

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité - Justice

MINISTERE DE LA SANTE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DE LA PROTECTION SANITAIRE

PROGRAMMA ELARGI DE VACCINATION

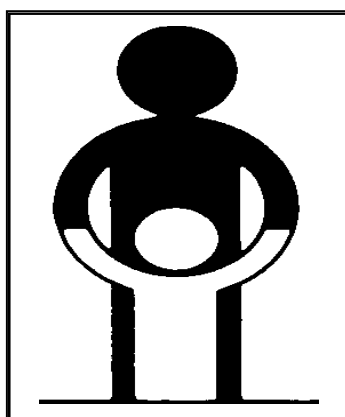
COMMISSION EUROPEENNE

PROJET D'APPUI A L'INDEPENDANCE
VACCINALE EN AFRIQUE

CELLULE D'APPUI TECHNIQUE REGIONALE

ETUDE SUR L'APPORT DES STRUCTURES SANITAIRES PRIVEES A LA VACCINATION DE ROUTINE

Rapport de mission
17 MAI AU 02 juillet 2003



Dr OUEDRAOGO Adama
Médecin pédiatre
Médecin de santé publique
Expert-consultant CATR

ABREVIATIONS, SIGLES

Act- <i>hib</i>	:	Vaccin contre l' <i>haemophilus influenzae b</i>
AFRO	:	Bureau Régional de L'OMS pour l'Afrique
ARIVA	:	Appui à l'Indépendance vaccinale en Afrique
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
CATR	:	Cellule d'Appui Technique Régionale
CNSS	:	Caisse Nationale de sécurité sociale
DMH	:	Direction de la Médecine Hospitalière
DTC	:	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
DPS	:	Direction de la Protection Sanitaire
DRPSS	:	Direction Régionale pour la Promotion Sanitaire et Sociale
EDSM	:	Enquête démographique et de santé de la Mauritanie
FED	:	Fonds Européen de Développement
GAVI	:	Alliance Mondiale pour la Vaccination et les Vaccins
IC	:	Intervalle de Confiance
IEC	:	Information Education Communication
IIV	:	Initiative d'Indépendance Vaccinale
JNV	:	Journées Nationales de Vaccination
MSAS	:	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Moughataa	:	District sanitaire
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONS	:	Office national des statistiques

PENTACOQ : Association polio injectable + DTC + Act-*hib*

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PFA : Paralyse Flasque Aiguë

ROR : Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

SEI : Surveillance Epidémiologique Intégrée

SNISS : Système National d'Information Sanitaire

TETRACOQ : Association polio injectable + DTC

USB : Unité de Santé de Base

VAT : Vaccin AntiTétanique

VAR : Vaccin Anti-Rougeoleux

Wilaya : Région sanitaire

RESUME

Dans le cadre de la relance du PEV de routine, et conformément aux recommandations de la revue externe du PEV d'avril 2002, nous avons été désignés par le CATR pour effectuer une mission d'étude sur l'apport des structures sanitaires privées à la vaccination de routine.

Cette mission s'est déroulée du 17 mai au 02 juillet 2003, avec pour objectif général d'évaluer l'apport des structures sanitaires privées à la vaccination de routine. Il s'agit d'une enquête transversale descriptive qualitative et quantitative. Elle a consisté en des entretiens avec les responsables du MSAS, des structures sanitaires privées et les partenaires d'une part, et une enquête rapide par un sondage en grappe à trois degrés au niveau des ménages d'autre part.

Cette étude a permis de relever :

- l'existence de textes juridiques portant organisation de l'exercice de la médecine privée, la tutelle technique revenant à la DMH
- une absence de cadre de concertation formelle entre le MSAS et les établissements sanitaires privés pour des raisons multiples et variées, mais une volonté affichée de part et d'autre à collaborer dans le cadre de la prévention par la vaccination
- qu'au moins 25% des consultations des enfants de moins de un an, des consultations prénatales, et 9% des accouchements ont été réalisées par les structures sanitaires privées
- que les activités de vaccination sont pratiquées dans toutes les structures sanitaires privées soit de manière systématique ou à la demande, mais très peu dispose de données complètes liées essentiellement au fait que les actes sont notifiés préférentiellement sur le carnet de santé
- que le PEV ne dispose d'aucune statistique des activités de vaccination réalisées par les structures sanitaires privées
- que seulement deux (2) structures sanitaires privées sur les 15 visitées disposent d'une unité de vaccination composée essentiellement de réfrigérateurs domestiques, et pas d'outils de gestion de la chaîne de froid
- que l'approvisionnement en antigènes se fait essentiellement au niveau des pharmacies privées avec des conditionnements en monodoses, ce qui par conséquent entraîne des coûts relativement élevés
- les calendriers de vaccination sont généralement superposables à ceux du PEV, mais avec une utilisation répandue des associations utilisant le polio injectable (Tetracoq, Pentacoq)

