

HORIZONS

Magazine mensuel

Edité par l'Agence Mauritanienne d'Information



N° 007 / février 2021

prix: 100 MRU



**Mise en place d'un système de santé
prompt à répondre à toute
urgence**



Le Ministre de la Santé :

« Notre système de santé a démontré sa capacité à répondre à toutes les situations pandémiques quelles que soient leur nature et leur ampleur »

7

9 Ressources humaines

Base de données réactualisée et carte sanitaire

14 Une mise à niveau globale pour une offre de santé de qualité et de proximité

18 Urgences :
Une approche nouvellement introduite dans notre système de santé

22 Accessibilité financière pour réduire la mortalité maternelle :
«400 MRU pour tous les soins maternels»

25 Secteur pharmaceutique :
Vaincre le défi de la disponibilité de médicaments de qualité

31 Covid -19:
Une stratégie anticipative efficace

38 PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION :
PLUS DE 80% D'ENFANTS VACCINES EN 2019

HORIZONS

Magazine mensuel



Revue Mensuelle Editée par l'Agence Mauritanienne d'Information (AMI)

Directeur de Publication

Mohamed Fall Oumeir Beye,
Directeur Général de l'AMI

Directeur de la Rédaction

Maarouf Ould Oudaa

Rédacteur en Chef

Khalilou Diagana

Secrétaire de Rédaction

Abderrahmane Ould Cheikh

Maquette

Elhadrami Ould Ahmedou

Tel : +(222) 47 00 00 55

had.mac@gmail.com

Cheikh Mamoudou Sy

Elhadrami Bahaide

AMI

Tél. 45 25 29 70 / 45 25 29 40

Fax : 45 25 55 20

Email : chaabrim@gmail.com

amiakhbar@gmail.com

B.P : 371 / 467

Direction Commerciale :

Tél. 45 25 27 77

Email : dgsami@yahoo.fr



Tirage: Imprimerie AL MAZAYA



Le train des réformes de santé

L'année 2020 s'est achevée il y a juste un mois. A tous égards, elle aura été l'année des réformes et plus spécifiquement de celles du secteur de la santé.

La dynamique de cette réforme a été engagée dans le cadre des engagements et du Programme prioritaire élargi du Président de la République ; programme qui a mobilisé un financement additionnel spécifique conséquent pour accélérer la mise à niveau du secteur dans son ensemble.

L'architecture de la réforme du secteur a été articulée autour de nombreuses actions dont on peut citer l'élaboration et l'adoption d'une carte sanitaire, la conduite d'une réforme hospitalière, la conception de modules de mise à niveau des personnels programmés sur la base de plans de formation, carrières et révision des curricula, l'offre de paquets de services santé de qualité, l'assignation d'objectifs précis aux établissements hospitaliers dans le cadre de contrats programmes, la création de nombreuses infrastructures, l'acquisition d'équipements performants pour une complétude des plateaux techniques, la mise en place d'une base de données on-line comme source de référence, outil de mesure, de projection et d'anticipation... La liste ne saurait être exhaustive.

La priorité a été donnée à la dimension sociale qui a été renforcée de façon transversale à tous les segments de l'action sanitaire. C'est ainsi que la prise en charge des patients indigents a été rendue gratuite, de même que tous les soins de réanimation dans tous les hôpitaux publics du pays et que l'assurance maladie universelle a été élargie.

Par ailleurs, face au fléau de commercialisation de médicaments contrefaits, la Mauritanie a élaboré et mis en application une politique pharmaceutique nationale visant à assainir le secteur, revisiter le modèle d'approvisionnement et renforcer la CAMEC et le Laboratoire national de Contrôle de Qualité pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la traçabilité du médicament en érigeant des rambardes de sécurisation, de contrôle et de suivi rigoureux des stocks publics et privés.

Toutes ces actions ont permis d'améliorer la qualité et la proximité de l'offre de santé par l'accessibilité géographique et financière aux services et prestations de santé par une densification du maillage de la couverture et la mise en place de nouveaux mécanismes et instruments de protection et de solidarité sociales.

Ces différentes améliorations qu'étayent l'élargissement des spécialités médicales et la qualité des plateaux techniques ont contribué à réduire sensiblement les cas d'évacuation des patients à l'étranger qui est en soi un indicateur significatif de la performance du dispositif national de santé.

Autre indicateur non moins éloquent, la gestion efficiente de la déferlante du coronavirus et la réactivité avec laquelle le ministère de la Santé et tout le personnel médical ont fait montre face à la pandémie. Un personnel qui est en première ligne sur le front de la lutte contre ce fléau nouveau et dévastateur et qui n'a, à aucun moment, épargné un effort au prix fort du risque de contamination qu'il encourt et des longues nuits et journées enchaînées dans l'atmosphère éthérée des hôpitaux, supportant insomnie et pénibilité avec sens élevé de responsabilité, de sacrifice et de dévouement. A ce corps médical, la Nation toute entière demeurera éternellement reconnaissante.

C'est conscients de son rôle et de ses conditions de travail que les pouvoirs publics ont décidé une amélioration ciblée pour les revenus du personnel de la santé dont les salaires ont été augmentés de 30% et de nombreuses primes rehaussées conformément à la promesse faite par le Président de la République, M. Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani, au cours des cérémonies de célébration du 60e anniversaire de l'indépendance nationale.

Sur un autre plan, cette épreuve de la covid aura été, pour notre pays, l'occasion de vivifier les chaînes de solidarité nationale et de capitaliser le tissu de sa coopération avec ses partenaires au développement. Elle a été aussi une opportunité de mesurer l'efficacité de notre système de santé et d'en corriger les lacunes.

Aujourd'hui, les moyens sont offerts au personnel de santé de prendre en charge, soigner, soulager, apaiser, accompagner, protéger et guérir les patients. En un mot, de mener convenablement sa mission.

Programme du Président de la République :

Bâtir un système de santé de qualité et pour tous

Depuis l'alternance au pouvoir intervenue en Août 2019, un engagement au plus haut niveau en faveur de la santé s'est manifesté par l'adoption des lois, politiques, stratégies et autres mesures ainsi que l'accroissement des ressources en faveur de l'amélioration de notre système sanitaire. Un système qui souffrait de divers dysfonctionnements dont notamment sa faible couverture territoriale, un manque de performance, un taux de mortalité maternelle et infantile élevé, des ressources humaines de santé caractérisées par leur insuffisance qualitative et quantitative à tous les niveaux de la pyramide. Marqué par une mauvaise gestion et une formation inadéquate de son personnel doublée d'une couverture inappropriée des besoins en médicaments et en consommables, ce système est confronté à une nécessaire régulation du secteur pharmaceutique déjà insuffisantes, etc.

En moins de deux ans, un effort particulier a été entrepris par le Gouvernement en vue consolider les acquis et bâtir progressivement mais systématiquement un système de sanitaire capable d'offrir à la population mauritanienne les soins de santé essentiels, de bonne qualité à des prix abordables.

«Notre action, a dit le Président de la République, Monsieur Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani, s'inscrit dans le cadre d'une politique volontariste en mesure de répondre aux défis de la transition épidémiologique par laquelle nous passons». Il a, par la suite, souligné que «la priorité sera accordée à la mise en place d'un paquet d'actions à forte valeur ajoutée en matière de mortalité maternelle et infantile, l'organisation de la pyramide sanitaire avec la priorité à la santé de base et à la prévention, la clarification des rapports entre le public et le privé ainsi que l'introduction du statut de praticien hospitalier avec ses avantages et ses inconvénients et la régulation de la médecine privée».

Dans ce cadre, une autorité technique de contrôle de la qualité des services de santé sera créée afin de répondre aux attentes des Mauritaniens et s'assurer que les prestations aux usagers sont satisfaisantes aussi bien au niveau des structures publiques que privées.

Toutes ces mesures seront réalisées en mettant à contribution la concertation et le partenariat avec l'ensemble des acteurs dans le secteur de la santé. Or, «l'implication effective de tous les intervenants (public, privé, société civile, PTF, etc.), la participation communautaire et une coordination efficace à tous les niveaux seront des éléments moteurs de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé.



En effet, le maintien, la promotion et la restauration de la santé impliquent une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire large et durable.

Cette vision de la Mauritanie en matière de santé prend en compte le droit du citoyen au bien-être socio-économique et par les engagements pris envers la communauté internationale, en particulier l'atteinte des Objectifs de Développement Durable. A ce titre, le pays entend offrir à tous les Mauritaniens un accès universel aux services essentiels de santé de qualité et une protection contre les risques financiers liés à la maladie, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec la pleine participation des populations.

A cet effet, cinq mesures phares sont déjà engagées et devront, d'ici la fin du mandat présidentiel, permettre d'atteindre les résultats escomptés à savoir :

1. Rapprocher l'offre de services des populations les plus vulnérables

Il s'agit de la mise en place d'une politique de rapprochement de l'offre de santé des populations mauritaniennes les plus vulnérables sur la base d'une mesure de la disponibilité des équipements et des médicaments essentiels ainsi que des ressources humaines qualifiées. Désormais, les investissements en faveur du secteur de la santé seront orientés vers le niveau périphérique qui enregistre le plus de besoins non satisfaits.

Parmi les acquis du secteur sanitaire public obtenus en si peu de temps, on peut noter la déconcentration des moyens au profit des services sanitaires régionaux et locaux, le renforcement des ressources financières allouées par l'Etat, la mise en œuvre de l'option de la décentralisation et l'autonomisation des hôpitaux régionaux.

Le programme du Président de la République prévoit que les frais de santé pour les soins maternels et infantiles seront gratuits, de même l'espacement des naissances dans le respect des enseignements de notre sainte religion sera encouragé, ce qui participera, à son tour, à l'autonomisation des femmes et des filles.

Il sera également procédé au lancement d'un processus de mise en place d'une assurance maladie conformément au schéma défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En attendant de généraliser cette couverture universelle de l'Assurance Maladie, une prise en charge médicale gratuite sera offerte à tous les ménages pauvres qui bénéficient du programme «Tekavoul». Déjà, 100 000 familles en ont bénéficié depuis janvier en accédant gratuitement aux prestations de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) grâce à une prise en charge de la Délégation Générale à la Solidarité et à la Lutte contre l'Exclusion (Taazour).



En vue de renforcer le dispositif réglementaire visant la protection sanitaire des populations, en particulier les jeunes, la loi votée pour lutter contre le tabagisme sera appliquée. Une taxe d'accise sur le tabac sera instaurée, ce qui contribuera à l'amélioration de la santé en régénérant des ressources financières qui seront affectées au profit de la santé des plus vulnérables.

La surveillance épidémiologique sera renforcée et l'expérience du financement basé sur les résultats sera poursuivie et intensifiée pour améliorer la disponibilité et la qualité du service.

• Cette préoccupation s'est traduite déjà par la riposte face à la crise sanitaire. Ainsi, le Gouvernement a procédé, en toute urgence, à «l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de lutte contre le COVID, qui a permis de mobiliser d'importantes ressources sur le budget de l'Etat et des contributions de plusieurs personnalités nationales, physiques et morales, dans un élan national de solidarité sans précédent et avec le concours de nos partenaires internationaux».

Les résultats ont permis un contrôle de l'évolution de la pandémie grâce aux efforts de :

• Mise en place de deux structures permettant le

diagnostic virologique à 1.000 personnes par jour, alors qu'en janvier 2020 aucune structure de ce genre n'existait ;

• La dotation des structures sanitaires de 234 lits de réanimation de toutes urgences confondues au lieu de 40 existants seulement avant la pandémie ;

• L'acquisition de 137 respirateurs et extracteurs d'oxygène pour les cas avec détresse respiratoire, contre 10 respirateurs en 2019 ;

• L'acquisition de 17 échographes mobiles au chevet des patients graves ;

• Pour assurer un transport médicalisé des patients et des victimes d'accidents routiers, le pays dispose désormais de plus de 70 ambulances assurant un transport médicalisé et sécurisé, contre 18 ambulances en 2019 ;

• Depuis le 1er mai 2020, toute évacuation, quelle que soit sa nature, est gratuite pour le patient et elle est supportée dans le cadre du ProPEP ;

• Pour améliorer l'accès aux soins, surtout pour les franges démunies, le Gouvernement a décidé, depuis mai 2020, que tous les soins de réanimation seront gratuits dans tous les hôpitaux publics du pays ;

• Toute femme enceinte a, depuis 2020, droit à tous les soins maternels, même chirurgicaux, à travers le paiement d'un forfait obstétrical de 400 MRU ;

• une carte sanitaire géo référencée a été finalisée, mettant en exergue les besoins de nouvelles créations dans des poches d'exclusion qui sont souvent des poches de pauvreté rurale et périurbaine. Sur cette base, un programme de construction et d'équipement de 30 postes de santé et de 40 centres de santé, orienté en priorité vers ces zones mal desservies, a été lancé dans le cadre du ProPEP.

Les problèmes prioritaires en matière de Santé

L'analyse de la situation du système national de santé permet d'identifier les problèmes prioritaires suivants :

- Dans le domaine des prestations sanitaires, les défis portent sur l'amélioration de la qualité des services et des soins, de l'offre de service particulièrement au profit des populations les plus vulnérables.
- En matière des ressources humaines de santé, les défis sont la disponibilité en quantité et qualité à tous les niveaux de la pyramide du système sanitaire, leur gestion rationnelle en terme de répartition et de motivation mais aussi l'amélioration de la qualité de la formation initiale et continue.
- En ce qui concerne le secteur pharmaceutique, les défis portent sur la mise en place d'une loi pharmaceutique révisée garantissant la disponibilité et l'accessibilité des médicaments ainsi que les consommables médicaux de qualité, la régulation et l'assainissement du secteur pharmaceutique, la coordination intra et intersectorielle, le renforcement des institutions de contrôle et de régulation.
- Pour ce qui est des infrastructures sanitaires, les défis à relever concernent le besoin d'amélioration de la stratégie de développement des infrastructures répondant à des standards de qualité en vue d'une meilleure accessibilité géographique des populations à des services de qualité, de l'élaboration ainsi que la mise en œuvre d'une politique d'équipements et de maintenance dans le secteur de la santé.
- S'agissant du renforcement des capacités minimales requises, les défis sont de plusieurs ordres : communication, surveillance, riposte, laboratoires, contrôle des points d'entrée, pollutions chimiques et radioactives, sécurité sanitaire des aliments, application du Règlement Sanitaire International en matière de surveillance, détection et riposte au niveau national et régional pour faire face à tout événement de santé publique.

2. Poursuivre et intensifier la mise en place des infrastructures et des plateaux techniques

Dans le cadre de la mise en place des infrastructures et des plateaux techniques, les projets importants déjà engagés seront poursuivis. C'est ainsi que l'Hôpital d'Atar et l'extension du Centre Hospitalier National seront achevés et opérationnalisés. Trois nouveaux hôpitaux seront construits à Aleg, Tidjikja et Sélibaby.

Dans ce cadre, l'offre de services des hôpitaux, des centres et des postes de santé a déjà, en une année, été renforcés par l'acquisition d'équipements essentiels notamment pour faire face, entre autres, à la pandémie de la COVID 19 (dépistage, prévention et prise en charge des malades atteints par cette maladie).

3. Régler définitivement la question de la qualité des médicaments

Dans ce cadre, le Programme du Président de la République prévoit, durant ce mandat, l'application stricte de la réactualisation de la politique pharmaceutique et ses textes d'application en vue de garantir l'accès des populations à des médicaments de qualité et à des prix les plus compétitifs. En une année seulement, des mesures fortes ont été entreprises et donnent déjà des résultats significatifs.

Par ailleurs, il est prévu d'intensifier l'appui à la

CAMEC et au Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments dans le but de garantir la disponibilité ainsi que la qualité des médicaments en Mauritanie.

La révision du cahier des charges pour l'enregistrement des médicaments et la limitation de l'attribution des autorisations d'importations au strict minimum sont des mesures qui participent à l'amélioration de la qualité des médicaments et contribue en conséquence à l'assainissement du secteur de la santé.

De même, l'expérience de la transformation de la chaîne d'approvisionnement pour la distribution des médicaments au dernier km sera évaluée et mise à l'échelle en vue d'assurer un niveau élevé de disponibilité des médicaments dans toutes les structures sanitaires du pays, en particulier les plus proches des couches vulnérables de la population.

4. Assainir la gestion des ressources humaines

Au niveau des ressources humaines, un système équitable et sans complaisance sera établi pour garantir une répartition efficace des personnels de santé actuellement concentrés dans les grandes villes. Il est également prévu de mettre en place un système de rémunération incitatif et adéquat en faveur du personnel.

Déjà, le Président de la République a annoncé en janvier 2021 une augmentation des salaires des personnels de la santé à hauteur de 30%.

Par ailleurs, l'effort de formation des ressources humaines sera poursuivi et intensifié à travers le développement des capacités de la Faculté de Médecine et des écoles de santé afin de se rapprocher de la norme de 23 de personnels sanitaires pour 10 000 habitants. Une attention particulière sera portée au personnel prenant en charge la mère et l'enfant, notamment dans les zones périphériques.

Des efforts importants ont été déployés pour renforcer les ressources humaines de la santé, améliorer leurs conditions de travail et garantir leur répartition équitable sur le territoire national. Afin de faire face à cette situation de déficit du personnel de santé, il a été procédé au recrutement de 830 personnes en 2020 auxquelles vont s'ajouter 500 autres dont la sélection est en cours de. Tous les infirmiers d'état et les sages-femmes chômeurs ont été recrutés.

Désormais, un processus de gestion et d'affectation des personnels de santé rénové a été mis en place en vue de résoudre le déséquilibre flagrant qui se manifeste par la concentration du personnel qualifié de santé à Nouakchott et dans certaines grandes villes. Aujourd'hui, plus de 50% des médecins, 35% des sages-femmes et 60% des paramédicaux travaillent dans les wilayas de l'intérieur, contre 62%, 74% et 49% respectivement qui étaient à Nouakchott en août 2019.

5. Encadrer l'action des structures de santé privées

Pour la rendre conforme à la politique de santé nationale et lui permettre de jouer un rôle complémentaire aux efforts publics, l'action des structures privées agissantes dans le secteur sera strictement encadrée par différentes mesures touchant, entre autres, l'unification des tarifs des prestations du privé, la normalisation du nombre de consultations et interventions par jour, la réglementation du double exercice des personnels dans le public et le privé.

Il ressort de ce qui précède que le Programme du Président de la République vise l'amélioration durable de l'état sanitaire des Mauritaniens par «l'accès équitable à des services promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation de qualité auxquels participent de manière responsable tous les acteurs en particulier les usagers et les communautés. Cette amélioration de l'état de santé devra permettre à la Mauritanie d'améliorer significativement l'espérance de vie à la naissance et de rattraper le retard constaté ces dernières années».

Pour y parvenir, les changements sont majeurs et sont de l'ordre de l'appropriation du concept de santé qui ne saurait être l'affaire du seul secteur médical. La santé des populations se crée dans d'autres secteurs comme l'éducation, l'agriculture, la formation professionnelle, l'emploi, l'environnement de vie et l'habitat, etc. Pour ce faire, il sera nécessaire de redéfinir le rôle du secteur de la santé afin de valoriser l'action des secteurs non-sanitaires dans le développement de la santé. Cela suppose une réforme du système éducatif de formation des professionnels de la santé à tous les niveaux et plus particulièrement ceux de la santé publique.

Médecine traditionnelle

Dans son programme, le Président de la République a attaché une importance particulière et significative pour la médecine traditionnelle en Mauritanie en soulignant qu'elle est appelée à jouer un rôle complémentaire au système sanitaire moderne. «La médecine traditionnelle constitue à bien des égards, a précisé le Programme Président de la République, un recours pour une bonne partie de la population et pourrait constituer un sous-système complémentaire du système de soins formel (public ou privé). Elle souffre cependant d'un manque de législation et d'encadrement devant la conduire vers une connexion harmonieuse avec le système moderne de santé conformément aux recommandations de l'OMS».

Cet intérêt se justifie largement en Mauritanie plus qu'ailleurs car la médecine traditionnelle est très ancienne dans notre pays. De nombreuses familles ont hérité de pères en fils une somme de connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.

Dans son ouvrage historique, les précis de la médecine d'Aoufa (El Oumda) élaboré il y a deux siècles par ce savant mauritanien illustre bien le niveau de performance atteint par la pratique médicale dans notre pays.

En plus de l'expérience accumulée au cours de plusieurs siècles, il faut noter que la médecine traditionnelle en Mauritanie est, à l'image du pays, le fruit des influences arabes et de la culture négro-africaine. «Dans cette zone du Sahara et dans sa bordure sahélienne, la rareté du végétal et la relative pauvreté de la diversité floristique n'ont empêché, ni le développement d'une phytothérapie spécifique, ni l'élaboration d'une médecine originale transmise de génération en génération au sein de familles spécialisées dans cette activité», a souligné le chercheur Michel Thouzery. Il a indiqué qu'aujourd'hui «encore bien vivante, cette médecine est cependant menacée par l'évolution de la société mauritanienne vers la sédentarisation et l'occidentalisation».

Pourtant, au-delà de l'intérêt de la conservation du patrimoine culturel mauritanien, cette méthode de soins et la pharmacopée qui s'y rattache pourraient dans l'avenir conserver et développer une place de première importance dans la maîtrise de la santé en Mauritanie. En effet, l'éloignement des centres de soins, les difficultés d'approvisionnement en médicaments de synthèse et le coût prohibitif de la médecine moderne font qu'il serait préférable d'appuyer les actions permettant d'encourager ce sous-secteur potentiel, de l'organiser, de le doter d'une législation et de développer la recherche sur les plantes médicinales par les praticiens mauritaniens.

Le ministre de la Santé :

« Notre système de santé a démontré sa capacité à répondre à toutes les situations pandémiques quelles que soient leur nature et leur ampleur »

La gestion de la pandémie de la covid-19 par la Mauritanie, les structures de veille, de contrôle et de suivi de son évolution, les réponses prophylactiques apportées, la réactivité des pouvoirs publics et des populations et les capacités du département de la santé à agir promptement face à toute éventuelle nouvelle vague de la pandémie sont autant de sujets que le ministre de la Santé, Dr Nedhirou Ould Hamed, aborde dans cette interview avec la revue Horizons. Le ministre qui souligne l'engagement fort du personnel médical durant la crise pandémique évoque également les dispositions prises pour acquérir, en nombre suffisant, des vaccins de qualité, sûrs et adaptés à notre environnement, assurant que le recentrage du ministère sur la lutte contre la covid n'affecte en rien la conduite des nombreuses réformes au niveau du secteur.

Horizons : Le monde a connu une large propagation du coronavirus face à laquelle les systèmes de santé se sont révélés peu préparés. Quelle évaluation, Monsieur le ministre, faites-vous de la réponse apportée par notre dispositif de santé et en êtes-vous satisfaits ?

Dr Nedhirou Ould Hamed : Le monde a connu, comme vous le savez, l'apparition du coronavirus de façon inattendue. Pour notre part, nous avons suivi l'évolution de la pandémie dès les premiers jours, et un comité interministériel en charge justement de son suivi a été institué. Ainsi, le gouvernement était informé en temps opportun de toutes les données et informations relatives au fléau au moment où décision avait été prise de soumettre tous les voyageurs à destination du pays à la quarantaine pour un isolement de quatorze jours.

Les mesures prises par les pouvoirs publics contre la pandémie ont permis de contenir le fléau

Toujours dans le cadre des dispositions préventives rigoureuses, le gouvernement a pris une série de mesures et grâce à la Volonté d'Allah et aux actions publiques engagées, les premiers cas ne sont apparus dans notre pays que deux mois après l'appari-



tion de la pandémie chez les pays voisins. Aucun cas de covid n'a été recensé en Mauritanie avant le 9 mars 2020. A la faveur du dispositif mis en place, le fléau a été endigué jusqu'à la mi-mai de la même année.

Nous sommes donc satisfaits de notre gestion de la crise pandémique comparativement à nos moyens et à la conjecture marquée, à l'époque, par une grande faiblesse de notre système de santé. D'ailleurs, nombreux étaient ceux qui estimaient que nous n'avons pas la capacité de faire face à une situation sanitaire normale à fortiori à une pandémie de la dimension du coronavirus.

La synergie de tous les acteurs a limité le taux de mortalité

Nous sommes aussi bien satisfaits de la réactivité des pouvoirs publics que de celle des citoyens ainsi que de celle des structures de santé, de leurs staffs administratifs et des équipes médicales qui n'ont, jusqu'ici, épargné ni leur temps ni leurs efforts. Grâce à la synergie de tous les acteurs, le taux de mortalité dans notre pays, même au cours de la deu-

xième vague de la pandémie, est resté bien en deçà de celui enregistré en Afrique et dans les autres continents, ce qui, en soi, est un succès.

Ce succès est aussi le fruit de la disponibilité et de la promptitude avec lesquelles il a été favorablement répondu aux besoins du secteur. C'est pourquoi en dépit de la virulence de la deuxième vague de la pandémie dans le monde, celle-ci n'a pas été fort différente dans notre pays de celle qui l'a précédée. Le taux de mortalité consécutif au covid au cours des deux vagues est resté, ici, relativement comparable pour les deux périodes.

Horizons : Partant de ce constat, quelle est la capacité actuelle du ministère de la Santé à gérer à l'avenir les situations d'urgence ?

Dr Nedhirou Ould Hamed : S'agissant des moyens de gestion de la pandémie du coronavirus, il importe de souligner que nous sommes passés d'une capacité en réanimation de 40 lits à 240 lits dont une centaine consacrés aux malades du covid. Le département travaille actuellement à ce que cette capacité d'accueil en réanimation soit renforcée à l'avenir.

Pour ce qui est des possibilités d'affronter une éventuelle troisième vague, nous disposons aujourd'hui des moyens pour y faire face grâce à son identification précoce à la faveur de notre système de contrôle et de veille quotidienne, à notre capacité de prise en charge de tous les cas bénins sur l'ensemble du territoire tant au niveau des centres de santé que des hôpitaux en plus de la prise en charge de cas complexes dans les différentes structures hospitalières régionales qui disposent d'un potentiel en réanimation. Ce dispositif est renforcé par les services d'évacuation qu'offre un maillage de mobilité assuré par les ambulances. Le gouvernement est déterminé à améliorer continuellement le système de santé et sa capacité à répondre promptement à toutes les situations d'urgence quel que soit leur type et leur ampleur.

Horizons : Bien que les syndicats de la santé expriment leur satisfaction globale par rapport au traitement de multiples questions, la problématique du statut des corps de la santé reste d'actualité. Quelle perspective pour le règlement de cette question et son impact de façon générale sur la prestation du secteur ?

Dr Nedhirou Ould Hamed : Jusqu'ici les professions médicales étaient organisées par des statuts. Toutefois, pour fluidifier la promotion professionnelle et réguler les curricula, il a été procédé à la mise en place de nouveaux statuts avant 2019 qui non seulement n'avaient pas reçu l'agrément des personnels de santé parce qu'ils ne leur étaient pas favorables mais n'ont pas été appliqués. C'est pourquoi le gouvernement a révisé ces statuts pour les conformer aux dispositions antérieures beaucoup plus avantageuses.

Le problème au niveau des changements de qualification professionnelle a été réglé. Ainsi, pour le cas des infirmiers d'Etat et sages femmes, le changement de qualification requiert le retour aux écoles de santé pour une formation complémentaire d'un an préalable à leur reclassement. Quant aux infirmiers, ils doivent passer par l'école de santé pour être directement admis au reclassement.

Horizons : Notre pays s'oriente vers une campagne de vaccination anti-covid au moment où de plus en plus de types de vaccins sont agréés et que des suspicions sont exprimées quant à leur efficacité. De quelles précautions et garanties bénéficient les citoyens à ce sujet ?

Dr Nedhirou Ould Hamed : Il existe effectivement de nombreux vaccins dont six qui ont franchi les trois étapes nécessaires avant leur mise sur le marché parmi lesquels deux sont des vaccins de type traditionnel. Les études menées jusqu'ici n'ont pas mis en évidence des effets négatifs pour la santé de l'homme. Nous avons fait le choix du vaccin qui ne présente pas d'effets secondaires et qui est le plus adapté à notre système de santé et à notre environnement, dans la mesure où ce vaccin peut



être conservé à une température entre 2° et 8°, ce qui correspond à la chaîne de froid dont nous disposons au niveau de tous les hôpitaux, dispensaires et postes de santé.

La Mauritanie a fait le choix de vaccins sûrs et adaptés à son environnement

Il convient de noter à ce sujet que le comité interministériel chargé du suivi de la pandémie du coronavirus a décidé de mobiliser toutes les ressources financières nécessaires à l'acquisition du vaccin en quantité suffisante et les ministères des Affaires étrangères et de la Santé ont été chargés de conduire les actions à cet effet. Nous espérons que le vaccin sera disponible dans les meilleurs délais.

Horizons : Dans quelle mesure les améliorations du système de santé ont limité le nombre des évacuations sanitaires à l'étranger et contribué à garantir les médicaments contre les maladies chroniques ?

Dr Nedhirou Ould Hamed : L'un des avantages de la pandémie de la covid-19 est celui de nous avoir appris à ne compter d'abord que sur nous-mêmes et de nous avoir révélé que notre système de santé a une capacité d'adaptation aux situations extrêmes, ce qui nous a permis de gérer avec une certaine efficacité cette crise sanitaire à laquelle on n'était pas préparé.

Cependant, des lacunes subsistent encore et le ministère de la Santé s'attèle à les combler. C'est ainsi que dès l'apparition de la covid-19, le département a pris le soin de revisiter le plan d'action pour recentrer les moyens et les actions vers la lutte contre la pandémie érigée désormais en priorité de premier plan, sans pour autant que les réformes et programmes du secteur soient délaissés.

