

Mauritanie



Tracé approximatif des frontières du pays.

Superficie	1.030700
Population totale	3.075267
Taux d'accroissement annuel	2,4
Densité	3
PIB/habitant (2006)	913\$EU
Dépense santé/habitant	12\$EU
% de la population vivant en dessous du Seuil de pauvreté (2004)	46,7%
Taux d'urbanisation	56,9%
% de la population ayant accès assainissement adéquate (2007)	38%
EV à la naissance	H:55, F:60
Taux de couverture DTC3	75%
Taux de couverture VAR	67%
Taux de Mortalité néonatale	43%°
Taux de Mortalité infantile	77%
Taux de Mortalité infanto-juvénile	122%
Taux de Mortalité Maternelle	686/100.000 NV
Séroprévalence chez les femmes enceintes	0.8%
Indice synthétique de fécondité	4,7
Taux brut de scolarisation	95,1%
Classement Indice de développement humain sur 177 pays	137

Sources :
 Profil Pauvreté 2004
 CSLP 2006-2010
 Politique nationale de santé 2006-2015
 Enquêtes MICS 2007
 Rapport sur la santé dans la Région Africaine 2006
 Rapport Mondial sur le Développement Humain 2007
 ONS, Bulletin trimestriel de conjoncture juin 2007
 BM N°36386MR, Gérer les ressources naturelle 2006
 BM, Country Assistance Strategy 2007

La Mauritanie, limitée au Nord par le Sahara occidental et l'Algérie, à l'Est par le Mali et au sud par le Mali et le Sénégal et à l'Ouest par l'Océan Atlantique, s'étend sur 1 030 700 km² avec une population de 3.075.267 habitants dont plus de 56% en zone urbaine. Elle dispose de ressources naturelles qui sont le minerai de fer, gypse, poissons, cuivre. Elle a de plus fait récemment la découverte de réserves pétrolières, ce qui venant s'ajouter aux mesures dont elle a bénéficiées au titre de l'initiative de l'allègement de la dette multilatérale, lui procure des ressources importantes. Elle vient d'achever à bien son processus de transition démocratique qui a reçu un écho largement favorable de la communauté internationale. Elle vient de tenir son cinquième groupe consultatif qui a bénéficié d'un large engagement des partenaires qui aura une importante incidence sur ses perspectives de développement futur. L'instabilité politique qu'a connue, le pays depuis Août 2008, pèse considérablement sur les acquis de la démocratie.

SANTÉ & DEVELOPPEMENT

Le système de santé présente des insuffisances au niveau de l'accessibilité géographique et financière, des ressources humaines, des équipements biomédicaux, du système d'information sanitaire, de l'organisation, la continuité et de la qualité des services ainsi que la responsabilité mutuelle des divers acteurs impliqués qui ont des conséquences sur les performances des services.

Les principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et infantile :

La mortalité maternelle reste encore élevée avec 686 décès maternels pour 100000 naissances vivantes (2004), essentiellement due à la proportion élevée de grossesses à risque potentiel (grossesses précoces, rapprochées), à une insuffisance dans la qualité du suivi des grossesses, et à une faible accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) de qualité (césarienne). La faiblesse relative de la disponibilité des SONU avec 36% des besoins satisfaits (en particulier la césarienne avec un taux national de 1,10%). Les principales causes immédiates de décès périnataux sont l'hémorragie de la délivrance, la dystocie, les complications de l'hypertension artérielle (éclampsie, etc.) et l'anémie. La mauvaise répartition du personnel (sages femmes), le système d'orientation recours encore très aléatoire, les considérations socio-économiques et culturelles (accessibilité financière, géographique) et la faible disponibilité du sang dans les banques de sang constituent les principaux handicaps au développement des soins obstétricaux d'urgence aux niveaux périphérique et secondaire de la pyramide sanitaire.

La mortalité infanto juvénile reste élevée avec 122 décès pour 1000 enfants de moins de 5 ans dont 77 au cours de la première année et 43 au cours du premier mois de vie. Les principales causes de mortalité infanto juvénile sont les IRA, les diarrhées, le paludisme, la malnutrition et la rougeole. La mortalité infantile et infanto juvénile auraient stagné entre 2001 (EDSM) et 2007 (MICS)

Les maladies transmissibles continuent de représenter la cause majeure de mortalité, de morbidité et des handicaps dans tous les groupes d'âge. Les pathologies couramment rencontrées sont les infections respiratoires, le paludisme et les diarrhées auxquelles s'ajoutent entre autres, les endémo épidémies (tuberculose, VIH/SIDA, maladies cibles du PEV). L'incidence de la Tuberculose a été estimée à 9626 cas en 2006. L'implication du secteur privé et de la société civile sont encore insuffisantes. En 2007, le nombre de cas estimé de VIH/SIDA était de 14 100, et la séroprévalence chez les femmes enceinte de + 0,57 %¹. Le paludisme constitue problème de santé publique majeur ; il est le troisième motif de consultation au niveau des structures sanitaires où 250 000 à 300 000 cas sont enregistrés annuellement. Environ 38% des enfants de moins de 05 ans avait eu de la fièvre au cours des 15 derniers jours (EMIP). Le paludisme représente la 1^{ère} cause de décès dans les wilayas endémiques, où il est responsable de 60 % des motifs d'hospitalisation.