- enfin 10% des ménages enquêtés s'orientent vers les structures sanitaires privées pour l'immunisation de leurs enfants

Les principales recommandations formulées pour une collaboration efficace avec les structures sanitaires privées, afin de fournir aux enfants et aux femmes enceintes ou en âge de procréer une immunisation de qualité, au MSAS des données complètes, reflétant l'ensemble des efforts réalisés par tous les acteurs s'articulent autour des points suivants :

➤ *Au MSAS*

- finaliser et adopter le code de santé publique
- intégrer un représentant de l'association des médecins privés au comité de coordination inter agence
- créer un comité de concertation provisoire regroupant la DMH, le PEV, la DRPSS de Nouakchott et les responsables des cliniques et cabinets de consultation privés ayant une activité pédiatrique et/ou gynécologique pour expérimenter et documenter cette collaboration pendant six (6) mois.

➤ *Aux partenaires*

Apporter leur soutien financier et technique

➤ *Au PEV*

- Doter les structures sanitaires privées en matériel de chaîne de froid
- Approvisionner les structures sanitaires privées en antigènes, consommables et outils de gestion
- Assurer la formation des professionnels du secteur sanitaire privée en charge des activités de vaccination
- Evaluer l'expérience dans la Wilaya de Nouakchott au bout de six mois et l'étendre à toutes les Wilaya du pays où existent une activité privée

➤ *A la DRPSS de Nouakchott*

- Assurer avec le PEV le suivi des activités
- Maintenir un climat de collaboration et d'échange en tenant compte des spécificités du privé

➤ *Aux structures sanitaires privées*

- redynamiser l'association de la médecine privée afin de permettre au MSAS d'avoir des interlocuteurs privilégiés
- Assurer la transmission régulière des rapports mensuels de vaccination
- Soutenir les activités du PEV par une participation active.

SOMMAIRE

Remerciements

Sigles, abréviations et termes locaux

Résumé

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
II. OBJECTIFS	3
III. RESULTATS ATTENDUS	3
IV. METHODOLOGIE	4
V. CONTRAINTES DE L'ETUDE	5
VI. DEROULEMENT DE LA MISSION	5
VII. GENERALITES SUR LE PEV, LE PEV, ET LE CADRE D'ETUDE	5
7.1 LE PAYS	5
7.2 LE PEV	8
7.3 LE CADRE D'ETUDE	10

VIII. RESULTATS	12
8.1 NIVEAU CENTRAL	12
8.2 NIVEAU REGIONAL	13
8.3 NIVEAU DES PARTENAIRES	13
8.4 NIVEAU DES PRESTATAIRES	13
8.5 NIVEAU DES MENAGES	20
IX. COMMENTAIRES	22
9.1 NIVEAU CENTRAL	22
9.2 NIVEAU DES STRUCTURES SANITAIRES PRIVEES	23
9.3 NIVEAU DES MENAGES	24
X. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES	24
10.1 POINTS FORTS ET OPPORTUNITES	24
10.2 POINTS FAIBLES ET CONTRAINTES	25
XI. RECOMMANDATIONS	25
11.1 AU MSAS	25
11.2 AUX PARTENAIRES	25
11.3 AU PEV	26
11.4 A LA DRPSS	26
11.5 AUX STRUCTURES SANITAIRES PRIVEES	26
XII. CONCLUSION	26
XIII. ANNEXES	27

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les maladies évitables par la vaccination restent l'une des causes majeures de morbidité, d'invalidité et de mortalité en Afrique. La rougeole et le tétanos maternel et néonatal sont à l'origine de la majorité des décès annuels chez les enfants de moins de cinq ans.

