation du personnel. Une enquête CAP sur les moustiquaires financée par Unicef est en cours de réalisation et les résultats pourront servir à élaborer des messages pertinents visant à augmenter leur utilisation. L'OMS intervient également dans les formations du personnel.

La stratégie PID n'est pas retenue comme stratégie de lutte dans les documents de politique en Mauritanie. Il est prévu uniquement dans le cadre de la lutte contre les épidémies.

La lutte anti larvaire est carrément absente dans les stratégies de lutte contre le paludisme en Mauritanie

La TPI est en vigueur en Mauritanie mais la gratuité effective de la molécule dans les CS reste problématique. L'accessibilité de la SP à toutes les femmes enceintes nécessite l'adoption de la PEC communautaire de la femme enceinte vu le taux de la fréquentation des structures de soins

Il en est de même en ce qui concerne la PEC des cas de paludisme. La gratuité des intrants se heurte au problème de viabilité des structures de soins périphériques soumis au système de recouvrement de coûts.

La faiblesse de la SNIS est à l'origine d'un problème réel de fiabilité de données, le système de suivi évaluation a besoin d'être renforcé et un plan de suivi évaluation pourra tracer le cadre de l'intervention des partenaires dans ce sens.

Tableau 7. Objectifs, stratégies, progrès et activités additionnelles nécessaires pour les principaux domaines d'intervention

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
MII	<p>Augmenter le taux d'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides chez les femmes enceintes de 47 % en 2006 à 80% en fin 2010 ;</p> <p>Augmenter le taux d'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides chez les enfants de moins de 5 ans de 35 % en 2006 à 80% en fin 2010 ;</p>	<p>Amélioration de l'utilisation des mesures préventives</p> <p>La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées est essentiellement assurée par un réseau d'ONGs nationales dans le cadre d'une approche contractuelle avec le département de la santé et des affaires sociales.</p> <p>Les structures du MSAS (PNLP, EPS, DRPSS,) en collaboration avec le Ministère de la communication (TV, Radio, Presse) se chargent des aspects d'encadrement, de suivi et d'évaluation.</p> <p>Promotion de moustiquaires imprégnées d'insecticides</p> <p>La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées est</p>	<p><u>Progrès</u></p> <p>Les MII font partie intégrante de la politique nationale en matière de paludisme</p> <p>Mobilisation de ressources additionnelles pour l'acquisition de MILDA (BID, OFVS)</p> <p>Pas de barrière culturelle connue pour l'utilisation du MII</p> <p>Personnel est déjà formé</p> <p>Existence de radios rurales</p> <p>Disponibilité des MII dans les régions (wilayas) d'intervention à risque</p> <p><u>Goulots</u></p>	<p>Subventionner les MII vendus dans le secteur privé pour augmenter l'accès des hors cibles.</p> <p>Mener des activités additionnelles pour toucher les PVVIH dans la distribution des MILDA</p> <p>Effectuer une enquête CACP et exploiter les enquêtes disponibles au sein des partenaires et se référer à leurs résultats dans l'élaboration des messages</p> <p>Mener des activités de sensibilisation jusqu'au niveau communautaire</p> <p>Contractualiser avec la société civile et les autres acteurs pour mener des activités de sensibilisation et promotion du MII au niveau communautaire</p> <p>Élaboration et diffusion des supports de gestion des MII dans les Wilaya</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
		<p>essentiellement assurée par un réseau d'ONGs nationales dans le cadre d'une approche contractuelle avec le département de la santé et des affaires sociales.</p> <p>Les structures du MSAS (PNLP, EPS, DRPSS,) en collaboration avec le Ministère de la communication (TV, Radio, Presse) se chargent des aspects d'encadrement, de suivi et d'évaluation.</p> <p>Promotion et mise à échelle des interventions à base communautaire pour prévenir et traiter le paludisme</p>	<p>Coût élevé de la MII sur le marché</p> <p>Absence de plans de ré imprégnation pour les MII</p> <p>Insuffisance de la recherche opérationnelle en matière de perception des MII</p> <p>Les relais communautaires ne sont pas suffisamment mis à profit dans la distribution des MII</p> <p>Absence de participation du secteur privé</p> <p>Absence de mécanismes d'atténuation des fuites comme le marquage</p> <p>Faible capacité de stockage</p> <p>Logistique roulante insuffisante pour le transport</p>	<p>Impliquer le niveau communautaire dans le suivi (point focal réseau)</p> <p>Elaborer des plans de ré imprégnation pour les MII</p> <p>Elaborer un plan d'approvisionnement continu des MII et prévoir les frais de distribution</p> <p>Instaurer un système de marquage des MILD distribués pour la traçabilité.</p> <p>Augmenter la capacité de stockage à tous les niveaux dans la perspective de la mise à échelle</p> <p>Améliorer la logistique roulante pour le transport des MILDA jusqu'au niveau communautaire</p> <p>Coordination/parteneriat des secteurs (privé et société civile) impliqués dans la distribution des MILDA</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
PID		<p>Dans la politique nationale actuelle : Epanrages ciblés et ponctuels d'insecticides:</p> <p>Ils seront effectués en cas d'épidémie dans des zones non exposées habituellement au paludisme. Les mesures qui seront mises en place devront tenir compte du coût des opérations de pulvérisation, en améliorant progressivement le ciblage des zones à traiter en priorité, sur la base de données spécifiques (épidémiologie, entomologie, météorologie).</p>	<p>Les vecteurs sont spécifiés, les zones des gîtes larvaires identifiés</p> <p>la sensibilité des vecteurs et larves est connues</p> <p>Présence d'un entomologiste et un sociologue au PNL</p> <p>Acceptabilité</p> <p><u>Goulots</u></p> <p>La stratégie PID à large échelle n'est pas retenue dans la stratégie</p> <p>Manque de matériel</p> <p>Lourdeur du matériel</p> <p>Formation du personnel</p> <p>Coût élevé des produits</p>	<p>Mener un plaidoyer en faveur de la stratégie : campagne Nationale de sensibilisation à grande échelle des autorités, des responsables de la santé, des partenaires, des ONG</p> <p>Inclure la PID dans les moyens de prévention retenus dans la stratégie</p> <p>Privilégier les régions à haute risque d'épidémies et débiter la stratégie dans des zones pilotes.</p> <p>Mener les études opérationnelles appropriées pour identifier les zones et population bénéficiaires de la stratégie</p> <p>Affectation et formation du Personnel</p> <p>Élaboration des guides et directives</p> <p>Achat du matériel et intrants</p> <p>Doter le PNL, les wilayas et moughataas</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
				<p>de personnel compétent pour la PID</p> <p>Impliquer l'INRSP pour mener des recherches sur les insecticides à</p> <p>Impliquer les secteurs de l'environnement, de l'hydraulique, du MDT...</p> <p>Mettre en place une équipe multisectorielle et multidisciplinaire PNLN, MS, MEAR (Ministère de l'environnement) pour les activités de pulvérisation et de suivi.</p> <p>Faire des échanges inter pays (expériences réussies)</p>
Paludisme et Grossesse	Amener la proportion de femmes enceintes suivies en CPN, dans les zones endémiques, ayant bénéficié du TPI à 80 % en fin 2010 ;	<p>Amélioration de l'utilisation des mesures préventives, en particulier la chimio prophylaxie</p> <p>Le Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) est retenu pour prévenir le paludisme chez la femme</p>	<p><u>Progrès</u></p> <p>LA TPI est un élément de la politique</p> <p>Cette politique de gratuité est soutenue par les partenaires</p> <p>Approvisionnement de la DRAS en SP</p>	<p>Assurer l'approvisionnement régulier et gratuit de toutes les structures fournissant des prestations SR</p> <p>Prendre toutes les dispositions pour permettre aux personnels impliqués dans les prestations SR de distribuer et de</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
		<p>enceinte dans les zones endémiques.</p> <p>La SP dosée respectivement à 500 mg (S) et 25 mg (P) est administrée en dose unique à raison de trois (3) comprimés en prise supervisée lors des visites de consultation prénatale programmées de façon régulière au cours du 2^{ème} et du 3^{ème} trimestre</p> <p>Renforcement de la mobilisation sociale, et de la Communication pour le Changement du Comportement (CCC)</p>	<p>pour la TPI</p> <p>Formation du personnel impliqué dans la distribution</p> <p>Indicateur facile à collecter (registre de CPN adapté)</p> <p><u>Goulots</u></p> <p>La stratégie de la distribution gratuite de la SP n'est pas encore effective sur le terrain</p> <p>La SP n'est pas réservé uniquement pour le TPI et est administré dans le secteur privé à titre curatif</p> <p>La prise de la SP n'est pas supervisée par la sage femme (acquis sur l'ordonnance)</p> <p>Ruptures de stock signalé dans certaines Wilayas</p> <p>La SP est également fourni par la CAMEC et est payante</p>	<p>superviser la prise de la SP par les femmes enceintes</p> <p>Instaurer une planification conjointe PNSR/PNLP pour les activités TPI</p> <p>Former et recycler le personnel</p> <p>Impliquer le secteur privé dans la mise en œuvre de la stratégie TPI(NCKCHT)</p> <p>Mener une réflexion sur l'extension des cibles aux régions a paludisme instable</p> <p>Impliquer le niveau communautaire pour la TPI</p> <p>Améliorer la gestion des stocks : Elaborer et diffuser des supports de gestion</p> <p>Etablir une base de données sur l'approvisionnement des structures</p> <p>Adopter une seule source d'approvisionnement pour la SP.</p> <p>Mener des activités de sensibilisation des femmes enceintes qui viennent en CPN au</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
				niveau des Centres de santé et postes de santé Elaborer des supports IEC sur la TPI
Diagnostic	Amélioration de la prise en charge du paludisme à tous les niveaux	<p>La confirmation biologique du paludisme fait partie des bonnes pratiques et doit toujours être intégrée à la prise en charge des cas de paludisme avec toutefois les exceptions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Enfants de moins de 5 ans en zone de prévalence élevée, o Fièvre en cas d'épidémie palustre confirmée (Directives OMS, 2004) o Quand il n'est pas possible d'obtenir un diagnostic de bonne qualité, <p>La confirmation parasitologique pourrait se faire par microscopie ou par Test de diagnostic rapide (TDR) : Cette condition concerne les sujets de plus de 5 ans et les</p>	<p><u>Progrès</u></p> <p>Existence des directives au niveau nationales</p> <p>TDR fournis gratuitement au niveau des structures de soins</p> <p>Formation des laborantins et du personnel de santé</p> <p>90% du personnel formé sur l'utilisation des TDR (test Optimal)</p> <p>Microscopie disponible au niveau de certains CS</p> <p><u>Goulots</u></p> <p>La plupart du matériel de Diagnostic parasitologique est défectueux</p>	<p>Rendre opérationnelle le réseau des laboratoires publics et assurer l'assurer la bonne conservation des TDR et assurer le contrôle de qualité des TDR et l'assurance qualité externe(INSRP)</p> <p>Organiser une table ronde avec tous les intervenants et partenaires en matière du diagnostic du Paludisme (cliniciens, chercheurs, MS, prestataires, PTF ...)</p> <p>Rendre systématique le diagnostic pour les plus de 5 ans</p> <p>Elaborer un plan annuel de distribution et réapprovisionnement a tous les niveaux</p> <p>Elaborer ou mettre à jour les outils de gestion</p> <p>Mettre à disposition les TDR au niveau</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
		zones de paludisme instable	<p>La quantité des tests rapides disponible est jugé insuffisante pour couvrir les besoins</p> <p>La supervision et le contrôle de qualité n'est pas encore opérationnel.</p> <p>Condition de stockage inadéquate</p> <p>Pas de système de distribution et de réapprovisionnement au niveau périphérique</p> <p>TDR non encore disponible au niveau périphérique</p> <p>Insuffisance d'information des cibles sur l'accès gratuit aux intrants</p>	<p>périphérique.</p> <p>Envisager une extension du Diagnostic TDR au niveau communautaire (partenariat avec la société civile)</p> <p>Collaboration avec le secteur privé : - Formation du personnel de laboratoire à la nouvelle technique de dépistage</p>
Traitement	<p>Amélioration de la prise en charge du paludisme à tous les niveaux</p> <p>Promotion et mise à échelle des interventions à base communautaire pour prévenir et traiter le paludisme</p> <p>Amener la proportion des cas de</p>	<p>Renforcement de l'accès à des soins rapides et efficaces</p> <p>Les CTA (Artésunate + Amodiaquine) feront partie des médicaments essentiels. Toutefois à cause de leur coût relativement élevé par rapport à la chloroquine (4 à 8 fois</p>	<p><u>Progrès</u></p> <p>Adoption de la nouvelle politique thérapeutique anti paludique en mai 2006 introduisant les CTA et la SP.</p> <p>La molécule est fournie gratuitement par le PNLP pour toutes les tranches</p>	<p>Une subvention ou système de compensation de la gratuité devrait être proposé.</p> <p>Mettre en place un système de pharmacovigilance</p> <p>Promouvoir l'application des directives du</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
	<p>paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires publiques et privées par les CTA à 80% en fin 2010 ;</p> <p>Augmenter la proportion des cas de paludisme grave correctement pris en charge au niveau des structures de santé de 35 % en 2006 à 70 % en fin 2010 ;</p>	<p>selon les combinaisons), le MSAS doit envisager un mécanisme de subvention afin de rendre l'accessibilité aux CTA la plus large possible.</p>	<p>d'âge en Mauritanie depuis janvier 2009</p> <p><u>Goulots</u></p> <p>Retard énorme dans l'exécution de la nouvelle politique, retard de la disponibilité des financements pour la mise en œuvre</p> <p>La gratuité est remise en question par l'existence des produits vendus par la CAMEC</p> <p>Insuffisance d'information sur le protocole de prise en charge vulgarisé par le PNLP</p> <p>Baisse de la qualité des services (fréquentation des CS : accessibilité géographique et financière</p> <p>Il y a également un constat de recours tardif aux soins (barrières géographiques et surtout financières</p>	<p>PNLP pour l'administration des ACTs</p> <p>Interdire la vente de monothérapies à base d'artémisinine sur le territoire</p> <p>Publier un arrêté interdisant la vente d'ACTs sans ordonnance</p> <p>Former et recycler les prescripteurs privés et publics sur la politique nationale afin d'harmoniser le protocole de prise en charge du paludisme</p> <p>Collaborer avec la CAMEC pour harmoniser les normes pour les ACT à commander</p> <p>Effectuer régulièrement de suivis, supervisions par le niveau central</p> <p>Réactualiser la base de données et élaborer les outils de gestion des médicaments</p> <p>Mener des activités d'IEC/CCC pour promouvoir la nouvelle politique</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
				<p>thérapeutique et informer les patients</p> <p>Mener une réflexion sur l'utilisation des ASC dans la mise en œuvre de la stratégie</p>
Gestion des épidémies	<p>- Mettre en place un système de surveillance, prévention/détection et riposte contre les épidémies de paludisme.</p> <p>Mettre en place un système de surveillance et de détection précoce des épidémies de paludisme.</p> <p>Mettre en place un système de prévention et de riposte adéquate aux épidémies de paludisme.</p> <p>Constituer des bases factuelles sur les épidémies de paludisme.</p>	<p>Prévision, Prévention et Lutte contre les épidémies de paludisme ;</p> <p>Elle s'effectuera à travers un réseau national de détection des principales maladies à potentiel épidémique. Cette surveillance permet de détecter précocement les situations d'épidémies sur la base des seuils épidémiques par zone et mettre en place rapidement les mesures de riposte</p> <p>Des stocks de médicaments antipaludéens et de matériels essentiels (solutés, moustiquaires imprégnées aux insecticides) sont disponibles en permanence au niveau régional (dépôts régionaux) pour répondre aux situations d'épidémies</p>	<p><u>Progrès</u></p> <p>Existence d'un plan validé de lutte contre les épidémies</p> <p>Existence d'un document définissant les épidémies, déterminant le seuil d'alerte, les ripostes précoces et les moyens et méthodes de lutte contre toute épidémie en Mauritanie</p> <p>Disponibilité de fonds prévus pour la lutte contre les épidémies avec les organismes partenaires du programme</p> <p>Disponibilité d'un stock d'urgence pour les épidémies</p>	<p>Mise en place et rendre fonctionnelle les comités de lutte contre les épidémies à tous les niveaux</p> <p>Implication du niveau communautaire dans la détection des cas d'épidémie et le rendre surtout fonctionnel</p> <p>Améliorer la surveillance des épidémies à tous les niveaux et mettre à contribution la société civile le communautaire et les privés</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			<p>Présence d'une équipe de gestion des épidémies Existence d'un cadre de collaboration étroite avec l'institut de recherche avec l'INRSP</p> <p><u>Goulots</u></p> <p>Connaissance insuffisante des différents facies épidémiologiques en Mauritanie pour orienter la surveillance</p> <p>Inaccessibilité de certaines zones surtout pendant l'hivernage</p> <p>Faible capacité de détection rapide des épidémies au niveau des Wilayas</p> <p>Manque de personnel qualifié et de matériel</p> <p>Pas de riposte contre les épidémies</p> <p>Difficile maîtrise des épidémies compte tenu de la situation</p>	<p>Rendre disponible les fonds pour l'intervention rapide en cas d'épidémies</p> <p>Renforcer les stocks de sécurité</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			géographique de certaines régions (enclavement)	
IEC/CCC			<p><u>Progrès</u></p> <p>Implication des hautes autorités dans les activités de célébration JMP</p> <p>Disponibilité des supports audio visuels au niveau des centres de santé (CS)</p> <p>Dans certaines structures, le personnel de santé assure les séances d'IEC</p> <p>Diffusion par les média des messages d'IEC</p> <p>Dans certaine structures, le personnel de santé assure les séances d'IEC</p> <p><u>Goulots</u></p> <p>Insuffisance /absence d'animation du réseau communautaire pour promouvoir la prévention du</p>	<p>Élaborer une stratégie nationale IEC/CCC palu</p> <p>Redynamiser le réseau e relais communautaires</p> <p>Collaborer avec les autres intervenants dans l'identification et la formation des relais communautaires.</p> <p>Renforcer la coordination multisectorielle avec les services du développement rural</p> <p>Participation de la communauté a la journée mondiale de lutte contre le paludisme</p> <p>Élaborer un bulletin d'information</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			<p>paludisme</p> <p>Manque de données de base pouvant faciliter l'élaboration du message</p> <p>Faible utilisation des réseaux de la société civile dans la sensibilisation</p> <p>Faible coordination avec les autres secteurs dans la lutte contre le paludisme</p> <p>Absence d'une stratégie nationale d'IEC/CCC, plaidoyer paludisme</p> <p>Absence d'un répondant au PNLP pour les activités d'IEC/plaidoyer spécialement pour le paludisme</p> <p>Manque de données sur l'impact des activités IEC/CCC menées</p> <p>Insuffisance d'équipements informatiques et audiovisuels</p> <p>Pas de bulletin d'information</p> <p>Absence de célébration de la journée</p>	