La dynamique d'amélioration de l'offre santé en termes de qualité, de proximité et d'accessibilité se poursuit pour réduire le nombre des évacuations sanitaires à l'étranger, mettre à niveau les personnels de santé et acquérir les équipements performants. S'agissant des médicaments pour le traitement des maladies chroniques, ceux-ci parvenaient par trois voies : les importations qui représentent la plus faible quantité d'approvisionnement, les circuits informels qui injectent sur le marché la majeure partie de ces médicaments qui sont sujets à la contrefaçon et à leur transport dans des conditions d'insécurité et d'altération des produits, et enfin, les voyageurs qui en rapportent pour eux-mêmes ou pour les leurs.

Il n'existe aucun déficit en médicaments

C'est le lieu pour moi d'assurer qu'il n'existe à ce jour aucun déficit en médicaments de traitement des maladies chroniques et je souligne bien ici le mot «traitement» parce que pour chaque type de maladie et chaque médicament, il existe plus d'une dizaine de produits de substitution qui sont équivalents. Tous les produits dits essentiels sont disponibles et leurs stocks sont suivis régulièrement pour assurer la continuité de l'approvisionnement et leur disponibilité.

Certains malades chroniques habitués au nom d'une marque spécifique estiment qu'il y a rupture quand ils ne retrouvent pas cette marque alors que le produit actif existe sous de nombreuses appellations et même sous son nom générique.

Il est arrivé exceptionnellement que deux ruptures soient intervenues et, dans chacun de ces deux cas, la CAMEC a procédé à des commandes en urgence livrées aussitôt depuis l'étranger.

Horizons : Considérez-vous que la confiance du citoyen dans le système national de santé est actuellement rétablie ?

Dr Nedhirou Ould Hamed : Au regard des informations et des échos que nous recevons, j'estime que les rapports entre le citoyen et les structures de santé se sont nettement améliorés et que la confiance dans le système national de santé, dans la qualité des services et prestations et dans la sécurité des filières d'approvisionnement en médicaments s'est affirmée.

Les citoyens ont désormais confiance dans le système national de santé

Une étude d'opinion sera conduite pour saisir de façon formelle le niveau de satisfaction des citoyens par rapport aux services et prestations du secteur et, plus globalement, du système national de santé. Cette approche dans la prise en compte de l'avis des bénéficiaires des services publics est au centre de la vision des plus hautes autorités de l'Etat et plus particulièrement dans un secteur aussi vital que celui de la santé.

Si le feed-back n'a pas été jusqu'ici établi, c'est bien en raison de la mobilisation suscitée par la pandémie. Au moindre répit, cette étude sera conduite et ses résultats pris en compte.

Traduction HMS

Gestion prévisionnelle des ressources humaines

Base de données réactualisée et carte sanitaire

■ **Sneiba Mohamed**

Gérer, c'est prévoir, pourrait-on dire, pour paraphraser l'expression « gouverner c'est prévoir ». C'est en tout cas ce que semble avoir comme devise l'actuel ministre de la santé et l'équipe dont il s'est entouré pour mener à bien une feuille de route largement inspirée du programme « Taahoudati » (Mes engagements) du président de la République, Son Excellence Monsieur Mohamed Ould Cheikh Ghazouani.

Gérer les ressources humaines est le plus grand challenge que doit remporter un département ministériel aussi sensible que celui de la santé. L'outil adéquat pour y arriver est incontestablement la base de données réactualisée, qui constitue, aux yeux des responsables du ministère de la santé, une réalisation de taille permettant d'établir la conformité entre les registres du département et ceux du ministère de la fonction publique et de celui des Finances.

L'actualisation de la base de données a été suivie immédiatement par l'envoi de missions de contrôle dépêchées dans toutes les wilayas pour s'assurer que les agents et fonctionnaires de la santé sont bien à leurs postes. Le Ministère a aussi procédé à la désignation d'un point focal au niveau de chaque DRAS (direction régionale de la santé) qui alimente cette base de données en « informations locales », la gestion du personnel de santé au niveau des régions étant confiée aux walis. Les affectations, par

exemple, sont effectuées par ces derniers sur proposition des directeurs régionaux de la santé. Le rôle du point focal est de les répercuter toutes mesures prises au niveau de la wilaya pour être inscrites dans la base de données du ministère.

Le département est sur le point d'acquiescer un logiciel qui lui permettra de gérer à distance cette base de données et permettre aux responsables administratifs de les exploiter à leur aise dans leur gestion quotidienne du personnel de santé. C'est donc un énorme travail qui sera accompli, les données existantes, incomplètes, n'ayant jamais été actualisées

de manière régulière suivant les nominations et affectations qui surviennent de temps à autre.

C'est là également un aspect important du Programme Prioritaire Elargi du Président de la République qui est pris en compte dans son aspect gouvernance, à savoir : « la définition des orientations, le partage de responsabilité, la formalisation des normes, des processus et des procédures, la coordination des décisions et des actions, l'action intersectorielle, la transparence dans la gestion, la supervision et le suivi et évaluation. »





Plans de formation, carrières et révision des curricula

« Pour une meilleure transparence au niveau des nominations et l'égalité des chances entre les postulants, le département procède désormais par la sélection des dossiers suivant des critères objectifs bien définis », assure le directeur des Ressources humaines, M. Cheikh Baye Cheikh Abdallahi. Cette mission a été confiée à une commission composée de directeurs et d'experts qui ont appliqué cette méthode, à ce jour, aux chefs de service et aux directeurs régionaux de la santé. Elle sera généralisée dans un proche avenir à toutes les fonctions. Pour le renforcement des capacités en offre de service de santé, le département a recruté 686 fonctionnaires et agents, en 2019 et 367 prestataires de services, en 2020, en sus de 344 recrutements par le biais de la fonction publique. Dans les détails, il s'agit de prestataires de service (217, en 2019 et 367, en 2020), de 118 personnes pour la sécurité routière, de 32 pour le Centre d'appel et de 344 formés dans les écoles de santé publique. Pour 2021, le ministère se prépare à engager plus de 500 fonctionnaires au niveau des divers corps de la santé. Le département a désormais une véritable feuille de route en matière de recrutement qui, après avoir pris connaissance de la situation actuelle de toutes les structures (centres hospitaliers, centres de santé, postes de santé) s'expriment en besoins normatifs. Ceux-ci sont difficiles à atteindre, sur le court terme, quand il s'agit, par exemple, de former des médecins spécialistes ou généralistes, mais l'expression des besoins normatifs (qu'il faut chercher à satisfaire progressivement) est un précieux outil de prévision. L'autre outil de planification sur lequel le ministère prévoit de s'appuyer pour rationaliser la gestion de ses ressources, est la carte sanitaire. A l'image de la carte scolaire pour l'éducation, elle permet au département de ne plus naviguer à vue. Pour son utilité évidente, la carte sanitaire doit être adoptée

par décret pris en conseil des ministres sur le programme déjà arrêté d'ici à 2030. Cette mesure prise au plus haut niveau est de nature à prémunir la carte sanitaire contre les interventions et modifications à visées politiques. Sa mise en œuvre se fera par année mais en fonction de ce qui a été déjà arrêté. Elle ne s'appuie que sur des critères fiables comme le développement démographique au niveau des régions, villes et localités du pays. La planification des ressources humaines demande du temps, assure Cheikh Baye Ould Cheikh Abdallahi qui estime cependant que durant ces deux dernières années, le ministère s'est nettement projeté dans le bon sens.

Assurer les besoins en personnel médical de base

Pour la formation de ses personnels de santé, le ministère compte sur cinq écoles dont chacune doit assurer les besoins en personnel médical d'un ensemble de régions : Nouakchott (Adrar, Nouadhibou, Inchiri, TirisZemmour), Rosso (Trarza, Brakna), Sélibaby (Gorgol, Guidiagha), Kiffa (Assaba, Tagant) et Néma (les deux Hodh). L'Ecole supérieure de santé publique de Nouakchott, entièrement rénovée par la coopération japonaise, jouit désormais du statut d'établissement d'enseignement supérieur. Comme l'Ecole Supérieure Polytechnique de Nouakchott (Défense et Enseignement supérieur), cette école est soumise à une double tutelle (Santé et enseignement supérieur). Pour accéder à cette école qui délivre des diplômes de licence et de master en santé publique, il faut être détenteur du baccalauréat. L'école supérieure de Nouakchott vient d'être choisie comme centre d'excellence et, à ce titre, elle doit abriter bientôt un programme de mentorat de trois ans pour des sages-femmes venant des pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale. Le ministère a aussi entrepris une modification du statut des corps, avec la suppression des OI (Infirmières obstétricales) et des IS (infirmiers so-

ciaux) qui étaient soumis, dans l'ancien système, à une formation de deux ans. Ces appellations et ce temps de formation (2 ans) n'existant pas dans notre environnement immédiat, il était nécessaire alors d'adopter les noms usuels d'IDE (infirmier diplômé d'état) et de sage-femme pour favoriser la circulation des compétences (diplômes reconnus à l'international) et porter la formation à trois ans. La mise à niveau ainsi décidée concerne quelque 800 personnes.

Comme solution au problème des personnels de santé formés dans les écoles pour le compte du privé, le ministère prévoit d'organiser un concours avec possibilité pour les admis d'intégrer la fonction publique. Désormais, les écoles de santé publique ne formeront que pour les besoins des structures publiques. Cette décision a été prise par le ministère suite à la mauvaise expérience d'un partenariat avec le secteur privé, à l'origine de la formation de centaines d'infirmiers qu'il n'a finalement pas absorbés, comme convenu. Le département a reçu l'accord du ministère des finances pour absorber quelque 400 personnes victimes de ce partenariat public-privé qui n'a pas été respecté mais ils doivent revenir à l'école pour une année complémentaire, selon les nouvelles prescriptions de la formation.

Reste que la gestion des ressources humaines de santé est confrontée à la multiplicité des acteurs impliqués dans la prise de décision, le recrutement et la gestion de la carrière (Ministère de la fonction publique), la rémunération et la motivation financière (Ministère des Finances) et les réaffectations à l'intérieur des wilayas (Ministère de l'Intérieur). Les défis à relever sont la disponibilité des ressources humaines de santé en quantité et qualité à tous les niveaux de la pyramide du système sanitaire, leur gestion rationnelle en terme de répartition et de motivation, et enfin l'amélioration de la qualité de la formation initiale et continue.

Améliorations ciblées pour les revenus du personnel de la santé

Babouna Diagona

Les fonctionnaires mauritaniens dans leur ensemble, sont soumis à la même grille de salaires de la Fonction publique. Cependant, selon le directeur des Ressources humaines du ministère de la Santé, M. Cheikh Baye Ould Cheikh Abdallahi, une amélioration ciblée a été opérée au niveau de ce département. Cette amélioration se situe à deux niveaux : D'abord, le salaire net des fonctionnaires a été augmenté de 30%. En plus, pour corriger certains disfonctionnements, les primes de risques ont été généralisées à l'ensemble du personnel de la santé.

Corriger les disfonctionnements

Le directeur des Ressources humaines a d'abord noté que depuis le mois de janvier courant, les salaires nets au niveau du ministère de la Santé ont été augmentés de 30% conformément à la promesse faite par le Président de la République Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani au cours des cérémonies de célébration du 60e anniversaire de l'indépendance nationale. Il s'agit du salaire de base plus les primes de transport et de logement qui ne changent pas quelque soit la position du fonctionnaire sur le territoire national. Autre innovation, la prime de risque qui était auparavant réservée seulement au personnel exerçant dans les structures de santé confronté à différents risques dans l'exercice de leur travail a été généralisée. L'objectif, dit M. Cheikh Baye est de corriger certains disfonctionnements.

Le directeur des Ressources humaines a, en outre, souligné que la prime d'astreinte de garde a également été améliorée et généralisée. Tout le personnel médical et paramédical en bénéficie désormais. La différence avec les autres départements ministé-



riels, c'est la prime de risque payée au personnel de la santé sinon, tous les fonctionnaires de l'Etat dépendent d'une nomenclature générale de salaire régie par la Fonction publique.

M. Cheikh Baye Ould Cheikh Abdallahi a ajouté que les primes varient en fonction des corps : Corps des médecins spécialistes, des médecins généralistes, des infirmiers, des sages femmes, des infirmiers médicaux, des IDM ect

Pour ce qui est du montant des primes, M. Cheikh

Baye a indiqué que plus on est éloigné de Nouakchott, plus les primes sont importantes. Elles peuvent aller jusqu'à 70 000 anciennes ouguiyas pour certaines catégories. En ce qui concerne la prime d'astreinte de garde, certaines catégories peuvent percevoir jusqu'à 600 à 700 000 anciennes ouguiyas.

Le directeur des ressources humaines a enfin fait remarquer qu'en termes de revenus les fonctionnaires du ministère de la santé sont dans une situation acceptable.

Peut mieux faire

Réagissant aux propos du directeur des Ressources humaines, M. Cheikh Ould Welly Ahmed, président du Syndicat national de la Santé publique, reconnaît volontiers les améliorations opérées au sein du ministère de la Santé en faveur des travailleurs « mais elles peuvent et doivent l'être davantage » dit-il.

Le leader syndicaliste trouve les salaires encore bas. Il a donné l'exemple du médecin spécialiste qui, après environ quinze ans d'études « ne perçoit que 230 000 anciennes ouguiyas, les infirmiers et les sages femmes touchent eux, respectivement entre 100 et 120 000 anciennes ouguiyas par mois et les infirmiers chef de poste de santé à l'intérieur du pays, malgré le travail colossal qu'ils abattent, ne perçoivent que 100 000 anciennes ouguiyas ». « Une misère inacceptable » a-t-il martelé, compte tenu de la cherté de la vie dans notre pays. En plus, selon M. Welly, « puisque le personnel exerçant dans les structures de santé vit pratiquement dans les mêmes conditions difficiles, il aurait été souhaitable que la prime de risque de 70 000 ouguiyas que perçoivent les médecins spécialistes soit la même pour tous ». C'est l'une des doléances des travailleurs de la santé qui n'a pas, a-t-il précisé été, respectée dans la mesure où le médecin généraliste perçoit 50 000 um de primes, les sages femmes et les infirmiers entre 22 et 32 000 ouguiyas, les garçons de salle 5000 um tandis que les accoucheuses et autres contractuels n'en ont même pas encore droit ».

M. Welly a enfin souligné que d'autres engagements salariaux pris par le ministère dans le cadre du protocole demeurent non tenus.

Salaires : le cadeau d'anniversaire du Président de la République

Le Président de la République Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani, avait, au cours des cérémonies de célébration du 60e anniversaire de l'indépendance nationale, annoncé de fortes hausses de la pension des retraités et des salaires. Les agents du secteur de la santé ont bénéficié d'une hausse de 30% de leurs salaires et d'une généralisation de leur prime de risque. Le Président de la République avait, en outre, souligné les efforts réalisés par les soignants en cette période de pandémie de coronavirus, qui a fait plusieurs morts en Mauritanie. D'autres mesures concernent les enseignants, « prioritaires pour nous », a-t-il indiqué ont vu leurs primes augmentées afin de les encourager à travailler dans des zones reculées du pays. Les pensions des retraités ont été doublées et payées tous les mois, au lieu de tous les trois mois comme par le passé.

Notons que le salaire est une somme d'argent versée à un salarié en contrepartie du travail qu'il effectue pour un employeur. Le salaire est constitué d'une rémunération fixe à laquelle peuvent s'ajouter des commissions, des indemnités, des avantages en nature (véhicule, logement,). Le salaire désigne donc l'ensemble de la rémunération perçue par un salarié en vertu de son contrat de travail. Le salaire net est le salaire que perçoit effectivement le salarié.

B. Diagona

Disponibilité du personnel de santé

Plus de 1,7 milliard dans le Programme prioritaire du Président de la République

Dans tout système de santé, la disponibilité est mise en avant comme premier critère d'évaluation. Elle détermine la capacité opérationnelle des services essentiels de santé des structures publiques et privée du pays : centres hospitaliers (CH), centres de santé (CS) et postes de santé (PS).

Après avoir fait le diagnostic de la disponibilité, en évaluant la capacité opérationnelle des services de santé à offrir des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national, le département de la santé s'attèle, depuis 2019, et ce malgré les contraintes imposées par la pandémie du nouveau coronavirus, à la mise en œuvre de la composante santé du Programme Prioritaire Elargi du Président de la République, Son Excellence Monsieur Mohamed Ould Cheikh Ghazouani et à tendre, le plus possible, vers les besoins normatifs de chaque structure sanitaire. Articulé autour de 6 axes, dont le deuxième portant sur la mise à niveau des secteurs sociaux et de soutien à la demande, le ProPEP aborde, dans son sous axe 2.2, la problématique de l'offre de service de santé d'ici à mars 2023 pour un financement total de plus de 17 milliards d'anciennes ouguiyas. Ce programme et son financement additionnel élargissent les actions du programme prioritaire N°1 à d'autres chantiers de réformes du secteur de la santé permettant ainsi l'accélération de l'atteinte de la couverture santé universelle et la régulation et normalisation des secteurs publics et privés de santé. Si le chemin à parcourir pour atteindre les objectifs prescrits dans la politique de santé d'ici 2030 est encore long, on peut dire cependant que la lutte déjà engagée sur plusieurs fronts (lutte contre l'anarchie existante dans les deux secteurs par manque de normes et procédures clairement définies en cahier de charges dans des textes contraignants, les réformes entreprises pour réguler le secteur du médicament, la mise à niveau des structures sanitaires, etc.) sont un acquis encourageant.

Cette disponibilité a aussi été remarquable, du point de vue mobilisation du personnel de santé, quand il s'est agi de faire face à la menace croissante de la pandémie du nouveau coronavirus (Covid-19). Ainsi, à tous les niveaux, ces personnels ont connu une augmentation sensible, passant de 3 réanimateurs (résidents) à 25, entre février et décembre 2020, de 4 spécialistes impliqués directement dans la riposte à 28, de 25 généralistes à 51, de 11 TSS d'anesthésie à 34, de 30 infirmiers à 160, de 22 garçons de salle à 81 et de 1 hygiéniste à 3.

Autant dire que le ministère de la santé s'attèle maintenant à accélérer la cadence pour « rattraper le temps perdu ». Car, selon la dernière édition de l'Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA, 2018), la Mauri-



tanie n'a pas atteint les objectifs fixés dans le cadre des OMD relatifs à la santé à l'horizon 2015.

En effet, le ratio de la mortalité maternelle demeure très élevé enregistrant une lente diminution passant de 687 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 20018 à 582 décès maternels pour 100.000 naissances plus de dix ans plus tard (2013). Toutefois, certains progrès ont été réalisés en matière de réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile (MIJ) qui demeurent cependant plus élevés que les niveaux ciblés en 2015 pour les OMD, et qui sont passés, respectivement de 107‰ et 127‰ en 2001 à 77‰ et 122‰ en 2007 puis à 75‰ et 118‰ en 2011 et à 43‰ et 54‰ en 2015.

Concernant la disponibilité moyenne des éléments de confort indispensable, elle est passée de 61% en 2016 à 41% en 2018. Seuls 5% des FOSA (formations sanitaires) disposent de l'ensemble des 7 éléments traceurs, indique l'enquête SERA.

Et cette étude de poursuivre, en diagnostiquant les points sur lesquels la stratégie de santé s'appuyant sur le ProPEP doit se focaliser, indiquant qu'il existe « une disparité dans la disponibilité moyenne des éléments de confort entre les hôpitaux (80%), les centres de santé (65%) et les postes de santé (33%) » et que « plus de 50% des FOSA ne disposent ni de sources d'eau améliorées ni de source d'énergie suffisante. La disponibilité des transports d'urgence reste en-deçà de 50%. »

La disponibilité moyenne en médicaments essentiels était de seulement 19% en 2018. Le médicament « le plus disponible » (Amoxicilline en gélule/comprimé) était à 56% alors que trois autres manquaient dans toutes les structures (Halopéridol en comprimé, Carbamazépine en comprimé, Sulfate de zinc en sirop ou comprimé dispersible).

Les principaux résultats de cette enquête montrent clairement l'ampleur de la tâche qui attendait le gouvernement, à partir de 2019, et justifient l'importance qui a été accordée au secteur de la santé dans le ProPEP du président de la République.

La disponibilité en infrastructures et équipements

La disponibilité des ressources humaines qualifiées a bénéficié de la création de quatre nouvelles écoles de santé publique (Kiffa, Néma, Rosso, Sélibaby), en sus de l'Ecole supérieure de santé de Nouakchott, et d'une faculté de médecine ainsi que d'un programme de contractualisation avec des professionnels de santé qualifiés à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Selon l'enquête SARA, le domaine des infrastructures et équipements se caractérise par un développement notable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Plus de 900 structures publiques et privées de santé ont été dénombrées en 2015 sur l'ensemble du territoire national. De nouvelles structures spécialisées de référence ont été créées : Centre national de cardiologie (CNC), Centre hospitalier Mère et Enfant (CHME), Institut national d'Hépatovirologie (INH), Centre national des Spécialités (CHS), Centre National d'Oncologie (CNO) et Centre national des Spécialités de Nouadhibou (CHS NDB). Le dernier bilan du secteur estime que la couverture sanitaire dans un rayon de 5km est à 79%, avec une couverture inégalement répartie entre les régions et au niveau des moughataa de la même région. Elle varie ainsi de 51% au Tagant à plus de 99% à Nouakchott.



La disponibilité se décline en : la disponibilité des services de santé dans les établissements à tous les niveaux de soins, la disponibilité en équipements de base, la disponibilité en médicaments et autres produits médicaux, la disponibilité des directives de traitement et des moyens de diagnostics, la capacité opérationnelle des formations sanitaires à offrir des services spécifiques de santé tels que la santé

infantile, la santé de la reproduction, la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida. Un Recensement général de l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées enquêtées (1016) a abouti aux résultats suivants : 58 Hôpitaux (dont 21 publics et 37 Cliniques Privées), 164 Centres de santé (115 Centres de santé publics et 49 Cabinets médicaux privés offrant les services généraux de santé), 794 postes de santé (732 postes

de santé publics et 62 cabinets de soins privés). Sur le plan des équipements, des efforts importants portant sur les acquisitions et le déploiement pour le renforcement des plateaux techniques des structures de santé ont été réalisées durant les dernières années. En dépit des progrès accomplis dans le domaine des infrastructures de santé, des implantations d'infrastructures ne répondant pas aux normes persistent, et l'inadéquation entre d'une part les infrastructures et les équipements et d'autre part les ressources humaines et les budgets demandés garantit pas l'efficacité requise pour les investissements entrepris dans le secteur. Par le passé, la non-implication du Département dans la maîtrise d'ouvrage en matière de construction des structures sanitaires explique la mauvaise qualité des ouvrages construits. Certaines agences et ONGs interviennent dans la construction des structures sanitaires sans prendre en compte les critères définis par le département. Les défis à relever portent sur l'amélioration de la stratégie de développement d'infrastructures répondant à des standards de qualité en vue d'une meilleure accessibilité géographique des populations à des services de qualité, de l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique d'équipements et de maintenance dans le secteur de la santé.

Sneiba Mohamed



Une mise à niveau globale pour une offre de santé de qualité et de proximité

La dynamique de réforme du secteur de la santé s'inscrit fondamentalement dans les engagements et le Programme prioritaire élargi du Président de la République, programme qui mobilise un financement additionnel spécifique pour accélérer la mise en œuvre de la réforme du secteur. Cette réforme s'articule autour de six axes principaux qui concourent pour un même objectif global : Améliorer la qualité et la proximité de l'offre de santé pour en faire bénéficier tous les citoyens.

A cet effet, il a été privilégié d'agir sur l'accessibilité géographique aux prestations de santé pour relever les défis d'une offre dans un pays de faible densité démographique, à forte parcellisation urbaine de grande mobilité populationnelle.

C'est ainsi qu'une carte sanitaire a été adoptée, qu'une réforme hospitalière est en cours pour déterminer des objectifs précis aux établissements hospitaliers et en suivre l'atteinte, et qu'une stratégie de réalisation d'infrastructures, d'équipements et de maintenance a été mise en œuvre.

L'état des lieux a fait ressortir une utilisation inefficace des fournisseurs de soins. Le faible accès aux soins médicaux nécessite par ailleurs un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers sur l'ensemble du territoire national. La répartition géographique inégale des médecins représente un motif de préoccupation, la mauvaise collecte et gestion de l'information, le manque de coordination, ainsi que des déficits dans l'accès aux soins que renforcent le manque d'assurance maladie, les coûts directs des soins élevés et la pauvreté dans l'arrière fond du pays, réduisant la qualité de l'offre.

De même, certaines structures de santé à l'intérieur du pays sont « sous-staffées » avec un nombre insuffisant de médecins et une répartition géographique inadéquate de ces derniers sur l'ensemble du territoire national. La répartition géographique inégale des médecins, souvent concentrés dans les grands centres urbains, représente un facteur de blocage à l'accessibilité aux prestations en plus de la configuration des services de première ligne qui ne sont pas toujours bien imbriqués dans le système global.

Adoption d'une carte sanitaire

D'après les projections de l'office national des statistiques (ONS), la population totale de la Mauritanie est estimée à 4 077 347 habitants en 2019 avec un taux de croissance de 2,77% et une densité de 3,43 habitant/km². La répartition de cette population est marquée par des déséquilibres spatiaux importants, entre le nord désertique et la région



du fleuve au sud. La capitale Nouakchott héberge 27,1% de la population du pays, tandis que l'Inchiri en abrite seulement 0,6%. La vaste étendue et la nature désertique du territoire marquent des disparités entre les milieux urbains et ruraux, entre wilayas et entre zones en matière d'offre des services de santé. C'est dans ce cadre que le système de la santé en Mauritanie a mis en œuvre l'élaboration d'une carte sanitaire sur la base d'un état de lieu exhaustif. Autrement dit, la géographie d'implantation des infrastructures sanitaires doit désormais tenir compte de la spécificité et de la diversité des besoins immédiats et futurs des populations en matière de soins.

La carte sanitaire est une cartographie de l'existant, accompagné d'un recensement de toutes les structures sanitaires et leurs répartitions. Elle a été particulièrement mise à jour en 2020 pour prendre en compte les différents besoins de la population en matière de services essentiels de santé. Cette carte met, surtout, l'accent sur la mise aux normes des infrastructures existantes et sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie efficace de maintenance des équipements avec un accent particulier sur les normes d'acquisition, de garantie et de transfert de compétences des cadres nationaux.

Pour un accès universel aux soins essentiels de santé il a été nécessaire d'adopter une carte sanitaire définissant avec précision, les critères et les projections d'implantation de nouvelles structures, élaborant aussi les plans types de structures et les normes en équipements.

La carte sanitaire est alors une réflexion, dans l'espace et le temps, de l'offre de service de santé qui correspond aux besoins de la population. Cette nouvelle politique nationale de la santé est adoptée à l'horizon de 2030, afin de guider fonda-

mentalement les actions sanitaires et de tirer profit des ressources mobilisées pour améliorer l'état de santé des populations. Les résultats de la dernière enquête réalisée dans le cadre de l'adoption d'une carte sanitaire en 2020 ont montré que les actions successives de constructions et d'équipements ont permis de disposer, aujourd'hui, plus de 805 postes de santé (PS), de 123 centres de santé (CS), de 06 hôpitaux nationaux (H3), de 17 hôpitaux régionaux (H2), et de 05 hôpitaux de moughataa (H1). Cependant, la répartition de ces structures est toujours inégale entre le niveau central et les wilayas, entre les wilayas, elles-mêmes et à l'intérieur d'une même wilaya. Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal, il comprend trois niveaux de soins : le niveau opérationnel périphérique qui englobe les postes de santé et les centres de santé. Le niveau intermédiaire, qui comprend trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de moughataa. Et le niveau tertiaire, essentiellement concentré à Nouakchott, composé de quatre types d'établissements publics de référence.

La carte hospitalière permet une classification des structures et leur géo-localisation. Ainsi, un hôpital H1 est un hôpital de moughataa qui offre les prestations de médecine générale mais aussi d'autres interventions d'urgence telles que la chirurgie d'urgence et la gynécologie d'urgence. C'est une structure qui doit être accessible par le patient dès les premières six heures et qui doit couvrir 100 mille habitants au moins. L'hôpital H2 est un hôpital de référence de niveau régional couvrant 100 km avec une douzaine de spécialistes. Il offre les services de la médecine essentielle en plus des autres services tels que chirurgie, gynécologie, réanimation...



Chaque classe de structure sanitaire répond à des normes précises en termes de ressources humaines, de spécialiste, de plateau technique pour être en capacité d'offrir des services normatifs.

L'accessibilité aux soins de santé que favorise la densification des structures sanitaires est consolidée par la mise en place d'un SAMU qui agit comme organisme de secours en mesure d'assurer aux malades en situations de détresses pour recevoir les soins d'urgences pré-hospitaliers appropriés à leur état. Il permet également d'orienter les patients vers la prestation médicale la plus adaptée à leur état en disposant d'un éventail de réponses correspondant à différents niveaux de gravité et d'urgence.

Accélération de l'atteinte de la couverture de santé universelle

Pour offrir les services de santé à tout le monde, une rationalisation des moyens et structures de santé s'impose. Un tel fait doit s'adapter aux changements démographiques et certains aléas sanitaires qui peuvent intervenir à tout moment.

La nouvelle politique des « prestations de santé essentielles » considère, à priori, que toutes les populations de toutes les localités ont besoin, à un moment donné, de ces services primaires. C'est ce qui justifie, par ailleurs, l'essor des postes et centres de santé à travers tout le pays même dans les localités où les besoins sanitaires diffèrent. Dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux prestations de santé, des efforts ont été déployés avec, notamment, l'élaboration du programme élargi prioritaire du Pé-

sident de la République (ProPEP). Ce programme prend en considération la problématique de l'offre des services de santé à l'horizon de mars 2023 pour un financement de 17 milliards d'ancienne ouguiya. Le ProPEP donne, en effet, l'opportunité de réaliser plusieurs projets qui contribueront à la résilience du système sanitaire face aux menaces de la santé publique. L'adoption de cette carte sanitaire a permis l'identification de plusieurs sites prioritaires et, par conséquent, l'opportunité de leur construction et équipement. Pour une enveloppe de 825 millions MRU, 40 centres et postes de santé seront construits à travers le pays dans le cadre de ce programme et en collaboration avec le ministère de l'Habitat. Un effort qui permettra une amélioration substantielle de la couverture sanitaire de qualité dans des zones de vulnérabilité.