Maladies non transmissibles : Les maladies émergentes sont liées aux facteurs environnementaux et/ou aux changements comportementaux des individus et des collectivités. **L'enquête STEPS WISE 2006-2007** a mis en exergue que la prévalence globale de l'hypertension artérielle est de 22,4% au niveau de toute la population enquêtée soit 20,3% chez les hommes et de 23,8% chez les femmes. Pour le diabète 6% des personnes enquêtées sont diabétiques (glycémie à jeun >= à 126mg/dl). La cholestérolémie est élevée chez 14,8% des personnes enquêtées (Cholestérolémie supérieure à 200mg/dl). L'obésité atteint 20,9% des personnes enquêtées et 25,7% ont une surcharge pondérale (IMC 25-29.9) soit chez les hommes 8,6% d'obèses et 23,2% ont une surcharge pondérale, la prédominance féminine est nette avec 31,5% d'obèses et 28% de surcharge pondérale.

La croissance économique enregistrée sur la période 2005-2007 est restée soutenue avec un taux moyen de 5,2% mais, ce niveau est inférieur aux prévisions initiales du CSLP (+6% par an sur la période), jugées nécessaires pour atteindre les objectifs de réduction de la pauvreté. Ainsi, l'accroissement significatif des dépenses extra budgétaires entre 2003 et la mi-2004, financées par la création monétaire, ont conduit à la détérioration du déficit public, à l'affaiblissement de la position extérieure et à une pression inflationniste.

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement politique au plus haut niveau ▪ Existence de cadres d'orientations politiques : CSLP, CBMT, PTHG, UNDAF ▪ Existence de cadres opérationnels d'intervention d'urgence : Plan ORSEC, PC/SNU ▪ Existence d'un processus de planification dynamique dans le cadre de l'approche sectorielle ▪ Ressources halieutiques et du sous-sol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergence des Maladies Non Transmissibles ▪ Faible performance des Services de Santé ▪ Insuffisance quantitative et qualitative des personnels de santé ▪ Niveau élevé des indicateurs de Mortalité Maternelle et infanto juvénile ▪ Faible accessibilité aux services ATM ▪ Nombreux facteurs de risques environnementaux ▪ Sécurité alimentaire

PARTENARIATS

Les principales Agences de développement intervenant traditionnellement dans le secteur de la santé sont la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement, l'Union Européenne, la Coopération Allemande, la Coopération Espagnole, la Coopération Française, les Emirats Arabes Unis, la République Populaire de Chine, le FADES, la BID, l'OMS, l'UNICEF ; le UNFPA, le PAM.

Ces agences interviennent dans les domaines du renforcement du système de santé, de la construction des infrastructures, de la fourniture d'équipements, ainsi que dans la mise en œuvre des programmes prioritaires. Des ONG internationales et organismes gouvernementaux (Corps de la paix américain – World Vision International – Counterpart International - Croix rouges française, espagnole et italienne – Médecins Sans Frontières - Médecins du monde) interviennent comme partenaires chargés de la mise en œuvre et du suivi des activités périphériques dans le cadre de conventions avec le ministère de la Santé.

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

La mise en œuvre en cours depuis 2007, d'un plan d'activités de la déclaration de Paris permettra un meilleur impact de l'aide dans les politiques de développement pays.

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement des partenaires au Groupe Consultatif de Paris 2008-2010 ▪ Disponibilité des fonds PPTE ▪ Existence d'Initiatives de Partenariat, GAVI, Fonds mondial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté de coordination des intervenants ▪ Lenteur dans la mise en œuvre de la déclaration de Paris par les différents partenaires

AGENDA STRATEGIQUE DE L'OMS (2009-2013)

L'analyse de la situation a mis en exergue un certains nombres de problèmes dont les principaux sont la faiblesse de la performance du système de santé, la coexistence des maladies transmissibles sous forme d'endémo épidémies et de maladies non transmissibles, la prévalence de certains facteurs de risque à la santé et l'apparition fréquente des situations d'urgences. Cet état des lieux a permis d'identifier sept axes stratégiques sur lesquels l'OMS focalisera ses efforts pour les prochaines années

- Prévention et lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT)
- Réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- Prévention et contrôle des maladies transmissibles et à potentiel épidémique
- Le renforcement de la performance du système de santé y compris le développement des ressources humaines et la mise en œuvre de la politique pharmaceutique;
- Gestion des conséquences sanitaires liées à l'environnement et aux situations d'urgences et catastrophes
- Promotion de la santé
- Développement de partenariat en faveur de la santé

POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS, veuillez consulter les sites Web ci-après :

Page Web de l'OMS/AFRO consacrée au pays : <http://www.afro.who.int/home/countries/mauritania.html>

Page Web de l'OMS consacrée au pays : <http://www.who.int/countries/mrt/fr/index.html>

© Organisation mondiale de la Santé 2009 - Tous droits réservés.

Les fiches présentant les Stratégies de Coopération avec les Pays ne sont pas une publication officielle de l'OMS. Les cartes qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.