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			mondiale du paludisme au niveau périphérique	
Suivi évaluation Recherche			<p><u>Progrès</u></p> <p>Outils de supports existants mais à actualiser</p> <p>Supervision intégrée planifiée 2 fois par an</p> <p>Collaboration avec le SNIS pour le recueil de données</p> <p>Système de collecte parallèle pour les données non existant dans la SNIS</p> <p>Points focaux paludisme désignés dans toutes les régions endémiques</p> <p><u>Goulots</u></p> <p>Insuffisance des données de recherche de base</p> <p>Absence d'un plan national de suivi</p>	<p>Élaborer et valider un plan national de suivi évaluation pour le paludisme</p> <p>Mettre en place un système de suivi, de supervisions départementales et une évaluation interne (auto-évaluation)</p> <p>Appui logistique, financier au niveau Moughataa pour les activités de SE</p> <p>Mettre en place des outils de gestion (de suivi, de supervision et d'évaluation)</p> <p>Formation du personnel en gestion des médicaments et des intrants</p> <p>Motiver le personnel</p> <p>Faire circuler l'information et la rétro information (bulletin info)</p> <p>Assurer une supervision régulière et</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			<p>évaluation (en cours d'élaboration)</p> <p>Absence d'équipements performants pour la gestion des données</p> <p>Absence de données fiables liés probablement l'insuffisance des moyens du SNIS</p> <p>Non complétude des rapports du SNIS</p> <p>Insuffisance de la supervision</p> <p>Difficultés liés au terrain (hivernage)</p>	<p>trimestrielle des régions par le programme</p> <p>Equiper les directions régionales d'outils informatiques pour la saisie des données</p> <p>Mettre en place au niveau de toutes les structures d'outils adaptés pour la collecte des données du programme</p>
Gestion du programme			<p><u>Progrès</u></p> <p>Évaluation du plan d'action 2002-2006</p> <p>Élaboration et validation de la politique nationale 2006-2010</p> <p>Plan stratégique en cours d'élaboration</p> <p>Existence d'un plan de développement des RH actualisé au niveau MS</p>	<p>Améliorer l'environnement de travail au PNLP</p> <p>Doter le PNLP de ressources nécessaires (matérielles, humaines et financières)</p> <p>Recruter le personnel technique avec les différentes expertises et doter aux programmes les moyens logistiques nécessaires à la mise à échelle des activités de lutte contre le paludisme</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			<p>Existence d'un partenariat actif avec le réseau national des ONGS intervenant dans la lutte contre le paludisme</p> <p>Mobilisation des ressources financières avec la BID et L'OFVS</p> <p><u>Goulots</u></p> <p>L'absence de locaux adaptés et d'équipements ne permettent pas au PNLP de travailler efficacement</p> <p>Personnel insuffisant au niveau programme pour assurer le suivi des activités</p> <p>La lourdeur administrative dans la mobilisation et l'acquisition des ressources constitue aussi un obstacle dans la célérité des interventions</p> <p>Faible traçabilité des activités du programme au niveau régional</p>	<p>Alléger les procédures administratives de mobilisation et d'acquisition de ressources pour la lutte contre le paludisme</p> <p>Décentralisation effective des activités, et des ressources : Faire un plan de relance des activités au niveau communautaire</p> <p>Mettre en place des outils de gestion (de suivi, de supervision et d'évaluation)</p> <p>Renforcer la capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau district et régional</p> <p>Créer et mettre à jour un répertoire d'intervenants par zone ainsi que le domaine d'intervention</p> <p>Renforcer le mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics et publics au niveau régional et départementale</p>

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			<p>Faible coordination des activités au niveau district</p> <p>Le comité de gestion du centre de santé non fonctionnel</p> <p>Manque de répertoire d'intervenants par zone ainsi que le domaine d'intervention</p>	

Tableau 8. Résumé des écarts financiers par domaines d'intervention (USD)

Intervention de Bases	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Miis	2 802 280	2 923 495	4 803 050	5504 800	5 628 000	21 680 625
PID	829196	849097	869475	890342	911711	4349821
TPI	-1 453 544	-1 482 151	-593 070	10 770	11 028	-3 506 968
Diagnostic	1048104	1022412	912027	960 779	983 838	4 927 160
Traitement	-2374593	-2715730	-3 124 848	182 782	185 913	1059058
Epidémies et Urgences	846609	868336	897246	1812373	6162066	10586630
IEC	377320	249640	274640	364000	402000	19441680
Suivi et Evaluation	204 390	708 934	76404	177 000	1409 000	3388390
Gestion	- 90 676	916 400	1 398 000	1809 000	1 517 000	8 289 000
TOTAL	2 189 086	3 340 433	5 512 924	11 711 846	17 210 556	70 215 396

Tableau 9. Résumé des écarts financiers par type de coûts (USD)

Type de Coûts	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Intrants (produits)	6 655 675	6 703 979	6 682 605	6 817 416	1 328 190	28 187 865
Coûts de distribution	250 000	250 000	250 000	250 000	250 000	1 000 000
Infrastructures	-	-	-	-	-	-
Coûts opérationnels	-	-	-	-	-	-
IEC	19 4480	6 9 640	9 4640	182 000	201 000	460 760
Suivi et Evaluation	204 390	708 934	76 404	177 000	1409 000	3388390
Gestion	- 90 676	916 400	1398 000	1 809 000	1 517 000	8 289 000
TOTAL	7 213 869	8648953	8 501 649	9 235 416	3 705 190	39 513 353

Tableau 10a. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution MII (USD)

MII	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couverture	6 405 000	6 559 000	6 713 000	6 881 000	735 000	33 593 000
Objectifs RBM 2010 (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	5 124 000	5 247 200	5 370 400	5 504 800	5 628 000	26 874 400
Ressources disponibles	2 321 720	2 323 705	567 350	0	0	5 212 775
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM ou du pays si supérieur)	2 802 280	2 923 495	4 803 050	5 504 800	5 628 000	21 680 625

Tableau 10b. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, PID (USD)

PID	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers des plans nationaux pour atteindre les niveaux de couverture de 80% de RBM (objectifs pays)	829196	849097	869475	890342	911711	4349821
Ressources disponibles	0	0	0	0	0	0
Ecart pour combler besoins des plans nationaux	829196	849097	869475	890342	911711	4349821

Tableau 10c. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, TPI (USD)

TPI	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couverture	12 537	12 838	13 146	13 462	13 785	65 769
Objectifs RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	80%	80%	80%	80%	80%	
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	10 030	10 271	10 517	10 770	11 028	52 616
Ressources disponibles	1 463 574	1 492 422	603 587	0	0	3 576 218
Ecart pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays si supérieurs)	-1 453 544	- 1 482 151	- 593 070	10 770	11 028	-3 506 968

Tableau 10d. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Diagnostic (USD)

TDR

DIAGNOSTIC	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couverture	1 372 630	1 340 515	1 195 034	1 200 974	1 229 797	6 338 950
Objectifs RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	1 098 104	1 072 412	956 027	960 779	983 838	5 071 160
Ressources disponibles	50 000	50 000	44 000	-	-	144000
ECART POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS RBM	1 048 104	1 022 412	912 027	960 779	983 838	4 927 160

Tableau 10e. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Traitement (USD)

TRAITEMENT	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couverture	278 932	238 860	228 478	232 391	1323 823	2 647 647
Objectifs RBM(ou les objectifs nationaux supérieurs)*	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	276 130	223 146	191 088	182 782	185 913	1 059 058
Ressources disponibles	2650 723	2938 876	3315 936	-	-	8905535
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	-2374593	-2715730	-3124848	182782	185913	1059058

Tab 11 Besoins de financement – Domaines transversaux (USD)

IEC						
Besoins financiers	455680	360000	360000	364000	402000	1941680
Ressources disponibles	78 360	110 360	85 360	-	-	274 080
ECART	377320	249640	274640	364000	402000	1667600
S&E:						
Besoins financiers	557 000	1 177 000	421 000	177 000	1409 000	3388390
Ressources disponibles	352 610	468 066	344 596	-	-	1 165 272
ECART	204 390	708 934	76 404	177 000	409 000	1 575 728
Gestion						
Besoins financiers	709 000	1 549 000	1 577 000	1 809 000	1 517 000	8 289 000
Ressources disponibles	799 676	632 600	179000	-	-	
ECART	- 90676	916 400	1398000	1809000	1517000	8289000
Autres (e.g.TA) EPIDEMIES						
Besoins financiers	8642062	8849481	9061857	18123728	61620664	106297791
Ressources disponibles	17597	16612	8940	-	-	43149
ECART	8624465	8832869	9052917	18123728	61620664	106254642
TOTAL Besoins	10 180 902	11 755 481	11 239 857	20 291 728	63 747 664	119916861
TOTAL DISPONIBLE	1 248 243	1 227 638	617 896	-	-	3093777
TOTAL ECART	8 932 659	10 527 843	10 621 961	20 29728	63 74664	116823084

5. PRINCIPALES INTERVENTIONS

5.1. PREVENTION

5.1.1. MII

a. Analyse de la Situation

i. Politique, stratégies et approches

Points forts

La Mauritanie dispose d'une politique nationale de lutte contre le paludisme ainsi qu'un plan stratégique pour la couverture et l'extension des MILD.

Les objectifs nationaux concordent avec ceux de RBM,

il existe une volonté d'extension vers une couverture universelle.

La société civile est impliquée dans la promotion et la distribution des MII.

La promotion des MII occupe une place de choix dans la stratégie et participe aux campagnes de distribution de masse.

Points faibles

Les objectifs nationaux ciblent que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Elles ne couvrent pas les autres couches vulnérables telles les PVVIH, les personnes âgées, les indigents, encore moins une couverture nationale. On note une capacité limitée de stockage tant au niveau régional que central.

Le système de gestion reste traditionnel et ne permet pas un contrôle rigoureux pour réduire le risque de fuite des moustiquaires pendant la distribution.

Le secteur privé n'est pas impliqué dans l'élaboration des stratégies et les approches basées sur les MILD. Les relais communautaires ne sont pas associés dans la mise en œuvre de la politique nationale. Il n'existe pas de plan de remplacement des moustiquaires non imprégnées qui sont toujours utilisées par les foyers.

2. Financement

Certains donateurs comme le FM et l'OFVS financent l'acquisition, la distribution des MILD.

Des fonds supplémentaires seront mis à la disposition par la BID pour renforcer ce volet.

iii. **Niveau de mise en place**

a. Gestion et rôle des partenaires

Un plan de distribution des MILD élaboré par le PNLP permettra d'éviter les chevauchements dans la distribution.

b. Approvisionnement et logistique

Points faibles

Le réseau national de distribution n'est pas suffisant pour desservir toutes les régions. A cela il faut ajouter le manque de magasin de stockage et des moyens de transport des moustiquaires au delà des Moughataa.

Les ruptures de stocks affectent souvent les systèmes de distribution de routine.

Faible collaboration entre la société civile et les services de santé au niveau des départements.

Le secteur commercial (qui a pourtant un rôle important à jouer) n'est pas soutenu par l'État ni par les donateurs

c. Communications

Points forts

En Mauritanie, il existe une culture d'utilisation de moustiquaires surtout dans les régions du sud.

Un service national d'IEC/CCC existe et a les compétences nécessaires pour contrôler pour diffuser les messages La participation de la société civile est satisfaisante.

Forte implication des Leaders politiques, des autorités administratives et sanitaires lors de la campagne générale des MILD et particulièrement pendant la journée de lutte contre le paludisme ou des messages de lutte contre le paludisme sont prononcés.

Points faibles

Les activités de sensibilisation sur les MII sur le terrain sont insuffisantes. Faible utilisation de la moustiquaire après la saison des pluies du fait de la réduction des nuisances alors cette période est aussi propice à la transmission.

d. Suivi et Evaluation

Points forts

Plusieurs sources de données renseignent sur l'évolution des indicateurs nationaux : il s'agit des rapports trimestriels d'activités des structures sanitaires,

Les résultats des enquêtes, les rapports de monitoring et de supervision, ainsi que le rapport annuel du SNIS.

L'utilisation des MII a fait l'objet de plusieurs évaluations notamment celle relative à

l'impact menée en 2003, l'enquête EDSIV de 2006, lors de l'enquête d'évaluation de la campagne intégré en 2007.

Une enquête CAP sur l'utilisation des MII menée par l'Unicef est en cours.

Points faibles

On note une insuffisance de supervision. Les données sur les moustiquaires ne sont pas fournies régulièrement par les Wilaya et les Moughataas. Il n'existe pas de données pour le suivi et l'élargissement de la diffusion.

- **Ecart et Besoins**

- i. Principaux goulots d'étranglement et défis

Les objectifs nationaux et les stratégies utilisées pour la couverture en MILD ne permettent pas d'atteindre la couverture universelle à travers le plan stratégique en cours (2007-2011). Le secteur privé et les relais communautaires ne sont pas mis à profit dans la distribution des MII.

Le secteur commercial chargé de la vente des moustiquaires n'est soutenu ni par le programme ni par les donateurs.

On note une absence de mécanisme d'atténuation des fuites comme le marquage ainsi que l'absence d'un système performant de gestion. Les activités de sensibilisation sont faites de façon parcellaire, non coordonnées (plusieurs acteurs) et ne rentrent pas dans le cadre d'un plan stratégique national de communication sur le paludisme. Le système de suivi évaluation n'est pas performant et la supervision dite intégrée n'est pas régulière et ramène peu de données spécifiques à la MII.

- ii. Les solutions proposées pour atteindre les objectifs de 2010

Impliquer le secteur privé et les relais communautaires dans la promotion, la distribution et le suivi de l'utilisation des MILD ;

Mettre en place un plan de remplacement progressif des MII conventionnels

Renforcer la capacité pour assurer le transport, le stockage et l'approvisionnement des centres de distribution,

Multiplier les points de distribution des MILD,

Améliorer et rendre systématique le marquage des MILD distribuées,

Doter l'unité de suivi et d'évaluation d'un logiciel de gestion pour le suivi de la distribution,

Mettre en place un système approprié de gestion des MILD.

Tableau 12. Besoins de financement en MII's pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM

Nombre et coût des MILDA à fournir pour atteindre l'objectif ¹	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Première méthode de distribution de routine lors des CPN/EPI dans les établissements de santé)						
A. Coût moyen d'une MILDA distribué*	7	7	7	7	7	
B. Nombre de MILDA à distribuer pour atteindre 100% de couverture	171 000	175 000	179 000	184 000	187 000	896 000
C. Nombre de MILDA à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	136 800	140 000	143 200	147 200	149 600	716 800
Ressources disponibles pour la distribution de MILDA	541 070	554 055	567 350	0	0	1 095 125
E. Ecart budgétaire (A1*C1) –D1	416 530	425 945	435 050	1030 400	1 047 200	3 922 475
Deuxième méthode de distribution Première méthode de distribution (distribution de masse aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans dans les Wilayas endémiques s)						
A. Coût moyen par MILDA distribué*	7	7	7	7	7	
B. Nombre de MILDA à distribuer pour atteindre 100% de couverture	744 000	762 000	780 000	799 000	818 000	3 903 000
C. Nombre de MILDA à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	595200	609600	624000	639200	654400	3122400
D. Ressources disponibles pour la distribution de MILDA	1 779 650	1 789 650	0	0	0	3 569 300
E. Ecart budgétaire (A1*B1) –D1	2 386 750	2 477 550	4 368 000	4 474 400	4 580 800	18 287 500
Nombre TOTAL de MILDA à distribuer pour atteindre 100% de couverture (B1+B2)	915 000	937 000	959 000	983 000	105 000	4 799 000
Nombre TOTAL de MILDA à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (C1+C2)	732 000	749 600	767200	786400	804 000	3 839 200
Ressources disponibles TOTALES pour la distribution de MILDA (D1 + D2)	2 321 720	2 323 705	567 350	0	0	5 212 775
TOTAL Ecart Budgétaire pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (E1+E2)	2 802 280	2 923 495	4 803 050	5 504 800	562 8000	21 680 625

5.1.2 Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)

a. Analyse de la Situation

i. Politique, stratégies et approches

La volonté politique ne s'est encore exprimée en faveur de la mise en œuvre de la stratégie dans le pays et le Ministère de la santé n'est pas encore sensibilisé sur les avantages de la PID, en termes de prévention de la maladie, de diminution des nuisances dues aux piqûres des moustiques et d'impact socio économique. La PID est proposé comme axe de lutte uniquement dans le document de gestion et de réponse aux épidémies

ii. Niveau de mise en place

La mise en œuvre de cette stratégie nécessite une collaboration de confiance entre les autorités et les populations appuyée par une action concertée entre les différents secteurs (santé, environnement, hydraulique, habitat et urbanisation). Des études de faisabilité de la PID sont nécessaires afin de circonscrire les zones d'intervention pour la réussite de cette approche.

iii. Gestion et rôle des partenaires

L'implication des partenaires (potentiels de lutte contre le paludisme, les environnementalistes ...) dans tout le processus est vivement souhaitée. Recruter et former des agents spécialisés dans la PID sont indispensables pour la mise en œuvre de cette stratégie. Il faudrait s'appuyer sur l'expérience à court terme des zones anciennement ciblées par le projet RBM en 2001 (les moughataa d'Aioun, Kankossa, Sélibaby, Bogh, Rosso).

iv. Approvisionnement et logistique

Un plan d'approvisionnement des insecticides et des équipements au niveau des zones d'intervention doit être élaborer afin de permettre un approvisionnement régulier.

Le stockage des produits et la gestion des déchets doivent être envisagés.

v. Communications

Une mobilisation des autorités sanitaires au plus haut niveau, des partenaires et des leaders communautaires doit être envisagée pour préparer le lancement de cette activité.