La couverture sanitaire est renforcée par de nombreuses autres mesures telles que l'adhésion à l'assurance maladie de 100 000 ménages les plus pauvres enregistrés par le registre social de TAAZOUR, la gratuité de la réanimation pour tous, désormais effective dans tous les hôpitaux depuis le 1er mai 2020.

Prise en charge des accidents de la voie publique

Le lourd fardeau de mortalité et de handicaps causés par les accidents de la voie publique a été à l'origine de la conception de ce projet prioritaire dont le pilote avec 4 unités médicalisées de sécurité routière sur l'axe Nouakchott-Aleg a été d'un tel succès dans la réduction des accidents, que l'extension aux autres axes a été décidée. Pour rapprocher, davantage, les services de santé des populations plusieurs interventions sont menées dans le domaine de la lutte contre le phénomène des accidents de la voie publique. Ainsi, 18 unités médicalisées additionnelles sont positionnées en 2020 sur les quatre routes nationales: axe : Nouakchott-Nema, axe : Nouakchott-Rosso-Boghé-Sélibabi, axe : Nouakchott-Nouadhibou et axe Nouakchott-Zouerate.

Le reste du programme verra l'extension du dispositif aux autres axes routiers nationaux pour une quarantaine d'unités médicalisées de sécurité routière qui serviront de composante rurale du futur Système d'assistance médicale d'urgence.

Réforme hospitalière :

Plus question de « naviguer » à vue!

La médecine hospitalière joue un rôle de premier plan en matière de contrôle, de supervision et de garantie de la qualité des services de santé publics et privés. En plus de l'inspection générale de la santé et de la direction de la qualité des soins, la direction de la pharmacie et des laboratoires ont la charge, entre autres missions, de veiller à la disponibilité et à la qualité des médicaments et de faire respecter les normes de stockage dans les pharmacies et dépôts ainsi que celles des hôpitaux, cliniques et cabinets privés en matière de prestations de services, de personnels, d'équipements et de locaux,

Structures sanitaires wilayas	Hôpital Moughataa H1	Hôpital Régional H2	Hôpital National H3	Centre de santé CS	Poste de santé PS	Total général
Adrar	2	1		6	26	35
Assaba		1		9	101	111
Brakna	1	1		12	101	115
Dakhlet Nouadhibou	1	2		8	7	18
Gorgol		1		7	69	77
Guidimagha		1		8	63	72
Hodh Charghi		1		11	176	188
Hodh El Gharbi		1		9	96	106
Inchiri		1		2	3	6
Nouakchott Nord		1		9	13	23
Nouakchott Ouest		1	6	7	3	17
Nouakchott Sud		1		10	8	19
Tagant		1		9	30	40
Tiris Zemmour		2		3	2	7
Trarza	1	1		13	107	122
Total général	5	17	6	123	805	956

conformément aux cahiers des charges sur la base desquels ils ont obtenu les autorisations d'exercice à titre privé des professions de santé.

La réforme hospitalière porte sur l'articulation de l'ensemble du dispositif de santé pour atteindre les objectifs fixés, dont celui, majeur, de l'accessibilité aux soins dans un rayon de 5km, de manière à réduire la pénibilité du recours aux structures sanitaires engendrée par les longues distances et les frais de consultation que génère tout éloignement, particulièrement dans les zones de pauvreté.

Imbriquer intelligemment le déploiement des moyens dans le cadre d'un maillage géographique qui prenne en compte les structures existantes, celles à créer et les moyens mobiles à intégrer dans la première ligne des soins, participe de la dynamique spatio-temporelle qui fonde la réforme hospitalière en cours alliant les facteurs de fixité, de mobilité et de résilience, selon Dr Lalla Moulaty Mint Moulaye Dkhil, directrice générale de la régulation, l'organisation et la qualité des services et des soins.

Elle précise que la garantie des résultats attendus de la réforme est assurée par l'introduction du projet d'établissement hospitalier et du contrat-programme.

Le premier répond à une approche méthodologique qui fait la synthèse de plusieurs projets portant sur les différents aspects (managérial, médical, soins infirmiers, social, infrastructures et équipements, formation et recherche...).

Le projet d'établissement qui doit être obligatoirement conforme aux objectifs de la politique nationale de santé est élaboré de façon participative, tous les services de l'établissement devant y contribuer pour qu'il reflète une prise en compte des toutes les



dimensions hospitalières et présente un ensemble cohérent et intégré.

Une fois élaboré et validé par les structures publiques concernées, le projet d'établissement donne lieu à un contrat programme comportant un plan pluriannuel assorti d'objectifs précis et mesurables en termes de nature et de qualité des services qui sont autant d'engagements fermes en contrepartie du financement du plan par l'Etat.

Bien plus, le projet établissement hospitalier con-

signe, dans la matrice du plan d'action, les défis prioritaires, les objectifs spécifiques, les activités programmées, les indicateurs d'évaluation, le budget approximatif et le chronogramme de réalisation des actions.

Les indicateurs doivent refléter le nombre de journées d'hospitalisation, les taux d'occupation des lits, les durées moyennes de séjour des patients, les taux de mortalité...

Le secteur privé contribue à l'offre de santé

Les cliniques et cabinets sanitaires contribuent aujourd'hui sensiblement aux efforts publics en matière d'offre de services et prestations de santé de qualité, et permettent d'alléger la pression sur les structures hospitalières. Leur répartition dans les wilayas et à l'intérieur des grands centres urbains participe de l'accessibilité géographique par leur apport à la densification du maillage des infrastructures de santé, particulièrement à Nouakchott.

Cette concentration des cliniques, cabinets sanitaires et laboratoires d'analyses dans la capitale, où il y a une forte densité démographique et où les ménages disposent relativement d'un pouvoir d'achat plus élevé qu'à l'intérieur du pays, s'explique par leur aspect commercial fondé naturellement sur la recherche du meilleur profit.

Actuellement, l'action du secteur privé de santé est mieux encadrée grâce aux profonds changements introduits dans le dispositif institutionnel et réglementaire.

L'intégration des structures privées de santé dans l'élaboration de la carte sanitaire ouvre la voie à une plus grande complémentarité entre entités publiques et privées et garantit une meilleure régulation du secteur.

Le secrétaire général de l'Union des cliniques privées mauritaniennes, Dr Brahim Ould N'Tgharny, a indiqué que Nouakchott compte cinq hôpitaux publics avec les spécialisations requises (Hôpital National, Hôpital militaire, Hôpital Mère et Enfant, Hôpital Cheikh Zayed et Hôpital de l'Amitié) qui assurent une prise en charge hospitalière, non seulement pour les habitants de Nouakchott qui représentent plus du quart de la population mais

également reçoivent des patients d'autres wilayas.

L'association compte aujourd'hui une cinquantaine de cliniques privées qui contribuent à alléger la pression que subissent ces hôpitaux.

A titre d'exemple, chacun de ces hôpitaux réalise en moyenne 15 consultations quotidiennes en médecine maternelle pour un total de 75 consultations de ce type pour les cinq hôpitaux publics au moment où les cliniques privées réalisent, par jour, 450 consultations en médecine maternelle.

Dr Brahim Ould N'Tgharny estime que 80% des consultations en général à Nouakchott sont réalisées au niveau des cliniques privées.

Par contre, au plan des opérations chirurgicales, plus de 70% sont effectuées par les établissements publics et plus de 20% par les structures privées.

De même, précise-t-il, au niveau des analyses, la demande quotidienne en analyses radiologiques sont de l'ordre de 50 demandes par hôpital, et dont 15 sont honorées, soit un total de 75 radios effectuées pour l'ensemble du dispositif hospitalier public de Nouakchott, alors que les structures privées de santé en effectuent en moyenne 175 par jour.

Ces indicateurs, à eux seuls, reflètent le rôle que jouent les structures privées de santé dans l'allègement de la pression sur les hôpitaux publics.

Trois acteurs agissent en synergie en matière d'accessibilité géographique aux services et prestations de santé, en l'occurrence le ministère de la Santé et ses structures déconcentrées, l'ordre national des médecins et les cliniques privées.

HMS

Les engagements de l'établissement doivent spécifier l'offre de santé dans sa globalité en termes de nombres de consultations, de capacité d'hospitalisation, d'équipements à acquérir avec le planning des acquisitions, de plateau technique, de prix des prestations, d'emplois, de formation...

Au cœur du dispositif de l'offre, se trouve la direction des Ressources qui s'est employée au cours de l'année 2020 à revisiter la base de données en intégrant celles du ministère de la Santé à celles des ministères des Finances et de la Fonction publique, avec plus de visibilité des différents indicateurs et plus d'exhaustivité dans le paramétrage des données et leur actualisation grâce à la décentralisation des systèmes de collecte et de traitement au niveau de toutes les wilayas et aux missions dépêchées par le ministère dans les différentes structures sanitaires. Ainsi, toutes les décisions liées au déploiement de personnel médical, aux équipements et aux acquisitions sont motivées par une évaluation des besoins et de l'existant.

En matière de formation, autre facteur d'accessibilité à une offre santé de qualité, une étude minutieuse

sur la capacité des écoles de santé, l'évaluation des modules et formats des contenus pédagogiques, selon le directeur général des ressources au ministère de la Santé, M. Mohamed Mahmoud Ould Khatry. Les résultats de cette étude ont été consignés dans un document cadre qui sert de référence pour la formation des techniciens et techniciens supérieurs de santé, les infirmiers, infirmiers d'Etat et sages-femmes. C'est sur la base de ce document de référence que 800 infirmiers et sages-femmes ont été orientés vers les écoles de santé pour bénéficier de formation complémentaire. Aussi, dans le cadre de la mise à niveau des structures de formation, l'Ecole supérieure de santé publique de Nouakchott a été érigée en centre d'excellence en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale et débutera, dès cette année, à recevoir des contingents des pays de ces deux zones pour des formations de deux ans et de trois ans devant déboucher sur des spécialités d'infirmier, d'infirmier d'Etat et de sages-femmes. De plus, de nombreux équipements médicaux ont été acquis pour la seule année 2020.

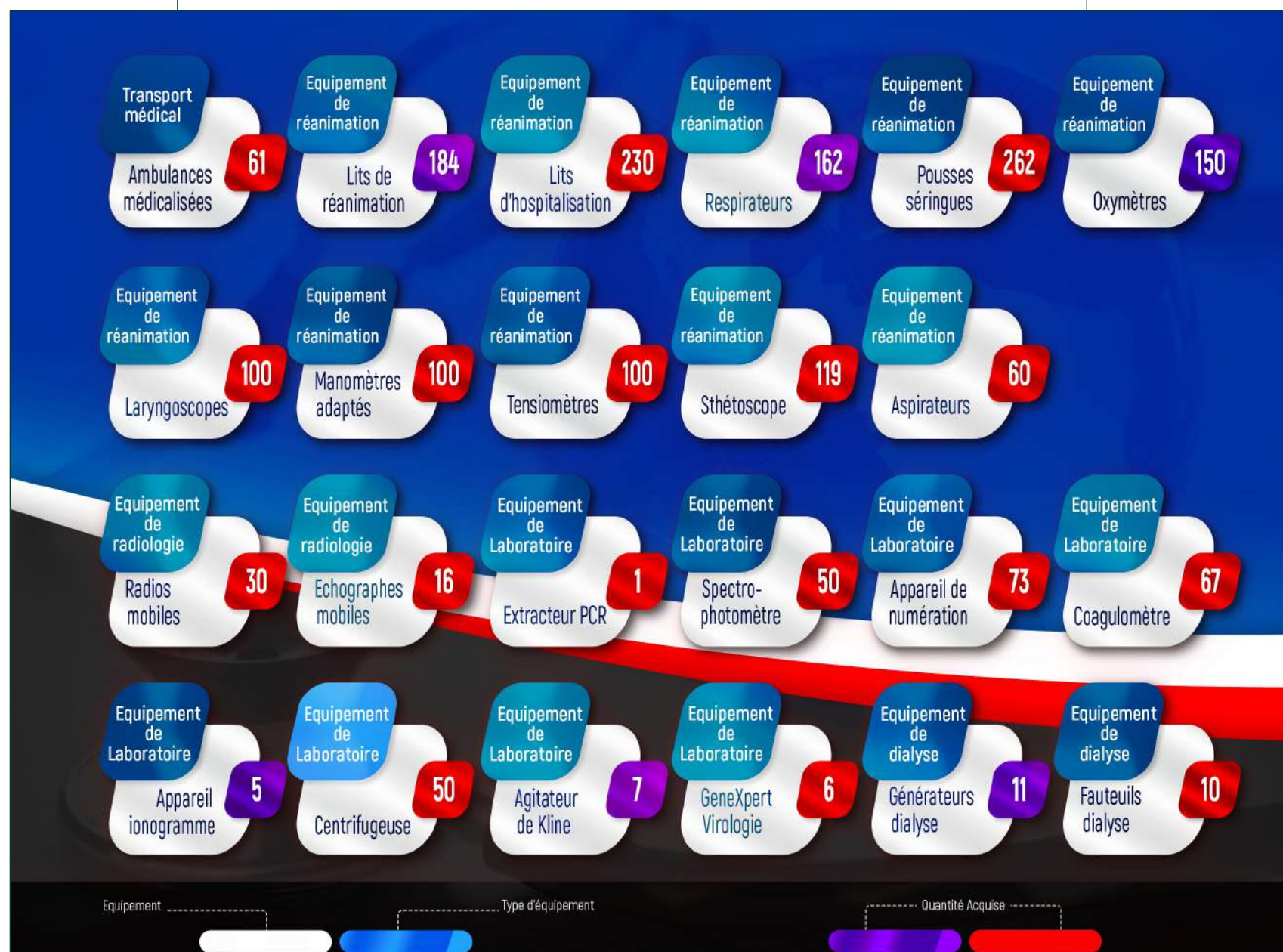
Par ailleurs, la motivation du personnel de santé reste un objectif constant du ministère de la Santé tout comme la démarche participative demeure le modèle privilégié par le département qui a initié une concertation avec tous les syndicats de santé. Les conditions des personnels de santé se sont améliorées à la faveur de l'augmentation de 30% annoncée par le Président de la République, la généralisation de la prime de risque et l'amélioration des primes d'astreinte et d'éloignement.

Pour renforcer les staffs de santé, il a été procédé au recrutement de 686 fonctionnaires de santé en fin 2019 et à celui de 367 prestataires en 2020 en plus de 500 fonctionnaires de santé dont les modalités de recrutement sont en cours.

Ainsi, avec l'adoption de la carte sanitaire, la réforme hospitalière en cours, la mise à niveau des personnels de santé et mise en œuvre de la stratégie de réalisation d'infrastructures, d'équipement et de maintenance, toute l'architecture de la réforme du secteur est en place pour être centré sur une offre de santé de qualité et de proximité.

Salem Mori/HMS

Equipements médicaux nouvellement acquis



Gestion efficace des urgences en santé publique :

Une approche nouvellement introduite dans notre système de santé

■ Par Mohamed Abderrahmane Ould Mohamed Yehdih et Djigo Aboubeckrine

- Les fièvres hémorragiques constituent des urgences sanitaires permanentes,
- La Mauritanie possède un système de surveillance épidémiologique doté des plans de détection et de réponse,
- Des comités de gestion de risques sont mis sur pied aux niveaux central, régional et départemental
- Mise en place d'une plate-forme dénommée One Health (une seule santé)
- Formation des équipes d'intervention rapide.
- Création d'un centre national des opérations d'urgence de santé publique pour coordonner les activités de toutes les parties engagées dans la prévention, la détection et la riposte, et renforcement des capacités nationales
- Mise en place du registre national du traumatisme qui servirait de système d'information fiable et analysable sur toutes les causes du traumatisme
- Accompagnement du déplacement des orpailleurs vers Chegatt par cinq unités SR et mis en place un dispositif composé de deux USR en permanence.



La santé est définie par l'OMS comme étant «un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité». De ce fait, tout trouble mental et physique qui pourrait influencer négativement sur la santé humaine, exposer l'individu à un risque et, par la suite, évoluer pour constituer une urgence sanitaire d'ordre biologique, chimique et radiologique.

En Mauritanie les autorités sanitaires s'attèlent à assurer une bonne prise en charge des urgences en santé publique à différents niveaux : surveillance épidémiologique, intervention d'urgence, sécurité routière et mise en place d'un centre national des opérations d'urgence en santé publique.

Pour apporter un éclairage sur les différentes dimensions du sujet, le magazine Horizons a interrogé des responsables sanitaires.

Qu'appelle-t-on une urgence en santé publique ?

Une urgence de santé publique est définie par l'OMS comme : »la survenue, ou la menace imminente, d'une maladie ou d'une situation sanitaire, causée par le bioterrorisme, une épidémie ou une pandémie, un nouvel agent infectieux ou une nouvelle toxine biologique particulièrement mortels, qui constituent pour l'homme un risque substantiel de décès ou d'incapacité permanente ou, à long

terme, touchant un grand nombre de personnes». Pour y faire face, le département de la santé a adopté plusieurs approches et stratégies, selon le directeur de l'Information stratégique et de la surveillance épidémiologique (DISSE), à la direction générale de la santé publique, Dr Mohamed Mahmoud Ely Mahmoud.

Il a souligné que les urgences sanitaires les plus courantes en Mauritanie sont essentiellement les fièvres hémorragiques, comme les fièvres de la vallée di Rift, de Crimée Congo et de la dengue, en plus de la Covid-19 dont l'expansion est mondiale, et dont les effets sont perceptibles aux plans économique et social.

«Pour gérer efficacement les épidémies, le ministre de la Santé dispose d'un système de surveillance épidémiologique qui comporte plusieurs volets : détection, gestion et réponse».

Au plan de la formation, Dr Ely Mahmoud souligne l'existence de plans de préparation de ripostes aux maladies à potentiel épidémiologique.

«Il s'agit d'une surveillance de multiples niveaux (central, régional et local) pour assurer une bonne réponse face à la recrudescence des pathologies auxquelles les populations paient un lourd tribut, en termes de mortalité de morbidité».

Au niveau de chaque maillon de la chaîne s'effectue la collecte de l'information et des prélèvements susceptibles de révéler la présence d'une telle ou

telle épidémie, indépendamment de son origine, pour la confirmation et des investigations par la suite.

Afin d'assurer une large coordination entre les différents départements concernés par la santé, les ministères de la Santé, de l'Environnement et du Développement rural ont mis en place une plate-forme, dénommée One Health (une seule santé, en français).

Cette plate-forme constitue, selon le directeur, un espace ou un champ de stockage de données et une référence pour les trois parties directement impliquées dans la gestion des urgences sanitaires.

«Pour mieux gérer cette plateforme, et se préparer à tout risque épidémiologique éventuel, des plans de formation ont été élaborés pour chaque risque et à tous les niveaux : spécialistes, médecins-chefs, DRAS, personnels vétérinaires et environnementalistes. Toutes ces catégories professionnelles ont subi des formations sur la prise en charge et la gestion épidémiologique, organisées par les directeurs régionaux de la santé et des délégués régionaux des ministères du Développement rural et de l'Environnement et du Développement durable».

Au sujet de la conduite à tenir après la confirmation d'une épidémie suscitant une urgence en santé publique, le patron de la surveillance épidémiologique a précisé que les parties impliquées ont formé des équipes d'intervention rapide (EIR).



Des comités d'intervention rapide sont déjà sur place, et que chacun d'eux dispose de son propre plan de formation, et travaille en étroite collaboration avec le système de surveillance épidémiologique communautaire.

La riposte à toute situation d'urgence en santé publique s'effectue en fonction de son évolution et de la nature de l'information sanitaire parvenue au niveau central.

Prise en charge des accidentés de la voie publique

Les accidents de la voie publique (AVP) constituent toujours un véritable problème de santé publique. Ils sont la cause, au niveau mondial de 1,5 million de décès annuellement, et de plus de 30 millions de blessés.

En Mauritanie, la situation est aggravée par un certain nombre de facteurs qui rendent le défi beaucoup plus important.

Il s'agit de la vastitude du pays, de la dégradation du réseau routier et des comportements délictueux des conducteurs.

Selon Dr Abdallahi Abouhabib, directeur de la Lutte contre les maladies non transmissibles, le gouvernement mauritanien, conscient de la gravité de la situation, a mis en place, au mois de novembre 2019, l'ébauche d'un dispositif visant à réduire la morbi-mortalité liée aux AVP.

Cinq mois plus tard, ce dispositif est devenu l'un des volets du Programme prioritaires du Président de la République (ProPEP). Son volet portant sur la prise en charge des accidents de la voie publique (AVP) est piloté techniquement par la direction de la Lutte contre les maladies non transmissibles, à travers le service des traumatismes et accidents de la voie publique.

Au sujet des étapes déjà franchies dans le domaine, le Dr Abouhabib évoque deux étapes importantes.

La première a été la mise en place du cordon médical Nouakchott – Aleg, composé de quatre unités de sécurité routière (USR). Chaque unité dispose d'une ambulance dotée de tous les équipements nécessaires à la prise en charge des victimes et d'un personnel soignant comprenant deux infirmiers et un chauffeur formé sur les modalités de la prise en charge des victimes des AVP.

«La seconde est l'extension du dispositif, qui passe de quatre à douze USR, après l'acquisition de la de huit ambulances (don de la Fondation de la SNIM), dont l'équipement a été complété par le ministère de la Santé. Ces unités ont été positionnées sur les deux axes nord du pays (cinq USR sur l'axe Nouakchott – Nouadhibou, et trois sur l'axe Nouakchott – Zouerate)».

Pour ce qui est des résultats de cette première phase de la mise en œuvre de la stratégie nationale pour la sécurité routière, le directeur n'a pas caché sa satisfaction devant la réduction du taux de mortalité enregistrée.

«Selon des études récemment publiées, 40 % des décès surviennent sur le lieu de l'accident, 30 % durant le transport à l'hôpital, et seulement 30 % après l'arrivée à l'hôpital. Naturellement, toute prise en charge efficace doit commencer sur le lieu de l'accident et les spécialistes parlent de la « golden hour » (heure d'or), cette première heure après l'accident, qui est déterminante».

S'agissant des perspectives, le patron de la Lutte contre les maladies transmissibles évoque une troisième phase du volet sanitaire de la sécurité routière du Programme prioritaire du Président de la République.

Il s'agit de l'extension la plus importante, en 2021, avec le passage de douze à trente-deux USR, ce qui permettra de couvrir cinq axes principaux du pays : Nouakchott – Nema, Nouakchott – Rosso-ROSSO-Bogué-Kaédi-Sélibabi, Nouakchott – Nouadhibou, Nouakchott- Zouerate.

«Notre objectif est d'assurer la couverture de tous

les axes routiers du pays avant la fin de l'année 2023, avec un dispositif d'ambulances dotées de matériel et équipements nécessaires, et avec suffisamment de personnels formés et motivés».

Au sujet un nombre croissant des traumatismes dans les campements des orpailleurs dans les zones du Sahara de Tiris Zemmour; zones privées de toute structure sanitaire, le directeur a indiqué que le département de la Santé a accompagné le déplacement des orpailleurs vers Chegatt avec cinq unités SR, et a mis en place un dispositif permanent composé de deux USR.

Il a également déploré l'absence des données statistiques fiables sur les AVP, tout en réaffirmant que le nombre de décès à la suite d'accidents de la voie publique a connu une diminution importante en 2020.

Pour pallier les insuffisances constatées en matière des données statistiques, le directeur de la lutte contre les maladies non transmissibles a révélé que son département compte mettre en place, cette année, un registre national du traumatisme qui servirait de système d'information fiable et analysable sur toutes les causes de traumatisme.

Cet effort est renforcé par la gratuité des transports et évacuations sanitaires pour tous, ce qui signifie la suppression du fardeau des frais de transport des patients, qui constitue un handicap pour les proches des victimes.

Système d'aide médicale d'urgence

Parmi les nouveaux mécanismes censés assurer une bonne prise en charge des urgences en santé publique figure le système d'aide médicale d'urgence (SAMU). Ce mécanisme a pour objectif de relever le défi de l'assistance médicale d'urgence pour une population dont plus de 50% réside en milieu rural, avec une forte dispersion géographique.

Avec ce système, la Mauritanie se dotera d'un organisme de secours en mesure d'assurer aux malades en situation de détresse les soins d'urgences pré hospitaliers appropriés à leur état.

Le SAMU permettra de répondre, 24 h/24, aux besoins de santé de la population, en intervenant pour les prises en charge pré hospitalières, notamment en amont du recours à un établissement de santé. Un tel dispositif sera doté d'un centre de régulation médicale dont l'objectif est d'apporter une réponse médicale adaptée aux besoins du patient en détresse.

Il permettra, également d'orienter les patients vers la prestation médicale que requiert leur état en disposant d'un éventail de réponses correspondant à différents niveaux de gravité et d'urgence. Le dispositif participera à la prise en charge sanitaire des victimes lors de situations exceptionnelles, suivant les plans d'organisation des secours définis.

Outre le centre de régulation médicale, le SAMU comportera un dispositif de transport médicalisé, adapté à l'échelle nationale, et des centres de déchoquage, dont la cartographie sera efficiente par rapport aux pôles de prises en charge complémentaire.

Centre national des opérations d'urgence en santé publique (CNOUSP)



Dans un entretien express accordé au magazine Horizons son coordinateur, Dr Elkhilil Ishagh Cheikh Si-diya, précise la nature des tâches confiées à la structure, ses activités et l'apport attendu en matière de prise en charge correcte et efficace des urgences en santé publique.

Question : Pourquoi un CNOUSP en Mauritanie ?

Réponse : Le meilleur moyen de répondre efficacement aux épidémies et aux autres événements de santé publique est de mettre en place un centre des opérations d'urgence de santé publique qui sera chargé de coordonner les activités de toutes les parties engagées dans la prévention, la détection et la riposte, et de renforcer les capacités nationales de préparation pour une réponse appropriée face à tout événement de santé publique conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international (RSI 2005). Donc la mise en place d'un centre des opérations d'urgence de santé publique fait partie des engagements des pays vis-à-vis de ce règlement sanitaire international.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), au vu de la gestion de l'épidémie de la maladie à virus d'Ebola, de 2014 et 2015, et de ses nombreuses lacunes, a conseillé fortement aux pays membres de disposer d'un centre des opérations d'urgence de santé publique.

L'intérêt de disposer d'un centre d'opérations d'urgence au sein d'un ministère de la santé est d'assurer :

- la coordination interministérielle et des différents secteurs, en améliorant la planification dans les



pays disposant d'un comité national pour les catastrophes, et en permettant qu'un plan coordonné considérant tous les aspects des urgences de santé publique soit élaboré.

- la coordination au sein du ministère : toutes les urgences ne nécessitent pas de coordination avec les autres ministères, car de nombreuses urgences de santé publique sont gérées dans le cadre du travail quotidien du ministère de la Santé. Dans ce cas, le centre des opérations d'urgence accélère le partage de l'information et la prise de décisions au sein du ministère de la Santé, afin d'améliorer rapidement la réponse.

Les centres des opérations d'urgence fonctionnent selon le système de gestion des incidents, qui se définit comme une structure de gestion d'urgence et un ensemble des protocoles qui fournissent une démarche pour guider les organismes gouvernementaux, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et d'autres acteurs, afin qu'ils

travaillent de manière coordonnée prioritairement pour contrer et limiter les effets de tous types d'urgence. Le système de gestion des incidents peut aussi être utilisé pour appuyer d'autres aspects de la gestion des urgences, notamment la préparation et le redressement.

Question : Quelles sont les opérations urgentes ciblées par votre centre ?

Réponse : Le centre national des opérations d'urgence de santé publique (CNOUSP) comme son nom l'indique, s'adresse aux urgences de santé publique et aux événements ayant des conséquences sur la santé publique. Parmi ces urgences, les épidémies occupent la place la plus importante. Selon son arrêté de création, la mission du centre est la suivante :

Question : Est-ce que les urgences sanitaires sont fréquentes en Mauritanie ?

Réponse : Notre pays, à l'instar d'autres pays en développement, connaît de temps à autre des épidémies, dont certaines sont endémiques comme la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre hémorragique de Crimée Congo.

Parfois aussi d'autres maladies à potentiel épidémique comme la rougeole se déclarent sous forme d'épidémie, particulièrement chez les populations difficilement accessibles aux campagnes de vaccination.

Par ailleurs, en raison des changements climatiques, en particulier la hausse des températures, des maladies à transmission vectorielle, comme la dengue, ont tendance à s'installer durablement dans beaucoup de pays, dont le nôtre.

Il faut souligner que toutes les épidémies ne constituent pas forcément des urgences de santé publique. C'est à partir d'une certaine ampleur et d'un certain degré d'extension qu'elles le deviennent.

Question : Peut-on connaître vos priorités et vos objectifs ?

Réponse : Les priorités et les objectifs du centre découlent de la mission qui lui a été assignée :

- Évaluation périodique des risques d'épidémies et d'autres urgences de santé publique auxquelles le pays peut être exposé
- Élaboration de plans de préparation aux différentes urgences de santé publique
- Organisation d'exercices de simulation pour tester ces plans, et la coordination entre les différents intervenants en cas d'urgence de santé publique
- Répondre précocement et efficacement à une urgence de santé publique
- Tirer les leçons de la réponse à ces urgences pour améliorer la préparation et la réponse aux futures urgences.

Question : Quand le centre sera-t-il opérationnel ?

Réponse : Un processus d'opérationnalisation du centre a été initié. Il comporte les volets suivants : le statut juridique, la réhabilitation du local et l'équipement selon les normes recommandées pour ce type de centre.

Question: Existe-t-il des établissements du même type dans la région ?