Une campagne de sensibilisation de grande envergure devrait être menée. A cet effet, le service de l'Education pour la santé, les médias Radio et TVM, journaux publics et privés pourront être associés.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Il n'y a pas encore de volonté politique exprimée en faveur de la PID (La PID n'est pas retenus dans la stratégie).

Les partenaires et la société civile ne semblent pas également être sensibilisés sur cette stratégie.

Les populations ne font pas toujours la relation entre les piqûres de moustiques et le paludisme.

Cette stratégie exige la mobilisation de ressources souvent jugés très élevés si c'est fait à grande échelle.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Sensibiliser les autorités politiques, les partenaires, les leaders et la société civile avant d'envisager la mise en œuvre de la stratégie
- Une expression forte au plus haut sommet de l'Etat serait un moteur pouvant propulser la PID.
- Des études de faisabilité doivent servir à documenter la PID et à sensibiliser les décideurs et dans un premier temps débiter par une zone pilote.
- Implication multisectorielle (environnement, développement rural, hydraulique société civile...) dans tout le processus.
- Prévoir un plan d'action et recruter un personnel compétent (ingénieurs environnementalistes, TSS et agents hygiénistes).
- Collaborer avec l'INSRP
- Echange d'expérience avec les pays de la région qui ont déjà expérimentés la stratégie

Des efforts doivent être fournis pour soutenir la PID et mobiliser des ressources pour la phase pilote dès 2009.

Tableau 13. PID Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD)

Nombre et coût des concessions (C) à pulvériser	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût moyen par concession/structure à Traiter*	8	8	8	8	8	-
B. Nombre Total de concessions/structures à traiter	103 650	106 137	108 684	111 293	113 964	103 650
. Ressources disponibles pour les PID	0	0	0	0	0	0
Ecart budgétaire (A * B) - C	829196	849097	869475	890342	911711	4349821

5.1.3. Lutte Anti - Larvaire

Analyse de la Situation

i. Politique, stratégies et approches

Cette stratégie est complémentaire à la précédente et pourrait concerner les Wilaya qui constituent les principales gites larvaires.

Il n'existe pas de connaissances suffisante dans le pays sur cette stratégie, cependant l'INRSP dispose d'un cadre qui pourraient aider dans la mise en œuvre de cette stratégie; Des études faites dans ce domaine ne sont pas connues. Des études pourraient être envisagées lors de l'implantation de la stratégie.

ii Financement

Il n'existe aucun financement de cette stratégie, mais sa mise en œuvre est indispensable pour soutenir les efforts faits dans la lutte contre le vecteur.

iii. Niveau de mise en place

La stratégie est difficile à mettre en œuvre et nécessite un personnel spécialisé.

- Gestion et rôle des partenaires

Un plan stratégique pertinent doit être présenté aux partenaires et soutenu par un plaidoyer efficace.

Une sensibilisation des autorités sanitaires, des partenaires et des secteurs impliqués (intersectorielle) et la société civile est indispensable si l'on veut mettre en œuvre cette stratégie. Il serait judicieux de tenter une collaboration avec les pays de la région qui ont déjà mise en œuvre cette stratégie.

- Approvisionnement et logistique

Un système d'approvisionnement régulier doit être mis en place au niveau PNLP, de la DRAS, surtout au niveau opérationnel

- Communication

Prévoir des activités de plaidoyer

Des études de situation (sociologiques, de faisabilité, de sensibilité des vecteurs) sont nécessaires.

Une véritable campagne intensive de marketing sociale de la stratégie devrait soutenir sa mise en place.

Des messages par le personnel de santé (IEC; C. Interpersonnelle...) audio visuelles des affiches, des banderoles pour la promotion de lutte anti larvaire doivent effectivement être intensifiés avant le lancement de la stratégie.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Cette approche est peu connue en Mauritanie

Il n'y a pas de volonté politique et la stratégie n'a pas été retenue dans les politiques et stratégies.

Manque de personnel qualifié (ingénieurs environnementalistes et agents d'hygiène....)

Manque de matériel (pulvérisateurs.....) de logistique adaptée

Manque de produits et autres intrants

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Expression de la volonté politique au plus haut niveau et élaboration de plan stratégique. Engagement des partenaires et soutien de la société civile.

Affecter un personnel qualifié (ingénieur environnementaliste et agents d'hygiène) suffisant tant au niveau centrale qu'au niveau opérationnel

Équiper le PNLP, la DRAS; les CS de matériel (pulvérisateurs, etc.) Et de logistique adaptée.

Tableau 14. Financement des besoins pour la lutte Anti-larvaire et gestion de l'environnement (USD)

Coût du traitement larvicide/ Gestion de l'environnement	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût de l'intervention*	-	-	-	-	-	-	-
C. Ressources disponibles	-	-	-	-	-	-	-
Ecart budgétaire (A - B)	-	-	-	-	-	-	-

5.1.4. Paludisme et grossesse (TPI)

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

C'est la stratégie la plus développée du PNLN car elle a commencé depuis le début du programme durant la phase d'expérimentation. Cependant toutes les structures publiques ne fournissent pas encore la SP aux femmes enceintes car la mise à la disposition des intrants gratuits par le programme aux Wilaya est très récente.

Les structures privées et le niveau communautaire ne sont pas encore impliquées, alors que l'objectif d'ici 2010 est d'atteindre 80% des femmes enceintes. Il importe dès lors d'accélérer le processus en mobilisant tous les efforts pour être au rendez-vous.

ii. Financement

Ce volet est financé par le FM et l'OMS. Des fonds supplémentaires seront mis à la disposition par la BID pour renforcer ce volet.

iii. Niveau de mise en place

La mise à échelle de l'application de cette stratégie, nécessite l'implication des cliniciens privés, le niveau communautaire et la société civile

iv. Gestion et rôle des partenaires

Une collaboration avec le Programme de santé de la reproduction dans la planification et la mise en œuvre de la stratégie TPI pourrait être judicieuse.

v. Approvisionnement et logistique

L'approvisionnement des structures est assuré par la CAMEC et par le PNLN. Cependant, on constate sur le terrain des ruptures du manque de prévision (mauvaise planification).

Un stock de six mois avait été envoyé par le PNLN dans les régions en Juillet 2008.

vi. Communications S&E

Les activités d'IEC/CCC sont indispensables afin d'amener les femmes enceintes à utiliser les structures de soins et recevoir la SP.

Les médias d'Etat, (Radios, TV, journaux), les médias privés (presse...), le personnel de santé du public comme du privé, la société civile, les agents de santé communautaires et animateurs ruraux doivent conjuguer leurs efforts pour la réussite de cette stratégie.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Les différents intervenants manquent de compétences requises pour exécuter les activités

L'insuffisance de la collaboration entre le PNLN et le PNSR dans la planification et la réalisation des activités TPI. .

La non implication des structures privées surtout ceux avec une couverture sanitaire, qui reste encore faible;

La non-implication des relais communautaires (ASC) est un véritablement handicap pour atteindre les femmes enceintes ne fréquentant pas les services de santé pour les CPN. ;

La SP est donné sur ordonnance et la sage femme n'assiste pas à la prise SP

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

L'expression d'une volonté politique exprimée au sommet de l'Etat avec des activités de communication, pourrait donner une grande impulsion à cette stratégie vitale

Une adhésion parfaite des partenaires, une collaboration et une harmonisation des activités du programme avec celles de la CAMEC sont indispensables.

Mener des activités de sensibilisation pour augmenter l'adhésion des femmes à la stratégie
Implication des structures privées sanitaire au niveau de tous les échelons.
Elaboration des modules, guides et des ordinogrammes de formation et formation en cascade du niveau régional, au niveau le plus périphérique (ASC) animatrices rurale des ONGs et coopératives. Décentralisation effective de la formation et un suivi rapproché pour mettre fin aux mauvaises pratiques (prescription de la chloroquine).

Former les agents des ONG pour qu'ils contribuent effectivement à la promotion de la TPI et pour sensibiliser sur l'usage actuel de la chloroquine et le bon suivi de la nouvelle approche

Instaurer la prise de la SP en présence de la sage femme.

Tableau 11. TPI. Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010.

Nombre de femmes enceintes recevant le TPI et son coût	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût moyen du TPI (2 doses) par femme enceinte*	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	
B. Nombre de femmes enceintes ciblées pour atteindre 100% de couverture	139 305	142 648	146 072	149 578	153 167	730 770
C Nombre de femmes enceintes ciblées pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur).	111 444	114 119	116 857	119 662	122 534	584 616
D. Ressources disponibles pour le TPI	1 463 574	1 492 422	603 587	0	0	3 576 218
Ecart budgétaire (A*B) - D	-1453544	-1482151	-593070	10770	11028	-3 506 968

5.2. GESTION DES CAS

5.2.1. Diagnostic

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

L'utilisation des TDR pour la confirmation du diagnostic du paludisme constitue un progrès technologique, une approche novatrice car elle permet de :

- une confirmation du diagnostic basée sur une évidence de la présence parasitologique ;
- éviter les résistances des parasites à ces nouvelles molécules
- En revanche, cette stratégie n'a débuté qu'en 2009 et n'est pas encore entrée dans les pratiques quotidiennes des techniciens.

L'analyse situationnelle a montré que la prise en charge des cas de paludisme basée sur l'indice de parasitémie n'est pas toujours respectée par la plupart des prescripteurs malgré l'existence de kits de TDR.

ii. Financement

L'achat des TDR est financé par le FM. Des fonds supplémentaires seront mis à la disposition par la BID pour renforcer ce volet.

Les TDR sont livrés gratuitement dans les structures de soins par le PNLP qui est soutenu par les partenaires.

iii. Niveau de mise en place

Les TDR étant disponibles au niveau des structures de soins, la question reste au niveau de leur utilisation dans le diagnostic du paludisme. Il s'agira surtout de sensibiliser les prestataires à la nécessité de faire les tests avant toute administration d'ACT chez les plus de 5 ans.

Des modules de formation des prestataires et directives devront être disponibles dans tous les CS et la mise en œuvre des activités de formation.

iv. Gestion et rôle des partenaires

Les partenaires soutiennent la mise en œuvre de cette stratégie

L'INRS est l'agence partenaire pour le diagnostic

v. Approvisionnement et logistique

Les Kits de TDR entre dans les fournitures et matériels mis à la disposition par la CAMEC. Cependant, un cadre de collaboration avec la CAMEC d'une part, avec la DRAS d'autre part devra être tracé afin d'assurer un bon stockage des TDR, un approvisionnement régulier vers le niveau des structures de santé périphériques et un bon suivi

vi. Communication

Des activités de sensibilisation sont nécessaires pour changer le comportement des prestataires qui sont habitués au traitement syndromiques des cas de paludisme avec l'administration de la chloroquine.

L'IEC/CCC envers la population bénéficiaire constitue un volet important destiné à la convaincre de la nécessité des tests diagnostics avant l'administration du traitement.

vii. S&E

Un plan de suivi évaluation est nécessaire, afin d'assurer la traçabilité des TDR

Il est urgent de constituer une base de données au sein du programme et revoir les outils de recueil de données.

Les outils de gestion de ces nouveaux intrants doivent être disponibles dans les structures périphériques.

b. Besoins et requêtes

i Goulots d'étranglement et défis

L'arrivée récente des TDR dans les structures de soins ne permet pas d'anticiper les difficultés

Le manque de normes pour la conservation des TDR ainsi que l'assurance qualité en général

Le non implication des prescripteurs du secteur privé et des structures du niveau communautaire

Le manque de formation de la plupart des agents au niveau opérationnel. L'insuffisance du personnel dans les services de laboratoire.

Le manque de kits de TDR dans la plupart des structures de santé des zones dit instables.

L'absence de la mise en œuvre de la stratégie au niveau communautaire

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Impliquer le secteur privé, le niveau communautaire et les ONG

Rendre disponible les TDR au niveau des postes de santé

Effectuer un suivi et une supervision rapprochée et fréquente des prescripteurs

Contractualiser avec l'INRS en ce qui concerne la recherche, le suivi du réseau de laboratoire et la formation en matière de Diagnostic.

Tableau 16. Besoins de financement pour les Services de Diagnostique afin d'atteindre les objectifs de RBM 2010 (USD).

Nombre et coût des services de diagnostique du paludisme	Classe d'Age	2009		2010		2011		2012		2012		TOTAL	
		Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs	Microscopie	TDRs
A. Coût moyen d'un test de diagnostique	Total	1,6	0,71	1,6	0,71	1,6	0,71	1,6	0,71	1,6	0,71	1,6	0,71
B. Nombre de cas suspects de paludisme (fièvre) ciblés à tester pour atteindre une couverture de 100%	< 5ans	528132	880220	506878	844797	426393	710656	424768	707946	434962	724937	2321133	3868556
	> 5ans	921830	1536383	909159	1515264	835965	1393276	843867	1406445	864120	1440199	4374941	7291567
	Total (<5 + > 5 ans)	1449962	2416603	1416037	2360061	1262358	2103932	1268635	2114391	1299082	2165136	6696074	11160123
C. Nombre de cas suspects de paludisme (fièvre) ciblés à tester pour atteindre les objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	< 5 ans	422506	704176	405502	675838	341114	568525	339814	566357	347970	579950	422506	4951751
	> 5ans	737464	1229106	727327	1212211	668772	1114621	675094	1125156	691296	1152159	737464	9333206
	Total (<5 + > 5 ans)	1159970	1933282	1132830	1888049	1009886	1683146	1014908	1691513	1039266	1732109	1159970	14284958
D. Ressources disponibles pour les services de diagnostic	Total		50000	-	50000	-	44000	-	-	-	-	-	
Ecart budgétaire pour atteindre les objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (A* Total B) - D	Total	185595	1322630	181253	1290515	161582	1151034	162385	1200974	166283	1229797	185595	7237643

5.2.2. Traitement

a. Analyse de la situation

i. Politique, stratégies et approches

Il existe une politique nationale de prise en charge thérapeutique des cas de paludisme : Il s'agit d'administrer les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour le paludisme simple et la quinine pour les cas de paludisme grave et en cas de paludisme chez la femme enceinte. Les combinaisons thérapeutiques retenues dans la politique nationale sont : Artésunate+ Amodiaquine et Arthemether+Luméfántrin (2^{ème} ligne).

Pour le moment seule la combinaison Artésunate+ Amodiaquine est mise à la disposition des structures sanitaires publiques conformément à la politique nationale. Il est précisé que le traitement ACT n'est donné qu'après confirmation par les TDR.

Les structures de soins travaillent 24h sur 24.

ii. Financement

Points forts

Les donateurs qui financent la prise en charge thérapeutique sont le FM pour les produits,

La BID vient de s'impliquer pour appuyer ce volet sur 2 ans.

L'OMS et l'Unicef appuient le volet formation du personnel et la sensibilisation.

Points faibles

Les frais récurrents (les frais de consultation, les antipyrétiques ainsi que les frais de références pour les cas graves, les transfusions sanguines, antibiotiques) et les examens complémentaires sont supportés par le patient.

Les structures de santé ne disposent pas de fonds suffisants pour soutenir la prise en charge du paludisme et faire face à la gratuité des intrants.

Les tarifs en vigueur pour la consultation médicale sont compris entre 20um à 100um et au niveau..... entre 4000 à 5000 Um. C'est dire pour les cas graves, la PEC est énorme plus 10.000um (environ 40\$)

iii. Niveau de mise en place

La mise en place de cette stratégie sur le terrain a pris du retard et ce n'est qu'en Janvier que le premier approvisionnement des Wilayas a été effectué

iv. Gestion et rôle des partenaires

Points forts

Les partenaires accompagnent le PNLP surtout dans l'amélioration des compétences du personnel

Les résultats de la recherche faite localement (INSRP) sur les traitements disponibles (résistance de la chloroquine, nouvelles combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) sont pris en compte dans l'élaboration de la politique nationale

Points faibles

La prise en charge du paludisme dans le secteur privé n'est pas régulée : les schémas thérapeutiques ne suivent pas souvent les recommandations de la politique nationale. Il y a une persistance des monothérapies et de la prise de la chloroquine.

La pratique courante de l'automédication mérite d'être soulignée

v. Formation et supervision

Il existe des manuels de formation pour la prise en charge thérapeutique du paludisme.

La formation des prestataires a déjà débuté et se poursuivra.

vi. Approvisionnement et logistique

Il faut noter la contribution des Moughataas et centre de santé pour s'approvisionner en CTA malgré l'insuffisance des ressources dont ils disposent (recouvrement des coûts)

vii. Communication

Il existe dans le plan stratégique des activités d'IEC/CCC ciblant les prestataires mais en pratique la mise en œuvre de ces activités exécutées par l'EPS est encore faible.

Malheureusement, le personnel de santé n'a pas encore totalement adhéré à la nouvelle politique de traitement d'où une faible prescription des CTA. Par ailleurs, les patients manquent d'information sur les effets secondaires des CTA.

viii. S&E

Il y a un plan de monitoring et d'évaluation pour le paludisme et les activités de supervision ne sont pas encore planifiées et il le système de pharmacovigilance n'a pas encore débuté.

L'assurance qualité n'est pas planifiée

a. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Le traitement n'est pas encore gratuit au niveau des structures de soins périphériques, puisque la première livraison s'est faite en janvier 2009.

Le déploiement communautaire du traitement du paludisme simple n'est pas prévu par la stratégie nationale

Tous les frais liés à la PEC du paludisme simple ou compliqué sont supportés par le patient (frais de consultation, examens complémentaires, évacuation des cas graves vers les hôpitaux de référence)

La prise en charge du paludisme au niveau du secteur privé ne suit pas les recommandations de la politique nationale.

Le personnel de santé n'a pas encore intégré les nouvelles directives de traitement d'où la faible prescription des CTA. .

La population n'est pas suffisamment informée des effets secondaires de la nouvelle molécule.

Il y a une persistance de l'utilisation de la chloroquine et de l'automédication

Les barrières géographiques et financières entraînent un recours à l'automédication de la part des populations.

Le plan d'approvisionnement à long terme n'est pas encore disponible et les Moughataas ne disposent pas d'outils de gestion de stocks.

Le contrôle de qualité n'est pas prévu pour le moment

Les personnes vivant avec VIH ne sont pas ciblées par la politique de gratuité du traitement du paludisme. L'implication communautaire du traitement du paludisme simple avec l'implication des relais communautaires n'est pas encore envisagée.

Le coût élevé des ACT ainsi que le tarif de consultation font que l'automédication continue à être pratiquée au sein de la population à risque.

Les monothérapies et la chloroquine sont encore prescrites par les prestataires du niveau périphérique

Cette situation est due au retard dans l'application de la politique de PEC sur le terrain.

La présentation des ACTS livrés par le programme est différente de ceux livrés par la CAMEC.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Organiser un atelier de consensus avec tous les acteurs impliqués pour asseoir une modalité commune de prise en charge gratuite des patients

Développer des mécanismes pour assurer la pérennité des services.

Une subvention ou un système de compensation de la gratuité devrait être proposé afin de permettre la viabilité des structures.

Il faudrait réfléchir à une possible politique de contractualisation avec les partenaires/ONG sur le terrain pour améliorer la qualité des soins, étendre la prise en charge au niveau communautaire et pérenniser les expériences réussies.

La CAMEC devrait réglementer l'importation des combinaisons thérapeutiques et empêcher la vente des monothérapies sur le marché.

Impliquer les praticiens privés

Il faudra organiser des sessions de formation selon les besoins exprimés par les Moughataa,

Actualiser et adapter les manuels/ directives de formation des prestataires.

Diffuser à tous les niveaux du système de santé les directives relatives aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme.

Les activités d'IEC/CCC et de plaidoyer en direction des prestataires, des populations devraient être mises en œuvre dans les meilleurs délais.

Il faudrait renforcer la collecte des données, la gestion des stocks, le suivi et la supervision et initier une collaboration avec le secteur privé.

Tableau 17. Besoins de financement pour le traitement en vue d'atteindre les objectifs de RBM

Nombre et coût du traitement du paludisme	Classe d'Age	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Coût moyen d'un traitement*	5-11 mois	1	1	1	1	1	
	1-6 ans	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	
	7-13 ans	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	
	> 14 ans	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	
Nombre de cas ciblés pour le traitement	5-11 mois	28 247	22 146	22 098	22 554	23 095	118 140
	1-6 ans	547 686	435 883	335 760	329 663	337 575	1 986 567
	7-13 ans	441 829	381 694	302 959	245 668	243 301	1 615 451
	> 14 ans	768 912	605 777	559 548	565 199	578 764	3 078 200
	Total	1 786 674	1 445 500	1 220 365	1 163 084	1 182 735	6 798 358
Ressources disponibles	Total	2650723	2938876	3315936	----	-----	8905535
Ecart Budgétaire	Total	-2374593	-2715730	-3124848	182782	185913	1059058

L'outil de calcul ne peut pas aider à calculer les coûts de traitement de seconde ligne ou des cas sévères de paludisme. La raison de cela est double : i) l'estimation des besoins pour des zones où la transmission décroît tout le temps est peu fiable et ii) les coûts de traitement de seconde ligne devraient être insignifiants par rapport aux coûts de traitement de première ligne avec les ACT et les RDTs. Les questions relatives aux traitements de seconde ligne ou de cas sévères de paludisme devront être calculées séparément à raison de 5% des coûts de traitement de première ligne.

6. QUESTIONS TRANSVERSALES

6.1. EPIDEMIES/CONTROLE DES URGENCES

Le paludisme est souvent épidémique dans la partie bordant le Karakoro à Kankossa (frontière du Mali), à Sélibéby, Kaédi, Boghé et Rosso sur le fleuve Sénégal durant le période de Décembre à Mars

Au nord, les épidémies sont rares et le paludisme y est faible, cependant aucune étude ne vient étayer cette thèse

i. Politique, stratégies et approches

Points forts

La gestion des épidémies est inscrite dans les documents de politique et de stratégie du PNLP. Il existe un document de politique nationale de gestion et de réponse aux épidémies ainsi qu'un plan d'intervention au niveau du service de la surveillance épidémiologique

L'inscription d'une ligne budgétaire de l'Etat pour la lutte contre les épidémies, y compris le paludisme ;

L'existence en Mauritanie d'un centre de recherche : Institut National de Recherche en Santé Publique prêt à appuyer le PNLP à travers ses missions de coordination, de promotion de la recherche et de développement des laboratoires.

Les axes stratégiques retenus pour cette stratégie sont PEC des cas, les distributions des MII, la PID et l'éducation pour la santé

Il existe un système, de détection et d'alerte précoce en cas d'épidémie. La réaction est souvent rapide et des ressources sont souvent mobilisées pour des actions promptes

Le seuil d'alerte est précisé dans des guides que dispose toute structure de santé publique

Points faibles

Absence de ressources décentralisées pour la lutte contre les épidémies

Le PNLP n'est pas spécialement impliqué dans la gestion des épidémies de paludisme, sauf pour l'acquisition de moustiquaires imprégnées.

La PID n'est pas encore été appliquée lors des épidémies

La couverture sanitaire et l'accessibilité aux soins restent encore faibles dans les zones exposées aux épidémies

ii. Financement

Il existe un appui de différents partenaires au développement à la lutte contre le paludisme (BID, OMS, UNICEF, FM, OFVS) ;

Point fort

Existence un service de surveillance épidémiologique et comité intersectoriel permanent de prévention et de riposte aux épidémies aux différents niveaux du système

Point faible

Le comité intersectoriel permanent de prévention et de riposte aux épidémies n'est fonctionnel que pendant les périodes d'épidémie.

Le personnel des structures de santé des zones à risque épidémique ne sont pas formé depuis plus 4 ans.

Le module de formation spécifique à la gestion des épidémies du paludisme n'est pas disponible

iii. Approvisionnement et logistique

Point fort

Certaines zones ont des kits pré positionnés pour la gestion des épidémies

Points faibles

Le manque de moyens logistiques et la décentralisation des ressources (financières....). Tout vient du niveau central.

iv. Communications

Point faible

Pas d'activités d'IEC/CCC spécifiques à la lutte contre les épidémies de paludisme au niveau des structures de soins et au niveau communautaire

v. S&E

Point fort

Existence des sites sentinelles de surveillance épidémiologique et le plan stratégique prévoit de mettre en place un système de surveillance épidémiologique

Point faible

Les sites sentinelles sont sous équipés et très peu fonctionnels. Les données produites par les sites sentinelles sont incomplètes et irrégulières

Le système de détection des épidémies est entravé par le manque de données de qualité.

Le niveau communautaire n'est pas impliqué dans la lutte contre les épidémies

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

De nombreux problèmes liés à la mise en œuvre des interventions demeurent non résolus :

Le caractère incomplet et fragmentaire des données épidémiologiques existantes ;

L'insuffisance de recherches en la matière empêchant la connaissance exacte des régions à potentiel épidémique

La faible expertise nationale dans le domaine de la lutte contre les épidémies (Entomologistes, Parasitologues, Epidémiologistes, Médecins de santé publique);

Le faible diagnostic de laboratoire et de contrôle de qualité;

La faible attention accordée à l'impact sanitaire lors de la mise en œuvre des projets de développement Hydro agricoles (Barrages, irrigations diverses).

Les autres contraintes opérationnelles sont :

Les kits d'épidémie ne sont pas pré positionnés dans tous les sites exposés aux épidémies.

Les sites sentinelles sont sous équipés et sont très peu fonctionnels. Les données produites par les sites sentinelles sont incomplètes et irrégulières

Le système de détection des épidémies est entravé par le manque de données de qualité dans certaines régions

Les modules et les directives ne sont plus disponibles au niveau des Centres et Postes de santé et les agents étaient formés il y a fort longtemps

Le niveau communautaire n'est pas impliqué dans la lutte contre les épidémies

Pas d'activités IEC/CCC menées pour sensibiliser la population à la détection rapide des épidémies.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Renforcer la surveillance épidémiologique dans la région à haut risque épidémique

Doter le niveau central et/ou régions d'un fond conséquent de riposte aux épidémies

Elaborer un module de formation sur la gestion des épidémies de paludisme et améliorer les compétences des prestataires de soins des zones épidémiques.

Entamer des contacts avec l'INRS pour évaluer les besoins en recherche opérationnelle en rapport avec la détermination du faciès épidémiologique

Renforcer la surveillance épidémiologique dans les zones exposées.

Rendre fonctionnelle les sites sentinelles (équipements, formation et supervision)

Assurer l'animation permanente des comités intersectoriels de prévention et de riposte des épidémies

Tableau 18. Besoins de financement pour les situations d'épidémie et d'urgence (USD)

Le coût d'intervention pour une situation d'épidémie ou d'urgence	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Le coût d'intervention par personne affectée/à risque*	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	
Nombre estimé de personnes affectées/à risque	644930	660409	676258	1352517	4598557	7932671
Ressources disponibles pour les situations d'épidémie ou d'urgences	235800	222600	119800	-----	-----	578200
Nombre de personnes affectées qui peuvent être couvertes avec les ressources disponibles	17597	16612	8940	0	0	43149
Ecart budgétaire	846609	868336	897246	1812373	6162066	10586630

Une estimation de \$12 par personne est utilisée. Cette somme est répartie comme suit : \$5.00 pour les MILDA, \$2.50 pour le diagnostic et le traitement, \$1.00 pour l'IEC, \$1.50 pour les frais de distribution, \$2 pour la formation, la supervision et le monitoring. Le coût de la PID par personne couverte a été calculé sur la base de l'outil de Calcul de la PID utilisant le coût/concession pulvérisée divisé par la moyenne de Personnes/concession.

Pour le cas de la Mauritanie, le coût de la PID par personne couverte est de 1,4\$'
Ainsi, le coût d'intervention par personne affectée/a risque = \$12 + \$1,4 = \$13,4

6.2. PLAIDOYER/CCC/IEC

a. Analyse de la situation

Il s'agit des activités d'IEC/CCC et plaidoyer en direction des leaders politiques des donateurs, des leaders communautaires.

Le paysage médiatique est composé de radios (2 publiques, et communautaires) et 2 télévisions publiques, ainsi que beaucoup de journaux (publiques, privés commerciales et confessionnelles) HAPA.

i Politique, stratégies et approches

Points forts

Il fait partie intégrante de la stratégie du PNL et doit être particulièrement développé et soutenu

De nombreux supports IEC/Paludisme sont produits par les partenaires et affichés au niveau des structures de santé périphériques.

Le service IEC/ reçoit l'appui technique et financier du PNL pour la réalisation de ses activités.

Points faibles

Absence de stratégie de communication pour le paludisme

Manque de coordination des intervenants sur le terrain

.La stratégie d'utilisation et de redynamisation du réseau des relais communautaires dans les activités d'IEC pour le changement de communication (paludisme) n'est pas bien définie

ii. Financement

Le financement est assuré par le Fonds Mondial, la BID, l'OMFS, l'OMS, l'UNICEF, la Radio et TVM y participent

iii. Gestion et rôle des partenaires

Le volet IEC/CCC pour la lutte contre le paludisme en Mauritanie est exécuté au niveau du service EPS du MS

iv. Approvisionnement et logistique

Insuffisance des supports IEC/paludisme au niveau communautaire

Même là où les supports existent, ils sont mal exploités et peu utilisés pour les CIP dans les structures de santé

v. Communication

Il existe une prise en compte des principales recommandations sur le paludisme dans les déclarations de politique (Président, Ministres) et des autorités locales et leaders communautaires.

Les célébrités font partie intégrante des activités de plaidoyer (TV, Radio nationale et rurales)

Les relais communautaires sont insuffisants sont peu impliqués dans les activités d'IEC pour la lutte contre le paludisme

vi. S&E

Les activités d'IEC/CCC et celles des relais ne sont pas répertoriées ni collectées au niveau du Système Local d'Information Sanitaire.

Les relais encore en activité et utilisés par les partenaires du programme ne sont pas répertoriés et il en découle l'absence d'harmonisation des messages.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Absence de stratégie nationale de communication pour déterminer les différentes cibles, les canaux et tracer un cadre pour harmoniser le message

Absence de cadre et de mise en œuvre des activités de plaidoyer

Les supports IEC/paludisme sont mal utilisés au niveau des structures de santé et l'IEC est faite par le personnel le moins qualifié (aide-infirmière, fille de salle....) et non formé,

Les activités IEC au niveau des structures de soins sont rarement réalisées par le médecin ou le TSS.

Le niveau communautaire n'est souvent pas impliqué d'où l'insuffisance de l'impact des messages élaborés au niveau des populations cibles.

La société civile, bien que impliquée, n'a pas toujours le personnel qualifié et a besoin d'un renforcement des capacités.

Insuffisance du personnel qualifié au niveau du service EPS du MS pour la mise en œuvre de la stratégie de communication

Pas de budget spécifique à l'IEC/CCC au niveau des DRAS, des CS et niveau des Postes de santé et insuffisance du matériel IEC à tous les niveaux.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Elaborer une stratégie nationale IEC

Recruter au PNLP un point focal pour les activités IEC/CCC qui serait chargé aussi du Bulletin Info Palu.

Former le personnel EPS en IEC pour le changement de comportement et sur les stratégies de prévention du paludisme

Actualiser les supports pour se mettre en phase avec la nouvelle stratégie de prise en charge

Prévoir des formations IEC pour le personnel des Moughataas

Harmoniser les messages avec les supports IEC diffusées à tous les niveaux et rentabiliser l'utilisation des différents canaux de communication

Planifier la diffusion des messages audio visuels aux heures de grande écoute et contractualiser avec la radio rurale et la presse écrite.

Introduire l'IEC sur le paludisme dans les curricula de formations des IDE, SFE et IMS ainsi dans ceux des écoles fondamentales et secondaires.

Mener des enquêtes CAP de base et revoir les stratégies et messages en fonction des résultats. Les activités IEC/CCC doivent être confiées à la personne la plus compétente et formée en la matière dans la structure sanitaire

Former et impliquer les relais communautaires dans les activités d'IEC/paludisme et étudier la possibilité de contractualiser avec les organisations communautaires.

Réfléchir à un système de motivation et de fidélisation des relais : Tirer profit de l'expérience des partenaires sur le terrain (Unicef, relais pour éradication du ver de Guinée...).

Récupérer les relais de l'éradication du ver de Guinée pour les mettre à profit dans la lutte contre le paludisme.

Répertorier les relais encore en activité sur le terrain

Prévoir un budget pour les activités IEC/ CCC au niveau des DRAS et les décentraliser jusqu'au niveau périphérique

Renforcer le plaidoyer en faveur des stratégies et activités en vue d'atteindre les objectifs RBM à l'échelon 2013.

Tableau 19. Besoins de financement pour les activités de plaidoyer, d'IEC/CC (USD)

Le coût des activités IEC/CCC	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Coûts estimés de renforcement des capacités des intervenants chargés de planification et mise œuvre des activités	10000	20000	15000	12000	10000	67000
Cous estime pour la production et diffusion de message	147840	150000	155000	160000	166000	778840
Coûts estime de suivi et évaluation des activités	25000	10000	10000	10000	25000	80000
Le coût des activités de plaidoyer planifiées	272840	180000	180000	182000	201000	1015840
Coûts IEC totaux	455680	360000	360000	364000	402000	1941680
Ressources TOTALES disponibles	78360	110360	85360	0	0	274080
Ecart Budgétaire TOTAL	377320	249640	274640	364000	402000	19441680

6.3. SUIVI ET EVALUATION

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

Il existe une unité de suivi évaluation et une liste consensuelle d'indicateurs de suivi évaluation, cependant il manque les ressources matérielles et humains.

L'INRSP ayant des agents compétents (biologistes, entomologiste, pharmaciens, Techniciens d'hygiène...) pourrait être mis à contribution pour appuyer le PNLN dans ses missions de recherche.

ii Niveau de mise en place

Il existe un partenariat dynamique entre le PNLN et ses partenaires en matière de suivi / évaluation.

Dans les régions et Moughataa, des rapports élaborés sont envoyés au niveau du PNLN

Il n'y a de base de données au niveau d PNLN, les études passées n'y sont pas répertoriées.

Il n'y a pas de logiciel de gestion de données

Le PNLN dispose d'un personnel compétent au niveau de l'unité de suivi et évaluation mais l'unité a besoin d'être renforcée en personnel qualifié. Cependant le manque de collecte des données pertinentes au niveau de la base (CS et PS, Communauté et société civile) entrave les activités.

Il existe des points focaux basés dans les Wilaya chargés du recueil de données, mais ils manquent de moyens matériels et de formation nécessaires pour être efficaces.

Il y a une insuffisance des moyens de supervision des Wilayas et les données ne remontent pas régulièrement de la base vers le sommet et ne concordent pas toujours.

Aujourd'hui, il est nécessaire de disposer de données fiables de toutes les Wilaya où opère le PNLN sur :

- L'efficacité de la chloroquine et de la sulfadoxine pyriméthamine pour le traitement du paludisme vivax.
- La situation de la PEC, particulièrement dans les zones dites "haute" endémicité palustre
- Réaliser des contrôles de qualité des TDR et ACT en Mauritanie.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Insuffisance des données de recherche de base

Absence d'un plan national de suivi évaluation (en cours d'élaboration)

Absence d'équipements performants pour la gestion des données

Absence de données fiables liés probablement l'insuffisance des moyens du SNIS

Insuffisance des moyens de supervision

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Elaborer un plan de suivi évaluation

Equiper l'unité de suivi et d'évaluation en matériel performant et mettre sur place une base de données en collaboration avec le SNIS

Actualiser les outils de gestion des intrants et également de recueil de données (outils de collecte à intégrer dans le SNIS)

Donner la priorité à la recherche, identifier les besoins en matière de recherche, assurer les financements et développer la collaboration avec l'INRSP.

.Former et appuyer le personnel des structures de santé à la collecte des informations fiables, à l'utilisation des données et à leur diffusion.

Un bulletin d'information du PNLP permettrait de donner un feed-back pertinent et pour jouer un rôle non négligeable dans la motivation des points focaux surveillance épidémiologique.

Renforcer l'équipement du programme pour la gestion de la base de données

Elaborer un plan de supervision et assurer la supervision régulière à tous les niveaux. Elargir la collecte des données et la supervision au secteur privé.

Faire remonter les données de façon régulière de la base vers le sommet (feed-back), après validation

Renforcer les compétences des équipes centrales, régionales, des CS et PS pour qu'ils soient capables de conduire les enquêtes ménages, et des évaluations de leurs actions ou sous traiter la recherche aux instituts de recherche

Réaliser les études prévues dans le cadre du financement du FM :

- Réaliser entre autre une étude bioécologique pour la mise à jour de la cartographie entomologique du pays
- Réaliser une enquête MIS

Le transfert de compétence de Bénéficiaire principal vers le Gouvernement en matière de gestion de la subvention du fonds mondial (renforcement des capacités);

Le fonctionnement optimal du CCM.