Réponse : Conformément aux recommandations du Règlement sanitaire international (RSI) 2005, de nombreux pays ont mis en place des centres des

opérations d'urgence de santé publique. Certains sont déjà fonctionnels, d'autres sont en voie de l'être. Dans notre sous-région, le centre des opérations d'urgences sanitaires du Sénégal est donné en exemple pour sa fonctionnalité. Le Sénégal s'étant engagé très tôt dans cette voie, et ce centre est en première ligne dans la riposte en cours à la pandémie de COVID-19.

Question : Quelle est l'ampleur des opérations urgentes sanitaires en Mauritanie, en comparaison avec les pays de la région ?

Réponse : Les pays de la région ont un profil d'urgences de santé publique à peu près similaire, avec cependant des spécificités propres à chacun. Pour notre pays, les épidémies de fièvres hémorragiques virales déjà citées telles que la fièvre de la vallée du Rift et la fièvre de Crimée-Congo sont plus fréquentes. La dengue paraît avoir la même ampleur en période épidémique dans l'ensemble des pays de la région. La COVID-19 en cours a aussi la même ampleur, forte deuxième vague, un peu partout.

Question: À l'heure de la Covid-19, avez-vous le temps et les moyens pour gérer d'autres urgences ?

Réponse : Incontestablement, cette pandémie a lourdement impacté le fonctionnement de l'ensemble des structures sanitaires, et c'est une situation mondiale. Parfois la réponse à cette pandémie a concentré les moyens humains et matériels disponibles. Les structures sanitaires ont dû limiter leurs activités aux urgences médicales et chirurgicales qui ne peuvent pas être reportées, et se consacrer aux malades de covid-19.

Cette pandémie a pris de court tous les systèmes de

santé du monde, par le caractère imprévisible du virus responsable, par son extension rapide et son ampleur. Mais habituellement, les plans de préparation aux urgences de santé publique comportent toujours un plan de continuité des services essentiels, y compris dans le domaine de la santé, avec la prise en charge des maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, etc.), les programmes de vaccination et les autres urgences sanitaires.

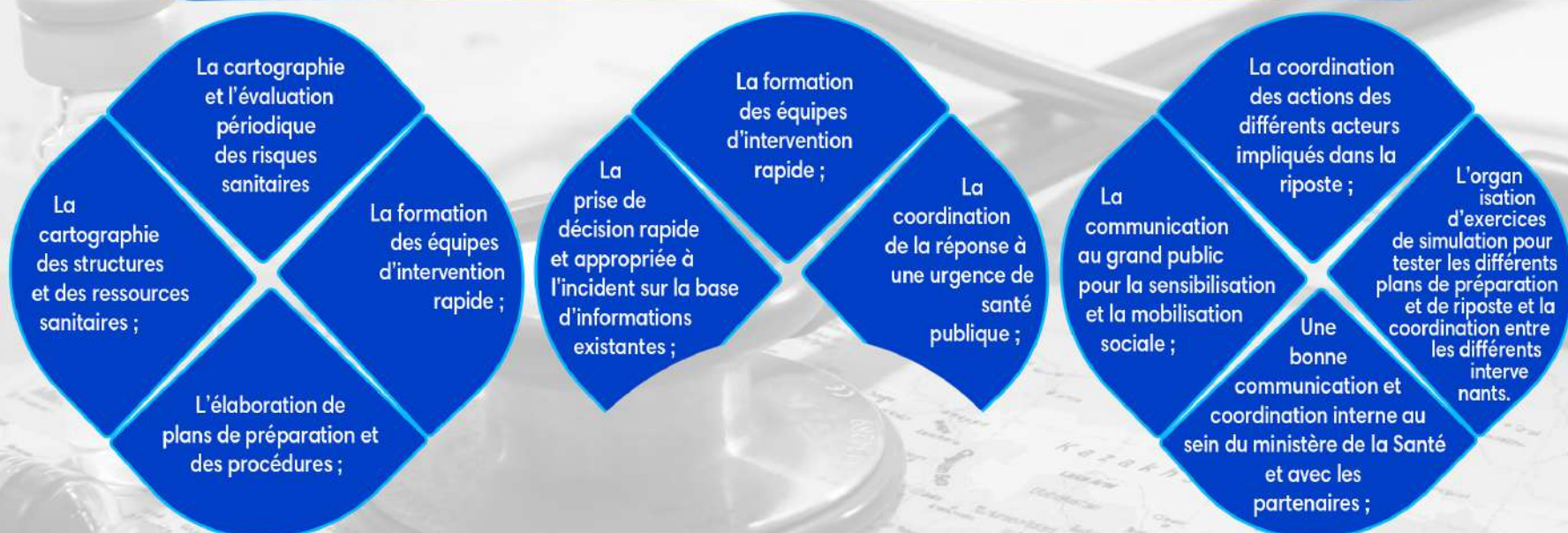
Question: Avez-vous, un dernier mot pour les lecteurs de notre magazine ?

Réponse : Aux lecteurs de ce magazine, je présente mes vœux de bonheur, de santé et de réussite pour l'année 2021, et de prospérité pour notre pays. Je saisis cette occasion pour insister sur :

- l'importance des gestes qui permettent de ne pas d'avoir la maladie causée par le nouveau coronavirus, la préoccupation du moment : l'hygiène des mains, l'utilisation des masques, le respect de la distanciation sociale, la consultation si on a de la fièvre, de la toux, s'éloigner des personnes malades....
- La participation aux campagnes de sensibilisation en cours sur les mesures de lutte contre la COVID-19.
- Signaler rapidement tout événement qui peut présenter une menace pour la santé publique
- Faire vacciner les enfants pour prévenir les maladies couvertes par la vaccination : rougeole, poliomyélite, hépatite B, coqueluche, dont les vaccins sont disponibles dans le programme élargi de vaccination (PEV).
- Se protéger des piqûres de moustiques par l'utilisation des moustiquaires et par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides.

Mohamed Abderrahmane Ould Mohamed Yehdih et Djigo Aboubeckrine

MISSIONS DU CENTRE NATIONAL DES OPÉRATIONS D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE CNOUSP



Accessibilité financière pour réduire la mortalité maternelle :

«400 MRU pour tous les soins maternels»

Khalilou Diagona

En Mauritanie, le taux de mortalité maternelle est de 582 décès pour 100 000 naissances vivantes. Derrière cette statique, se cachent des drames de plus de 10 femmes qui meurent par semaine en donnant la vie. «Les frais de santé pour les soins maternels et infantiles seront gratuits et l'espacement des naissances dans le respect des enseignements de notre sainte religion, sera encouragé, ce qui participera de manière importante à l'autonomisation des femmes et des filles.» C'est un des engagements du président de la République, Mohamed Ould Cheikh El GHazouani, pendant la campagne pour la présidentielle 2019. Quelles sont les causes de cette mortalité maternelle élevée en Mauritanie ? Qu'est-ce qui est fait pour la réduire ?

En matière de mortalité maternelle, la Mauritanie, avec 582 décès pour 100 000 naissances vivantes (RGPH 2013), comparée à ses voisins du Nord, est à la traîne. Au Maroc, le taux est de 70 décès, en Tunisie, 43, en Algérie, 112. La Mauritanie, se rapproche de ses voisins du Sud mais ne fait guère mieux qu'eux. Le taux de mortalité maternelle au Sénégal est de 315 décès pour 100 000 naissances vivantes. Au Mali, il est de 562, au Burkina Faso, 320 décès.

La Mauritanie a donc engagé une série de réformes pour que la mortalité maternelle cesse d'être « le trou noir du système de santé. » Dans le rapport des activités du gouvernement pour 2020 et les perspectives pour 2021, présenté à l'assemblée mercredi 27 janvier, le Premier ministre, Mohamed Ould Bilal Messoud, a déclaré : « Pour améliorer l'accès aux soins, surtout pour les franges démunies, le Gouvernement a décidé, depuis mai 2020, que tous les soins de réanimation seront gratuits dans tous les hôpitaux publics du pays ; et que toute femme enceinte a droit à tous les soins maternels, même chirurgicaux, à travers le paiement d'un forfait obstétrical de 400 MRU.»

Les causes de la mortalité maternelle

Les hémorragies sont l'une des principales causes de la mortalité maternelle en Mauritanie, nous explique Dr Moussa Salatou Diagona, directeur de la santé de la mère et de l'enfant. Il a également cité les complications liées à l'hypertension artérielle. « Quand les grossesses ne sont pas suivies, certaines maladies comme l'hypertension artérielle, ne sont pas détectées et traitées » explique Monsieur Dia-



Moussa Salatou Diagona, Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant au ministère de la santé

gana qui ajoute que cette hypertension « est très pourvoyeuse d'éclampsies qui entraînent des décès maternels. »

Pour sauver les femmes qui décèdent à cause de ces hémorragies au moment de l'accouchement, Fatimetou Mint Moulaye, responsable technique du Forfait obstétrical au ministère de la santé, insiste sur la nécessité de plus de dons de sang. Le centre de santé de Sebkhia, situé dans la banlieue de Nouakchott dispose d'un plateau technique et du personnel nécessaire à la prise en charge des urgences obstétricales. C'est pourquoi, la mortalité maternelle y est très en deca de la moyenne nationale. Cependant, constate Mohamed Lemine Ould Cheikh, médecin chef du centre de santé de Sebkhia, « il s'y pose un déficit de don de sang. »

Consultations prénatales

L'absence de consultations prénatales est une cause de mortalité maternelle. Beaucoup de femmes débarquent à la structure de santé le jour de leur accouchement. Fatimetou Mint Moulaye qui est aussi présidente de l'association des sages-femmes de Mauritanie, note que pour une lutte efficace contre la mortalité maternelle, il faut une adéquation entre offre de soins et demande. « C'est triste de voir une femme mourir parce qu'elle ne sait pas qu'il y a une structure de santé à côté d'elle avec tout le plateau technique qu'il faut pour la sauver » dit Mint Moulaye. D'où la nécessité de la sensibilisation pour un changement des comportements. Au ministère de la santé, il y a tout un service destiné à l'éducation et la sensibilisation. Avec l'appui de l'UNICEF, le ministère a élaboré récemment un carnet qui

contient des informations portant sur la femme, le nouveau-né...

Les mariages précoces et grossesses rapprochées

Autre cause des décès maternels, les mariages précoces. « Les filles qui se marient très tôt, qui ne sont pas encore matures, risquent des ruptures utérines qui peuvent être fatales » explique la sage-femme. C'est pourquoi, une sensibilisation pour des mariages à 18 ans révolus (comme le prévoit le Code du Statut personnel) est menée.

Les grossesses rapprochées sont également une cause de mortalité maternelle. C'est pourquoi, la planification familiale est une composante essentielle du programme nationale de la santé de la reproduction qui a pour objectif de réduire cette mortalité.

Mais, note Fatimetou Mint Moulaye, « l'utilisation de contraceptifs est encore faible en Mauritanie. » Sa prévalence, selon l'enquête MICS 2015, est de 17%. Ce faible taux cache aussi de fortes disparités. A Nouakchott et Nouadhibou, la prévalence de l'utilisation des contraceptifs est de 23 à 24% alors qu'au Guidimagha et dans les deux Hodh, elle atteint à peine 03%.

Plus d'implication des communautés

Pour une lutte efficace contre la mortalité maternelle, la sage-femme plaide « une implication des communautés, de leurs élus qui doivent se sentir responsables de cette situations. »



Le rôle clef des sages-femmes

« On ne peut pas penser une stratégie efficace de réduction de la mortalité maternelle sans mettre au cœur les sages-femmes. » Des sages-femmes « bien formées, bien outillées... »

En plus de la formation de base répondant aux normes internationales, il faut « des conditions de travail meilleures en termes de matériels, d'infrastructures de référence... »

Il arrive, explique fatimetou Mint Moulaye, que « des sages-femmes désarmées, pleurent des cas de mortalité maternelle car elle n'ont eu la possibilité de transférer rapidement des femmes vers des structures de référence pouvant les prendre en charge. » Il se pose aussi la question des conditions d'accueil. Une récente étude de leur association a montré que l'une des principales causes de l'instabilité des sages-femmes est leurs conditions de travail et de vie. « Une sage-femme dans une localité sans eau, sans électricité, sans le minimum de confort, cherche toujours à quitter son poste de travail... » constate Fatimetou Mint Moulaye qui ajoute que « celles qui sont à l'intérieur du pays sont parfois déconnectées et travaillent avec des normes dépassées. » D'où la nécessité d'un programme de formation continue, de recyclage... Elle a donné l'exemple du Guidimagha où des sages-femmes affectées dans des localités éloignées, restent stables et travaillent correctement. La raison : « les communautés d'accueil ont mis à leur dispositions des locaux avec des conditions de confort minimum. » « Avec des sages-femmes compétentes, en quantité suffisante, bien réparties sur le territoire nationale, la mortalité maternelle sera considérablement réduite. ».



Fatimetou Mint Moulaye, responsable technique
du Forfait obstétrical au ministère de la santé

se rendre dans une structure de santé mais, sans moyens, elles ne peuvent y aller. » C'est pourquoi, le gouvernement mauritanien travaille à mettre en place un registre social identifiant les plus vulnérables pour leur permettre « un accès rapide et gratuit aux soins. »

800 sages-femmes

Il y a actuellement 800 sages-femmes qui exercent dans le secteur public en Mauritanie. Elles sont très mal réparties et le ministère de la santé travaille sur leur redéploiement.

Une des politiques du ministre est « le déploiement d'un personnel bien formé, au niveau le plus éloigné, périphérique, de la pyramide sanitaire » indique le directeur de la santé de la mère et de l'enfant.

Forfait obstétrical

Le forfait obstétrical (FO) est l'une de principales actions menée par le gouvernement mauritanien et ses partenaires pour réduire la mortalité maternelle. Le FO « est un système de préfinancement et de mutualisation du risque obstétrical, par une cotisation de 900 mru, payables en une ou trois tranches, donnant droit au suivi de la grossesse, l'accouchement assisté par personnel qualifié, d'une référence pour prise en charge des urgences obstétricales au besoin et à un suivi postnatal pour la femmes et son nouveau-né. » Il a été élargi et le coût pour les femmes enceintes a été fortement réduit. Le forfait obstétrical est, actuellement au niveau de 188 structures primaires (centres de santé et postes de santé), répartis sur 46 moughataas du pays. La femme qui adhère à ce système paie 400 mru au lieu de 900. Les 500 restants sont supportés par le programme prioritaire du président de la République, taahoudaaty. Par la suite, elle ne paie plus rien et doit bénéficier d'une prise en charge complète de la grossesse, d'une éventuelle urgence obstétricale, de l'accouchement quel que soit son mode (y compris la césarienne) et du suivi du post-partum pour elle et son nouveau-né. Le transport en cas d'évacuation et la réanimation au besoin sont aussi pris en charge. Ce système sera généralisé sur l'ensemble des structures de santé primaire du pays.



L'avantage de cette réforme est que la femme, en cas de déplacement d'une moughaatta vers une autre ne perd pas sa cotisation et peut être prise en charge de la même manière selon les normes nationales

L'objectif de ce FO est « de renforcer l'accessibilité financière et la qualité de la prise en charge obstétricale pour les femmes enceintes et d'apporter une réponse immédiate aux urgences obstétricales. » Les recettes du forfait « sont réservées au renouvellement des stocks de médicaments, à la motivation

des prestataires impliqués dans les activités de prise en charge des femmes enceintes et le transfert et prise en charge des urgences obstétricales dans le milieu hospitalier, notamment la césarienne ou les accouchements avec complications. »

En 2018, 66 473 FO ont été vendus sur 84 713 grossesses suivies au sein de structures affiliées à ce dispositif. 67 931 accouchements ont eu lieu dans ces structures.

Faible pénétration du Forfait

La pénétration du forfait obstétrical, au niveau national, était « globalement faible. » en 2018, sur

l'ensemble de structures de santé en Mauritanie, il a été enregistré un taux de pénétration du FO de 23%. Ce taux, ramené au centre de santé était de 66%. Le niveau périphérique est donc quasiment dépourvu. La cause : « les infrastructures et le paquet objet du contrat FO avec les femmes enceintes ne sont guère disponibles dans beaucoup des localités éloignées. » C'est pourquoi, le ministère de la santé a commencé par introduire le FO dans les capitales de Moughataa ou il y a des structures hospitalières disposant du paquet FO pour la prise en charge des urgences obstétricales. Le FO a ensuite été introduit dans quelques localités assez peuplées. Le FO existe dans toutes les capitales régionales du pays et dans 46 des 57 moughataa.

Autres actions

De manière plus générale, pour réduire la mortalité maternelle, des actions sont menées pour « l'accès à des prestations de qualité dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement, l'accès au sang, à la césarienne, la formation du personnel... » D'ailleurs, « l'efficacité du Forfait obstétrical » a comme préalable ces dites actions.

Gratuité des médicaments

Les médicaments d'urgence, du fait de la faiblesse économique des femmes enceintes dans les milieux périphériques, posaient problème. Dans le cadre du Forfait obstétrical, ces médicaments sont désormais gratuits avec accès rapide. 40% des recettes du FO sont destinés à leur renouvellement. Le principe est actuellement « la prise en charge de tout médicaments dont la femme a besoin pendant sa grossesse par le FO même si le montant dépasse sa cotisation. »

PAQUET OFFERT PAR LE FORFAIT OBSTÉTRICAL :

Un bilan de la grossesse selon les normes

Une échographie précoce et d'autres en fonction des besoins

Un traitement préventif de l'anémie et du paludisme

Traitement des pathologies au cours de la grossesse, de l'accouchement et le post-partum

Transfert en ambulance

Prise en charge des urgences obstétricales (Césarienne, accouchement compliqué...)

Deux consultations post-natales

Secteur pharmaceutique en Mauritanie : Vaincre le défi de la disponibilité de médicaments de qualité

■ Dossier réalisé par : Sidi Moustapha Ould Bellali et Samba Mamadou Gueye

Tout malade a besoin de médicaments et si celui-ci n'est pas de bonne qualité et prescrit dans les réglages l'art, c'est toute la société qui pourrait en pâtir. A l'heure actuelle, la recherche effrénée du profit a propulsé toute sorte de firmes et de laboratoires dans le marché du médicament. La concurrence est devenue aussi féroce et les produits souvent douteux voire carrément contrefaits. Pour faire face à ce fléau grandissant, la Mauritanie a élaboré et mis en application une politique pharmaceutique Nationale visant à assainir le secteur, réviser le modèle d'approvisionnement en vigueur, renforcer la CAMEC et le Laboratoire National de Contrôle de Qualité, assurer la disponibilité, l'accessibilité et la traçabilité du médicament. S'y ajoute le suivi rigoureux des stocks publics et privés.

Dans la même lancée, la tarification et l'homologation des prix sont déjà formalisées. Le Directeur des Pharmacies et des Laboratoires (DPL) et celui du Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments (LNCQM), les docteurs: Aboubacry Amadou Ba et Mohamed Brahim El Kory, nous dressent les grandes lignes de cette politique et des mesures prises pour mettre à la disposition de la population des médicaments de qualité accessibles à tous.

L'assainissement du secteur pharmaceutique privé : par rapport à l'assainissement des structures pharmaceutiques privées, l'application de la loi par rapport à la distanciation entre les pharmacies,



les structures sanitaires et les dépôts est déjà effective à Nouakchott. C'était la première étape et le nombre des structures pharmaceutiques existant est maintenant connu.



A Nouakchott, les structures pharmaceutiques sont classées en trois niveaux voire quatre qui sont : les grossistes privés, les grossistes répartiteurs : ce sont eux qui importent les médicaments de l'extérieur. Ensuite il y a les pharmacies qui sont des structures dédiées à la distribution et la vente des médicaments et enfin les dépôts qui sont un peu une dérogation des pharmacies, donc en quelque sorte des mini-pharmacies.

Pour les grossistes privés : ils sont au nombre de 39 grossistes y compris la CAMEC dont 37 à



Nouakchott.

Pour les pharmacies. Leurs nombres s'élèvent à 171 dont 158 à Nouakchott réparties comme suit : Teyragh Zeina : 58 pharmacies ; Ksar : 26 pharmacies et Sebkha : 21 pharmacies.

Au niveau de la wilaya sud il y a deux zones où nous avons des pharmacies. El Mina et Arafat. A El-mina : 12 pharmacies et 17 pharmacies à Arafat. Pour la wilaya du nord, il y a Teyarett 20 pharmacies et 4 pharmacies à toujounine.

S'agissant des dépôts 317 dépôts sont recensés et sont répartis comme suit : Dar-naim 80 dépôts, Tougounine 70 dépôts, Arafat 119 dépôts, et Riad 48 dépôts. Le décompte des dépôts de l'intérieur est en cours de finalisation. Et sans les mesures d'assainissement et d'organisation prises par les déci-

deurs, le désordre continuerait de prévaloir dans ce secteur très sensible et vitale pour la santé publique. En plus de cet aspect, les autorités sanitaires ont aussi agi sur les cahiers de charge. Chacune des trois structures citées a un cahier de charge spécifique répondant à des normes strictes garantissant la qualité et la traçabilité des médicaments. Tout le programme d'assainissement et d'organisation du secteur pharmaceutique découle des instructions du Président de la République M. Mohamed Cheikh El Ghazouani concrétisées par la ministre de la santé.

Ces opérations d'assainissement n'étaient pas de tout repos car les pharmacies étaient déjà installées à des endroits donnés qui ne respectaient ni la distanciation ni les cahiers de charges encore moins les horaires.

Pour la disponibilité des médicaments il y a encore beaucoup de choses à faire. Pour l'instant on ne peut dire que la disponibilité est à 100%. Donc d'après les enquêtes, la disponibilité des médicaments essentiels tournent au tour de 26 à 27%. L'objectif étant de mettre en place dans les années à venir une stratégie pour que les médicaments soient disponibles dans tout le pays. La vraie disponibilité ne sera effective que si les médicaments arrivent partout même dans les postes et centres de santé. Les décideurs sont sur ce créneau appuyés par des partenaires. Auparavant la programmation avait des failles mais la stratégie va remédier à tout ça. L'outil d'approvisionnement étant la Centrale d'Achat CAMEC.

L'harmonisation et la tarification

L'harmonisation et la tarification des médicaments étaient aussi un grand défi, par ce que depuis 2015 cette tarification était attendue. Il y a aussi un autre volet qui est très important : les fluctuations des taux d'échanges qui perturbent le secteur et la maîtrise des coûts des médicaments. Les autorités se penchent actuellement sur l'harmonisation des coûts des médicaments.

S'agissant de la Tarification des médicaments, on en est à la deuxième version. La première date déjà de 6 mois avant et à solutionner le problème de la fluctuation des prix. Avant, c'était les prix arrondis qui étaient en vigueur. On pouvait trouver par exemple un médicament qui coûte 158, 159 MRU. Aujourd'hui, les tarifs sont là et sont respectés : tous les médicaments sont étiquetés, c'est ce qu'on appelle l'harmonisation et l'inspection veille sur les tarifs en vigueur. Doliprane pour ne citer que ce médicament est vendu au même prix à toutes les pharmacies. Cela est aussi valable pour les dépôts, et les grossistes. Chaque structure a ses prix, par exemple pour les trois types que je viens d'évoquer, au niveau du grossiste il a un prix d'achat et de vente, au niveau de la pharmacie il y a un prix d'achat et de vente et au niveau du dépôt c'est le même que le prix vendu au niveau de la pharmacie.

Au terme de ces nouvelles mesures, on peut maintenant avancer sans se tromper qu'il n'y a plus de pharmacies clandestines encore moins de médicaments de la rue. Le phénomène est éradiqué en Mauritanie.

Sur la prescription médicale, des efforts sont aussi menés et la chose n'est pas simple étant donné que chaque médecin provient d'une faculté donnée qui peut être au Sénégal, en France, au Mali, au Maroc, en Algérie ou en Tunisie etc. Chaque école de médecine a ses spécificités et ses exigences propres autrement dit chacun ramène de son école ce qu'il a appris. Maintenant il appartient à l'Etat de jouer le rôle d'harmonisation. A cette fin un document intitulé « Guide thérapeutique » est en phase de finalisation. Ce guide vise à harmoniser toutes les prescriptions. Par exemple pour les patholo-

gies les plus courantes, les médicaments qu'il faut prescrire et leur mode d'emploi. On recourt aussi à une nomenclature commune appelé des DCI au lieu d'écrire des noms de spécialités, ils ont juste à écrire ce sigle qui est une nomenclature internationale.

Pour revenir sur le suivi des stocks publics et privés il faut signaler qu'une plateforme et un logiciel est conçu pour permettre le suivi par mois des stocks des grossistes.

La Traçabilité des produits pharmaceutiques

Un élément très essentiel, la traçabilité c'est un circuit de reconnaissance d'un produit depuis la fabrication jusqu'à la consommation. C'est pourquoi notre direction a mis en place un système de traçabilité, et de vérification. C'est un aspect très important, c'est la seule façon en tout cas pour tracer les médicaments qui sont faux ou réels.

Pour les perspectives d'avenir, beaucoup de mesures sont envisagées notamment l'état des lieux et surtout la correction de certaines lacunes : normalement le secteur pharmaceutique évolue dans un cycle, celui-ci est inscrit dans un document qu'on appelle « Politique

Pharmaceutique Nationale ». Cette politique sera mise en place. Elle est presque en cours de finalisation. Il consiste à l'élaboration de la stratégie du pays en la matière. Surtout tout ce qui est médicament. Comment ceux-ci doivent être importés et à quel moment et c'est toute la programmation du sous-secteur pharmaceutique qui est concerné. Cette politique est sous-tendue par un plan directeur. Ce plan directeur énumère les activités qu'on peut faire cette année, l'année prochaine, l'année suivante etc. Jusqu'à 5 ans. En tout cas, les plans

directeurs font 5 ans et regroupent tout ce qui est médicament.

Pour avec ce qui est des partenaires, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par exemple, est normalement le conseil technique du ministère de la santé, aussi bien en terme de santé que de médicaments. Le document évoqué plus haut sollicite la mobilisation d'un expert qui nous a été aussitôt dépêché par l'OMS pour faire l'état et cela continue à chaque fois qu'il y a de nouveautés : c'est le cas pour la Covid-19, le vaccin, le test qu'on utilise en épidémiologie.

Les médicaments génériques

Il convient tout d'abord de faire la différence entre un médicament générique et un dépôt ou une pharmacie. On peut dire d'ors et déjà que la pharmacie est un lieu où doit exercer un pharmacien. Celui-ci a en résumé pour rôle de dispenser des médicaments, faire une bonne exécution de l'ordonnance prescrite par le médecin. Une tâche un peu différente de celle d'un dépôt qui, lui, est une mini pharmacie dérogatoire ne pouvant disposer que de médicaments limitatifs car certains médicaments doivent être uniquement sous contrôle du pharmacien. Certains médicaments pouvant être dangereux.

Un médicament générique est en quelque sorte une copie conforme de la spécialité. Exemple doliprane et paracétamol sont découverts par un laboratoire, ce dernier a le droit de vendre exclusivement son médicament pour une durée de 20 ans et dès fois un peu plus.

Ce droit est conféré par le brevet qu'il détient. Autrement dit, c'est le seul qui doit le vendre mais une fois qu'il fait ses 20 ans, le médicament tombe dans le domaine du public. Au delà de cette date, les autres laboratoires ont le droit de les fabriquer. C'est ce qu'on commercialise sous le nom de médicament générique.

Le générique a la même dénomination commune internationale mais sous un autre nom, ils vont changer le nom : ils vont donner un autre nom par ce qu'il y a la concurrence, par ce que plusieurs le fabriquent, maintenant en respectant les normes c'est-à-dire avoir la même composition, la même forme, même dosage, même biodisponibilité, ils doivent avoir les mêmes critères que le médicament précepte. Ce qui montre qu'un médicament générique est un médicament authentique tombé dans le domaine du public, il devient moins cher et donc à la portée des populations.

La révision du modèle d'approvisionnement du pays et le renforcement de la CAMEC

La CAMEC ou la Centrale d'Achat des Médicaments Equipements et Consommables Médicaux est l'outil de la politique de santé, chargée de rendre disponibles les médicaments essentiels génériques de qualité, accessibles à toutes les couches de la population. Elle approvisionne les structures de santé sur toute l'étendue du territoire National, à travers ses objectifs, son organisation, la liste des produits pharmaceutiques dont l'entreprise détient les droits exclusifs d'import et de commercialisation sur tout le territoire national.

La DPL (Direction de la Pharmacie et des Laboratoires)

Objectif: disponibiliser des médicaments de qualité

Pour assurer la disponibilité de médicaments de qualité la DPL s'astreint à concrétiser entre autre les mesures suivantes :

- élaborer d'un document de normes pour les laboratoires d'analyse biomédicale
- rédaction d'un arrêté sur la fixation des normes pour les laboratoires d'analyse biomédicale en cours de validation

- missions de recensement des laboratoires d'analyse biomédicale.

Révision des arrêtés sur l'enregistrement des médicaments

- élaboration de l'arrêté numéro 1019 en date du 23/11/2020 fixant les conditions d'attribution d'autorisation de mise sur le marché des spécialités de marque et des spécialités génériques.

- élaboration de l'arrêté numéro 00999 en date du 18/11/2020 fixant les droits d'enregistrement relatif à la demande d'autorisation de mise sur le marché des spécialités de marque et des spécialités génériques.

Elaboration de la procédure d'enregistrement formats CTD

- Guide d'évaluation d'enregistrement

- Guide d'évaluation des renouvellements

- Guide d'évaluation des compléments alimentaires CLV

- Guide réception AMM, renouvellement

L'envoi de 60 dossiers d'enregistrement au Laboratoire de Contrôle de Qualité des Médicaments pour le Contrôle de Qualité en 2020.

Tenue de 2 commissions Nationales d'enregistrement de Médicaments en 2020.

- avis favorable pour la commission nationale d'enregistrement de 61 demandes AMM.

Renouvellement de plus de 105 AMM expirées (renouvellement en 2020)

Délivrance de l'autorisation de 50 certificat de livre vente (CLV) en 2020.