Tableau 20. Besoins Financiers pour la Supervision, le S&E et la Recherche Opérationnelle (USD).

Besoins en Suivi et Evaluation	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Surveillance de Routine	12000	12000	12000	12000	12000	60000
Logistiques de la surveillance de routine (véhicules)	100000	-	50000	-	100000	250000
Supervision de la surveillance de routine et utilisation des données de surveillance	15000	15000	15000	15000	15000	75000
Réunions de Prise de décision	10000	10000	10000	10000	10000	50000
Evaluation de l'efficacité des médicaments ¹	12000	-	12000	-	12000	36000
Evaluation de la résistance aux insecticides ²	-	20000		20000	-	40000
Enquête MIS ³	-	1000000	-	-	1000000	2000000
Autres enquêtes planifiées	48000		48000		48000	144000
Pharmacovigilance ⁴	150000	50000	50000	50000	50000	350000
Enquête de couverture des MII ⁵	8000		8000		8000	24000
Enquête de qualité/Assurance des PID ⁶	-	-	50000	-	-	50000
Renforcement des capacités pour le développement et le respect de la réglementation à risque	10000	10000	10000	10000	10000	50000
Equipements (ordinateurs, GPS, PDAs etc.)	96000		96000		48000	240000
Recherche Opérationnelle	36000				36000	72000
Autres coûts (formations, indemnités, outils de gestion)	60000	60000	60000	60000	60000	300000
Coûts totaux estimés	557000	1177000	421000	177000	409000	2741000
Ressources disponibles	352610	468066	344596	-	-	352610
Ecart budgétaire	204390	708934	76404	177000	1 409000	3 388390

7. GESTION DE PROGRAMMES ET DES SYSTEMES DE SANTE

7.1. SYSTEMES DE SANTE ET GESTION DE PROGRAMMES

i. Le rôle assigné au PNL

Créé en 1998 par arrêté ministériel le PNL a pour missions principales :

- D'exécuter la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- D'élaborer et exécuter les plans d'actions opérationnels de lutte contre le paludisme
- De mobiliser auprès de l'État et des partenaires les ressources nécessaires inscrites dans les plans d'actions de lutte contre le paludisme ;
- D'assurer l'évaluation régulière de l'impact des activités menées.

La lutte contre le paludisme fait partie des orientations stratégiques du gouvernement de part la mortalité et la morbidité que cause cette maladie.

Pour rappel c'est le 3ème motif de Consultation dans nos formations sanitaires. Le département en charge de la santé fait du paludisme un axe prioritaire et stratégique de son action.

Le programme de lutte contre le paludisme créé en 1998 à cet effet, a vu son action et ses financements augmentés grâce à l'engagement de l'état au plus haut niveau et à la multiplicité des partenaires.

Le gouvernement mauritanien s'est résolu depuis quelques années à combattre le paludisme, c'est ainsi qu'elle a adhérer à beaucoup d'initiatives africaines et internationales pour combattre le paludisme.

Cet engagement c'est traduit par la signature en 2000 de la déclaration D'Abuja à l'instar de beaucoup de pays africains pour faire reculer le paludisme.

Au niveau national, dans la plateforme d'action, on peut citer beaucoup d'initiatives en faveur du paludisme telle que :

-Approche sectorielle PND 2006-2015

- le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté : CBMT : 2008-2011

-Politiques et stratégies nationales de lutte contre le paludisme 2006-2011

-Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2009-2013

Une cellule appelée CNCP-Palu (cellule nationale de coordination du programme) a été créée au niveau du cabinet du ministre pour coordonner toute l'action de lutte contre le paludisme (voir arrêté R 809 en date du 30 oct. 2000).

L'autorité de gestion et de décision du PNLP

Le PNLP est rattaché à la direction de la lutte contre les maladies qui est sous tutelle du secrétariat général du ministère de la santé

ii. L'autorité de gestion et de décision du PNLP

La coordination des activités du programme est assurée par le coordonnateur assisté d'un gestionnaire

- ❖ Au niveau central, le PNLP est géré par une équipe de coordination composée de 14 agents travaillant à temps plein et payé sur le budget Etat. Cette équipe dirigée par un Coordonnateur National, est composée de 3 médecins, 4 techniciens de santé, 1 comptable, 1 statisticienne, 1 secrétaire, 3 chauffeurs, 1 gardien. (Voir annexe v)

iii. L'environnement d'exécution du PNLP

Le programme ne dispose pas de locaux suffisants pour le personnel, le bâtiment existant est une convention de l'état datant de plusieurs années (1998).

La vétusté du bâtiment, le manque de bureau et d'équipements ne créent pas les conditions nécessaires pour fournir l'effort à la hauteur de la tâche.

iv. Planification, suivi et évaluation du PNLP

Le PNLP a déjà exécuté plusieurs plans stratégiques, le dernier 2009-2013 est en cours de validation.

Grâce au financement du fonds mondial, un plan de suivi évaluation est en cours de finalisation.

Un chargé de suivi –évaluation a été affecté pour renforcer l'équipe déjà composée d'une gestionnaire de base de données et des superviseurs

v. Relations internes et coordination à l'intérieur du Ministère de la santé

- ❖ Le PNLP est subdivisé en 5 unités techniques:

- . Unité Formation et Suivi des laboratoires ;
- . Unité Lutte anti vectorielle ;
- . Unité Mobilisation sociale et Partenariat ;
- . Unité Surveillance épidémiologique/Supervision/Recherche opérationnelle ;
- . Unité Documentation/Base de données.

L'équipe centrale de coordination du Programme est chargée de la planification, de la gestion, de la formation, de la supervision et de l'évaluation.

Le PNLP dispose d'un document de politique et stratégies (2006-2010) de lutte contre le paludisme et d'un plan d'accélération pour la mise à échelle.

L'organigramme de la coordination du PNLP, fait ressortir les relations internes et fonctionnelles entre les différents postes au sein du programme. Il détermine les missions spécifiques des unités dans une cohérence d'atteinte des objectifs communs

vi. Coordination et principaux rôles des partenaires de RBM aux niveaux local et national

Les partenaires principaux du programme sont l'Unicef, l'OMS le GFATM (exécuté par le PNUD, BID, OMFV,

Une Cellule nationale de coordination multisectorielle (CCM), dont le président est nommé par arrêté du Ministre de la Santé a été mise en place :

Le CCM de la Mauritanie est constitué de Représentants de différentes institutions concernées par la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, représentations des religieux, des Institutions étatiques, Associations communautaires mais également les personnes atteintes.

Elle est composée actuellement de 25 personnes dont un Président, un Vice-président et un secrétaire permanent.

Elle a été créée par arrêté ministériel N°133 en date du 3 septembre 2002.

Plusieurs membres du CCM résident dans les zones endémiques de paludisme et sont donc susceptibles d'avoir fait au moins un épisode de Paludisme.

Cette structure appuie le PNLP conformément à la nouvelle dimension de partenariat global de l'initiative "Faire reculer le paludisme" (RBM).

Le mécanisme de coordination du partenariat entre le PNLP, se fait à travers le Comité National de Pilotage de lutte contre le Paludisme. Des concertations régulières entre le comité national et les groupes thématiques sont prévues.

Au sein du Ministère de la santé, différentes instances régulent les différents programmes dont le PNLP entre autres : le comité d'orientation de la lutte contre le paludisme, les groupes thématiques, les organes multisectoriels de coordination et de suivi du PRODESS aux différents niveaux du système (national, régional et départemental)

Au niveau périphérique: les équipes des Directions Régionales à la Promotion Sanitaire Sociale (DRPSS) et des moughataa (Districts) sont chargées de la mise en œuvre et du suivi des activités sur le terrain

Il existe également une collaboration entre le PNLP et les structures sous-régionales dans les domaines suivants :

- Organisation de journées de mobilisation sociale et surveillance épidémiologique en faveur de la lutte contre le paludisme
- Lutte contre les maladies tropicales en rapport avec le phénomène de l'après barrage (existence d'un plan sanitaire commun dans le cadre de l'OMVS) ;
- le Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse (RAOPAG) ;

- le Réseau II d'Afrique de l'Ouest pour la surveillance du Traitement Antipaludique (RAOTAP II) ;
- Roll Back Malaria (RBM) Sahel dans le cadre de la prédiction, la prévention et la lutte contre d'éventuelles épidémies de paludisme dans la zone du sahel.

b. Besoins et requêtes pour permettre au PNLP de jouer son rôle

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

Faible contribution de l'Etat dans le financement de lutte contre le paludisme, eu égard des besoins pour la mise à l'échelle des interventions majeures;

La performance du programme ne peut être assurée sans affectation de nouvelles ressources humaines diversifiées.

Il existe une insuffisance d'expertises diversifiées et complémentaires pour intensifier la mise en œuvre des activités (Pharmacien, Ingénieur sanitaire, anthropologue, épidémiologiste).

Il y a nécessité de coordination des activités planifiées entre PNLP avec les autres programmes PNSR, PEV CNLS de même qu'avec et les services de l'environnement.

L'absence de locaux adaptés et l'insuffisance d'équipements ne permettent pas au PNLP de travailler efficacement.

Un autre contrainte majeur est l'absence d'un plan National de suivi /évaluation qui est en phase d'élaboration

L'inadéquation des véhicules (nécessité de véhicules tout terrain) et l'insuffisance limitent les activités de lutte contre le paludisme limitent les interventions

Le manque d'équipements informatique, de logistique roulante, de mobiliers de bureau est une entrave au bon fonctionnement du programme.

Retard dans l'exécution du Plan de mise en œuvre de la nouvelle politique thérapeutique introduisant les CTAs et le TPI;

Les procédures de gestion des partenaires sont différentes et complexes dans la mobilisation et l'acquisition des ressources et les lenteurs administratives diminuent l'efficacité du programme.

Absence du plan de suivi évaluation au niveau national

Il n'y a pas de bulletin de rétro information informant les partenaires des activités en cours et servant en même temps de plaidoyer pour le programme

Il n'existe pas au programme, une cellule IEC/CCC et plaidoyer : les activités IEC sont exécutées au niveau de MS service national d'éducation pour la santé.

D'autres défis restent à relever tels que la faible coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau régional et départemental,

Insuffisance dans le monitoring des interventions de lutte contre le paludisme à différents niveaux du système de santé, en particulier par les DRPSS et les CSM;

Faiblesse du système de monitoring et de contrôle de qualité des laboratoires périphériques ;

Le manque de coordination entre le secteur public et privé empêche l'implication des privés qui pourrait jouer un rôle important dans la prévention, la PEC et la promotion de la lutte contre le palu.

La non-implication du niveau communautaire n'est pas aussi en faveur d'une **couverture universelle**, comme du reste la non prise en compte des groupes vulnérables comme les personnes vivant avec le VIH et les indigents.

La réduction de moitié du budget de fonctionnement alloué par l'état au programme (crise)

ii .Solutions proposées

Pour développer les interventions et dynamiser le PNLP, il faut :

- Doter le PNLP de personnels experts supplémentaires pour l'intensification de la lutte, en particulier la lutte anti vectorielle :
- renforcer la collaboration intersectorielle entre PNLP et les secteurs de l'environnement, de l'hydraulique.... ;
- Doter le PNLP de locaux plus spacieux et d'équipements adéquats pour l'accomplissement efficace de ses missions.
- Doter le PNLP de ressources nécessaires (moyens logistiques) pour intensifier les activités de lutte contre le paludisme, surtout face aux nouvelles stratégies (PID, lutte anti larvaires) en vue à moyen terme de contrôler le paludisme et à long terme d'éliminer la maladie ;
- Rendre disponible le plan de suivi évaluation
- Renforcer les activités d'IEC/CCC
- Renforcer la capacité de la coordination dans la gestion des activités de lutte contre le paludisme du niveau central, jusqu'au niveau opérationnel ;
- Créer et mettre à jour un répertoire d'intervenants par zone ;
- Renforcer le mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics et publics à tous les niveaux
- Renforcer le partenariat avec les organisations communautaires intervenant sur le terrain
- Continuer le plaidoyer pour mobiliser les ressources pour la lutte et obtenir un engagement politique visant à soutenir les stratégies de lutte pour la mise à échelle.

Tableau 21. Besoins d'appui des Partenaires du PNLP, rôles et couverture/ capacité de mise en oeuvre

Partenaires	Rôle	Couverture/ capacité de mise en oeuvre	Besoins d'appuis
Réseau des ONG pour la lutte contre le paludisme	Distribution des MILD	Le président du réseau est vice président de la CCM Il possède un bureau et des ressources humaines et vient de signer une convention avec l'OFVS pour des activités de distribution des MILD et d'IEC au niveau communautaire	Renforcement des capacités
INSRP : L'Institut National de Recherche en Santé Publique	L INSRP mène des activités de recherche sur le paludisme ; Cet institut fournis au PNLP des données scientifiques afin d'orienter la lutte contre le paludisme, formation des TS de laboratoire et le contrôle de qualité en matière des examens de laboratoire.	L'INSRP possède une expertise reconnue et collabore avec le PNLP en ce qui concerne la réalisation de la recherche opérationnelle et la formation. Ils collaborent étroitement avec le CNLS et la tuberculose pour ce qui est Diagnostic, laboratoires	Contractualiser avec l'Institut pour le volet formation et recherche
L'École Nationale de Santé Publique	Elle est impliquée pour les aspects concernant les formations de courte durée, la recherche		Appui pour la mise à jour des curricula de formation sur le paludisme.
OMS	L'OMS est un partenaire technique du PNLP	Il contribue surtout dans la formation du personnel	
UNICEF		Il apporte un appui technique et financier dans les activités de prévention du paludisme	
GFATM	Le FM n'est pas une structure de mise en oeuvre des activités. Il finance ses activités à	Le fonds Mondial apporte un financement (2 ^e round et 6 ^e round) pour renforcer la lutte contre le paludisme	

Partenaires	Rôle	Couverture/ capacité de mise en œuvre	Besoins d'appuis
	travers le PNUD		
BID	Appui financier du PNLN sur deux ans	Appui pour le renforcement du PNLN.	
OMFS	MII	Finance à travers le réseau national de lutte antipaludique	

Figure 6 : Organigramme PNLP

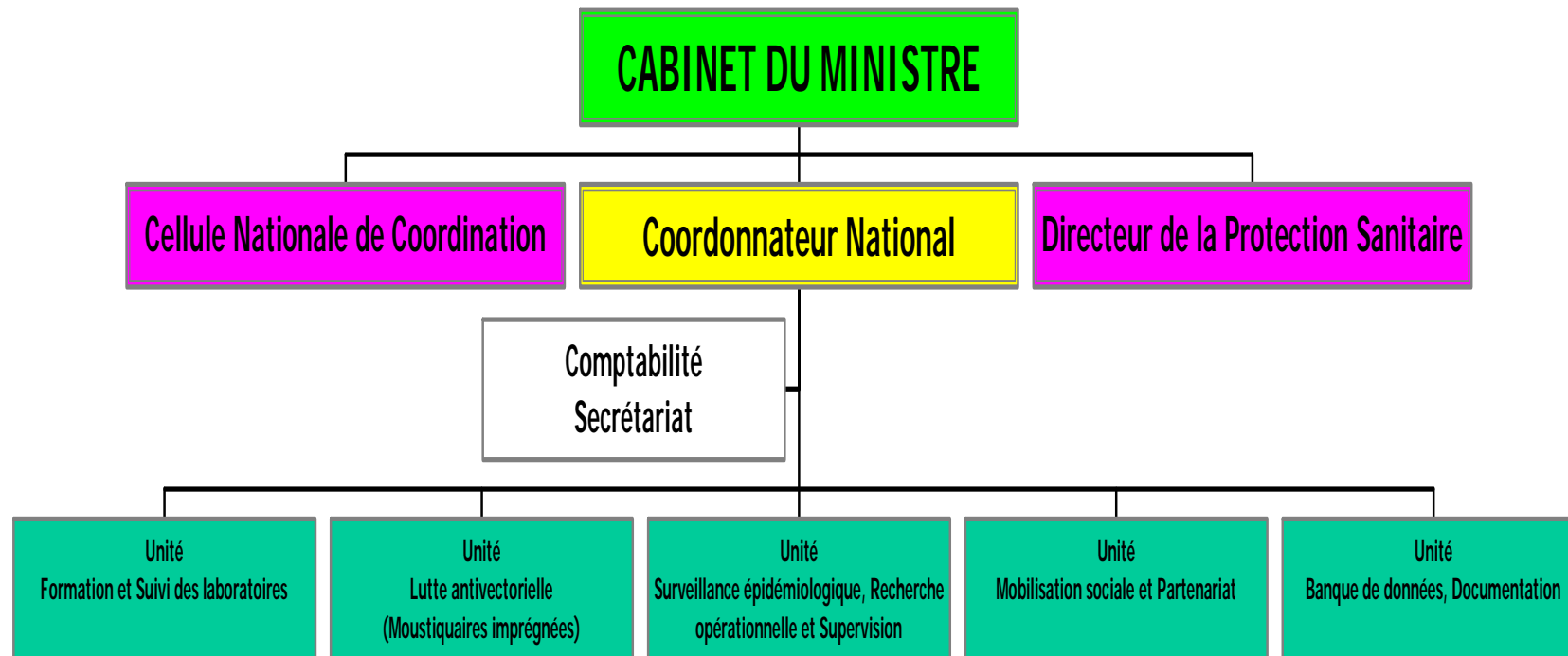


Tableau 22. Résumé des Besoins en Gestion de Programme et du Renforcement Institutionnel

Domaines	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Renforcement Institutionnel							
Renforcement des Instituts de Formations							
Renforcement des Laboratoires d'entomologie et d'insectarium		50000	50000	50000	50000	50000	250000
Renforcement du système national de diagnostic du paludisme et de qualité assurance		50000	50000	50000	50000	50000	250000
Développement des curricula de formations de base		20000	20000	20000	20000	20000	100000
Développement des curricula de formations continues		20000	20000	20000	20000	20000	100000
Équipement							
Ordinateurs			16000		16000		32000
Véhicules/Motos		130000			130000		260000
General; Fournitures de Bureaux		20000	20000	20000	20000	20000	100000
Formation Générale							
Formation des agents de santé pour la planification de la lutte contre le paludisme		25000	25000	25000	25000	25000	125000
Formation des Agents de Santé Communautaire		22000	22000	22000	22000	22000	110000
Formation en Gestion des cas et Diagnostic							
Diagnostic de laboratoires pour techniciens de Labo		15000	15000	15000	15000	15000	75000
Agents de Santé en Gestion des cas		50000	50000	50000	50000	50000	250000

Formation des agents de santé dans la prévention et le contrôle du paludisme		50000	50000	50000	50000	50000	250000
Formation dans la Réponse des épidémies		50000	50000	50000	50000	50000	250000
Formation en IEC/CCC							
RHBs Développement de Matériel dans le secteur de la communication		40000	40000	40000	40000	40000	200000
Agents de Santé Communautaire		22000	22000	22000	22000	22000	110000
Formation dans la gestion de base de données et de la surveillance de Routine		20000		20000			40000
Formation dans la gestion de l'approvisionnement pour RHBs, WHB, Pharmacies et Dépôts		20000	20000	20000	20000	20000	100000
Ressources Humaines							
Assistance Technique (AT) Générale		30000	30000	30000	30000	30000	150000
AT pour l'évaluation du système de S&E actuel (1 international, 1 national)		35000	35000	35000	35000	35000	175000
Indemnités du personnel		40000	40000	40000	40000	40000	200000
Coûts TOTAUX Estimés		709000	575000	579000	705000	559000	3127000
Ressources disponibles		315400	486 000	179000	-	-	1611276
Écart de Financement		- 90 676	916 400	1398000	1809000	1517000	8289000

7.2. GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT

. **Analyse de la Situation**

i. Système de gestion de l'approvisionnement du Ministère de la santé.

Le système National d'approvisionnement en Mauritanie a pour objectif d'assurer aux populations un approvisionnement régulier en produits pharmaceutiques de qualité, sûrs, efficaces et accessibles géographiquement et financièrement. Il faut signaler que les produits (médicaments), les intrants et autres matériels de la centrale entrent dans le Système de Recouvrement des Coûts (SRC)

Le système de distribution basé sur l'axe pyramidal, constitué d'une centrale d'achat, dénommée Centrale d'Achat de Matériel et de Consommables (CAMEC), un circuit de distribution et d'approvisionnement, les dépôts régionaux se ravitaillent directement à la CAMEC alors que les dépôts des Moughataa vont au niveau régional. Les postes de santé sont sensés aller au dépôt des Moughataa, mais ils vont habituellement s'approvisionner au lieu le plus proche.

Concernant l'approvisionnement et la distribution des intrants, il faut retenir que la CAMEC est chargée de la sélection des fournisseurs agréés en Mauritanie. En effet sur la base des besoins exprimés par les DRAS, transmis à la DAF via la DLM, la CAMEC a la responsabilité de la préparation des consultations et du Processus de lancement et de gestion des offres conformément aux textes régissant les marchés publics en République Islamique de Mauritanie.

La réception est faite par une commission constituée de la CAMEC, la DAF et la DLM.

Les produits seront stockés dans les magasins de la CAMEC selon le principe du FEFO puis dans les magasins régionaux de la DRAS et des CS des Moughataa conformément aux normes de stockage requises. De là ils sont envoyés dans les dépôts départementaux ou viennent se ravitailler les postes de santé.

La distribution concernera tous les produits retenus (CTA, TDR et quinine) et se fera à trois niveaux : central, régional et local

Le PNLP n'a pas encore trouvé un cadre pour confier les intrants gratuits à la CAMEC. Une collaboration avec la CAMEC pourrait être tracée dans le stockage et la distribution des produits vue son expérience en matière de gestion des médicaments.

Système de gestion de l'approvisionnement du secteur privé

Le système d'approvisionnement du secteur privé se fait parfois par la CAMEC et aussi par les grossistes répartiteurs privés qui approvisionnent les officines privées et à leur tour octroient aux dépôts privés et aux services parapublics.

S'agissant de la société Civile et partenaires, ils disposent de leurs propres systèmes d'approvisionnement et de distribution.

Le secteur privé est plutôt développé dans la capitale Nouakchott qui ne fait pas partie des zones d'intervention pour le moment.

Ce secteur n'est pas encore bien réglementé et la vente de la monothérapie est encore en vigueur dans les pharmacies privées.

b. Besoins et requêtes pour permettre au PNLP de jouer son rôle

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

Retard d'approvisionnement dû à la diversité et à la complexité des procédures de financement et d'achat.
Difficultés dans le suivi/contrôle des approvisionnements (gestion et pharmacovigilance)
Faible capacité de stockage depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique.
Gestion des médicaments difficile lorsque qu'une gestion différenciée en fonction des sources d'approvisionnement est imposée.
Outils de gestion et de reporting multiples surchargeant les responsables de gestion des stocks à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
Financement de la distribution non prévu perturbant le système national d'approvisionnement des intrants.

ii. Solutions proposées

-Renforcer la coordination entre le PNLP, les structures de contrôle de qualité et celles chargées des procédures de passation des marchés. L'unité de Suivi/Évaluation doit être dotée d'un logiciel de gestion des TDR, CTA, TPI, MII/MILDA...

-Renforcer les capacités de stockage des magasins au niveau central, Régional et Départementale

- Renforcer les capacités du personnel en gestion des approvisionnements

-Doter le PNLP de camions (2) pour le transport des intrants

-Renforcer les capacités financières du PNLP pour assurer la distribution des intrants jusqu'au niveau opérationnelle

-Renforcer la collaboration entre le PNLP et les différents acteurs du système de gestion des produits et intrants pour la lutte contre le paludisme

- Améliorer le monitoring (suivi,) supervision du système d'approvisionnement et de distribution

-Renforcer les compétences du personnel impliqué dans la gestion des données

- Simplifier les outils de reportage (collecte, enregistrement, traitement et acheminement) des données.

Les produits seront stockés dans les magasins de la CAMEC selon le principe du FEFO puis dans les magasins régionaux de la DRAS conformément aux normes et procédures de stockage requises.

Ils seront envoyés dans les dépôts départementaux où viendront s'approvisionner les chefs de postes de santé selon leur besoin et la disponibilité des produits et intrants.

La distribution concernera par les produits retenus (CTA, TDR et quinine) et se fera à trois niveaux : central, régional et local.

L'INSRP sera impliqué dans le contrôle de qualité des intrants et la visite régulière des magasins de stockage afin de vérifier le respect des normes.

7.3. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

a. Analyse de la Situation

i. Le système de santé en Mauritanie

La politique sanitaire en Mauritanie est conforme aux grands principes de l'OMS et au Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP).

Les objectifs prioritaires de santé qui s'inspirent principalement du CSLP et des OMDs, mettent un accent particulier sur la prévention, la promotion de la santé et la PEC correcte pour le bien-être des populations et particulièrement les couches les plus vulnérables.

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le Gouvernement de la Mauritanie est basée sur la décentralisation des prestations de soins et la participation des communautés à travers le système de recouvrement des coûts.

Son objectif général est l'extension significative de la couverture sanitaire et la facilité d'accès aux médicaments essentiels à des coûts abordables pour tous.

Sur le plan gestionnaire, les missions des différents niveaux de la pyramide sanitaire sont clairement définies :

Le niveau central (Ministère de la Santé et services centraux) se charge de l'élaboration des normes et des procédures au niveau central, de l'appui technique au niveau intermédiaire et de la planification, la gestion et l'évaluation au niveau des Wilaya (DRAS).

La principale mission du niveau central est l'élaboration de la politique et des stratégies nationales de santé ; il veille à la planification, au contrôle, au suivi et à l'évaluation des programmes socio-sanitaires.

Le niveau régional est chargé de l'appui technique aux centres de santé (CS) ;

Décret n°140/2000 du 17/12/2000 fixant l'organisation des formations sanitaires régionales(DRAS).

Les Directions Régionales à l'Action Sanitaire (DRAS) sont dirigées par des directeurs régionaux qui veillent à l'application de la politique de santé du département au niveau régional. Elles sont chargées notamment de la planification, du suivi et de la mise en œuvre des activités des plans d'actions annuels, de la coordination des partenaires régionaux, du contrôle et de l'évaluation continue des programmes de santé. Les Directeurs des DRAS sont sous l'autorité directe du Wali et sous la supervision technique de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB)

Le niveau CS, est l'unité opérationnelle responsable du suivi de la mise en œuvre des activités sur le terrain.

Décret n°140/2000 du 17/12/2000 fixant l'organisation des formations sanitaires régionales(DRAS).

Les Directions Régionales à l'Action Sanitaire (DRAS) sont dirigées par des directeurs régionaux qui veillent à l'application de la politique de santé du département au niveau régional.

Elles sont chargées notamment de la planification, du suivi et de la mise en œuvre des activités des plans d'actions annuels, de la coordination des partenaires régionaux, du contrôle et de l'évaluation continue des programmes de santé. Les Directeurs des DRAS sont sous l'autorité directe du wali et sous la supervision technique de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB)

En ce qui concerne les ressources humaines, on note une insuffisance qualitative du personnel qui se caractérise par le manque de compétences pour la réalisation des activités planifiées.

Ceci constitue les principaux goulots d'étranglement pour l'atteinte des objectifs de santé et reste encore des défis à relever.

Les ratios Infirmier / population dépassent les normes de l'OMS, mais ce personnel est inégalement réparti sur le territoire national.

Le premier échelon ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé, les postes de santé, les structures des ONG et autres partenaires.

Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) : est constitué par les centres de santé de référence de cercle, ou CS (correspond aux hôpitaux de district sanitaire).

Les services de santé du secteur public sont complétés par des structures de santé parapublique basées principalement à Nouadhibou et à Zouerat.

Les cliniques et pharmacies privées concentrées principalement à Nouakchott offrent des services de santé.

L'ensemble de ces structures parapubliques et privées ne sont pas impliquées proprement dit dans la réalisation des objectifs définis par le Ministère de la Santé et ne suivent pas en conséquence les directives nationales

Tableau 23. Normes en Personnel, Personnel Actuel et Besoins

Etat de Personnel actuel, des normes et des besoins en personnel en Mauritanie

Wilaya	Population	Médecin	Infirmiers	PTA/TSS	SFE
H GHARBI					
Actuel	212312	16	89	17	7
Norme		21,2312	42,4624	14,1541333	42,4624
Ecart		5,2312	-46,5376	-2,84586667	35,4624
H CHARGHI					
Actuel	295790	11	91	16	8
Norme		29,579	59,158	19,7193333	59,158
Ecart		18,579	-31,842	3,71933333	51,158
ASSABA					
Actuel	234566	16	64	14	10
Norme		23,4566	46,9132	15,6377333	46,9132
Ecart		7,4566	-17,0868	1,63773333	36,9132
GORGOL					
Actuel	254444	16	48	11	9
Norme		25,4444	50,8888	16,9629333	50,8888
Ecart		9,4444	2,8888	5,96293333	41,8888
BRAKNA					
Actuel	263394	15	59	8	15
Norme		26,3394	52,6788	17,5596	52,6788
Ecart		11,3394	-6,3212	9,5596	37,6788
TRARZA					
Actuel	275384	16	94	14	17
Norme		27,5384	55,0768	18,3589333	55,0768
Ecart		11,5384	-38,9232	4,35893333	38,0768
ADRARE					
Actuel	79589	12	38	6	5
Norme		7,9589	15,9178	5,30593333	15,9178
Ecart		-4,0411	-22,0822	-0,69406667	10,9178
NOUADIBOU					
Actuel	105223	26	16	11	13
Norme		10,5223	21,0446	7,01486667	21,0446
Ecart		-15,4777	5,0446	-3,98513333	8,0446
TAGANT					
Actuel	85875	12	21	4	5
Norme		8,5875	17,175	5,725	17,175
Ecart		-3,4125	-3,825	1,725	12,175

Wilaya	Population	Médecin	Infirmiers	PTA/TSS	SFE
GUIDIMAKHA					
Actuel	164063	9	51	6	6
Norme		16,4063	32,8126	10,93753333	32,8126
Ecart		7,4063	-18,1874	4,937533333	26,8126
TIRZEMOUR					
Actuel	47443	6	21	5	2
Norme		4,7443	9,4886	3,16286667	9,4886
Ecart		-1,2557	-11,5114	-1,837133333	7,4886
INCHIRI					
Actuel	17240	6	11	2	2
Norme		1,724	3,448	1,149333333	3,448
Ecart		-4,276	-7,552	-0,85066667	1,448
NOUAKCHOTT					
Actuel	1335734	35	157	37	83
Norme		133,5734	267,1468	89,04893333	267,1468
Ecart		98,5734	110,1468	52,04893333	184,1468
TOTAL	3075267	185	669	135	174

Tableau 24. Structures de santé publique et infrastructures

La couverture sanitaire des formations sanitaires (CS et PS) dans un rayon de 5 Km est à 67%. Toutefois, il existe des disparités importantes de couverture sanitaire entre les wilayas d'une part, et le milieu urbain et rural d'autre part, ce qui explique le recours à la participation communautaire dans la prise en charge de la santé des populations (Unité de Santé de Base). Les prestations de soins sont assurées par les différents niveaux de la pyramide sanitaire selon un système de référence/recours de bas en haut. La référence régionale est assurée par les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux régionaux tandis que les centres hospitaliers nationaux constituent l'ultime lieu de référence pour les niveaux tertiaires`.

PS: postes de santé prévus pour une population de 1000 à 2000, CS: Centres de santé pour 2000 à 6000, HR: hôpital régional pour le chef lieu de Moughataa de +10000hbttts

Niveau/ Type	Hôpital			Structure de santé			Structure de santé			Structure de santé		
	Publique	Société civile	Privé	Niveau un (HR)			Niveau deux (CS)			Niveau trois (PS)		
				Publique	Société civile	Privé	Publique	Civile société	Privé	Publique	Société Civile	Privé
Effectif Actuel	6		8	17	3	0	63			516		
Norme	13			53			90			560		
Écart	7			36			27			44		

CONCLUSION

Le présent document d'évaluation loin d'être parfait constitue un document référentiel de plaidoyer pour le programme national de lutte contre le paludisme en Mauritanie.

Les différentes difficultés relevées et propositions de solutions constituent le socle de ce travail. Aussi, l'atteinte des objectifs du PNLP sera possible lorsque les principaux obstacles à la mise en œuvre des différentes composantes seront levés ou atténués.

Cependant, des efforts doivent être faits en amont tant dans l'amélioration des conditions de travail que dans la capacité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Cette évaluation a fait ressortir les principales actions indispensables pour atteindre les résultats escomptés. Il s'agit de :

- Valider le plan stratégique de lutte contre le paludisme et mettre en place les indicateurs pour le suivi
- Elaborer et valider le plan stratégique de suivi évaluation et actualiser les outils de gestion des intrants
- Effectuer les recherches de base citées dans ce rapport
- Renforcer les capacités pour le SNIS et intégrer les nouveaux outils de collecte dans le SNIS
- Renforcer les capacités à tous les niveaux et organiser des formations en cascade en IEC et prise en charge des cas.
- Mettre en place un réseau de santé communautaire pour mieux atteindre les cibles du programme de lutte contre le paludisme

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Malaria Consortium : Principes Directeurs pour l'évaluation des Besoins du programme RBM ; Groupe de travail sur l'harmonisation du Partenariat Faire Reculer le paludisme ; (Version 2 : Basée sur la version Originale (English) du 27 Mars 2008
2. RBM, Rapport de mission consultative de faire reculer le paludisme (FRP) au Mali: actions essentielles pour soutenir l'atteinte des objectifs d'Abuja
3. Ministère de la Santé Publique, Direction de Lutte contre la Maladie, Programme National de Lutte contre le Paludisme : Politique et stratégies nationales de Lutte contre le Paludisme 2006-2010
4. Ministère de la Santé Publique, SNIS : Annuaire statistiques sanitaires, 2006, 2007
5. Ministère de la Santé Publique, Politique Nationale de santé 2005 – 2015 ;
6. Ministère de la Santé Publique, Direction de Lutte contre la Maladie, Plan stratégique de lutte contre les épidémies de paludisme 2006-2010, oct. 2005
7. Ministère de la Santé Publique, Plan stratégique de développement des ressources humaines, avril 2006
8. Fonds Mondial, Projet d'appui a la mise en œuvre de la nouvelle politique de traitement et de prévention du paludisme
9. Ministère de la Santé Publique, Direction de Lutte contre la Maladie , Programme National de Lutte contre le Paludisme , Évaluation finale du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2002-2006
10. Office Nationale des Statistiques, Résultats de l'enquête Nationale à indicateurs multiples, rapport préliminaire, 2007
11. Ministère de la Santé Publique, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Note sur le règlement intérieur du fonctionnement du CCM
12. GFATM, Grant Performance report, MRT-607-G04-M 2008
13. GFATM, Évolution des indicateurs pour la lutte contre le paludisme, 2007
14. PNLP, Note technique sur le Programme National de lutte contre le paludisme
15. République Islamique de Mauritanie, Proposition de la Mauritanie au sixième Round, juillet 2006
16. République Islamique de Mauritanie, Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, plan d'action 2006-2010

ANNEXES

ANNEXE I. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES**Semaine 1**

DATE	ACTIVITES
18 janvier	- Prise de contact OMS et finalisation de l'ébauche du programme de travail - Examen de supports
19 janvier	- séance de travail avec le coordonnateur du PNLP, débriefing, démarche méthodologique, chronogramme, documents à consulter - Entretien avec l'équipe cadre du PNLP, séance de travail avec l'équipe restreinte chargé de l'organisation de la mission, harmoniser les vues sur le NA en Mauritanie : la mission, but, processus, description des tâches de l'équipe, planification de la collecte de données sur le terrain - approbation des TDR du consultant national. - Préparation de l'atelier de mise en niveau élargi aux autres partenaires (<i>participants, logistique, financement</i>) - Revue documentaire (PNLP) - Entretien avec les autorités du MS (CTP, DLM) - Rencontre des principaux partenaires du PNLP (FM, BM, Unicef, ONG, secteur privé)
20 janvier	- Réunion de mise à niveau sur la méthodologie pour faire l'évaluation des besoins. Le choix peut porter sur l'organisation d'une brève réunion « de lancement avec le Responsable PNLP et d'autres partenaires RBM afin de clarifier la portée de l'évaluation, la stratégie de collecte des données. <ul style="list-style-type: none"> - Présentation des différents outils (Business plan, guide des principes directeurs, outil de calcul et modèle de rapport) - Adaptation des questionnaires pour la collecte - Production et multiplication des supports - Planification de la collecte des données (calendrier et responsabilités).
21 janvier	Collecte des données sur le terrain Exploitation de la revue documentaire Saisie des données (Outil de calcul)
22 janvier	Collecte des données sur le terrain Analyse des données par les équipes de collecte Exploitation de la revue documentaire (suite) Saisie des données (Outil de calcul)