L'accord aux Variations demandées par les différentes Laboratoires [variation en 2020] 150 variation mineurs.

L'envoi des formulaires à l'OICS (Organe International de Contrôle des Stupéfiants).

Toutes les sociétés et laboratoires spécialisés, à travers le monde et à toutes les sociétés, institutions et infrastructures sanitaires en Mauritanie qui approvisionnent le pays en antibiotiques passent par la CAMEC. Les hôpitaux, les cliniques et ONG s'approvisionnent aussi auprès de la CAMEC afin de trouver le produit dont la qualité et la traçabilité est vérifiable. La CAMEC est à la disposition des citoyens pour informer et s'assurer auprès des structures pharmaceutiques nationales de l'origine des antibiotiques qu'ils utilisent.

Renforcement des capacités du Laboratoire de contrôle de qualité des médicaments

Le Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments (LNCQM) a été créé depuis avril 2009 comme établissement public à caractère administratif autonome, géré par un conseil d'administration. Dans l'objectif de séparer les missions réglementaires (autorisation AMM, inspections et contrôle de la qualité du médicament (DPL, IGS et LNCQM).

C'est dans ce contexte que le LNCQM a été créé comme outil technique autonome afin d'aider les décideurs du Ministère à avoir dans leur système sanitaire des médicaments et autres produits de santé de qualité garantie.

Renforcement des capacités du LNCQM (ressources humaines et financières).

En 2017, le LNCQM a mis en place un projet de développement composé de 9 projets qui sont :

Ce plan stratégique quinquennal vise à doter notre pays d'un réel laboratoire national conforme aux normes internationales qui envisage d'être un centre de collaborateur avec l'OMS et une référence pour les pays du G5 SAHEL en matière de contrôle de qualité des médicaments.

Malgré les moyens limités et avec l'appui des partenaires techniques, le laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments a pu réaliser la plupart de ses projets de développement ci-dessus et les autres sont transmis aux tutelles pour suite à donner.

Pour assurer le contrôle de la qualité des médicaments, le LNCQM garantit la disponibilité et la fonctionnalité de son plateau technique en attendant une meilleure compréhension des textes en vigueur permettant au laboratoire d'effectuer un réel contrôle de qualité sans attendre le bon fonctionnement d'autres intervenants du ministère de la santé.

A cet effet, l'approche pour effectuer le contrôle de qualité des médicaments repose actuellement sur les médicaments envoyés par le ministère de la santé aux autorités compétentes ou sur demande d'un prestataire externe. A l'arrivée de ces médicaments au LNCQM, les exigences des pharmacopées sont appliquées afin de réaliser les analyses du LNCQM selon les règles de l'art.

Pour un meilleur renforcement des capacités pour le LNCQM, il est indispensable de prendre en considération la conformité du décret de création du laboratoire aux missions dédiées à cette spécialité particulière au niveau des pays, qui visent à protéger leurs populations contre les faux médicaments ou de qualité inférieures.

Partant de son plan stratégique et pour atteindre les objectifs fixés par les pouvoirs publics, le LNCQM a mis

en place un système de management qualité qui a pour objectif d'exiger le respect des réglementations internationales en la matière et particulièrement la norme ISO17025 V 2017 et les exigences de la pré-qualification OMS pour les laboratoires d'analyses et d'essais, qui consiste à :



- l'acquisition d'équipements de pointe spécifiques pour le contrôle de qualité des médicaments plus un contrat de maintenance annuel afin de garantir la pérennité de leurs fonctionnements ;

- la formation continue du personnel en interne et à l'extérieur dans les laboratoires pré-qualifiés par l'OMS ;

- l'acquisition de sources fiables des réactifs et intrants du laboratoire pour le contrôle de qualité des médicaments ;

- l'aménagement des anciens locaux du LNCQM en attendant la mobilisation des ressources nécessaires pour la construction du nouveau LNCQM conforme aux normes et exigences sécuritaires pour le personnel et l'environnement.

Il faut noter que le DAOI du nouveau LNCQM est déjà finalisé par un bureau étranger spécialisé et validé par les instances compétentes. La collaboration avec des laboratoires étrangers spécialisés en contrôle de la qualité des médicaments, est l'un des projets visant le renforcement des capacités du LNCQM et à ce titre, des conventions de collaboration sont déjà signées et permettront entre autre d'avoir un lieu de stage et de formation pour nos techniciens plus une assistance technique pour le LNCQM, en cas de besoin. Pour garantir la satisfaction des clients, le LNCQM s'est inscrit dans des programmes d'évaluation externe de ses capacités techniques (EQAAS) de l'OMS et dans le Forum Africain de la Qualité des Médicaments (AMQF) de 2017 à 2020.

Ces programmes d'évaluation externe apprécient les capacités techniques des laboratoires de contrôle de qualité des médicaments participants afin de valider ou non ses capacités à effectuer dans son quotidien le contrôle de la qualité des médicaments selon les normes.

Au cours de la même période, les résultats du LNCQM étaient satisfaisantes ce qui prouve la reconnaissance internationale des compétences de notre Laboratoire

National de contrôle de qualité des médicaments et témoigne de l'évolution considérable durant les quatre dernières années.

A titre d'exemple, le LNCQM en 2018 a pu détecter avec des compétences nationales des médicaments contrefaits en circulation dans le marché et par la suite

le département de la santé a déclenché le processus de retrait des lots des médicaments concernés, première du genre dans notre pays.

Par ailleurs, une mission du LNCQM a séjourné au niveau d'une région pour évaluer la présence de faux médicaments dans cette région. Le rapport parlant de cette mission a été transmis au département de la santé pour exploitation.

Il faut noter que la circulation des faux médicaments est reconnue au niveau international et particulièrement au niveau des pays en voie de développement dont les sources d'approvisionnement en médicament ne sont pas connues ou effectuées à travers un autre intervenant

avec le non fonctionnement parfois du dispositif réglementaire mis en place dans le pays.

Les perspectives du LNCQM

Parmi les perspectives du laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments, nous pouvons citer :

Préqualifié le LNCQM par l'OMS en 2021, améliorer le renforcement des capacités du LNCQM (ressources humaines et financières), Mettre en place un système de sécurisation des données (Data integrity), construire les nouveaux locaux conformes aux normes, faire aboutir les projets du développement du LNCQM restants, la création de 2 antennes au niveau régional et continuer la prise en charge de la formation continue du personnel du LNCQM et la collaboration avec les laboratoires spécialisés en contrôle de la qualité des médicaments.

Sur la question de la pandémie, le Directeur Général du (LNCQM) souhaite que le département de la santé accélère le processus de mise en place d'un système adéquat pour contrôler les futurs vaccins qui seront utilisés pour la population mauritanienne. Par ailleurs, il recommande un renforcement de la mobilisation de tous les acteurs concernés pour une meilleure gestion de la pandémie du Covid-19 afin qu'on puisse diminuer les faits négatifs de cette pandémie sur les différents groupes vulnérables de la société des mauritaniennes.

Par ailleurs, il recommande aux décideurs, dans les mesures du possible, que tous les produits et médicaments utilisés dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des cas de covid-19 doivent être vérifiés avant leurs utilisations. Et ceci passe impérativement par le respect du circuit de mise en place des médicaments ou autres produits de santé destinés à l'usage médical en plus des exigences de la loi relative à la pharmacie.

Des pharmaciens d'officines et des grossistes expriment leurs doléances

Le médicament n'est pas seulement l'affaire du public, les acteurs du privé notamment les officines, les grossistes... sont aussi des maillons incontournables pour l'accès à des médicaments de qualité. Ils expriment ci-après leurs doléances et les difficultés auxquelles ils sont souvent confrontés.

Dr. Mariem, Gérante de la Pharmacie OASIS
« Il y a encore des ruptures intempestives de médicaments essentiels »



« Je ne peux pas vous énumérer tous les problèmes dont souffrent les pharmacies mais pour moi, le problème le plus important ce n'est pas celui des pharmacies et des pharmaciens mais plutôt les ruptures intempestives de médicaments essentiels. Je ne sais pas encore la vraie cause mais peut être que la CAMEC n'a pas encore élaboré les procédures pour amener ces médicaments en Mauritanie, mais à mon avis il faut le faire le plus rapidement possible par ce que les malades ne peuvent pas se passer de certains médicaments. Par ailleurs, il y a des médicaments qui ne sont pas encore autorisés, alors que les malades en ont besoin.

Pour ce qui est des mesures qui ont été prises par le ministère de la santé, je ne suis pas contre, vous voyez c'est bien de mettre les étiquettes sur les médicaments mais est-ce que cela est nécessaire sur chaque boîte, boîte par boîte ou même sur les stocks, je ne le crois pas.

Pour ce qui est de l'inspection ce n'est pas méchant. Les produits périmés ne doivent pas exister dans une pharmacie et je suis catégorique, même si parfois on peut ne pas remarquer qu'une boîte de tel ou tel médicament est déjà périmée.

Je signale que le ministère de la santé a fait un excellent travail pour régler l'épineuse question des prix. Actuellement la plupart des médicaments ont

des prix acceptables, même s'il existe des médicaments qui sont encore trop chers : par exemple les médicaments pour les tensions oculaires, d'autres pour l'asthme, mais peut être que c'est le prix de la livraison qui en est la cause. Je crois c'est obligatoire, il faut avoir la disponibilité des médicaments indiens, turcs, marocains, tunisiens, ils sont de bonne qualité, en même temps que doivent exister des médicaments français ou allemands...

Mohamed Lemine Boba, pharmacie El Khair
« Nos charges sont extrêmement lourdes »

S'agissant des problèmes que nous rencontrons en tant que pharmacien, il réside en particulier dans les charges. Les charges sont extrêmes lourdes : pour le docteur seulement il lui faut compter 30.000 MRU par mois en plus du logement et des frais divers qui peuvent aller jusqu'à 10.000 MRU. Avec la conjoncture actuelle du coronavirus, les horaires de descente peuvent aller au-delà de 20h. Deuxièmement, nous avons des problèmes d'approvisionnement : parfois on fait des commandes avec les grossistes et ces derniers nous envoient 1, 2, 3 unités par produit seulement. Ça veut dire que les produits ne sont pas toujours disponibles, donc il faut les avoir car les patients attendent et font la navette pour trouver leur produit.

Pour ce qui est des étiquettes des médicaments, la nouvelle procédure sur les médicaments étiquetés c'est quelque chose de bien mais les gens mettent sur les étiquettes parfois un produit bien déterminé, s'il arrive à oublier un paquet qui n'est pas étiqueté ou l'étiquette est tombée, on pense que c'est fait exprès et on vous ferme pour 3 jours. Alors que si on constate qu'on prend à titre d'exemple doliprane 20 paquets ou 40 paquets si l'un des étiquettes tombe je pense que ce n'est pas méchant. Pour les anciens produits nous avons des problèmes de lots, effectivement les grossistes ont commencé à mettre le lot bien qu'ils ont des difficultés par qu'ils ont énormément de commandes là où il y a plusieurs lots et parfois quand ils nous les envoient, ils le font avec d'autres lots différents.

Dr. Sy Hamouye Moussa, Gérant Pharmacie SY
« L'homologation des prix des médicaments est une bonne chose »

« Pour ce qui est de l'étiquetage des produits, je pense que c'est une bonne chose parce que l'homologation des prix sécurise les clients et leur épargne par exemple de faire le tour de Nouakchott en vue de comparer les prix. Et quand on sait que tous les médicaments ont le même prix quel que soit l'endroit où l'on se trouve, ça facilite les choses.

S'agissant des cahiers de charges, je trouve ça normal. Une pharmacie doit avoir certaines caractéristiques : un local assez spacieux et climatisé avec des toilettes à l'intérieur, une armoire pour les produits stupéfiants et d'autres comme le maalox ou



selecto sans oublier un réfrigérateur qui permet de garder certains produits comme les vaccins, l'insuline, les suppositoires, les sprinteurs et d'autres. Tout cela fait partie de la bonne marche d'une pharmacie. Normalement une pharmacie qui est bien organisée doit avoir le minimum de médicaments périmés possibles, par ce que quand tu pars chez un grossiste tu fais une commande quand tu viens la première chose à faire avec l'étiquetage c'est de regarder la date d'opération des produits. Normalement quand il est informatisé, la date d'opération doit être dans le système. Nous, par exemple, qu'est-ce qu'on a fait, on a un des employés qui ne s'occupe que de ça, des produits en voie d'expiration. On nous a exigé dans la pharmacie une zone, un lieu où on met les produits périmés. Donc à chaque fin du mois, on prend les produits périmés on les met dans ce rayon.

Un pharmacien doit être au service de la population, c'est un secteur très important pour le développement d'un pays. La santé joue un rôle important.

Il faut donner des produits de qualité et des produits qui sont à la portée de la population.

Pour moi, je ne vois pas d'inconvénients, un pharmacien doit faire ce que la loi lui exige.

Un pharmacien doit acheter ses médicaments chez les grossistes et chaque produit qu'on acquiert, on a sa facture parce que ça facilite la traçabilité du produit.

La DPL est en train de faire un bon travail en collaboration avec les grossistes. Chaque grossiste avant de faire la commande va passer par la DPL et pour avoir une autorisation d'importer. Quant à nous, nous sommes dans une zone où les gens ne sont pas aussi aisés que ça, donc nous sommes conscients de cela, c'est pourquoi on fait beaucoup le social. Quelqu'un qui vient par exemple qui veut payer et n'a pas les moyens on va essayer de faire tout pour lui disponibiliser les médicaments.



Dans le cadre de la sensibilisation de la pandémie de la covid-19, on a pris certaines mesures au niveau de la pharmacie. On a mis sur le comptoir une barrière en plexi glace et on exige de tous les employés de porter des masques avec un vigile devant la pharmacie. Toute personne qui entre dans l'officine doit respecter les mesures barrières.

Dr Marieme Mint Ahmedou, responsable de l'approvisionnement de la grossiste Mauri-MED.

« Même les génériques sont parfois en manque. »

« Dans notre pays, le problème des médicaments s'est toujours posé. Le médicament a toujours été géré par des médecins. Par exemple, depuis la création de la CAMEC, sur 6 directeurs, il n'y en a qu'un qui est pharmacien et qui n'a dirigé la

CAMEC que pendant 2 ans sur ces 20 dernières années.

Donc, je pense qu'entre 60 à 80% des médicaments sont sous le monopole de la CAMEC. Elle a le monopole d'approvisionnement des médicaments de cardiologie, de l'anti diabète, de l'hypertension, des hormones etc.

En réalité, elle ne satisfait pas la demande nationale en médicament aussi bien en quantité et qu'en choix.

La quantité est toujours insuffisante et l'éventail des produits incomplets. Des produits comme Aprovel, des Taregs, de Co-taregs, le Rodogyl sont des produits qui sont rares en Mauritanie. L'Amarel par exemple vient en quantité insuffisante. L'amoxicilline est un produit qui est très consommé et des fois c'est en rupture. Les gens se justifient en disant qu'il y a des génériques qui remplacent les produits

que je viens de citer. Même les génériques dès fois sont en rupture.

L'Etat ne doit pas être un représentant d'un laboratoire donné. Tout médicament vendu en Mauritanie doit avoir une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) après paiement de taxes et enregistrement au niveau de la DPL. Ce produit ne doit pas être au niveau de la CAMEC. Les médicaments qu'amène la CAMEC sont de bonne qualité, ça c'est vrai et c'est à encourager.

Le monopole de la CAMEC repose sur 60 à 70% du marché des médicaments, les ruptures récurrentes de ces médicaments entraînent des manques à gagner pour nous les grossistes. Si on ne nous approvisionne pas, on ne gagne rien. Si non, sur l'application des normes du ministère de la santé, on est très satisfait.

Il y a 39 grossistes pharmaceutiques en Mauritanie en activité pour une population de plus de 4 millions d'habitants.

Par exemple, au Sénégal vous avez 4 grossistes pharmaceutiques pour une population de plus de 15 millions d'habitants, en Côte d'Ivoire, le secteur pharmaceutique est constitué d'une centrale d'achat qui est la nouvelle pharmacie de la santé publique de 4 grossistes répartiteurs privés pour une population de plus de 26 millions d'habitants, au Maroc ils sont au nombre de 42 grossistes répartiteurs pour une population de plus de 35 millions d'habitants, au Mali vous avez 16 grossistes importateurs répartiteurs pour une population de plus de 20 millions d'habitants. C'est bien pour nous.

D'autre part, je tiens à souligner que la régulation que le ministère de la santé est en train de faire est une bonne chose mais les médecins ne peuvent pas gérer le problème des médicaments dans notre pays, ça ne peut être géré que par des pharmaciens.

Sidi Moustapha Ould Bellali et Samba Mamadou Gueye



Des jours en quarantaine ... Expériences et messages de guéris de la pandémie du Covid-19

■ Par Belghis Mint Ismail

L'humanité vit au rythme d'une étape particulière traversée par le monde, depuis l'apparition de la pandémie du Covid-19, à la fin de 2019. Une phase caractérisée par une reformulation des mécanismes de communication et d'organisation des priorités. Elle a enfanté également des expériences et envoyé des messages qui balaient bon nombre d'habitudes de la société humaine. Toutefois, les expériences de ceux qui ont réellement contracté la maladie restent plus exceptionnelles et les messages de ceux qui se sont livrés à cette bataille sont plus sincères et ont des significations plus profondes et plus présentes.

«Un sentiment d'impuissance, de privation de liberté et d'angoisse. Ce n'est pas aussi simple qu'on l'imagine.» C'est ainsi, que le directeur du centre de santé de Teyarett, Dr Mohamed Ghaly Ould Abdi Ould Jiyid,



résume l'aspect psychologique de l'expérience de sa contamination au Covid-19. «Être contaminé, au sein du personnel médical, signifie apprendre à connaître de près, ce dont vous donnez les conseils, d'être édifié sur des détails et des faits que les autres ne perçoivent pas.»

De par sa position de premier fonctionnaire chargé de faire face à l'épidémie au niveau de la moughataa de Teyarett et en sa qualité de membre du comité régional anti-Covid, le rôle du Dr Mohamed Ghali le prédispose à être à l'avant-garde d'une équipe médicale, chargée de surveiller et de réactualiser les données relatives à la situation épidémiologique au niveau de la moughataa et de la wilaya de Nouakchott Nord. Il évoque ici la découverte de sa contamination :

« J'ai été testé positif au cours de la deuxième vague de la maladie, après avoir ressenti des symptômes et de la fatigue. Mais le plus difficile, à ce moment-là était également la contamination confirmée par les tests des parents (père et mère). C'était très terrifiant, d'autant plus qu'ils avaient des complications sanitaires antérieures ».

Dr Ghaly est resté en quarantaine pendant un certain temps, et devait, en vertu de sa responsabilité, suivre l'évolution de la situation sanitaire au niveau de la moughataa ainsi qu'à accompagner et mener le travail autant que possible, par téléphone.

«Ce fut une période difficile pour moi et pour mes parents, dont nous sommes finalement sortis indemnes, Dieu merci. Mais je tiens à souligner que cette maladie n'est pas quelque chose de délicat et que tout le monde doit se conformer aux mesures préventives. Ceux qui ont été déjà contaminés doivent continuer à être sur leurs gardes, puisque rien ne prouve qu'ils sont totalement à l'abri d'une nouvelle infection, surtout que les études ont montré que le virus se développe lui-même en permanence. Des régions du monde ont été témoins de l'émergence d'une nouvelle souche du virus et les recherches se poursuivent sur ses effets et la nature de son interaction avec les vaccins.

Ils devraient également accomplir leur rôle sociétal en mettant en garde contre l'insouciance, en s'inspirant de manière détaillée de leurs épreuve et expérience avec la maladie, en informant de près sur des aspects qui leur sont inconnus ».

.....

Dans une autre expérience, la journaliste Emamma Ahmed, raconte le récit de sa contamination, dont les symptômes avaient commencé à apparaître au début de décembre 2020: «J'ai



ressenti un mal de tête qui a duré des jours. Je le combattais en utilisant des sédatifs ; s'ensuivit une perte d'odorat, qui coïncida avec un rhume et une fatigue sévère, des douleurs osseuses et abdominales en plus d'une accélération des palpitations cardiaques. Tous ces symptômes réunis

avaient renforcé mon éventuelle contamination à la pandémie du Covid-19, avant d'être confirmée par les tests.

Emamma dit au sujet de son sentiment sur la quarantaine, avoir tenté que cette dernière soit positive, surtout que cette période était relativement propice pour effecteur des activités individuelles distinctes, en dépit du sentiment d'isolement et des crises d'anxiété, dit-elle. «L'interaction des parents, des bienaimés et des connaissances ainsi que leurs louables prières m'insufflaient de l'optimisme de surmonter la crise». Et d'ajouter : « la société a besoin de prendre encore très au sérieux cette maladie, de veiller sur le respect des mesures préventives recommandées par les médecins. Tout le monde doit être prudent et plus particulièrement les personnes âgées et celles souffrant de maladies chroniques. En fait, nombreux sont ceux qui évitent les tests de peur d'être testés positifs. Certains ont dépassé ce complexe, réalisant que les précautions et le diagnostic sont une responsabilité légitime qui protège l'individu d'être contaminé ou d'être un vecteur de la pandémie. La question dépend au dernier ressort, de la conscience de l'individu et de sa sensation de la responsabilité », dit-elle.

.....

Dr Taghi Ould Cheikh dit quant à lui: j'ai suspecté la contamination, après ma sensation de fatigue et d'autres symptômes. Une fois les tests des prélèvements effectués se sont révélés positifs, je devais me



mettre en quarantaine .

«Ma contamination n'était pas très critique, Dieu soit loué, mais j'ai eu du mal à convaincre les personnes de l'environnement familial de la nécessité de se conformer aux mesures préventives afin d'éviter la contamination.»

Evoquant son expérience

pendant la période de quarantaine, Dr Taghi ajoute: «La première chose qui m'est revenue à l'esprit, après avoir appris la nouvelle de ma contamination était le saint verset (Ils revinrent donc avec un bienfait de la part d'Allah et une grâce. Nul mal ne les toucha et ils suivirent ce qui satisfait Allah. Et Allah est Détenteur d'une grâce immense) ; ce qui m'a été une source de tranquillité et de paix de l'esprit.

De façon générale, je conseille à tous de respecter les mesures préventives et de suivre attentivement les consignes sanitaires, d'autant plus que la source de la contagion est souvent inconnue. L'individu doit déployer ses efforts dans la prévention et implorer la bonne santé », dit-il, révélant un court poème de prière divine fait pendant son isolement.

.....

Un facteur commun se trouve chez tous ceux que nous avons rencontrés, à savoir les interrogations sans réponse « par qui et quand ont-ils été contaminés par le coronavirus ». Ce qui a fait naître également chez eux une idée commune, qu'est la nécessité d'un respect strict des mesures préventives recommandées par les autorités sanitaires, comme la distanciation sociale, le port de masques et le maintien d'une hygiène personnelle, eu égard à la nature mystérieuse du Covid, qui rend la personne contaminée capable de transmettre la contagion sans que son apparence extérieure ne le suggère.

En attendant la découverte d'un remède à la maladie ou la généralisation du vaccin anti-coronavirus, la prévention reste la seule bouée de sauvetage, une réalité qui impose d'assumer la responsabilité individuelle, avec ce qu'elle exige de prudence et d'engagement au niveau personnel et de donner les bons conseils les saines orientations, dans une société frappée par une pandémie qui a réussi à ébranler les systèmes de santé les plus puissants du monde.

Traduit de l'Arabe par
Mohamed Mohamed Lemine

Prise en charge de la pandémie du coronavirus en Mauritanie :

Une stratégie anticipative efficace

La Mauritanie a été touchée par la pandémie du covid-19 en mars 2020. Le gouvernement qui se préparait à cette éventualité a aussitôt réagi en prenant plusieurs mesures. Le gouvernement avait déjà mis en place un comité interministériel chargé de la lutte contre le coronavirus. La Mauritanie a ainsi, adopté une stratégie anticipative et globale précise et cohérente et ferme. C'est ainsi que le gouvernement a décidé :

- la fermeture de tous les établissements scolaires,
- la fermeture des marchés et de tous les lieux publics,
- l'interdiction de la circulation entre les wilayas,
- le couvre-feu sur toute l'étendue du territoire,
- l'interdiction de toutes les activités et manifestations favorisant le contact entre plusieurs personnes,
- la fermeture de l'espace aérien à tous les vols commerciaux,
- la fermeture des frontières terrestres,
- la quarantaine pour tous les nouveaux arrivants avant la fermeture des frontières,
- la formation de l'encadrement médical des hôpitaux, des centres de santé et des points de santé sur les protocoles sur le diagnostic de l'épidémie, la prise en charge des malades contaminés en plus de l'acquisition des équipements nécessaires et les divers moyens de protection et de prévention
- l'élaboration d'une stratégie de veille et de vigilance communautaires.

Ces mesures conformes aux directives du Président de la République, M Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani, ont permis à la Mauritanie de se classer parmi les premiers pays qui ont pris un ensemble de mesures sérieuses et fermes dont la création d'un fonds spécial de solidarité sociale et de lutte contre le coronavirus. Concrètement, des brigades d'hygiène et de superviseurs ont assuré des veilles communautaires afin de circonscrire le virus et les contaminations.

Le ministère de l'Emploi, de la Jeunesse et des Sports a formé des volontaires avec son programme « Wanouna, Ma Patrie ». Plus de 4000 volontaires, formés aux gestes barrières et à l'accompagnement de personnes suspectes ou contaminées, ont été déployés sur l'ensemble des régions.

Dès le 25 mars 2020, c'est-à-dire quelques jours après l'enregistrement du premier cas de contamination, Son Excellence M. Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani le Président de la République, a annoncé dans un discours à la Nation, la création du Fonds Spécial de Solidarité Sociale et de lutte contre le Coronavirus. Le conseil des ministres du jeudi 26 mars 2020 a examiné et adopté le projet de décret portant création du Fonds et la Banque Centrale de Mauritanie (BCM) a procédé à l'ouverture dans ses livres d'un compte du Fonds qui est l'instrument public alloué par les autorités publiques mauritaniennes au financement des efforts publics de lutte contre la pandémie du coronavirus et pour l'atténuation de ses effets sur l'activité économique et sur le pouvoir d'achat des populations, sur toute l'étendue du territoire.

Le gouvernement a pu ainsi, avec l'aide de partenaires et les contributions des citoyens, prendre en charge les factures d'eau et d'électricité de 185 000 familles. Tous se sont mobilisés : partis politiques et société

civile. À Nouakchott et à l'intérieur du pays, les associations ont distribué aux foyers démunis des vivres (riz, sucre, huile, lait en poudre), des kits d'hygiène et des produits de protections (savons, gels hydroalcooliques, gants, masques).

La création de ce Fonds n'a pas remis en cause les projets sociaux et de développement, prévus auparavant par le Gouvernement et le rythme d'exécution de ces projets a même été accéléré pour accompagner de façon efficace les impératifs de la situation actuelle.

La BCM a ouvert au niveau de son siège à Nouakchott et de ses agences régionales à Nouadhibou, Zouérate et Rosso, des guichets destinés à la réception des contributions au fonds. En outre, sur instruction des autorités de la Banque Centrale de Mauritanie, toutes les agences des banques commerciales agréées sur toute l'étendue du territoire national peuvent recevoir les contributions des donateurs.

Le Fonds Spécial de Solidarité Sociale et de lutte contre le Coronavirus est intervenu dans tous les domaines affectés négativement par la pandémie et/ou par son impact. Spécifiquement, il est intervenu pour :

- l'acquisition de médicaments, de matériels et d'équipement sanitaires pour faire face à la pandémie ;
- la prise en charge des populations vulnérables ;
- l'appui aux agents économiques affectés.

Les bénéficiaires du Fonds Spécial de Solidarité Sociale et de lutte contre le Coronavirus sont ceux qui font face à la pandémie et ceux qui peuvent être affectés négativement par les mesures prises pour stopper la propagation de Covid-19. Il s'agit en particulier :



Le Plan national multisectoriel de riposte mis en place avec une enveloppe de 24 milliard MRU (plus de 643 millions USD) a pris en considération tous les aspects relatifs à la gestion de l'épidémie et à la limitation des facteurs de transmission du virus.

Un plan de veille économique, des mesures d'atténuation de l'impact socio-économique du Covid-19, la résilience, la relance économique et l'accès aux services de base ainsi que les aspects sécuritaires et de prévention sont les cinq piliers du Plan national ont

été mis en place dont celui dédié à la prise en charge des cas Covid-19 positifs. Une coordination a été mise sur pied ; elle a permis de réunir les différents responsables des sous-groupes de travail, à noter le responsable de la formation, le président du comité scientifique, les responsables de la gestion des équipements, des médicaments et ressources humaines ainsi que les responsables de la gestion des sites de prises en charge. Les réunions hebdomadaires du pilier prise en charge se tenaient avec les différents acteurs impliqués dans la gestion des cas (case management). En plus de ces réunions hebdomadaires, la direction participait aux réunions de coordination avec les autres piliers. Des réunions qui portaient sur l'évaluation de la mise en œuvre de la partie prise en charge du plan national de riposte. Elles ont aussi permis le partage d'informations et la mobilisation des fonds. C'est ainsi que certains équipements, dons des partenaires ont été acquis. L'OMS a servi de coordinateur des partenaires techniques et financiers dans ce pilier.

En outre le ministère de la Santé a joué la transparence. Un point de presse quotidien, est l'occasion de donner à l'opinion publique toutes les informations relatives à la situation épidémiologique du pays et à l'évolution de la pandémie. Le site du ministère publie chaque jour les données actualisées de la situation.

La suspension des cours pouvant entraîner des conséquences sur les élèves et les étudiants, il fallait assurer la continuité pédagogique. C'est ainsi que le ministère chargé de l'Education nationale a mis en place la plateforme, « Mon école à la maison » et expédié des mil-

liers de livres, avec des guides et des livrets d'exercices ainsi que des postes radios, à tous les établissements à des zones isolées non couvertes par l'Internet ou la télévision.

Dès le début de la pandémie, le ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique, des Technologies de l'Information et de la Communication (MESRSTIC), Dr Sidi Ould Salem a demandé aux enseignants de fournir des versions électroniques de leurs cours et travaux dirigés afin de les mettre en ligne sur le site de l'université.

L'Ecole Supérieure Polytechnique (ESP), l'Institut Préparatoire aux Grandes Ecoles d'Ingénieurs (IPGEI) et les

écoles des Métiers du Bâtiment, des Travaux Publics et de l'Urbanisme d'Aleg, de la Mine de Zouérate et de la Statistique de Nouakchott n'ont pas été en reste. La pandémie du covid a démontré que le secteur stratégique de la santé connaît de grands dysfonctionnements y compris dans les pays développés. L'un des défis est de les corriger pour résoudre les problèmes de santé publique.

Djigo Aboubakry

La pandémie du COVID-19 en Mauritanie

***Du fait des efforts déployés,
l'épidémie a commencé à faiblir***

Depuis quelques temps la deuxième vague du covid-19 sévit en Mauritanie mais selon M. Sidi Ould Zahav l'épidémie a commencé à prendre une pente descendante : les infections ayant passé de plus de 200 cas à 40 cas au jour du 24 janvier dernier. Cette baisse serait due aux mesures efficaces d'anticipation visant à contrecarrer la propagation de la pandémie et pour preuve la Mauritanie est au quatrième rang en Afrique en termes de tests menés et un Fonds spécial de solidarité sociale et de lutte contre le coronavirus de plusieurs milliards d'ouguiyas a été mis

en place. S'agissant des caractéristiques épidémiologiques du virus, M. Zahav est catégorique : ce qui influence la prévalence, ce sont les mesures barrières, la prévention, le couvre-feu... et à ce rythme on ira d'ici quatre à six semaines vers des chiffres plus raisonnables. Toutefois la maladie restera endémique et cette situation sera considérée comme normale. Le vaccin dont l'arrivée est imminente sera aussi décisif pour freiner les complications du virus et donc le transformer en un virus ordinaire.

Sidi Moustapha Ould BELLALI

Sur la situation épidémiologique de la pandémie en Mauritanie, le ministère de la santé avait annoncé l'enregistrement de 94 cas de guérison et de 40 nouveaux cas de contamination au coronavirus au jour du 24 janvier. Ce qui dénote d'une baisse assez significative de la maladie. Étant entendu que les infections au covid-19 ont des fois atteint des pics dépassant les 200 cas par jour. Cette situation qualifiée par les autorités compétentes de deuxième vague a imposé des mesures exceptionnelles et draconiennes d'anticipation afin de limiter la propagation de la pandémie dont un couvre-feu de 18 H à 6 H du matin qui a, par la suite, été allégé et reculé à 20 H..

Une telle situation a induit un reclassement des priorités en Mauritanie visant à mobiliser leurs capacités et tout leur potentiel de lutte contre la maladie. Pour ce faire, les autorités sanitaires ont sensibilisé les populations sur la nécessité de respecter les mesures préventives en matière de sécurité sanitaire.

Le gouvernement mauritanien a adopté des mesures urgentes pour lutter contre le coronavirus et atténuer ses effets économiques et sociales. On peut, entre autre, citer la création d'un Fonds spécial de solidarité sociale et de lutte contre le coronavirus, qui vise à mobiliser toutes les ressources disponibles et à les orienter vers des activités liées à la réduction de l'impact de l'épidémie sur les citoyens, en particulier les groupes vulnérables et à faibles revenus.

Des mesures ont été prises pour faire face aux conséquences de cette pandémie qui continue de sévir dans notre pays comme dans le reste du monde. Ses mesures se sont avérées efficaces et ont pu atténuer les effets négatifs de la pandémie. Au niveau scolaire et après plus d'un mois de fermeture des classes et pour faire face à la seconde vague du Coronavirus, les établissements d'enseignement ont fini par réouvrir leurs portes. Une ouverture qui s'est aussi accompagnée de mesures préventives pour protéger le corps enseignant et les élèves de la pandémie. Et en plus de la désinfection des classes et de la distribution de masques dans les établissements, les campagnes de prévention contre Coronavirus se poursuivent toujours à Nouakchott et à l'intérieur du pays et un comité de veille a été



institué dans les établissements scolaires.

Selon, le directeur de la Santé, M. Sidi Ould Zahav, La Mauritanie est au quatrième rang en Afrique en termes de tests menés et l'épicentre de l'épidémie se trouve bien à Nouakchott au regard des cas d'infections. Surtout à Nouakchott Ouest et à Tevegh Zeina en particulier. Il a ensuite averti qu'aucune moughataas du pays n'est épargnée. L'épidémie est partout. Il y a donc une généralisation de la maladie.

S'agissant des décès certains, a-t-il précisé, sont dus à d'autres pathologies même si ces derniers sont bien infectés par le covid et des fois dépistés en post mortem (après la mort).

Une deuxième vague de la covid-19 plus forte que la première

M Zahav a en outre affirmé qu'il y a bien une deuxième vague du covid 19 en Mauritanie qui est plus forte que la première. La preuve : le pic de la première vague tourné autour de 100 infections par

jour mais pendant cette deuxième vague on a atteint des fois plus de 200 cas par jour. « Cependant en terme de tendance nous sommes bien en phase descendante pas linéaire mais descendante qu'en même depuis quelque temps. Tout dépend maintenant du respect des mesures barrières. ».

C'est vrai, dit-il, du fait de l'ouverture des écoles et des mosquées, il y aura certainement des secousses sporadiques qui augmenteront de temps à autre le nombre d'infections. Mais j'espère que cette pente descendante prévaudra.

S'agissant des caractéristiques épidémiologique « ce qui influence la prévalence, ce sont les mesures barrières, la prévention, le couvre-feu... et à ce rythme on ira d'ici quatre à six semaines vers des chiffres plus raisonnables toutefois la maladie restera endémique autrement dit on aura jamais zéro cas mais cette situation sera considérée comme normale ».

Le climat, contribuerait-il, à freiner la maladie comme prétendent certaines rumeurs ? « Je tiens à souligner que ce n'est pas encore évident et pour preuve en Arabie les canicules qui prévalent toujours n'ont pas empêché la pandémie de se propager et en Afrique il y a des cas partout. La covid-19 est un virus et comme tous les virus, ils se développent quand le milieu devient favorable autrement dit durant le froid et dans les maisons fermées ou non aérées. C'est ce qui expliquerait la plus forte concentration de la maladie à Nouakchott. Mais encore une fois rien n'est prouvé scientifiquement ». S'agissant du traitement, il a informé que la covid 19 est une maladie virale et ce type de pathologie n'a pas encore de traitement radical. Contrairement aux bactéries qui sont neutralisés par les antibiotiques, le virus transforme nos cellules en des micro-usines de production de virus qui se multiplient à l'infini, passent dans le sang et vont causer des dysfonctionnements au niveau des organes y compris les organes les plus vitaux.

« Maintenant les traitements qui sont utilisés sont de deux types : une thérapie qui vise à réduire le virus en ralentissant sa réplication ; un autre traitement consistant à traiter les conséquences du virus par exemple : quand un organe est altéré par l'effet du virus, on essaie de l'aider à retrouver son fonctionnement normal avec des médicaments appropriés. C'est ce qui explique l'usage de l'oxygène en cas de détresse respiratoire. Les traitements administrés visent à soutenir et à aider l'organe endommagé par la pathologie.

L'hydroxychloroquine qui était utilisé pour traiter le paludisme en Afrique a-t-il créé une résistance contre la covid-19 chez les populations africaine? M. Sidi Ould Zahav est catégorique : « il n'en est rien : ce n'est pas parce que qu'on a pris beaucoup d'hydroxy chloroquine l'année dernière qu'on développe une quelconque résistance contre la co-



vid-19 cette année. Non les choses ne marchent pas comme ça. Ce n'est qu'après avoir pris le traitement en cas d'infection que la réplication est ralentie dans le sang.

« Par contre en Afrique on peut avancer une hypothèse plausible qui consiste à considérer que les populations ont tellement contracté de virus qu'elles peuvent développer une immunité contre d'autres virus semblables. Le virus de la variole a tellement circulé dans le continent que les populations ont développé une résistance contre tous les virus semblables autrement dit leur organisme a créé des anticorps susceptibles de les protéger contre d'autres virus proches de celui de la rougeole... Mais tout cela reste encore à l'état d'hypothèses sujettes à

caution et c'est la science qui nous en dira davantage dans les années à venir.

S'agissant de l'efficacité supposé ou possible des produits de la pharmacopée contre le virus : « pour le moment rien n'est encore prouvé, les virus sont aussi vieux que le monde et jusqu'à présent aucun traitement curatif 100% efficace n'est pas encore trouvé et reconnu.

Toutefois les efforts pour trouver un traitement se poursuivent à travers le monde et j'espère qu'ils aboutiront à des traitements contre la covid-19 et les autres virus aussi efficaces que les antibiotiques contre les bactéries. Ce sera une grande révolution.

A quoi sert le vaccin contre la covid-19?

Par rapport aux vaccins, il y a lieu de préciser que parmi tous les vaccins qui circulent dans le monde avant et pendant le covid-19, aucun n'empêche de contracter une infection contre un virus quel qu'il soit. Pour être plus claire une personne vaccinée peut bien être infectée par le virus. Ce qui ne signifie pas que les vaccins contre la covid-19 ne servent à rien : « s'il est vrai que les gripes connues jusque-là étaient pratiquement passagères et presque « inoffensives », le covid-19, lui tue et c'est cela un des aspects de sa dangerosité.

S'y ajoute qu'il crée une pression sur le système de santé publique qui peut à la limite s'effondrer et conduire à une impuissance totale contre la pandémie. Le covid-19 est donc un vrai problème de santé publique. C'est pourquoi on ne fait presque plus que le covid-19 dans nos structures de santé. Vous imaginez donc l'importance du vaccin dont le but est de réduire les complications du virus et donc de le transformer en un virus ordinaire. Ce qui va réduire la mortalité et alléger la pression sur le système de santé publique.



Coronavirus : Quand la rumeur tue !

Par Hamada Mohamed Saleh

Dans un contexte de menace, de crainte ou d'incertitude, l'instinct collectif de conservation réagit de différentes manières dont l'une d'elle, chez l'homme, ressemble curieusement à celle de l'autruche. Le déni face de la source d'inquiétude, le scepticisme et la dérision en sont des formes courantes. De telles situations couplées à un état d'ignorance sont un terrain fertile pour le développement de la rumeur.

Les incertitudes que continuent de faire peser la pandémie du coronavirus ont alimenté, ici en Mauritanie comme partout ailleurs, les rumeurs les plus fantasques et les histoires les plus farfelues, déversant un courant de désinformation dont l'intensité et le spectre ont été entretenus par l'instantanéité et la diversité des moyens de communication de l'Homme 2.0.

Plus que cette forme de communication, les Mauritaniens font usage de la communication interpersonnelle plus que toute autre société en raison du caractère prépondérant de la culture de l'oralité qui est, naturellement, un facteur déformant et multiplicateur de la rumeur.

Celle-ci est souvent un mensonge intentionné, tissé au départ par une personne qui cherche à impressionner par sa détention d'une information « originale » dont elle a l'exclusivité, un faire-valoir ou, par contre, une déformation involontaire d'un fait par incompréhension, ignorance, mauvaise lecture ou altération par le prisme référentiel.

A mesure qu'elle est relayée, la rumeur change au rythme de ceux qui la reçoivent et qui, à leur tour, la relaient, et la rendent amplifiée au fur et à mesure. Celle-ci est d'autant plus tolérée, que les Mauritaniens, même s'ils abhorrent le mensonge, en acceptent certaines formes considérées sympathiques et principalement destinées à distraire l'assistance comme en témoigne le riche répertoire pour les désigner : Djef en Hassania Thiakhane en Wolof (commérages, ragots), Tlahlih (bagous, faconde), Teytir Tnewjir (petit mensonge à caractère légèrement diffamatoire) et la liste est longue.

Cet état de disposition à tolérer une fausse information auquel s'ajoute une mentalité d'irrationalité diminue le sens critique face aux rumeurs.

Tous facteurs qui ont répandu les nombreuses rumeurs entourant la pandémie de la covid-19, allant du « négationnisme » le plus obstiné, des théories « complotistes » et autres thèses conspirationnistes les plus extravagantes aux solutions miracles fournies par un ramas de charlatanisme et de fétichisme dont les survivances persistent encore dans les croyances populaires.

Le nombre ahurissant de fausses rumeurs s'est amplifié à la faveur d'espaces de propagation tels que les marchés, les transports publics et les réseaux sociaux.

Aussi, l'instrumentalisation politique de la pandémie a contribué, en fonction de la position des sources, soit à majorer ou à minorer les données sur



la pandémie soit à minimiser ou à amplifier l'impact des mesures prises pour la contenir, ouvrant un vaste boulevard au doute et à l'incertitude.

Même l'interprétation des chiffres était différemment perçue quand certains les trouvaient gonflés pour faire bénéficier l'Etat d'une plus importante aide financière étrangère pour faire face à la maladie et d'autres assurant qu'ils étaient en deçà de la réalité dans le dessein de préserver la dynamique des investissements étrangers et protéger des secteurs de l'économie comme celui du tourisme.

Des chiffres sidérants de mortalité liée à la pandémie ont été publiés sur des sites internet locaux, alors qu'ils étaient dénués de tout fondement, amenant les autorités à rendre public une décision pénalisant toute diffusion d'information et de données n'émanant pas des sources autorisées. Décision qui a largement contribué à limiter le relayage de fausses rumeurs, tout au moins par les supports formels ; la communication interpersonnelle étant moins sujette au contrôle.

Certains alléguèrent qu'un illustre marabout avait assuré que la pandémie prendrait fin dans une semaine, suscitant un relâchement chez certains avant qu'un démenti formel ne soit opposé par le mara-

bout en question.

D'autres ont mis en doute l'efficacité des mesures barrières tels que le port du masque, la distanciation sociale...mettant en danger la vie de personnes et réduisant l'impact du dispositif de prévention.

D'ailleurs constat a été fait que les mesures barrières ne sont appliquées qu'en milieu urbain et de façon relative alors qu'en milieu rural elles sont quasiment ignorées.

Ces rumeurs sont extrêmement destructrices quand l'on sait, selon le site www.ouest-france.fr, qu'une étude scientifique, destinée à mesurer l'impact des fausses informations sur la santé pendant la pandémie de coronavirus, affirme que « une seule fake news aurait tué 800 personnes et conduit plus de 8 000 autres à l'hôpital. Sur 2 311 « informations » liées au coronavirus, 89 % n'étaient que des rumeurs ». Ces statistiques confirment bien que la rumeur tue et qu'elle constitue une « infodémie » aussi mortelle que le virus lui-même.

Combien en sont morts ici en Mauritanie ?

Il serait hasardeux d'avancer un ordre de grandeur en raison de l'absence d'étude scientifique sur le sujet. Toutefois, il est certain que des décès lui sont certainement amputables particulièrement dans

les sphères d'ignorance ou de faible instruction.

Plus que jamais, il est impératif de ne pas écouter les rumeurs et d'appliquer les gestes barrières.

La mise en circulation, bientôt, de vaccins anti-covid implique la mise en œuvre d'une politique réfléchie de communication pour contrer toute éventuelle défiance au rempart prophylactique qui ouvre de nouvelles perspectives. A défaut, la rumeur continuera à entraîner des coûts humains toujours plus élevés.



Soutien extérieur pour faire face au Covid-19

Par Mohamed Vall Ould Babah

Les efforts déployés par notre pays, grâce aux assistances appréciables apportées par la communauté internationale, ont joué un rôle important dans l'atténuation de l'acuité de la pandémie du Covid-19.

Ces aides extérieures ont constitué également un témoignage de solidarité des dirigeants des pays frères et amis et de nombreuses organisations internationales et régionales ainsi que des partenaires au développement de notre pays, dans ses efforts de lutte contre ce virus mortel.

L'aide médicale et les équipements mobilisés à ce propos en faveur de notre pays, de la part des différents frères d'Algérie, des Emirats Arabes Unis et du Maroc, étaient diversifiés.

Ainsi, l'Algérie a dépêché une mission médicale conduite par son ministre de la Santé et comprenant une des membres du Haut Comité d'observation et de suivi du Covid-19 dans ce pays frère, en plus de nombreux médecins et techniciens. Cette mission a apporté au cours de son séjour de deux semaines, son appui aux équipes médicales en service au niveau des hôpitaux mauritaniens, pour faire face à la pandémie. Le ministre algérien de la Santé M. Abderrahmane Benbouzid, a déclaré à cette occasion, que «l'Etat algérien dépêchera deux avions, dans le cadre de cette opération de solidarité avec le peuple mauritanien frère, le premier pour transporter la délégation ministérielle et le staff médical, et le second, chargé d'aides en fournitures médicales destinées à la prévention contre la covid-19».

Sur un autre plan et à la lumière de la fermeture des frontières terrestres entre la Mauritanie et l'Algérie en raison de la maladie, la Société Arabe des Services au niveau de la ville mauritanienne de Nouadhibou, a organisé le 22 avril dernier, en coordination avec des hommes d'affaires algériens, un pont aérien commercial entre les deux capitales Alger et Nouakchott



pour le transport à destination de la Mauritanie de 100 tonnes de dattes algériennes, avec au programme l'importation de cargaisons de poisson et d'autres marchandises que les commerçants mauritaniens souhaitaient exporter.

Émirats Arabes Unis

Les Émirats Arabes Unis (EAU) ont envoyé également un avion d'aide médicale d'urgence en Mauritanie, soit plus de 10 tonnes dont des appareils de tests, d'oxygénation en plus d'une équipe médicale spécialisée pour aider notre pays à juguler la pandémie du coronavirus.

La Mauritanie est considérée comme étant l'un des premiers pays à recevoir une aide des Emirats dans le cadre de sa lutte contre le coronavirus, puisque deux avions transportant 22 tonnes d'aides médicales avaient été dépêchés pour apporter soutien et assistance et renforcer les efforts consentis par les employés du secteur médical, notamment le personnel en pre-

mière ligne, afin de faire face aux répercussions du Covid-19. Un avion d'aide médicale et alimentaire émirati est arrivé aussi à l'aéroport International de Nouakchott dans le cadre du même soutien apporté par ce pays à la Mauritanie.

Notre pays a fourni cette assistance à la Mauritanie, dans le cadre de son soutien apporté à ses efforts inlassables déployés dans la lutte contre le Covid-19, a déclaré, l'ambassadeur des Émirats à Nouakchott, Hamad Ghanem Al Muhairi.

Le Maroc

Le Royaume du Maroc n'est pas en reste dans ce soutien international, puisqu'il a envoyé pour sa part, un avion porteur d'une assistance médicale à la Mauritanie, en appui à ses efforts consentis pour faire face à la propagation du coronavirus.

La Mauritanie peut bénéficier de l'appréciable expérience marocaine dans ce domaine et assurer les moyens appropriés d'y parvenir, a indiqué le Royaume.

La France

L'aide française pour soutenir les efforts déployés par notre pays pour lutter contre la pandémie du Covid-19 a porté sur un don composé d'un lot de respirateurs, 2000 paires de gants, 10.000 masques FFP2 (de divers types) en plus d'autres accessoires médicaux, destinés à appuyer les capacités du secteur de la santé.

Une partie de cette aide permettra de mieux prendre en charge les cas graves de la Covid-19 actuellement en hospitalisation tandis que l'autre partie protégera le corps médical contre les potentielles infections en milieu hospitalier, avait affirmé à cette occasion le conseiller du Premier ministre.

L'aide annoncée par l'ambassade de France à Nouakchott comprenait également un lot d'équipements destinés au ministère des Affaires étrangères, de la Coopération et des Mauritaniens à l'étranger, dont 5 générateurs, 5 débits-litres, 5 extracteurs d'oxygène, 300 lunettes ainsi que 100 masques haute concentration d'oxygène et 200 masques de concentration moyenne.



Cette aide intervient en réponse à la réunion tenue par le ministre mauritanien des Affaires étrangères avec le corps diplomatique accrédité en Mauritanie, le 12 décembre dernier, au cours de laquelle, les discussions s'étaient appesanties sur les éventuelles assistances qui peuvent être apportées au pays pour faire face à la pandémie de Covid-19, a indiqué l'ambassade de France à ce sujet.

Un accord a été signé dans ce cadre, en vertu duquel l'Agence Française de Développement (AFD) apportera un soutien financier à la Mauritanie, d'un montant de 2,5 millions d'euros, pour contribuer au financement du plan national mauritanien de riposte contre le Covid-19.

La République Populaire de Chine

La Chine a été aussi à l'avant-garde des soutiens mobilisés en faveur des efforts déployés par la Mauritanie pour empêcher la propagation du coronavirus, avec la mise à sa disposition de la dernière stratégie chinoise de diagnostic et de traitement.

Une réunion par vidéoconférence a été également tenue entre des experts chinois et leurs homologues de 16 pays d'Asie occidentale et d'Afrique du Nord, dont la Mauritanie, afin d'échanger des informations et de partager des expériences sur le traitement du virus.

L'aide chinoise fournie à notre pays comprenait 100 000 masques, 1 000 combinaisons de protection médicale et 20 000 réactifs de diagnostic.

Sur un autre plan avec le fort soutien des départements concernés en Chine et en Mauritanie, la société chinoise a travaillé avec abnégation afin d'accélérer l'achèvement de la construction du centre des maladies infectieuses de l'hôpital national et du projet de maintenance de l'hôpital de l'Amitié.

Les deux projets précités, joueront selon des sources du ministère de la santé, un rôle indispensable dans l'augmentation de la capacité du système sanitaire mauritanien d'accueil et de traitement des patients.

Afin de soutenir les efforts de notre pays pour faire face à la pandémie du Covid, le Japon a fourni, pour sa part à la Mauritanie, un don de 100 millions de yens japonais, soit 350 millions anciennes ouguiyas environ.

Cet appui a permis l'acquisition d'importants équipements

et de fournitures médicales fondamentales ainsi qu'à assurer l'entretien d'autres matériels de santé, la formation de ressources humaines et le financement de nombreuses consultations et expertises dont le secteur de la santé a besoin.

L'Espagne

Et toujours dans le cadre des soutiens anti-Covid, le ministère de la Santé a réceptionné du matériel médical et des fournitures accordées par le gouvernement espagnol, dont des appareils respirateurs et de réanimation, des médicaments et trois ambulances. Une équipe médicale avait été également mise à la disposition de la Mauritanie, afin de contribuer à l'effort national de lutte contre la pandémie du coronavirus.

Cet acte traduit l'attachement des partenaires à une coopération constructive avec la Mauritanie, dans la prise en charge des patients, en particulier des malades du Covid 19.

Le travail mené par les médecins mauritaniens, dans les hôpitaux nationaux, à côté de leurs homologues espagnols, a permis par ailleurs aux premiers d'acquiescer l'expérience des derniers, dans le domaine de la lutte contre la propagation de la pandémie du Covid 19 ainsi qu'à se doter d'un excellent savoir-faire en la matière. Les ambulances avaient contribué pour leur part, au renforcement des capacités des équipes et des moyens de transport des patients à l'intérieur du pays.

Les organisations internationales ont aussi leur part dans l'élan de soutien

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Mauritanie a annoncé récemment la remise de 140 kg de «médicaments importants», à titre d'aide apportée par la coopération espagnole à la Mauritanie.

La Délégation de l'Union européenne en Mauritanie s'est engagée à son tour à mobiliser 14 millions de dollars environ pour soutenir le plan multisectoriel mauritanien de lutte contre le coronavirus, à travers des mesures concrètes, dont certaines sont effectivement en cours d'exécution sur le terrain et d'autres en préparation.

Le Fonds Monétaire International a validé aussi dans ce cadre, une augmentation et un décaissement de 52 millions de dollars en faveur de la Mauritanie dans le cadre de «l'accord de facilité de crédit élargi», ap-

prouvé le 6 décembre 2017.

Cette initiative intervient à la suite de la demande exprimée par les autorités mauritaniennes d'un appui d'urgence dans le cadre du guichet de Facilité de Crédit Rapide (FCR) du Fonds, pour aider à répondre aux besoins urgents de la balance des paiements en Mauritanie en raison de la pandémie du coronavirus.

Le Conseil d'Administration du FMI a approuvé par ailleurs, un décaissement de 130 millions de dollars, également au titre de la FCR, en faveur de la Mauritanie pour faire face à la pandémie de Covid-19. Ces fonds aideront la Mauritanie à faire face aux besoins urgents de financement de la balance des paiements qui découlent de la crise de Covid-19, estimés à quelque 370 millions de dollars, et dégageront ainsi une marge pour accroître les dépenses au bénéfice des services de santé et des programmes de protection sociale. Ils devraient aussi aider à catalyser une aide supplémentaire de la part des bailleurs de fonds.

Le Conseil d'Administration de la Banque Mondiale (BM) a approuvé de son côté, à l'occasion d'une réunion tenue en juillet 2020, un don de 70 millions de dollars de l'Association Internationale de Développement (IDA), au profit de la Mauritanie, pour aider au renforcement de la riposte contre la pandémie du coronavirus.

Le Responsable de la Représentation de la Banque Mondiale à Nouakchott Jean-Claude Tchatchouang, a inscrit ledit don dans le cadre du programme de soutien financier destiné à la Mauritanie dans ses efforts pour lutter contre les effets de l'épidémie ainsi qu'à protéger les classes pauvres. « Ce don permettra un retour à une vie normale en soutenant les Petites et Moyennes Entreprises et en permettant une transparence accrue dans le domaine de la dette extérieure », avait-il affirmé.

Le gouvernement mauritanien a réceptionné par ailleurs, du matériel et des accessoires médicaux fournis par l'agence du Fonds des Nations Unies, pour l'enfance (UNICEF) en soutien aux efforts déployés par le pays dans la lutte contre le coronavirus. Ledit don est composé entre autres, de 1,3 tonne de chlore, de 100 pulvérisateurs, de 11 000 combinaisons, de 60 appareils thermoflash et d'un lot de bottes et de lunettes de protection, en plus d'accessoires médicaux.

Traduit de l'Arabe par
Mohamed Mohamed Lemine



Vers une plus grande accessibilité financière aux soins

Harmonisation de la qualification des prestations et des actes, prise en charge gratuite des indigents, assurance maladie universelle ... Dans le cadre du programme prioritaire du président de la République, le ministère de la santé s'active pour, entre autres, une plus grande accessibilité financière aux soins de qualité.

Les autorités sanitaires mauritaniennes travaillent sur «une harmonisation des prix des actes et prestations au niveau des structures de santé public et privé.» Ce projet d'harmonisation est né du constat suivant: «chaque structure de santé a sa propre tarification avec des disparités ne reposant sur aucun critère.»

Pour mettre fin à cette situation préjudiciable à l'accessibilité financière aux soins, le ministère de la santé a réuni les responsables des cliniques privées, des structures de santé publiques, des syndicats de santé et leur a annoncé le recours à un bureau d'études étranger pour évaluer le coût des actes et prestations. Le coût réel d'un acte médical, explique Madame Lalla Moulaty Moulaye Dkhil, directrice général de la régulation, l'organisation et la qualité des services et des soins au ministère de la santé, «prend en compte le salaire de l'infirmier, l'eau, les aiguilles, le travail du garçon de salle, le médecin, l'électricité...» Un coût que «des logiciels permettent de calculer avec exactitude.»

Evaluer le coût réel des soins

Le bureau d'étude a évalué les coûts réels des actes et prestations. Le ministère de la santé a ensuite réuni les représentants des structures de santé publiques et privées pour la validation de l'étude.

Après cette validation, la prochaine étape sera la tarification. Dr Lalla Moulaty indique que «le patient ne payera pas la totalité du coût de l'acte car, dans les structures de santé publique, la subvention de l'Etat est déduite de ce coût. Dans le secteur privé, il est fixé une marge de bénéfice.»

Le processus d'harmonisation devait se terminer en 2020 mais il a été retardé par la pandémie de covid19.

Quel impact aura cette harmonisation à la fin du processus? «Une plus grande accessibilité financière» répond Dr Lalla Moulaty qui ajoute que «l'étude portant évaluation du coût réel montre que les actes seront moins chers.»

Prise en charge des indigents

En plus de ce projet d'harmonisation des coûts, l'accessibilité financière aux soins passe aussi par la prise en charge des indigents. «Dans un hôpital, rien n'est gratuit. Autrement il fait faillite» note le Dr Lalla Moulaty. Elle ajoute que «le principe est la gratuite de soins pour les indigents mais l'hôpital, pour ne pas aller en faillite, doit recevoir le paiement de ces soins dispensés gratuitement aux indigents.» Le Masef, dit-elle, prend en charge,



sous forme de forfait, une partie du coût de ces soins dispensés aux indigents, mais ce forfait insuffisant, a des répercussions négatives sur les hôpitaux qui dépensent ainsi plus que leurs recettes. Pour que les hôpitaux ne pâtissent des soins offerts aux indigents, leur coût (le coût de ces soins) doit être nécessairement être payé. C'est pourquoi, la tendance est, à terme, à l'assurance maladie universelle qui occupe une place de choix dans le programme «Taazour» du président de la République. La couverture sanitaire universelle sera réalisée à travers la CNAM, les mutuelles; la CNSS...

Accès de plus de 100 000 familles pauvres à la CNAM

Ainsi, le 13 janvier, «Le ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont signé, avec la Délégation générale à la solidarité nationale et à la lutte contre l'exclusion (Taazur), un accord portant intégration 100 000 familles issues de milieux pauvres au système d'assurance maladie universelle. Cet accord permettra à environ 620 000 citoyens d'accéder gratuitement aux services de santé.»