23 janvier	Fin de l'analyse des données Mise en commun (synthèse des données collectées) Rédaction de la première partie du modèle de rapport par les consultants.
24 janvier	Compléter la saisie et l'analyse des données restantes (équipe restreinte) Rédaction de la première partie du modèle de rapport par les consultants
25 janvier	Saisie des données, synthèse, analyse points forts, faiblesses, goulots d'étranglement, activités additionnelles par composante (MII, PID, LAL, Diagnostic, traitement, IERC, suivi évaluation et gestion du Programme –systèmes de santé). Analyse des données en suivant le canevas du rapport Remplissage du canevas de rapport Recherche des données quantitatives manquantes

Semaine 2

26 janvier	Analyse des données en suivant le canevas du rapport Recherches données manquantes
27 janvier	Saisie des données quantitatives dans les tableaux du canevas, analyse et synthèse
28 janvier	Rédaction du premier draft du rapport
29 janvier	Finaliser l'analyse des données, rédaction en suivant le canevas du rapport (consultants) Document de synthèse (résumé, recommandations)
30 janvier	Presentation premier draft NA, debriefing PNLP Préparation de l'atelier (invitations, documents et présentations)
31 janvier	Atelier debriefing, présentation des résultats NA, commentaires, suggestion pour la finalisation du rapport
1 ^{er} février	Depart consultant

Réunion d'information sur l'évaluation des besoins (NA) et de lancement de la collecte des données
Nouakchott, le 20/01/2009

Horaire	Thème	Intervenants	Modérateurs
12h-12h10	Mot d'introduction	Représentant OMS	DLM/PNLP
12h10-12h20	Présentation du contexte	Coordonnateur PNLP	
12h20-12h40	Présentation de l'approche méthodologique et des outils	Consultante	
12h40-13h10	Discussion		
13h10-13h30	Introduction des questionnaires auprès des équipes de collecte	Consultante	
13h30-14h30	Examen et adoption des questionnaires	Groupes	
14h30-15h	Pause café		
15h-15h30	Elaboration du programme de collecte des données	Equipes	
15h30	clôture	Coordonnateur PNLP	

ANNEXE II :Liste des membres ayant participé à la réunion du 20/1^{ER} /2009 pour la mise en œuvre de l'Évaluation des besoins pour la lutte contre le paludisme 2009- 2013 :

Noms et prénoms	Titres et services	Contacts téléphoniques
Dr Mamadou Dravé	OMS	7723190
Dr Niang Saïdou Doro	DLM	
Dr Ba Mamadou dit Dialaw	PNLP	6311257
Dr Adama Ouédraogo	UNICEF	6811649
Sidi Mohamed O/ Labatt	PNLP	6450906
Sadna O/ Radhi	-	6433441
Dr Idoumou O/ Mohamed Vall	PNUD	72616556
Dr Boubacar O/ Addel Aziz	OMS	6209404
Dr Yacoub O/ Ahmedou	OMS	6477227
DR Harakeye Marie Goretti	Consultante Inter	7408061 E-mail : harakeye @ yahoo.fr
Mr BA Saidou	Consultant National	6506159 E-mail : basaidou47 @ yahoo.fr
Ba Hampaté	Entomologiste INRSP	690023
Kane Sidy Baïdy	Pr.Ag. Tech de Santé CHN	6862455
Hama Hatar	Président ONG	66895998/ 6412678
Aba o/ Elemine	Société civile	2243847
Chibih O/ Moissé	Société civile	6338692
Dr Mohamed O :Abdallahi	Biologiste INRSP	
Dr Ba Mamadou dit Dialaw	Médecin au PNL	
Mohamed O/ Ahmed	Nutritionniste MS	6842562
Aïly O/ Abéïd	P.AT à l'INRSP	
Aïssset Fall	P.A.T. au MS	6557622
Mohamed Vall O/ Sidi Mohamed	P.A.T. au MS	
Mohamed O/ Dick	Economiste au MS	
Ahmed O/ Salek	Professeur au MS	
Aïsseta Lam	Ingénieur en Statistique	6449041

**ANNEXE III: Liste des membres des équipes ayant participé à l'enquête
des besoins pour la lutte contre le paludisme 2009- 2013 :**

Noms et prénoms	Lieux enquêtés
Ba Hampaté	Nouakchott (Wilaya)
Kane Sidy Baïdy	Nouakchott (Wilaya)
Hama Hatar	ONG/S.C/Plaid/Donateurs
Aba o/ Elemine	ONG/S.C/Plaid/Donateurs
Chibih O/ Moissé	ONG/S.C/Plaid/Donateurs
Dr Mohamed O :Abdallahi	Rosso (wilaya du Trarza)
Dr Ba Mamadou dit Dialaw	Rosso (wilaya du Trarza)
Mohameden O/ Ahmed	Méderdra (Moughata Trarza)
Aïly O/ Abéïd	Méderdra (Moughata Trarza)
Aïsset Fall	Ministère de la Santé
Mohamed Vall O/ Sidi Mohamed	Ministère de la Santé
Mohamed O/ Dick	Ministère de la Santé
Ahmed O/ Salek	Coordination PNLP
Aïsset Lam	Coordination PNLP

**ANNEXE IV: Liste des membres ayant participé à la réunion du 31/1^{ER} /2009 de Restitution : Évaluation
des besoins pour la lutte contre le paludisme 2009- 2013**

Noms et prénoms	Titres et services	Contacts téléphoniques
Dr Mamadou Dravé	OMS	7723190
Dr Niang Saïdou Doro	DLM	
Dr Ba Mamadou dit Dialaw	PNLP	6311257
Dr Adama Ouédraogo	UNICEF	6811649
Sidi Mohamed O/ Labatt	PNLP	6450906
Sadna O/ Radhi	-	6433441
Dr Idoumou O/ Mohamed Vall	PNUD	72616556
Dr Boubacar O/ Addel Aziz	OMS	6209404
Dr Yacoub O/ Ahmedou	OMS	6477227
Dr Harakeye Marie Goretti	Consultante Internationale	7408061 E-mail : harakeye @ yahoo.fr
Mr BA Saidou	Consultant National	6506159 E-mail : basaidou47 @ yahoo.fr

ANNEXE V. LISTE DU PERSONNEL du PNL**REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE****MINISTERE DE LA SANTE****DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES****PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME ET D'ERADICATION DU VER DE GUINEE****Nouakchott, le 24 avril 2008****LISTE DU PERSONNEL**

NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS	MATRICULES
Dr SID M' HAMED O/ LEBATT	COORDINATEUR	37720 Z
Dr BA MAMADOU DIT DIALAW	SUIVI-EVALUATION	
SADVE O/ RADHI	COMPTABLE	66566D
BRAHIM O/NOUEIGEIN	TSS	64052L
MOHAMED O/ ALEW	TSS	36722P
AISE LAM	INFORMATICIENNE	74088E
BRAHIM OULD KHLIL	SOCIOLOGUE	
FATIMETOU MINT SIDI ABDELLAHI	IMS	
BABE OULD MOULAYE CHRIF	JURISTE	
MOHAMED LEMINE OULD AHMEDOU	ENSEIGNANT	
FATIMETOU N'DIAYE	STATISTICIENNE	44812H
TOUMANI DIAKITE	TSS	33003X
SAIDOU DIALLO	CHAUFFEUR	16023Q
MOUSSA OULD ACHOUR	CHAUFFEUR	
BRAHIM OULD MOHAMED	CHAUFFEUR	
MOULBENINE MINT SALECK	SECRETAIRE	

ANNEXE VI. ORGANIGRAMME ET ATTRIBUTIONS DU MINISTRE DE LA SANTE EN MAURITANIE

REPUBLIQUE ISLAMIQUE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice

PREMIER MINISTRE

VISAS:

-DGTLE

-DBC

-CF

Décret n° _____/ PM fixant les attributions du ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale de son Département.

LE PREMIER MINISTRE

Vu la Constitution du 20 juillet 1991, rétablie et modifiée aux termes de la loi constitutionnelle n° 2006-014 du 12 juillet 2006;

Vu le décret n° 28-92 du 18 avril 1992 fixant les attributions du Premier ministre ;

Vu le décret n° 053-2007 du 20 avril 2007 portant nomination du Premier ministre ;

Vu le décret n°057-2007 du 28 avril 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret n° 157-84 du 29 décembre 1984 portant règlement organique relatif aux attributions des ministres ;

Vu le décret n°075-93 du 06 juin 1993 fixant les conditions d'organisation des administrations centrales et définissant les modalités de gestion et de suivi des structures administratives ;

DECRETE

Article Premier : En application des dispositions du décret n° 075-93 du 6 juin 1993 fixant les conditions d'organisation des administrations centrales et définissant les modalités de gestion et de suivi des structures administratives, le présent décret a pour objet de définir les attributions du ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale de son Département

Article 2 : Le Ministre de la Santé a pour mission générale, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique du gouvernement dans le domaine de la santé.

Dans ce cadre, il assure :

- la conception et la mise en œuvre des politiques nationales en matière de soins, de prévention, d'hygiène, d'éducation pour la Santé, de nutrition, de dépistage, de formation et de recherche médicale ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de médicament et de produits pharmaceutiques, sur le plan technique et réglementaire ;
- la préparation et l'application de la législation et la réglementation relatives aux professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques ;
- la conception et la mise en œuvre de la politique de formation et de mise à niveau du personnel de santé ;
- l'harmonisation des orientations et la coordination des actions qui concourent à l'élévation du niveau de santé de la population
- l'intervention en vue d'assurer une meilleure allocation des ressources en matière de prévention et de soins curatifs ;

Le ministre de la Santé est chargé de suivre la politique sanitaire internationale à laquelle la Mauritanie adhère, de définir en concertation avec les départements concernés, les options de coopération dans le domaine de la santé et de veiller au respect des engagements en la matière.

Il agit, en collaboration avec les autres départements concernés, en vue de promouvoir la santé des populations. Il veille au bon fonctionnement des services et structures publiques et privées qui concourent à la préservation et l'amélioration de la santé du citoyen.

Article 3 : Le ministre de la Santé exerce les pouvoirs de tutelle ou de suivi à l'égard des établissements publics, et sociétés d'économie mixte, et autres organismes, intervenant dans le secteur de la Santé, dans les conditions prévues par les lois et règlements.

Article 4 : L'Administration centrale du Ministère de la Santé :

- le Cabinet du ministre;
- le Secrétariat général ;
- les Directions centrales ;

I – Le Cabinet du ministre

Article 5 : Le Cabinet du ministre comprend un chargé de mission, quatre conseillers techniques, une Inspection interne et le Secrétariat particulier.

Article 6 : Le chargé de mission, placé sous l'autorité du ministre, est chargé des réformes, études ou missions que lui confie le Ministre.

Article 7 : Les conseillers techniques sont placés sous l'autorité directe du ministre. Ils élaborent des études, notes d'avis et propositions sur les dossiers que leur confie le Ministre.

L'un des Conseillers Techniques prend en charge les affaires juridiques, les trois autres se spécialisent respectivement et, en principe, conformément aux indications ci-après :

- un conseiller technique chargé de la prévention;
- un conseiller technique chargé de la médecine hospitalière ;
- un conseiller technique chargé du secteur pharmaceutique et des laboratoires ;

L'un de ces conseillers techniques est désigné par arrêté du ministre pour assurer, cumulativement avec ses fonctions, la fonction de conseiller chargé de la communication.

Article 8 : L'Inspection Générale de la Santé est chargée, sous l'autorité du ministre, des missions de l'inspection interne, telles que définies à l'article 6 du décret n° 075-93 du 6 juin 1993.

Dans ce cadre, elle a notamment pour attributions de :

- vérifier l'efficacité de la gestion des activités de l'ensemble des services du Département et des Organismes sous tutelle et leur conformité aux lois et règlements en vigueur ainsi qu'à la politique et aux programmes d'actions prévus dans les différents secteurs relevant du Département.
- évaluer les résultats effectivement acquis, analyser les écarts par rapport aux prévisions et suggérer les mesures de redressement nécessaires.

Elle rend compte au ministre des irrégularités constatées.

L'Inspection Interne est dirigée par un Inspecteur général qui a rang de conseiller technique du Ministre et est assisté de cinq inspecteurs qui ont rang de Directeurs centraux.

Article 9 : Le Secrétariat particulier du ministre gère les affaires réservées du ministre.

Le Secrétariat particulier est dirigé par un Secrétaire particulier nommé par arrêté du ministre, ayant rang et mêmes avantages des chefs de service centraux.

II – Le Secrétariat général

Article 10 : Le Secrétariat Général veille à l'application des décisions prises par le ministre. Il est chargé de la coordination des activités de l'ensemble des services du Département. Il est dirigé par un Secrétaire Général.

Le Secrétariat Général comprend :

- Le Secrétaire general ;

- Les services rattachés au Secrétaire Général.

1– Le Secrétaire Général

Article 11 : Le Secrétaire Général a pour mission, sous l'autorité et par délégation du Ministre, d'exécuter les tâches définies à l'article 9 du décret n° 075-93 du 6 juin 1993, et notamment :

- l'animation, la coordination et le contrôle des activités du Département ;
- le suivi administratif des dossiers et des relations avec les services extérieurs ;
- l'élaboration du budget du Département et le contrôle de son exécution ;
- la gestion des ressources humaines, financières et matérielles affectées au Département ;

2– Les Services rattachés au Secrétaire Général

Article 12 : Sont rattachés au Secrétaire Général :

- le Service de la Traduction ;
- le Service de l'Informatique ;
- le Service du Secrétariat central ;
- le Service Accueil du Public ;

Article 13 : Le service de la Traduction est chargé de la traduction de tous les documents ou actes utiles au Département. Il centralise en outre la documentation administrative.

Article 14 : Le service de l'Informatique est chargé de la gestion et de la maintenance du réseau informatique du Département.

Article 15 : Le service du Secrétariat central assure :

- la réception, l'enregistrement, la ventilation et l'expédition du courrier arrivée et départ du Département ;
- la saisie informatique, la reprographie et l'archivage des documents.

Article 16 : Le Service Accueil du public est chargé de l'accueil, de l'information et de l'orientation du public.

III – Les Directions centrales

Article 17 : Les Directions Centrales du Ministère sont :

- la Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire ;
- la Direction de la Médecine Hospitalière ;
- la Direction de la Lutte contre les Maladies ;
- la Direction des Services de Santé de Base ;
- la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires ;
- la Direction des Ressources humaines ;
- la Direction des Affaires Financières ;
- la Direction des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance.

1- La Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire

Article 18 : La Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information sanitaire est chargée de :

- élaborer le plan de développement sanitaire, en collaboration avec les Directions techniques ;
- appuyer les Directions régionales de la Santé pour l'élaboration des plans régionaux de Santé ;
- élaborer le budget du département, en liaison avec la Direction chargée des affaires financières et les autres Directions ;
- suivre l'exécution des plans de développement social et sanitaire ;
- coordonner les actions entreprises au titre de l'aide bilatérale, multilatérale ou internationale ;
- déployer les missions de coopération technique dans les structures du Ministère conformément aux programmes arrêtés par le département ;
- conduire les études relatives à la planification ;
- exploiter l'information sanitaire et du développement des outils et méthodes nécessaires à la réalisation des analyses notamment en vue de l'obtention de données fiables ;

- centraliser au niveau régional des données statistiques produites par les services sanitaires ;
- élaborer les bases des données, de leur mise à jour et de leur diffusion.

La Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information sanitaire est dirigée par un directeur, assisté d'un directeur adjoint.

Une Cellule d'appui est instituée auprès de la Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information.

Les règles d'organisation et de fonctionnement de la Cellule d'appui sont fixées par arrêté du ministre de la Santé.

La Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information sanitaire comprend, outre la Cellule d'appui, trois services :

- le Service des Études et de la Programmation ;
- le Service des Méthodes et du Suivi des Indicateurs ;
- le Service de la Coopération.

Article 19 : Le Service des Études et de la Programmation est chargé de :

- suivre les plans de développement sanitaire ;
- élaborer avec les services techniques concernés les propositions de projet de budget ;
- rationaliser les choix budgétaires et les ressources disponibles pour élaborer des projets d'intervention, d'équipement et d'infrastructures ;
- appuyer et coordonner l'élaboration des plans opérationnels des Directions centrales et régionales ;
- programmer les actions à entreprendre, superviser leur déroulement et évaluer périodiquement leur impact.

Le Service des Études et de la Programmation comprend deux divisions :

- Division des Études et de la Programmation ;
- Division du Suivi évaluation.

Article 20 : Le Service des Méthodes et du Suivi des Indicateurs est chargé de:

- collecter l'information sanitaire ;

- identifier les indicateurs, les outils et les méthodes en liaison avec les services statistiques de l'Etat et les intervenants dans le secteur de la Santé ;
- exploiter les données et de participer aux études relatives à l'évolution des maladies ;
- Publier les statistiques sanitaires.

IL comprend deux divisions:

- Division de l'exploitation et de la publication des statistiques sanitaires
- Division de la recherche opérationnelle

Article 21 : Le Service de la Coopération est chargé de :

- coordonner les actions entreprises dans le cadre des coopérations bilatérales, multilatérales ou internationales ;
- assurer le déploiement des experts dans les structures du ministère conformément aux programmes arrêtés par le département ;
- entretenir des liaisons étroites avec les organisations nationales régionales et internationales agissant dans le domaine de la santé publique ;

2- La Direction de la Médecine hospitalière

Article 22 : La Direction de la Médecine hospitalière est chargée de :

- concevoir et mettre en œuvre la politique hospitalière nationale ;
- élaborer et mettre en œuvre la réforme hospitalière ;
- élaborer et suivre la réglementation et les normes hospitalières ;
- préparer les autorisations d'ouverture à titre privé des cliniques, des cabinets et des cabinets de soins infirmiers.

La Direction de la Médecine hospitalière assure le suivi des activités des établissements publics et des structures privées de soins ;

La Direction de la Médecine hospitalière est dirigée par un directeur, assisté d'un directeur adjoint. Elle comprend trois services :

- le Service de la Réglementation et des Normes ;
- le Service de la Réforme et du Développement des Etablissements hospitaliers publics ;

- le Service de la Régulation et du Suivi des Structures privées de Soins.

Article 23 : Le Service de la Réglementation et des Normes est chargé de définir les normes techniques des formations hospitalières, et de participer à l'élaboration de la Réglementation hospitalière.

IL comprend deux divisions:

- Division des Normes et de la Réglementation ;
- Division de l'Hygiène hospitalière.

Article 24 : Le Service de la Réforme et du Suivi des Etablissements hospitaliers publics est chargé de suivre l'élaboration et la mise en œuvre de la réforme hospitalière, et d'assurer le suivi et la supervision de l'ensemble des établissements hospitaliers publics.

Article 25 : Le Service de la Régulation et du Suivi des Structures privés de Soins est chargé de:

- superviser l'ensemble des structures de soins privées ;
- participer à l'élaboration des normes techniques des formations de soins privées ;
- étudier les demandes d'autorisation d'exercice et d'ouverture des structures privées de soins ;
- participer à l'élaboration de la carte sanitaire ;
- recevoir et exploiter les rapports d'activités des structures de soins privées.

3- La Direction de la Lutte contre les Maladies

Article 26 : La Direction de la Lutte contre les Maladies est chargée de :

- surveiller la situation épidémiologique des maladies à potentiel épidémique et des maladies objet de mesures spécifiques d'éradication ou de contrôle ;
- concevoir et coordonner la mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- élaborer les textes réglementaires ayant trait à la lutte contre les maladies, en collaboration avec les autres institutions concernées ;
- élaborer et suivre la mise en œuvre de la politique de Santé en matière d'hygiène publique ;
- appliquer la réglementation sanitaire internationale ;
- coordonner l'ensemble des actions en relation avec la réponse multisectorielle à l'infection VIH/IST et œuvrer à la mobilisation des ressources nécessaires à cet effet.

La Direction de la Lutte contre les Maladies est dirigée par un Directeur assisté d'un Directeur adjoint .Elle comprend, outre les Programmes dont la mission relève de son champ de compétence, trois services :

- le Service de la Surveillance épidémiologique et de l'Hygiène publique ;
- le Service des Maladies non transmissibles ;
- le Service de Lutte contre le Sida/IST et les Maladies transmissibles.

Article 27 : Le Service de la Surveillance épidémiologique et de l'Hygiène publique est chargé de :

- centraliser et analyser les données concernant les maladies à potentiel épidémique collectées sur l'ensemble du territoire national par les Directions régionales et les Formations sanitaires ;
- détecter de manière précoce les épidémies grâce à sa fonction de veille sanitaire et l'observatoire;
- organiser le suivi et l'évaluation des mesures de riposte entreprises par les services concernés dans le cadre de la lutte contre les épidémies ;
- appliquer le règlement sanitaire international ;
- élaborer et suivre la mise en œuvre de la politique de Santé en matière d'hygiène publique et de promotion des règles d'hygiène générale.

Le Service de la Surveillance épidémiologique et de l'Hygiène publique comprend deux divisions :

- Division de l'Exploitation des Données et de la Riposte ;
- Division Chargée de l'Hygiène publique.

Article 28 : Le Service des Maladies non transmissibles est chargé de :

- élaborer et suivre le processus de mise en œuvre des politiques nationales de lutte contre les maladies non transmissibles notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies génétiques, le diabète, l'obésité, les maladies mentales, les affections buccodentaires ;
- élaborer des plans d'action opérationnels nationaux et appuyer l'élaboration et le suivi des plans régionaux de lutte contre les maladies non transmissibles;
- appliquer les normes et dispositions en matière de lutte contre les maladies non transmissibles;

- évaluer de manière régulière les plans d'action nationaux et régionaux.

Article 29 : le Service de Lutte contre le Sida et les Maladies transmissibles est chargé de :

- l'accompagnement de la planification, de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans sectoriels VIH/IST ;
- veiller aux normes et procédures de service en matière de lutte contre les IST/VIH ;
- d'œuvrer au renforcement des capacités institutionnelles en matière de lutte au profit des structures impliquées ;
- coordonner l'appui technique aux autres secteurs (publics, privés, société civile) ;
- assurer la liaison avec les acteurs hors Santé impliqués dans la lutte contre le VIH/IST ;
- assurer la conception, la coordination, le suivi et l'évaluation des actions de lutte et de contrôle des maladies transmissibles ;
- veiller au suivi de la mise en œuvre des mesures de lutte contre les principales maladies endémo épidémiques et à l'application des normes et dispositions en matière de lutte contre ces maladies.

Le Service de Lutte contre le Sida et les Maladies transmissibles comprend deux divisions :

- Division Sida/IST ;
- Division de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PECIM).

4- La Direction des Services de Santé de Base

Article 30 : La Direction des Services de Santé de Base est chargée de :

- mettre en œuvre la politique nationale de Santé au niveau primaire ;
- assurer la coordination technique des services déconcentrés de Santé ;
- développer la participation communautaire et le système de recouvrement des coûts au niveau primaire ;
- suivre et superviser toutes les structures sanitaires publiques du niveau primaire en liaison avec les Directions Régionales ;
- mettre en œuvre et coordonner la recherche opérationnelle dans les domaines du système de Santé et de la participation communautaire ;
- élaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale de Santé de la reproduction ;

- élaborer et mettre en œuvre la politique nationale de vaccination ;
- suivre, superviser et évaluer les activités de vaccination ;
- élaborer et mettre en œuvre la politique et les programmes de nutrition, en collaboration avec les autres institutions concernées ;
- élaborer et suivre les programmes de Santé scolaire et universitaire, en collaboration avec le ministère en charge de l'éducation.

La Direction des Services de Santé de Base est dirigée par un Directeur assisté d'un Directeur Adjoint .Elle comprend, outre les Programmes dont la mission relève de son champ de compétence, trois services :

- le Service du Développement des Services de Santé de Base ;
- le Service de la Nutrition ;
- le Service de l'Education pour la Santé

Article 31 : Le Service du Développement des Services de Santé de Base est chargé de:

- participer à l'élaboration de la carte sanitaire ;
- définir les normes techniques des formations sanitaires de base ;
- assurer le suivi et la supervision de l'ensemble des centres et des Postes de Santé.

IL comporte deux divisions:

- Division du Développement des services de Santé de base ;

Division de la Supervision et du Suivi.**Article 32** : Le Service de la Nutrition est chargé de :

- appuyer l'élaboration des politiques et stratégies nationales de nutrition et contribuer à la mise en œuvre du plan sectoriel de nutrition dans le système de Santé ;
- assurer la surveillance et le suivi nutritionnel des populations et de participer à la réponse aux situations d'urgence nutritionnelle ;
- assurer la prévention et la prise en charge de la malnutrition au niveau des structures de Santé et appuyer la prise en charge nutritionnelle au niveau communautaire ;
- assurer une coordination avec tous les secteurs qui interviennent dans le domaine de la nutrition.

Le Service de la Nutrition comprend trois divisions :

- Division de la Surveillance nutritionnelle, de la Sécurité sanitaire des aliments et des Interventions d'urgence nutritionnelle ;
- Division de la Prévention, de la Prise en charge de la malnutrition et de la Lutte contre les carences en micronutriments ;
- Division de la Promotion de l'Allaitement maternel, de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Article 33 : le Service de l'Education pour la Santé est chargé de :

- élaborer les programmes d'éducation et de communication pour la santé ;
- conduire des opérations d'enquêtes et d'évaluation des ces programmes ;
- constituer une documentation spécialisée dans le domaine de la santé ;
- exécuter la politique en matière de santé scolaire et universitaire.

IL comprend deux divisions:

- Division de la Documentation de la Conception et de la Production ;
- Division de la Santé scolaire.
-

5- La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires

Article 34 : La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires est chargée de :

- initier et élaborer la législation et la réglementation pharmaceutiques ;
- délivrer les autorisations de mise sur le marché des médicaments et suivre l'importation de médicaments;
- préparer les arrêtés fixant la vente des médicaments, en liaison avec les départements et les institutions concernés ;
- mettre en œuvre les législations nationales et internationales en matière de lutte contre les stupéfiants et substances psychotropes ;
- tenir un recueil des données et statistiques de consommation des médicaments ;
- préparer les autorisations d'exercice et d'ouverture des établissements pharmaceutiques et des laboratoires d'analyse privés ainsi que les autorisations de fabrication des médicaments ;
- superviser et contrôler la qualité des médicaments et produits de parapharmacie ;

La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires est dirigée par un Directeur .Elle comprend trois services :

- le Service de la Tarification et du Suivi des Approvisionnements ;
- le Service du Suivi des Laboratoires, de la Pharmacovigilance et de la Promotion des Médicaments traditionnels ;
- le Service de la Réglementation et de l'Enregistrement des Médicaments.

Article 35 : Le service de la Tarification et du Suivi des Approvisionnements est chargé de:

- déterminer, en liaison avec les départements ministériels et institutions concernés, les prix et les marges autorisés pour les médicaments ;
- veiller à l'approvisionnement régulier et suffisant en médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire national ;
- assurer le suivi des importations et des stocks de l'ensemble des structures d'approvisionnement publiques et privées ;
- assurer le suivi et la coordination des structures d'approvisionnement.

Article 36 : Le Service du suivi des Laboratoires, de la Pharmacovigilance et de la Promotion des Médicaments traditionnels est chargé de :

- élaborer la réglementation, l'organisation et le contrôle des laboratoires publics et privés ;
- définir les normes en matière d'implantation des laboratoires, de niveaux de prestations, d'équipements, de procédures, de sécurité et de réactifs ;
- étudier et donner un avis sur les demandes d'autorisation d'ouverture des laboratoires ;
- superviser les activités des laboratoires et évaluer la qualité de leurs prestations ;
- mettre en œuvre la pharmacovigilance et assurer l'information sur le médicament ;
- promouvoir l'utilisation des médicaments traditionnels améliorés.

IL comprend trois divisions:

- Division de la réglementation et des normes ;
- Division des autorisations et du contrôle ;
- Division de la pharmacovigilance et la promotion des médicaments traditionnels améliorés.

Article 37 : Le Service de la Réglementation et de l'Enregistrement des Médicaments est chargé de :

- préparer la législation et la réglementation pharmaceutique ;
- délivrer les autorisations de mise sur le marché des médicaments ;
- contrôler en liaison, avec l'Inspection générale de la Santé, la détention, la commercialisation et l'utilisation des substances psychotropes et des stupéfiants ;
- assurer le secrétariat de la Commission nationale du médicament.

IL comprend deux divisions:

- Division des Autorisations de Mise sur le marché ;
- Division de la Réglementation et du Contrôle des stupéfiants et substances psychotropes.

6- La Direction des Ressources Humaines

Article 38 : La Direction des Ressources Humaines est chargée de:

- suivre la gestion administrative et prévisionnelle des ressources humaines ;
- participer à l'élaboration des normes en personnel des différents types de formations sanitaires aussi bien du secteur public que privé ;
- participer à la définition des statuts des différentes catégories du personnel et suivre les questions administratives relatifs au personnel ;
- mettre en œuvre le statut du personnel de la Santé ;
- élaborer et suivre la mise en œuvre des critères d'affectation du personnel ;
- élaborer et suivre les critères d'attribution des bourses de formation ;
- émettre les avis sur les rapports d'activités des écoles et instituts de formation des personnels.

La Direction des Ressources Humaines est dirigée par un Directeur. Elle comprend deux services:

- le Service de la Gestion du Personnel, de la Programmation et des Normes ;
- le Service de la Formation et des Stages.

Article 39 : Le Service de la Gestion du Personnel, de la Programmation et des Normes est chargé de:

- gérer et suivre administrativement les fonctionnaires et agents du département ;
- suivre les carrières du personnel du département ;
- élaborer, mettre en place et suivre une base de données relative au personnel du département ;
- élaborer les normes en personnel de tous les niveaux de la pyramide sanitaire en collaboration avec les institutions concernées ;
- recueillir les besoins en personnel ;
- redéployer le personnel selon les besoins exprimés par les structures, conformément aux normes.

Le Service de la Gestion du Personnel, de la Programmation et des Normes comprend trois divisions :

- Division de la gestion et du suivi des fonctionnaires, et autres agents de l'État ;
- Division de la programmation et des normes ;
- Division du suivi de la base de données et de l'archivage.

Article 40 : Le Service de la Formation et des Stages est chargé de :

- Identifier les besoins des différents services en matière de formation ;
- suivre la mise en œuvre du plan de formation ;
- veiller à l'adéquation entre les besoins de services et les demandes des personnels ;
- coordonner et superviser l'organisation des stages, des recyclages et de la formation continue.

IL comprend deux divisions:

- Division de la Formation continue ;
- Division de la Formation initiale

7- La Direction des Affaires Financières

Article 41 : La Direction des Affaires Financières est chargée de :

- élaborer les budgets de fonctionnement et d'investissement du département, en collaboration avec la Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire et les autres Directions et en suivre l'exécution ;
- consolider l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement du secteur ;
- coordonner la gestion financière des programmes du secteur de la Santé, financés sur le budget général de l'État et/ou sur financement extérieur, mis directement sous sa responsabilité ;
- veiller à la bonne utilisation des ressources financières mises à la disposition du département ;
- suivre les procédures de la passation des marchés.

La Direction des Affaires Financières est dirigée par un Directeur. Elle comprend trois services:

- le Service de la Comptabilité du budget sur financement de l'État ;
- le Service de la Comptabilité du budget sur financement extérieur ;
- le Service de la Passation des Marchés.

Article 42 : Le Service de la Comptabilité du budget sur financement de l'État est chargé de :

- s'assurer de la conformité des engagements et de la liquidation des dépenses de fonctionnement et d'investissement du département, financées par le budget général de l'État ;
- suivre l'utilisation des crédits, selon les procédures en vigueur ;
- tenir une comptabilité matière et gérer la caisse des menues dépenses.

Article 43 : Le Service de la Comptabilité du budget sur Financement Extérieur est chargé de s'assurer de la conformité des engagements et de la liquidation des dépenses de fonctionnement et d'investissement du département, sur financement extérieur, et de suivre l'utilisation des crédits selon les procédures adaptées.

Article 44 : Le Service de la Passation des Marchés est chargé de :

- suivre la passation et l'exécution des marchés ;

- élaborer, en liaison avec les Directions et établissements concernés, les dossiers d'appels d'offres pour l'acquisition et la passation des marchés ;
- participer, avec les Directions et Institutions concernées, à la réception des marchés.

8- La Direction des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance

Article 45 : La Direction des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance est chargée de :

- collecter et consolider des besoins des différentes structures du département en matière d'acquisition d'infrastructures, de matériel et d'équipements ;
- participer au processus d'acquisition des équipements, en liaison avec les Directions et établissements concernés ;
- tenir l'inventaire et suivre la gestion des infrastructures et des équipements, en liaison avec les Directions et Établissements concernés ;
- élaborer les spécifications techniques des mobiliers, des équipements biomédicaux, du matériel roulant et de communication, en liaison avec les Directions des établissements concernés ;
- élaborer et mettre en œuvre la politique de maintenance.

La Direction des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance est dirigée par un Directeur .Elle comprend trois services :

- le Service des Infrastructures ;
- le Service des Équipements et du Matériel ;
- le Service de la Maintenance.

Article 46 : Le Service des Infrastructures, est chargé de :

- élaborer les plans de développement des infrastructures sanitaires et suivre leur mise en place ;
- établir, en liaison avec les Directions concernées, les normes et plans architecturaux des différentes infrastructures sanitaires ;
- participer à l'élaboration de la carte sanitaire avec les services concernés.

Article 47 : Le Service des Équipements et du matériel est chargé de :

- élaborer les plans de développement des équipements et les spécifications techniques pour les nouvelles acquisitions ;

- dresser l'inventaire régulier des équipements et du matériel et en suivre la gestion, en relation avec les Directions et établissements et concernés.

IL comprend deux divisions:

- Division des Equipments ;
- Division du Materiel.

Article 48 : Le Service de la Maintenance est chargé de :

- élaborer et mettre en œuvre la politique de maintenance ;
- participer à la réalisation de la base des données relatives à toutes les infrastructures, équipements et matériels ;
- suivre la situation des équipements de l'ensemble des structures sanitaires publiques et veiller à l'application des directives de maintenance par les établissements sanitaires.

IL comprend deux divisions:

- Division de la maintenance des infrastructures ;
- Division de la maintenance des équipements et des matériels.

IV- Les Directions Régionales

Article 49 : Les Directions régionales de la Santé sont chargées sous l'autorité du Waly de la conception et de l'exécution de la politique sanitaire dans les wilayas.

Article 50 : L'organisation interne des directions régionales et les attributions des directeurs régionaux sont précisées par arrêté du ministre de la Santé.

V – Dispositions finales

Article 51 : Il est institué au sein du Ministère de la Santé un Conseil de direction chargé du suivi de l'état d'avancement des actions et programmes du Département.

Le Conseil de direction est présidé par le Ministre ou, par délégation, le Secrétaire Général. Il regroupe le secrétaire Général, le chargé de mission, les Conseillers techniques, l'Inspecteur général, et les directeurs. Il se réunit tous les quinze jours.

Les premiers responsables des établissements et organismes sous tutelle participent aux travaux du Conseil de direction une fois par semestre.

Article 52 : Les dispositions du présent décret seront précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre de la Santé, notamment en ce qui concerne :

- l'organisation des divisions en bureaux et sections ;
- l'organisation et le fonctionnement des Programmes de santé prévus aux articles 26 et 30 ci-dessus.

Article 53 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret, notamment le décret n°025-2005 du 5 mai 2005 fixant les attributions du Ministre de la Santé et des Affaires sociales et l'organisation de l'administration centrale de son Département.

Article 54 : Le ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République Islamique de Mauritanie.

Fait à Nouakchott, le _____

ZEINE OULD ZEIDANE

Le Ministre de la Santé

Mohamed Lemine Ould Raghani