Le ministre de la Santé, Mohamed Nedhirou Ould Hamed, a indiqué que cet accord visera à fournir une assurance maladie aux couches vulnérables de la société, conformément au programme de Son Excellence le Président de la République, M. Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani, qui fait de l'assurance maladie universelle une condition d'accès aux soins de qualité.

«Le système d'assurance maladie, qui a débuté en 2005, ciblait initialement les employés de l'Etat et tous les groupes qui reçoivent des salaires du Trésor public, puis s'est élargi pour inclure le secteur semi-public et le secteur privé formel. Le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie atteint au-

jourd'hui plus de 500 000 personnes.»

«Des travaux sont en cours pour une assurance maladie qui couvre tous les segments de la société avec la priorité donnée aux couches vulnérables.

Le délégué général de l'Agence «Taazour» a précisé que, dans le cadre de cet accord, «la Délégation aura à prendre en charge le coût financier de la souscription des bénéficiaires de l'assurance maladie, qui est estimé au cours de l'année 2021 à environ 2,1 milliards d'ouguiyas anciennes.» Il a ajouté que «ce partenariat se poursuivra et se renforcera dans les prochains jours, afin que tous les groupes à faibles revenus puissent accéder aux services de santé avec les mêmes services dont bénéficient tous les assurés de la CNAM sans discrimination.»

Les Caisses régionales de solidarité santé (CRESS)

Pour compléter l'action de la CNAM, la première composante du programme de l'assurance maladie universelle à travers les caisses régionales de solidarité santé (CRESS) a été lancée le 20 janvier 2021 à Aleg. Ces caisses régionales sont une initiative du ministère de la santé avec l'appui de partenaires dont l'Union européenne.

Le programme des CRESS, dans sa première phase, concerne cinq moughataas dans trois wilayas du pays: Sebkhia à Nouakchott Ouest, Dar Naim à Nouakchott Nord, et Aleg, Boghé et Bababé au Brakna. Les CRESS, qui contribueront à la réalisation de la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030, visent «à couvrir les familles rurales et urbaines qui tirent leurs revenus d'activités agricoles informelles ou saisonnières, en plus des employés du secteur privé par le biais d'un système d'assurance maladie professionnel, agréé et largement subventionné.»

Khalilou Diagana et Ely Ould Maghla

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION :

PLUS DE 80% D'ENFANTS VACCINES EN 2019

La politique nationale de vaccination préconise la vaccination des enfants de 0-11 mois et des femmes en âge de procréer (14-45 ans). Son objectif est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination, atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % pour tous les antigènes du PEV au niveau national et au moins 80% dans chaque Moughataa. Il est estimé en 2019 à environ 81%. Les antigènes du programme sont administrés avant l'âge de 1 an en 5 contacts vaccinaux. Il s'agit des vaccins contre la tuberculose (BCG), la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, les infections contre l'*Haemophilus Influenzae* de type b et la rougeole (VAR). Pour les femmes enceintes et en âge de procréer, cinq contacts

vaccinaux sont également prévus dans le cadre de la lutte contre le tétanos maternel et néonatal. Il y a quelques années, les vaccins contre le pneumocoque (PCV13) et les diarrhées à rota virus (Rota) ont fait leur apparition dans le calendrier respectivement en 2013 et 2014. Un Plan Pluri Annuel Complet du PEV 2016-2020 a été élaboré selon les nouvelles directives de l'OMS. Il a pris en compte les sept étapes du guide, les cibles régionales, les axes stratégiques du GVAP et le plan stratégique régional 2014-2020.

Basé sur l'analyse de la situation du PEV, ce plan a défini les priorités, les objectifs, les stratégies et les activités à mener par composante. Son objectif était de rendre performant le PEV.

Athié Alassane

**Plus de 80% d'enfants vaccinés**

Le PEV est un programme important auquel le gouvernement accorde une attention particulière. Sa mise en œuvre requiert de gros moyens en ressources humaines et en logistiques. Des campagnes régulières de vaccination dans un territoire vaste, des contrées enclavées et des populations nomades. Ainsi, en plus des partenaires comme OMS, UNICEF, la Mauritanie a noué un partenariat avec GAVI (Alliance pour Vaccin). Ce partenariat permet à la Mauritanie d'acquérir des vaccins en payant une partie, l'autre est prise en charge par GAVI jusqu'au moment où la Mauritanie assumera le coût total de ses vaccins, signale, le directeur de la santé, Dr. Sidi Ould Zahaf avant d'ajouter que «la vaccination vise à protéger les enfants contre des maladies qui tuent ou handicapent et les jeunes filles en âge de procréer pour leur éviter le cancer du col de l'utérus, devenu un problème de santé pu-



blique (HPV)».

En dépit de la pandémie, la Mauritanie n'a jamais manqué de vaccins, ils sont même arrivés par cargos indique Dr. M'Bareck Houmoid, coordinateur du programme élargie de vaccination (PEV). Et d'ajouter, « malgré la menace de la COVID, les familles ont toujours continué à fréquenter les structures de santé pour vacciner leurs enfants parce qu'elles ont compris l'importance de ce geste vital qui permet de les protéger et d'éradiquer des épidémies». Il faut noter que c'est avec GAVI, que les nouveaux vaccins (Pentavalent, le RR, le PCV13, le Rota et le VPI) ont été introduits dans le PEV. Considéré comme le vaccin de référence du PEV; , le pentavalent protège contre cinq maladies dont notamment la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et l'Infection à *Haemophilus influenzae* B (HIB).



Pour atteindre les enfants, le PEV, transformé depuis peu en service met en place 3 stratégies: la stratégie de vaccination en poste fixe qui vise les populations résidant à moins de 5 kilomètres d'une formation sanitaire ; la stratégie de vaccination en poste avancé qui vise celles qui sont à 5 kilomètres et plus de la formation sanitaire ; la stratégie de vaccination mobile qui vise les populations situées à plus de 10 kilomètres de la formation sanitaire. Et avec l'intégration de la vaccination aux normes sociales, l'expansion des moyens de transport et le désenclavement de certaines zones, la stratégie fixe a prouvé son efficacité. Toujours selon le coordinateur du PEV, plus de 70% des structures de santé disposent aujourd'hui de chaîne de froid pour mener à bien la vaccination et les capacités sont entrain d'être renforcées avec la construction à Nouakchott de locaux de stockage de vaccins. «Depuis 2010, la vaccination enregistre des performances en crescendo, l'état investit beaucoup de moyens pour l'achat des vaccins, les infrastructures de sécurisation et le personnel», renseigne Dr. M'Barek.

La stratégie mobile reste le garant de l'équité car la seule qui permet d'atteindre des enfants loin des UFV et qui ne disposent pas de moyens et/ou de la conviction pour se déplacer vers ces UFV. Ceci est à l'origine du coût relativement élevé par enfant vacciné. Voir encadré

20% à rattraper:

Si le taux de couverture vaccinale est jugé assez satisfaisant, plus de 20% des enfants mauritaniens ne sont pas encore touchés. On les trouve selon le directeur de la santé et le coordinateur du PEV dans le faubourg de Nouakchott et dans les zones enclavées de l'intérieur du pays. Et pour redresser cette situation, une stratégie est en cours d'élaboration ; elle vise à rattraper ces enfants très mobiles. C'est l'une des difficultés rencontrées par le PEV dans ses différentes campagnes de vaccination. Même si la stratégie mobiles demeure a permis aux différentes équipes de visiter les maisons pour y trouver des enfants et des femmes en âge de procréer, il n'en demeure pas moins qu'il y a toujours ceux qui échappent à ces descentes. Une campagne de sensibilisation sera menée pour amener les parents à faire davantage vacciner leurs enfants indique Dr. M'Barek.

Les porteurs du PEV sur le terrain

La surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV implique :

Les 15 points focaux régionaux, qui sont basés au niveau des 15 Wilayas du pays, les correspondants de la surveillance au niveau des structures nationales de référence (CHN, INRSP, CNORF, CHS, Hôpital militaire, Hôpital Cheikh Zayed et Centre hospitalier mère enfant, HA), le personnel du service de la surveillance épidémiologique intégrée et le personnel des postes et centres de



santé, des centres de rééducation et le personnel des 11 centres hospitaliers régionaux et un hôpital régional et 2 hôpitaux de Moughataas. Ces acteurs exercent selon les trois niveaux ci-après:

Niveau National : le service de la surveillance épidémiologique de la Direction de la Lutte contre les Maladies (DLM) composé de deux divisions (division de la riposte et celle de la gestion des données), Niveau régional : la DRAS (au sein de laquelle existent le service régional du SNIS et de la surveillance épidémiologique) et chaque service est dirigé par un point focal.

Niveau Moughataa : équipe départementale dont le point focal de la surveillance est le major du centre de santé.

Un approvisionnement adéquat en vaccins à tous les niveaux est essentiel pour assurer la conduite sans interruption des services de vaccination. Le suivi des stocks et des pertes contribuent à l'amélioration de la qualité des services et à la maîtrise du coût des vaccins.

Aujourd'hui, plus de 70% des structures de santé sont dotées de chaînes de froid et le personnel formé aussi bien dans les différentes écoles de santé. que sur le tas.

Le renforcement des capacités est assuré de manière régulière.

Quelques difficultés

Mettre en œuvre cet important programme sur un territoire aussi vaste que la Mauritanie, avec des contrées enclavées et des populations mobiles relève d'un sacré défi. Le PEV enregistre des résultats satisfaisants, mais il continue à connaître des problèmes de ressources humaines, de formation et de communication. «Le PEV fait beaucoup de choses qui restent ignorées du public», déplore son coordinateur. Il s'y ajoute comme mentionné plus haut, les enfants non couverts et la gestion des vaccins mais aussi le problème des déchets ; «il faut les détruire» indique le directeur de la santé.

De gros efforts sont en train d'être faits par le gouvernement avec les partenaires principaux comme l'OMS, l'UNICEF et GAVI pour y remédier.

(mise à jour en septembre 2020)
Tableau 1 : Vaccination systématique recommandée - Résumé des notes d'information de l'OMS

Antigène	Enfants (voir détails tableau 2)	Adolescents	Adultes	Observations (voir détails dans les notes)
Recommandations pour tous les programmes de vaccination				
BCG¹	1 dose			BCG à la naissance et VIH; Stratégie de vaccination universelle à la naissance vs stratégie de vaccination sélective; Co-administration; Vaccination des groupes plus âgés; Femmes enceintes
Hépatite B²	3-4 doses (voir notes pour les choix des programmes)	3 doses (pour groupes à haut risque si pas vaccinés précédemment) (voir note)		Dose à la naissance Prématuré et faible poids à la naissance Co-administration des vaccins et vaccin combiné Définir haut risque
Polio³	3-4 doses (au moins une dose VPI) avec DTCCV			VPOb dose à la naissance Critères de transmission et d'importation Type de vaccin
Vaccin contenant DTC (DTCCV)⁴	3 doses 12-23 mois (DTCCV) et 4-7 ans (vaccin contenant dT/DT, voir notes)	1 rappel 9-15 ans (dT)		Programme reporté ou interrompu Co-administration du vaccin Immunisation maternelle
Haemophilus influenzae type b⁵	option 1 3 doses, avec DTCCV option 2 2 ou 3 doses, avec rappel au moins 6 mois après l'achèvement de la série primaire			Dose unique si >12 mois d'âge Non recommandé pour enfants > 5 ans Programme reporté ou interrompu Co-administration des vaccins et vaccin combiné
Pneumocoque (conjugué) - VPC⁶	option 1 3 doses primaires (3p+0) avec le vaccin DTCCV option 2 2 doses primaires, rappel à 9-18 mois d'âge (2p+1) avec DTCCV			Options de schéma (3p+0 vs 2p+1) Choix du vaccin Rappel pour nourrissons VIH+ et prématurés
Rotavirus⁷	Rotarix: 2 doses avec DTCCV RotaTeq: 3 doses avec DTCCV			Choix du vaccin Non recommandé si > 24 mois d'âge
Rougeole⁸	2 doses			Vaccin combiné; Vaccination précoce du VIH; Grossesse
Rubéole⁹	1 dose (voir notes)	1 dose (adolescentes et/ou femmes en âge de procréer si non vaccinées auparavant; voir notes)		Atteindre et maintenir une couverture de 80% Co-administration des vaccins et vaccin combiné Grossesse
PVH¹⁰		2 doses (filles)		Cible filles 9-14 ans; Vaccination de cohortes multi-âges Grossesse; Groupes plus âgés ≥ 15 ans 3 doses; VIH et immunodéprimé

Se référer à <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/> pour les dernières mises à jour du tableau et des notes d'information.

Ce tableau résume les recommandations de l'OMS pour la vaccination des enfants. Il est conçu pour assister au développement des programmes spécifiques des pays et n'est pas destiné à un usage direct par les agents de santé.

Les programmes spécifiques de chaque pays doivent prendre en compte les considérations locales épidémiologiques, programmatiques, financières et politiques. Même si les vaccins sont universellement recommandés, certains enfants peuvent présenter des contre-indications à des vaccins particuliers.

Contribution du ministère de la Santé à la Sécurité routière :

Pour la mise en place d'un système d'aide médicale d'urgence (SAMU) rural performant

Par ABDELKADER SY

De nos jours, les accidents de la voie publique (AVP) constituent, à n'en pas douter, toujours un réel problème de santé publique mondiale. Selon les statistiques de l'OMS, ils tuent, au minimum, annuellement 1,5 million personnes avec plus de 30 millions blessés.

Dans notre pays, plusieurs facteurs augmentent le risque des AVP et rendent le défi plus important et souvent très difficile à relever. Ces facteurs sont dans le fait que notre pays est très vaste, les routes sont, pour la plupart le plus souvent cahoteuses et ses usagers n'ont aucun respect du code de la route. Face à cette situation, le gouvernement mauritanien, conscient de ce péril routier avec sa mortalité très élevée ainsi que sa morbidité, a mis en place en novembre 2019, l'ébauche d'un dispositif visant à réduire la morbi-mortalité liée aux AVP. Ce dispositif est devenu cinq mois plus tard l'un des programmes prioritaires du Président de la République, Monsieur Mohamed Cheikh El Ghazouani. Ce programme est piloté techniquement par Dr Cheikh El Moustapha Erebi, professeur en traumatologie orthopédique, chef du Service de la Lutte contre les Traumatismes et les Accidents de la Voie publique.

"Golden hour" cette première heure après l'accident

Ce programme a franchi déjà deux étapes fondamentales. La première étape était la mise en place du cordon médical Nouakchott – Aleg doté de 4 unités de sécurité routière (USR) avec 50 km d'intervalle. Chaque unité dispose d'une ambulance équipée de tous les outils nécessaires pour la prise en charge des victimes et d'une équipe composée de deux infirmiers et un chauffeur formés aux modalités de la prise en charge des victimes des AVP. La seconde étape consiste en l'extension du dispositif de 4 à 12 (unités de sécurité routière) USR, après la réception de 8 ambulances offertes par la SNIM dont les équipements ont été complétés par le ministère de la Santé. Ces unités ont été positionnées sur les deux axes nord du pays le 1er novembre 2020, 05 sur l'axe Nouakchott-Nouadhibou et 03 sur l'axe Nouakchott-Zouerate.

En 2020, nous avons réalisé 98 interventions pour secourir 276 blessés dont 63 blessés graves et 12 décès, précise Dr Cheikh El Moustapha Erebi.

La prise en charge pré hospitalière des victimes réduit énormément la mortalité. Selon des études récemment publiées, 40% des décès surviennent sur le lieu de l'accident, 30% durant le transport à l'hôpital et seulement 30% après l'arrivée à l'hôpital. Donc toute prise en charge efficace doit commen-



cer à partir même du lieu de l'accident et les spécialistes parlent de "Golden hour" cette première heure après l'accident est déterminante, note Dr Erebi.

Pour lui, nous entamons actuellement la troisième phase qui vise une extension très importante avec le passage en 2021 de 12 à 32 USR nous permettant de couvrir les cinq axes principaux du pays qui sont : Nouakchott – Néma, Nouakchott – Rosso, Rosso-Sélibaby, Nouakchott – Nouadhibou, Nouakchott – Zouerate. Notre objectif ultime est de couvrir tous les axes routiers du pays avant la fin de l'année 2023, a dit Dr Cheikh El Moustapha Erebi.

Nous n'avons pas des chiffres exacts sur les années passées mais selon le bilan annuel du ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, les AVP ont connu une diminution importante en 2020 et surtout le taux de mortalité lié aux AVP, a-t-il ajouté.

Dès lors, le ministère de la Santé compte mettre en place, pour 2020-2021, le registre national du traumatisme devant servir d'un système d'informations fiables et analysables sur toutes les causes du traumatisme.

Ce projet fait partie du programme prioritaire présidentiel. Tirée d'une expérience faite à la fin de l'année 2019 pour tenter de répondre à l'ampleur des effets des accidents de la circulation sur la route de l'Espoir, la tentative de mettre en place 4 unités sur cet axe qui dessert plusieurs wilayas fut tout simplement enthousiasmante par ses résultats probants que la volonté d'étendre ce dispositif à l'échelle des routes nationales a été retenue. Le projet a été aussitôt adopté et classé parmi les projets prioritaires du Président de la République, Monsieur Mohamed Cheikh El Ghazouani. Au cours de l'année 2020, un programme bancable et global a été minutieusement établi à travers une vingtaine d'unités sur les axes principaux:

Nouakchott-Nouadhibou avec 5 ambulances

Nouakchott-Zouerate avec 4 ambulances

La route de l'Espoir et la Route de Rosso avec un

dispositif de 12 ambulances.

Pour ce faire, le personnel chargé d'exécuter cette mission a été recruté et formé pour les besoins de la cause. Ainsi, ces 12 ambulances déployées sur ces axes sont largement opérationnelles. On précise, de sources autorisées, au niveau des responsables du projet que 10 autres sont attendues très prochainement pour que ce dispositif couvre l'ensemble des 4 axes cités plus haut. Cela signifie qu'avant la fin de l'an 2021 tous les axes seront équipés d'ambulances adaptées aux accidentés de la circulation.

En 2021, les responsables de ce projet porteur entendent doubler leurs effectifs respectifs. On attend que ce dispositif de sécurité ait des réponses appropriées à l'urgence médicale sur les axes routiers puisse être un noyau conséquent pour la mise sur pied d'un futur SAMU de Mauritanie dans sa composante rurale, selon Dr Ali Cheibani Cheikh Ahmed, coordinateur du programme Santé du programme prioritaire du Président de la République. La mise sur pied de ce futur SAMU est un important volet du programme prioritaire du Président de la République qui doit être exécuté durant la période 2021-2022. Il se poursuivra, inshallah, jusqu'à mars 2023, a-t-il dit. Ce projet est issu du programme prioritaire élargi du Président de la République plus connu sous le nom ProPEP. Ce programme se propose d'effectuer des réformes du secteur de la santé permettant l'accélération de l'atteinte de la couverture santé universelle et une résilience effective de notre système de santé face aux menaces de santé publique. Dès lors, les autorités ont décidé la gratuité des soins pour les indigents à travers leur affiliation à la CNAM pour 100 000 ménages les plus pauvres et la gratuité de la réanimation pour tous. Cette mesure, qui a été prise par les pouvoirs publics pour permettre l'adhésion à l'assurance maladie de 100 000 ménages les plus pauvres enregistrés par le registre social de Taazour est d'une valeur capitale. Un 3^e volet du projet est la prise en charge des Accidents de la Voie Publique (AVP).

Le lourd fardeau de mortalité et de handicaps causés par les accidents de la voie publique a été à l'origine de la conception de ce projet qui fonctionne actuellement avec 4 unités médicalisées de sécurité routière sur l'axe Nouakchott-Aleg. Ce projet a été d'un tel succès dans la réduction des accidents, que son extension aux autres axes routiers nationaux a été décidée.

En cours d'implémentation, ce projet avec les 18 unités médicalisées additionnelles de 2020 sera ainsi positionné sur les quatre routes nationales comme suit :

maliser les secteurs publics et privés de santé L'anarchie existante dans les deux secteurs par manque de normes et procédures clairement définies en cahier de charges dans des textes contraignants, est à l'origine de beaucoup de problèmes affectant l'efficacité de ce jeune système de santé. Les réformes entreprises pour réguler le secteur du médicament ont été un acquis encourageant pour poursuivre avec le secteur médical public et privé, dont ce financement donne l'opportunité de le réguler.

Le ministère de la Santé se propose de construire très prochainement 40 centres et postes de santé

d'assurer aux malades en situation de détresse les soins d'urgence pré-hospitaliers appropriés à leur état.

Il s'agira de mettre en place un dispositif d'aide médicale d'urgence (SAMU), répondant à tout moment de jour comme de nuit aux besoins de santé de la population et intervenant pour les prises en charge pré-hospitalières, notamment en amont du recours à un établissement de santé.

Un tel dispositif sera doté d'un centre de régulation médicale dont l'objectif est d'apporter une réponse médicale adaptée aux besoins du patient en détresse. Il permettra aussi d'orienter les patients vers la juste prestation médicale que requiert leur état en disposant d'un éventail de réponses correspondant à différents niveaux de gravité et d'urgence. Le dispositif participera à la prise en charge sanitaire des victimes lors de situations exceptionnelles, suivant les plans d'organisation des secours définis. Ce dispositif comportera, outre le centre de régulation médicale, un dispositif de transports médicalisés adapté à l'échelle nationale et des centres de déchoquages dont la cartographie sera efficiente par rapport aux pôles de prise en charge complémentaire. Le programme élargi prioritaire du Président de la République offre l'opportunité du financement pour la mise en place de ce dispositif.

Dès lors, il est impératif de renforcer les capacités des structures hospitalières.

Dans le souci d'améliorer la résilience de nos structures de soins face aux chocs portés par les urgences de santé publique connues à la fin de cette décennie par la sous-région (Ebola et Pandémie COVID), des actions de renforcement des capacités de nos hôpitaux urgentes se sont mises en évidence. Ce projet a pour objectif d'accélérer la mise en œuvre des actions prioritaires par les projets d'établissement hospitaliers à cet effet durant ces 2 ans et demi à venir.

...Et d'une assurance maladie universelle

Aussi, le ministère de la Santé s'attelle à la mise en place d'une assurance maladie universelle

Ce fonds, destiné à être catalytique pour accélérer l'avancée vers la couverture maladie universelle, se positionnera après les audits de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables (CAMEC) et celui de la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM), ainsi que le projet en cours des Caisses Régionales de Solidarité Santé. Il se propose de financer la levée des goulots d'étranglement liés à la disponibilité au dernier km du médicament essentiel de qualité, au renforcement des soins de santé primaires pour améliorer la qualité de l'offre mais aussi aux défis opérationnels que connaîtra la CNAM pour couvrir cette population additionnelle, de 100 000 ménages les plus pauvres. S'ajoutent à cela la mise en place des mutuelles, la complémentarité des paquets additionnels à garantir par solidarité à cette population mutualisée qui en aura besoin et tant d'autres goulots opérationnels qui se feront jour au fur et à mesure de notre avancée vers la couverture maladie avec ces deux outils que seront la CNAM et les mutuelles.

AXE : NOUAKCHOTT-NEMA

SR 01 : 75 Km de Nouakchott (Awleigat)
SR 02 : 200 Km de Nouakchott (BirElbarka)
SR 03 : 245 Km de Nouakchott (Carrefour Aleg)
SR 04 : 390 Km de Nouakchott (Sangrave)
SR 05 : 475 Km de Nouakchott (Elghaira)
SR 06 : 670 Km de Nouakchott (Fam Lekhdheirat)
SR 07 : 777 Km de Nouakchott (Aouinat-Zbil)
SR 08 : 1052 Km de Nouakchott (Echame à 75 Km de Timbedra)

AXE : NKT-ROSSO-BOGHÉ-SÉLIBABI

SR 09 (70 Km de NKT)
SR 10 : 140 Km de Nouakchott
SR 11 : 270 Km de Nouakchott
SR 12 : 340 Km de Nouakchott
SR 14 : 607 Km (M'bout)

AXE : NKTT- NOUADHIBOU

SR 15 : M'hajirate (80 Km de NKTT vers NDB)
SR 16 : Agouelijat (170 Km de NKTT vers NDB)
SR 17 : Gare du Nord (240 Km de NKTT vers NDB)
SR 18 : Lehdeiba (350 Km de NKTT vers NDB)
SR 19 : Soueissiya (405 Km de NKTT vers NDB)

AXE : NKTT-ZOUERAT

SR 20 : Alsama (135 Km de NKTT vers AKJOUJT)
SR 21 : Yaghref (356 Km de NKTT ou 100 Km de AKJOUJT vers ATAR)
SR 22 : Eghcheywat (515 Km de NKTT, 80 Km de ATAR vers ZOUERAT)

Vers la création d'un SAMU adapté à nos réalités...

Le reste du programme verra l'extension du dispositif aux autres axes routiers nationaux pour une quarantaine d'unités médicalisées de sécurité routière qui serviront de composante rurale capitale du futur Système d'assistance médicale d'urgence.

Un SAMU est conditionné par gratuité des transports et évacuations sanitaires pour tous.

Là aussi, le fardeau des frais de transports sur les ménages dans la dépense de santé représentait 21% en 2017. Dans certains cas, cette dépense était considérée comme appauvrissante pour les ménages les plus vulnérables. Elle est, désormais, gratuite entre toutes les formations sanitaires et les remboursements pour ses dernières sont effectifs depuis le 1er mai 2020

Pour y parvenir, il est nécessaire de réguler et nor-

maliser les secteurs publics et privés de santé

Le projet de carte sanitaire en cours de finalisation a permis l'identification des sites prioritaires et l'opportunité de leur construction et équipement sur la durée du projet pour une enveloppe de 825 millions MRU en collaboration avec le ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme et de l'Aménagement du Territoire est donnée par ce financement du programme élargi du Président de la République. Cet effort permettra une amélioration substantielle de la couverture sanitaire de qualité dans les poches géographiques de vulnérabilité.

Poursuivant son action, le ministère de la Santé compte mettre en place un SAMU en Mauritanie.

Pour lever le défi de l'assistance médicale d'urgence pour une population de près de 4 500 000 habitants dont plus de 50% sont en milieu rural avec une dispersion géographique majeure, la Mauritanie doit se doter d'un mécanisme de secours en mesure

Hospitalisation à l'étranger :

Entre nécessité et souhait des patients

Par Ahmed Taleb Ould Maaloum

En dépit des difficultés rencontrées pendant des décennies, dont la modestie des infrastructures de santé, le manque d'hôpitaux, de ressources humaines et d'équipements, l'évolution positive enregistrée par les services du secteur au cours des dernières années, comme l'augmentation du nombre de médecins et des spécialités dans les hôpitaux: de cardiologie, d'oncologie, d'hépatovirologie, de la mère et de l'enfant, de traumatologie, d'orthopédie et des grands brûlés, a contribué de manière significative à réduire les cas d'évacuation des patients à l'étranger.

En effet, le nombre des cas orientés pour des soins à l'extérieur a baissé, passant de 1 300 cas en 2017 à 376 cas seulement en 2019.

Cependant, ce développement et ces progrès constatés, tant sur le plan qualitatif que quantitatif des services de santé au niveau national n'ont pas empêché de nombreux patients mauritaniens de se faire soigner à l'extérieur du pays, soit en raison de leur souhait de bénéficier de services médicaux développés et de qualité, soit par manque de confiance et de conviction dans les soins prodigués par les hôpitaux nationaux ou encore du fait de l'absence de centres de santé spécialisés dans le traitement de leurs maladies.

L'évacuation à l'étranger a connu également un grand développement avec la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

(CNAM) et l'important rôle joué par cet organisme public.

Toutefois, le sujet de l'orientation des patients à l'étranger, a continué de soulever de nombreuses questions sur les méthodes et les mécanismes par lesquels, il s'opère.

Le droit d'évacuation et ses mécanismes



Le président du Conseil National de Santé, le Professeur Sidi Mohamed Ould Salihi, affirme à « Horizons », que tout citoyen assuré par la CNAM ou par le ministère des Affaires sociales, qui prend habituellement en charge les

citoyens pauvres non assurés par la CNAM et détenteur d'attestations d'indigénat délivrées par les communes dans lesquelles ils résident, a le droit à l'évacuation sanitaire.

L'orientation de tout patient à l'étranger intervient lorsque le spécialiste traitant est convaincu de la nécessité de recourir à cette option avec l'élaboration d'un rapport médical, signé par deux médecins spécialistes dans le domaine, dans lequel il met en exergue l'impossibilité de le soigner localement et le besoin nécessité par son cas à l'évacuation et à la possibilité de se faire traiter à l'étranger.

Le rapport est adressé au Conseil National de Santé, mis en place par les pouvoirs publics ces dernières années, spécialement à cette fin, qui tient sa réunion ordinaire toutes les deux semaines et à tout moment en cas d'urgence, pour statuer sur les rapports sur les demandes d'évacuation et se prononcer à l'unanimité sur chacun des dossiers examinés.

La transparence des procédures:

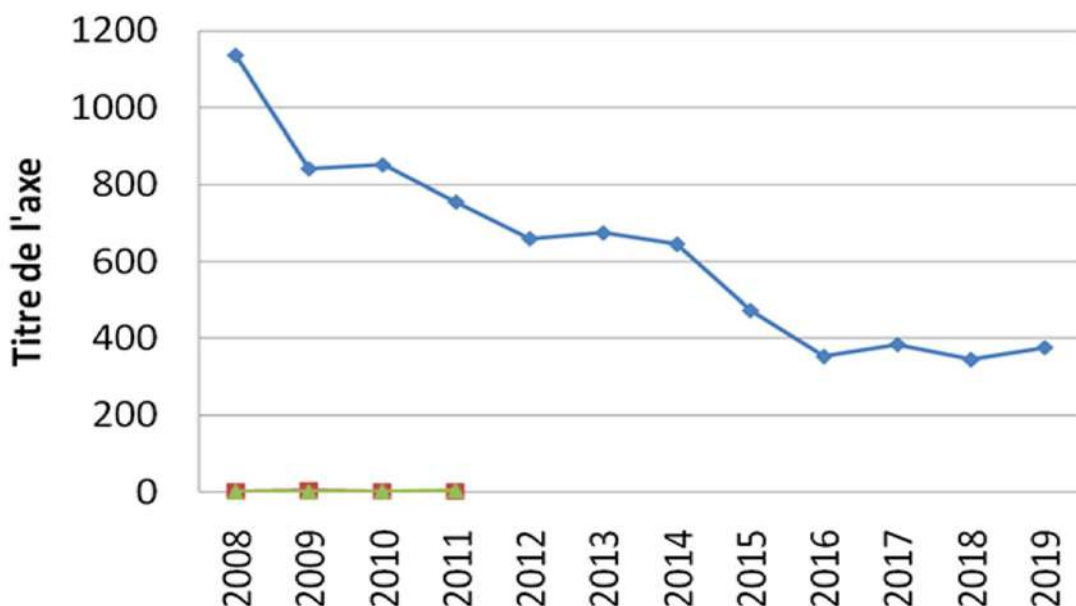
Le Conseil national de la santé adopte une approche transparente et stricte dans la prise des décisions relatives à l'évacuation des patients à l'étranger, dès lors qu'il s'agit de décisions se rapportant à la nécessité de préserver la santé et la vie des citoyens d'une part et d'éviter de gaspiller les ressources de l'Etat et leur dilapidation d'autre part, d'autant plus que le coût moyen de traitement d'une personne à l'étranger s'élève à 10 000 dollars environ, soit près de 3.500 000 UM, a ajouté le Professeur.

« Les ¾ des cas évacués à l'étranger portent essentiellement sur des maladies cardiaques, en particulier la chirurgie cardiaque pédiatrique, certaines maladies de l'œil, du nez et de la gorge ainsi que pour les maladies cancéreuses », poursuit-il, soulignant le problème relatif au recours des parents des patients à des voies multiples pour obtenir l'évacuation de leurs malades ne répondant pas aux critères requis.

« Ce qui suscite parfois leur mécontentement et leur déception devant le rejet des dossiers de leurs proches par le Conseil qui prend toutes ses décisions, indépendamment de toute pression, de quelque nature que ce soit, sur la base de critères clairs et connus de tous, tout en donnant l'opportunité à chaque plaignant, par l'intermédiaire du médecin traitant du patient, de plaider en sa faveur et de mettre en exergue la pertinence du rapport objet de la demande d'évacuation.

Traduit de l'Arabe par
Mohamed Mohamed Lemine

Courbe d'évolution des évacuations



CONSEIL NATIONAL DE SANTE

L'actuel Conseil National de Santé (CNS) a été nommé par arrêté du ministre de la Santé numéro 2018. 359 du 11 juin 2018 portant fusion des conseils de santé civile militaire et de la SNIM pour un mandat de 4 ans. Il est régi par l'arrêté de création numéro 2014. 1736

Le CNS est le seul organisme habilité sur le plan national à décider des évacuations sanitaires à l'étranger.

Il est composé de 16 membres:

- Des médecins spécialistes choisis sur la base de leur expertise dans le domaine de leur spécialité ;
- Deux médecins militaires ;
- Un médecin représentant la CNAM ;
- Un médecin représentant la DAS ;
- Le directeur de la médecine hospitalière ;
- Un médecin représentant le secteur privé.

L'arrêté de création du CNS prévoit pour celui-ci des missions larges et variées cependant son activité essentielle actuelle se résume en :

- Organisation de sessions d'étude de dossiers proposés pour évacuation sanitaire ;
- Expertise des certificats médicaux.

Il en résulte une vision très claire des causes et des solutions immédiates des dysfonctionnements de notre système sanitaire.

Riche de cette expertise et des actions qu'il mène le CNS participe à la formation et à l'organisation des soins avec comme objectif final la possibilité de prise en charge locale de toutes les pathologies.

La demande d'évacuation est formulée par trois médecins spécialistes (staff) puis déposé avec le fond de dossier (examens complémentaires) au niveau de la CNAM, la direction des affaires sociales, de la santé militaire ou de la SNIM. Le dossier sera transmis et traité selon le degré d'urgence.

Le CNS se réunit en sessions ordinaires tous les 15 jours et en sessions d'urgence pour les malades dont l'évacuation est jugée urgente. trois membres dont le président sont en astreinte constante pour ce faire.

Les décisions se prennent à l'unanimité et sont transmises aux assureurs et au ministère de la santé.

Les dossiers non approuvés peuvent être revus en présence du médecin traitant sur sa demande.

Le CNS rédige un rapport annuel contenant les statistiques des types de maladies évacuées et propose des solutions dans un plan d'action annuel.

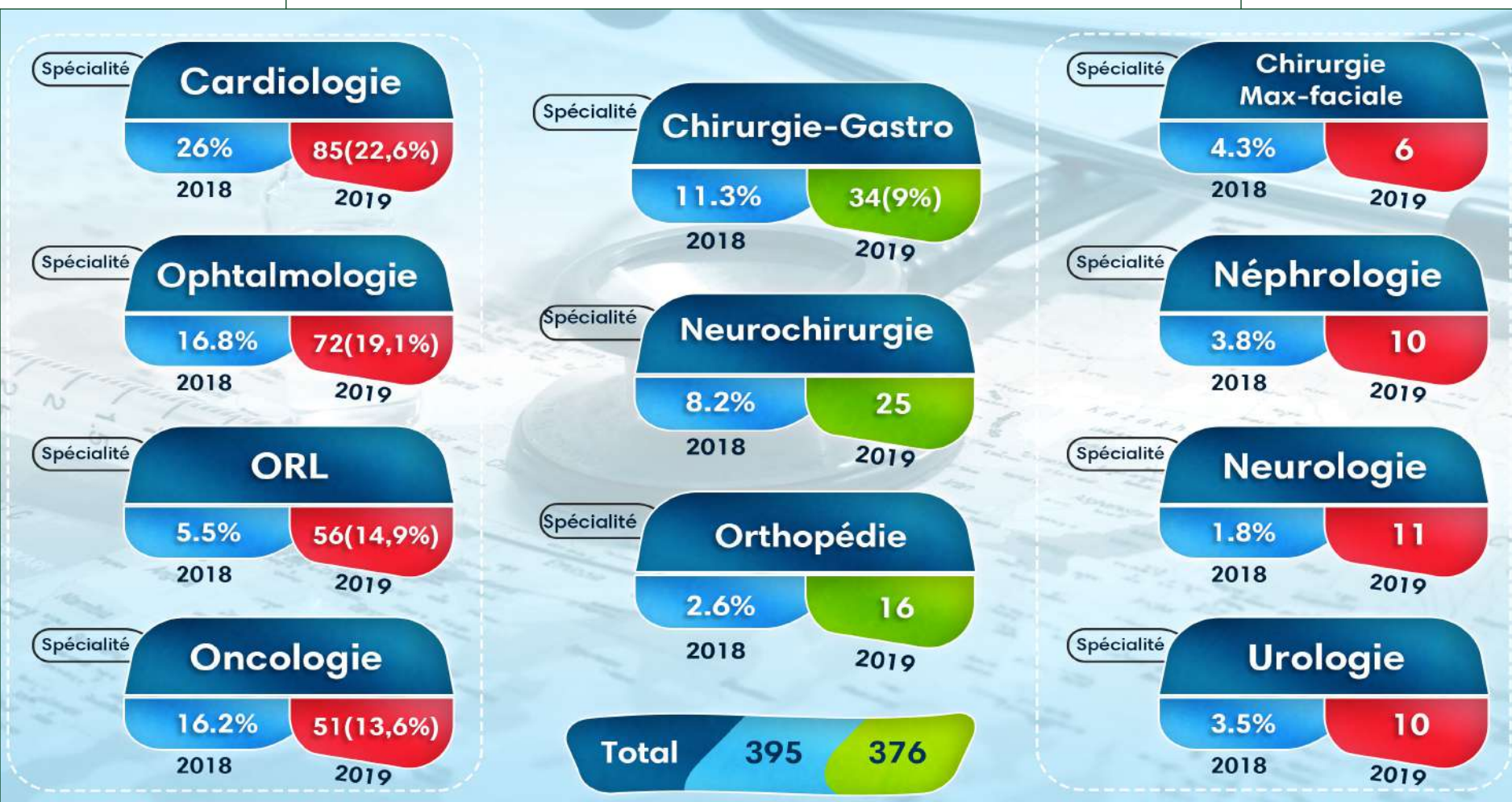
Ce rapport constitue un très bon indicateur sur l'évolution de notre système Sanitaire.

Plusieurs facteurs ont permis une réduction des évacuations sanitaires à l'étranger:

- La décision de faire fusionner les différents conseils de santé a permis une harmonisation des décisions et l'échange d'informations sur l'évolution des plateaux techniques ;
- La rigueur dans l'initiation et le tri des dossiers ;
- L'amélioration de la technicité et du nombre de nos médecins, l'ouverture de centres spécialisés (CNO, CNC), l'amélioration progressive des plateaux techniques avec l'acquisition de matériel médical de pointe (microscope opératoire, IRM 3 Tesla; Colonne de coelioscopie de nouvelle génération, Scintigraphie, Ira thérapie...)
- Organisation de missions de soins ;
- FORMATION CONTINUE et ciblée.

Ainsi on est passé de 1.600 patients évacués en 2006 à 376 en 2019, soit une réduction de 77%. Sur le plan économique, la prise en charge à l'étranger coûte 350.000 MRU, soit une économie de 400 millions de MRU par an.

Répartition des évacuations sur les spécialités



Les syndicats du secteur de la santé se félicitent des avancées et exigent l'exécution totale du protocole du 13 mars 2019

Par Mohamed Atigh

Les sages-femmes, les généralistes, les spécialistes, les pharmaciens...le secteur de la santé, comme beaucoup d'autres en Mauritanie, souffre de la pléthore de syndicats. Malgré cette dispersion préjudiciable à l'efficacité de leur action, les travailleurs de la santé sont parvenus à la signature d'un protocole avec leur ministère de tutelle en 2019. Une partie des clauses de ce protocole a été concrétisée. Les syndicats de santé demandent l'exécution des autres engagements du ministère de la santé.

Le secteur de la santé est considéré comme un des plus importants des services d'un Etat. Ce secteur est aussi un indicateur pertinent du niveau de développement d'un pays. C'est à travers la qualité et le développement des soins de santé que la position d'un Etat est déterminée dans le processus de développement. Les employés de ce secteur constituent l'élément moteur du développement des nations. Il est en effet difficile de construire un pays sur la morbidité. D'énormes devoirs et responsabilités reposent sur alors sur les épaules des infirmiers, médecins, techniciens, sages-femmes...

C'est pourquoi, les syndicats et les associations de travailleurs du secteur de la santé élèvent la voix et brandissent les bras pour réclamer de meilleures conditions de travail.

Cependant la pléthore de syndicats et d'associations des travailleurs qui brandissent le slogan de la défense des droits des professionnels de la santé est perçue comme un obstacle à l'action syndicale efficace.

« Le travail syndical dans le pays se heurte, de manière générale, à de nombreux obstacles, dont le plus important est la dispersion de cette action, en raison de l'octroi de nombreux récépissés à des syndicats cartables, ne satisfaisant aucun critère syndical et sans adhérents », dit le président du Syndicat national de la santé publique Cheikh El-Weli Ould Ahmed. Il ajoute que « sur les 18 syndicats autorisés dans le secteur de la santé, seul un nombre très limité s'active sur le terrain. »



« L'autre obstacle non négligeable de l'action syndicale, réside dans le fait qu'en dépit de la non-représentativité de la plupart des syndicats, le gouvernement les traite au même pied d'égalité que ceux qui comptent des centaines de membres. » Cette dispersion syndicale affecte la crédibilité des travailleurs de la santé et suscite des doutes sur la capacité réelle des syndicats à provoquer le changement », ajoute-t-il.

« L'action syndicale en Mauritanie a connu des périodes d'échec et de désespoir du fait de la non-satisfaction des doléances en raison de l'inexécution des différents », a-t-il poursuivi, mettant en exergue les protocoles signés à travers le processus de lutte syndicale et restés lettre morte.

« A titre d'exemple, en couronnement de l'activisme de la coordination des travailleurs de la santé, a été signé en 2011 un protocole dont la plus importante des revendications portait sur l'officialisation de la prime de risque et l'amélioration des conditions des agents de santé en général. La plupart des dispositions de ce protocole n'ont pas été appliquées », a dit le leader syndicaliste.

« Le Syndicat national de la santé publique avait été créé en 2016 dans des circonstances extrêmement difficiles qui pesaient sur la vie des travailleurs de la santé dans le pays, portant sur des droits perdus, des protocoles et des accords bloqués, d'où l'objectif principal de sa création, afin de tirer l'activisme syndical de l'immobilisme prévalent depuis longtemps ainsi que pour initier le personnel de santé à l'action syndicale légitime pour la satisfaction des doléances », dit Cheikh El Wely.

« Nous avons organisé dans ce cadre, entre 2016 et 2019, près de 120 sit-in de protestation sur tout le

territoire national, deux grèves partielles, dont une pour une période de trois jours en solo en 2017 et l'autre, également de trois jours, en collaboration et en coordination avec le Syndicat des médecins spécialistes, le Syndicat des sages-femmes et le Syndicat national de la santé », note Ould Ahmed, soulignant leur entrée par la suite, aussi en consécration de leur activisme, avec l'investiture du Président Mohamed Ould Cheikh Ghazouani, dans un dialogue global avec le gouvernement.

« Nous pouvons donc évoquer aujourd'hui un degré de responsabilité dans le partenariat entre le gouvernement et les syndicats et l'orientation vers la satisfaction des promesses, grâce aux grèves et aux manifestations que nous avons menées et l'engagement des travailleurs à s'y impliquer, en dépit, des contraintes et des pressions auxquelles ils sont exposés pour ne pas y participer, dont l'affectation arbitraire et la suspension du salaire », a-t-il dit.

« Les salaires de tous les travailleurs de santé ont été officiellement majorés de 30%, comme il a été décidé d'augmenter l'indemnité de permanence, d'officialiser la prime de risque, de changer le système des cycles, ce qui a été partiellement réalisé et de procéder aux recrutements tant attendus des employés du secteur de la santé », a-t-il ajouté, rappelant qu'aucun employé de santé n'avait été embauché depuis 2013 et évoquant le recrutement récent d'infirmiers et de sages-femmes.

« Malgré ces promesses constructives et ces revendications concrétisées, la grève reste une option plausible en cas d'échec des négociations ou de réticence du gouvernement à respecter ses engagements », a-t-il poursuivi.

Et de conclure : «les espoirs sont totalement différents de la réalité. Nous espérons que le gouvernement et les instances exécutives comprennent et soient convaincues de la nécessité de mettre les employés de santé dans de bonnes conditions, afin de les aider à accomplir leur travail vital et à d'assurer des services de qualité. Nous souhaitons qu'ils développent l'infrastructure sanitaire dans le pays. La réalité nous pousse à la réserve, à l'attente et à ne pas se précipiter derrière les promesses faites par les gouvernements qui nous nous ont habitués au non-respect de leurs engagements. »

La multitude des syndicats se répercute négativement sur l'action syndicale

La présidente de l'Association nationale des Infirmiers, Mme Oum Hacen Mint Mezid, évoque pour sa part, l'existence d'un quasi consensus de la majorité des syndicats du secteur de la santé sur une plateforme fondée sur un ensemble de protocoles et d'accords.

Une pétition lancée depuis 2011 jusqu'à 2019, dont le protocole a été couronné récemment de succès, à la suite de négociations engagées avec le ministère de la Santé, en tranchant deux points fondamentaux dont le premier porte sur une décision d'augmentation et de généralisation de l'indemnité de garde et le second, sur la révision des salaires des travailleurs du secteur.

« Le président Mohamed Ould Cheikh Ghazouani a fait un geste aux employés du secteur, portant sur une augmentation de 30% des salaires de tous les travailleurs de santé », a-t-elle affirmé, soulignant qu'en vertu de l'accord susmentionné, le gouvernement s'est également engagé à augmenter pendant 4 ans, de manière significative et par an, les salaires des travailleurs », a-t-elle ajouté.

« Il faut louer ici la décision portant augmentation et généralisation de la prime de risque qui figurait en tête des doléances soulevées lors de la grève et des protestations de 2011 et qui a duré 42 jours », a-t-elle poursuivi, mettant en exergue d'autres points essentiels de la plateforme de revendications, dont le plus important est le recrutement, puisque de nombreux médecins, infirmières et sages-femmes attendent encore dans les couloirs de l'intégration dans la fonction publique, citant par ailleurs la requête appelant à accorder la priorité aux retraités du secteur de la santé dans les avantages contractuels, au lieu de se concentrer sur les médecins étrangers en plus de l'octroi des terrains par le gouvernement au personnel de santé.

Et de conclure : « nous espérons que toutes ces demandes seront satisfaites afin que les travailleurs du secteur de la santé bénéficient d'une place décente leur permettant d'accomplir leur travail avec la qualité requise ».

La secrétaire générale du Syndicat national des sages-femmes Mme Andourha Ledhem, qualifie pour sa part, son association de cadre professionnel dans lequel ont adhéré toutes les sages-femmes

actuellement en service et à la retraite. Le syndicat national des sages-femmes inscrit son objectif dans la défense des intérêts et des droits de ses membres et exige l'amélioration de leurs conditions matérielles et sociales ainsi que leur représentation dans toutes les questions qui les concernent.

A propos de vécu de l'action syndicale dans le pays et de façon particulière dans le domaine de la santé, Mme Andourha dit : « bien que l'activisme syndical ait commencé de manière précoce au début des premières années de l'indépendance du pays, l'action syndicale en tant que pratique et tradition parmi les travailleurs du pays est, en quelque sorte, apparue tardivement, en raison de facteurs multiples, dont les plus importants sont la faiblesse de la masse des travailleurs et le manque de prise de conscience de son importance comme garant fondamental de l'obtention des droits et de la défense des acquis ».

« Les employés de la santé étaient les derniers travailleurs à prendre conscience et à comprendre cette réalité », a-t-elle dit.

« L'augmentation croissante des effectifs médicaux et paramédicaux, la diversité des employeurs et la multitude de syndicats opérant dans le secteur ont encouragé les employeurs à s'investir dans la division de la cohésion des travailleurs et à s'efforcer à semer la discorde entre leurs différents syndicats, afin que l'administration puisse contrôler et mettre en œuvre sa volonté sans trop de problèmes », a-t-elle ajouté, soulignant que ce sont ces raisons qui ont contraint le travailleur à rester prisonnier entre le marteau de l'administration et l'enclume de ses mauvaises conditions.

« La politique de l'administration visant à saper les syndicats s'est manifestée sous plusieurs aspects tels que l'intimidation et l'incitation, en nommant certains et en affectant d'autres pour travailler dans des zones reculées du pays, en plus d'autres moyens de pression exercés, dans le but d'étouffer les doléances du personnel de santé, de les reléguer aux oubliettes ou de les dépasser avec le temps », a-t-elle assuré.

« L'interaction des gouvernements et des instances exécutives avec les revendications des syndicats de la santé restera incomplète, tant que le gouvernement n'a pas appliqué la représentativité syndicale, qui est une exigence fondamentale et urgente de toutes les centrales syndicales et professionnelles sérieuses, ainsi que l'élimination de la fluidité du champ syndical, afin que les représentants des travailleurs portent réellement et sans figuration le flambeau de la défense de leurs droits », a-t-elle dit. Et de terminer en disant : « on peut dire que certaines revendications ont été satisfaites, notamment l'annulation du système de cycles, l'augmentation



des salaires des employés de santé de 30% et son renouvellement annuel jusqu'à ce qu'elle atteigne 100% et la généralisation de la prime de risque, en plus de points cités dans la pétition des travailleurs approuvés mais non encore matérialisés, tel que l'augmentation de l'indemnité de permanence, sans oublier d'autres points toujours au stade des pourparlers avec le ministère, dont à titre d'exemple l'attribution de parcelles et l'unification de la prime de risque.

L'action syndicale, l'unique canal pour améliorer les conditions du travailleur et défendre ses droits

Bounena Ould Abidine, président du Syndicat des médecins spécialistes mauritaniens, rappelle quant à lui, l'objectif de création de ce cadre associatif, pour défendre les médecins spécialistes mauritaniens et œuvrer en vue d'améliorer leurs conditions afin qu'ils puissent bien s'acquitter de leurs devoirs consistant à servir les malades avec abnégation et loyauté.



« Je vois que le travail syndical au niveau national est encore à ses balbutiements, même s'il existe d'anciennes organisations syndicales, lesquelles ne peuvent toutefois pas faire avancer l'action syndicale, si elles ne bénéficient pas d'un soutien constant de la main-d'œuvre et de l'État », a-t-il dit.

« En conséquence, l'action syndicale nécessite beaucoup de sacrifices de la part des travailleurs, dont la responsabilité commune incombe tant à l'Etat qu'à ces organisations, l'Autorité publique doit faciliter les missions des syndicaux, interagir avec eux et de les soutenir d'une part et que les syndicaux doivent déployer davantage d'efforts pour sensibiliser les travailleurs sur la nécessité de l'action syndicale et ses impacts positifs sur l'employé et le travail, d'autre part », a-t-il dit.

« Concernant le domaine sanitaire, force est de reconnaître que l'action syndicale ne se porte pas bien, les travailleurs du secteur souffrent de la multitude des syndicats qui se répercute négativement sur l'action syndicale, en raison de l'absence d'actions sur le terrain ; ce qui explique le scepticisme du personnel quant à l'action syndicale et en dépit de l'existence d'organisations syndicales actives et efficaces », a-t-il ajouté.

« A propos des acquis dans le domaine de la santé, les syndicats en ont réalisé des avancées, en dépit de tous les obstacles qui entravent leur activisme, de la part des gouvernements ou des administrations. Ainsi, certaines organisations syndicales actives ont pu pousser le ministère de tutelle à entreprendre une amélioration partielle des conditions de travail,

ainsi qu'à obtenir des promesses d'amélioration matérielle, malgré tous les obstacles auxquels nous sommes confrontés en permanence.», a-t-il poursuivi, soulignant qu'ils sont parvenus à convaincre le ministère de la nécessité de se concerter avec eux à propos de toutes les décisions qui se rapportent directement au travailleur de santé.

A propos des revers, M. Bounena dit : si nous voulons parler brièvement des échecs, nous pouvons dire qu'ils portent sur notre incapacité jusqu'à présent à réduire l'écart entre les aspirations de nos membres et nos acquis sur le terrain ; ce que nous pouvons justifier par les obstacles auxquels nous sommes confrontés à tous les niveaux officiels, comme mentionné ci-dessus.

« L'interaction des gouvernements et des instances exécutives avec les revendications des syndicats est instable et dépend de l'humeur des responsables, puisque qu'elle est toujours en deçà des attentes et que l'Autorité considère les syndicats comme des opposants, alors qu'en réalité, ils constituent, un appui à l'État, si ce dernier interagit positivement avec eux, puisque l'objectif pour tous est le même, à savoir améliorer les conditions du travail et de l'employé », a-t-il dit.

« En notre qualité de syndicat de médecins spécialistes, nous considérons que rien de notre principale plateforme de revendications ne s'est réalisé jusqu'à présent et que nos doléances sont toujours au point mort, en raison de la politique de procrastination adoptée par le gouvernement dans la plupart des cas à notre égard, puisque les autorités officielles se désistent chaque fois à la fin de la mise en œuvre de l'accord convenu au terme de négociations et sollicitent un nouveau dialogue, le cas échéant procèdent à l'application unilatérale d'une décision qui ne répond absolument pas à nos ambitions. Par conséquent, nous interpellons depuis votre tribune le ministère sur la nécessité de l'exécution entière du protocole du 13 mars 2019», a-t-il ajouté.

Nous exigeons une augmentation de la marge bénéficiaire dans la tarification des médicaments pour couvrir les coûts élevés de leur importation

Interrogé par Horizons sur son association, le Vice-président du Syndicat général des médecins, M. Hamadi Ould Abidine dit : «ce syndicat, créé dans sa configuration actuelle en 2017 et représentant les



médecins généralistes au niveau des secteurs privé et public, vise à les défendre, faisant face dans son action syndicale, à l'instar de ses pairs dans le domaine, à un ensemble d'obstacles dont la com-

préhension limitée de certains membres de l'importance de l'action syndicale et de son utilité comme meilleur moyen pour l'obtention des droits, en plus de la mauvaise interaction des employeurs et des tutelles avec les préoccupations des syndicats ».

« A ce propos, n'étant pas disposées à répondre aux doléances des travailleurs, les autorités tentent souvent de leurrer les syndicalistes », a-t-il ajouté, qualifiant le nombre élevé de syndicats de principal obstacle à l'action syndicale de manière générale et plus particulièrement, pour le secteur de la santé, en raison de l'atomisation des efforts.

S'agissant de la situation sanitaire dans le pays, M. Hamadi estime que l'entité sanitaire souffre de nombreux problèmes accumulés depuis plusieurs années, dont le plus important, se rapporte aux ressources humaines, avec d'importants déficits de médecins généralistes, de spécialistes, d'infirmières, etc. en plus du dysfonctionnement existant consécutif à la répartition des ressources humaines dans les zones du pays, sans oublier l'exiguïté de la formation continue dans le secteur de la santé, une formation et dont ce qui n'est pas soumise aux normes de transparence.

« Il y a des problèmes logistiques relatifs au déficit de matériel médical, à la faiblesse et à la dégradation des établissements sanitaires », a-t-il indiqué, attirant dans ce cadre, l'attention sur la nécessité d'organiser des journées de concertations destinées à réformer le secteur et auxquelles participent les médecins et les experts afin de dégager un plan solide et clair pour l'avancement du secteur de la santé.

A propos des revendications relatives aux médecins généralistes, le syndicat a entamé un dialogue et une discussion avec le ministère de tutelle, a-t-il dit, qualifiant les négociations d'excellentes et caractérisées par la confiance mutuelle.

« Cette situation a entraîné des améliorations relatives telles que la tentative d'officialiser la prime de distance et d'augmenter l'indemnité de permanence de 50% », a-t-il dit.

« Il y a un accord sur les salaires, qui n'a pas été appliqué de la manière convenue et de façon générale, le syndicat est déterminé à revendiquer de bonnes conditions de travail pour ses membres en dépit des multiples contraintes », a-t-il dit.

« Je signale ici qu'il existe une particularité chez le médecin généraliste, dont le ministère de tutelle doit prendre compte. C'est sa capacité de couvrir le déficit prévalent de certaines spécialités médicales et d'exercer son travail dans les conditions d'urgence », a-t-il dit.

« S'il est par exemple soumis à une formation d'une durée de 6 mois sur la chirurgie, il sera capable d'effectuer les opérations chirurgicales d'urgence telles que l'appendicite et la césarienne. Si le ministère accorde l'attention nécessaire à cet aspect, le département pourra combler le grand déficit enregistré dans les spécialités médicales dans le pays » ajoute-t-il.

M. Ahmed Ould Naji, secrétaire général du Syndicat des pharmaciens mauritaniens, affirme que « Syndicat des pharmaciens vise à défendre les droits



des adhérents et à participer à la réforme du secteur pharmaceutique dans le pays en collaboration avec le ministère de la Santé et toutes les organisations et tous les organismes actifs dans ce domaine. »

« A ce propos, nous avons joué un rôle important dans la lutte contre les médicaments contrefaits, en mettant à nu les plans des contrebandiers et malfaiteurs dans le domaine », a-t-il ajouté.

Concernant les problèmes dont souffre le secteur de la pharmacie dans le pays, M. Ahmed Ould Naji principalement la rareté des recrutements.

En dépit du besoin des institutions médicales publiques du pays de pharmaciens, pour combler son grand déficit en la matière, certains pharmaciens souffrent, a-t-il affirmé, soulignant, aussi l'absence de pharmaciens au niveau des accès des médicaments au pays, sachant que les douaniers ne comptent pas dans leurs rangs de pharmaciens



à l'aéroport et aux ports et qu'ils recourent uniquement à la direction de la pharmacie pour leur apporter son aide en cas de nécessité.

Nous demandons dans ce cadre la création de bureaux de pharmacie au niveau des

aéroports et des ports où opèreront des spécialistes habiles afin de contrôler et de trier les médicaments importés, a-t-il dit.

Evoquant les revendications soulevées par le syndicat, M. Ahmed Ould Naji ajoute : nous demandons la participation du Syndicat des pharmaciens à la prise de toutes les décisions du ministère de la Santé relatives au secteur pharmaceutique, mettant en exergue, l'existence incontestée récente d'une ouverture des autorités.

Nous demandons aussi une augmentation de la marge bénéficiaire dans la tarification des médicaments imposée par le Département de tutelle aux officines pour couvrir les coûts élevés d'importation du médicament, a-t-il ajouté, soulignant leur accompagnement au niveau du syndicat, de la réforme de ce sous-secteur apportée par le ministère de la Santé au secteur pharmaceutique, que nous considérons comme une bonne réforme venue au moment opportun, a-t-il conclu.

Traduit par Mohamed Mohamed Lemine





ISO 9001

CERTIFICATION



مطبعة المزاي
Imprimerie Al Mazaya



Nous poussons toujours plus loin nos engagements envers vous.
L'imprimerie Al Mazaya est fière de vous annoncer l'obtention de la certification **ISO 9001** version 2015.

Impression offset



Impression numerique



Impression banderoles



Nos Services

- Agenda
- Bloc Note Standard/ Personnalisé
- Cahier
- Carte de Visite
- Chemise à rabat
- Carnet de souche
- Dépliant
- Papier en-tête
- Impression personnalisée
- Etc

we print
in Mauritania

www.imprimerie-mazaya.com
43 33 01 23 - 43 33 02 03 | bonjour@imprimerie-mazaya.com

COVID-19 : En cas de doute sur la véracité d'une information, consulter des sources fiables (Autorités sanitaires nationales, OMS, UNICEF...)