Le PEV est considérée actuellement comme un puissant levier de renforcement du système de santé et s'inscrit comme une stratégie majeure dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

En République Islamique de Mauritanie, la nouvelle politique de santé traduite dans le plan directeur de la santé et des affaires sociales 1998-2002 s'est fixée comme objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

Le PEV fait désormais partie des trois grandes priorités du Ministère de la Santé et des Affaires sociales, avec la lutte contre le VIH/SIDA et l'approvisionnement en médicaments essentiels. Il a par conséquent bénéficié d'un renforcement en ressources humaines et d'un accroissement significatif du budget alloué par l'état.

Toutefois la couverture vaccinale a évolué en dents de scie entre 1991 et 2002. Elle a connu une progression continue dans sa première phase (de 1991 à 1995) avec un taux de couverture vaccinale de 56% pour le DTC3, avant de stagner et baisser à partir de 1996, avec un taux de couverture vaccinale de 29% pour le DTC3. Les efforts soutenus accomplis au bénéfice du PEV à partir de 2001 se sont traduits par une remontée significative de la couverture vaccinale qui a atteint un taux de couverture vaccinale de 81% pour le DTC3 en décembre 2002.

En dépit des efforts consentis et des progrès réalisés, le système de santé connaît des difficultés liées à l'environnement économique et socioculturel. Il est donc nécessaire, d'adopter une vision intersectorielle dans la résolution des problèmes de la prévention par la vaccination, en recherchant également des pistes de solution dans la collaboration avec le secteur privé.

En effet la Mauritanie, à l'instar des autres pays d'Afrique a connu au cours des dix dernières années, une évolution rapide et croissante du secteur sanitaire privé, mais leur apport, spécifiquement dans le domaine de la prévention par la vaccination n'a pas encore été documenté.

La récente revue externe du PEV d'avril 2002, a alors recommandé dans le cadre du renforcement des prestations de services, l'implication du secteur privé dans la prévention par la vaccination.

C'est dans cette optique que le PEV (en collaboration avec le CATR) a initié cette étude qui vise d'une part, à évaluer l'importance de l'apport des structures

sanitaires privées dans le domaine de la prévention par la vaccination, et d'autre part à investiguer les domaines de collaboration possibles entre le PEV et le secteur privé.

II. LES OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Evaluer l'apport des structures sanitaires privées dans le domaine de la prévention par la vaccination.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 2.1 Déterminer le nombre d'accouchements effectués au cours de l'année écoulée (2002) et la proportion des nouveau-nés ayant reçus les vaccins recommandés par le PEV au niveau de chaque structure sanitaire privée.
- 2.2 Déterminer le nombre d'enfants de 0 à 11 mois vus en consultation ou en hospitalisation et la proportion des enfants ayant reçus les vaccins recommandés par le PEV au niveau de chaque structure sanitaire privée.
- 2.3 Déterminer le nombre de femmes enceintes suivies en consultation prénatale et la proportion des femmes ayant reçus les vaccins antitétaniques recommandés au niveau de chaque structure sanitaire privée.
- 2.4 Identifier les forces et les contraintes liées à l'accessibilité des structures sanitaires privées.
- 2.5 Décrire la gestion de l'unité de vaccination de chaque structure sanitaire privée.
- 2.6 Formuler des recommandations qui permettront de mettre en place un cadre de collaboration efficace entre le PEV et le secteur privé.

III. RESULTATS ATTENDUS

- L'analyse de la situation actuelle du secteur sanitaire privé relative à son apport dans le domaine de la prévention par la vaccination est faite.
- Les recommandations en vue de mettre en place un cadre de collaboration efficace entre le PEV et les structures sanitaires privées en République Islamique de Mauritanie sont faites.

IV. METHODOLOGIE

L'évaluation a été réalisée dans toutes les structures sanitaires privées répertoriées par le MSAS (cliniques et cabinets de consultation pédiatrique et gynécologique, voir liste en annexes 4.B) de la ville de Nouakchott du 27 mai au 12 juin 2003.

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive qualitative et quantitative. Elle a consisté en des entretiens avec les personnes et les structures en mesure de fournir des informations sur les activités de vaccination effectuées par le secteur sanitaire privé :

➤ *Au niveau central :*

- Un inspecteur de l'inspection générale des services de santé
- Le directeur de la médecine hospitalière
- La directrice des pharmacies et laboratoires
- Le chef de service du système national d'information sanitaire
- Le chef de service de la surveillance épidémiologique intégrée
- Le coordonnateur du PEV

➤ *Au niveau régional :*

Le directeur régional à la promotion socio-sanitaire de Nouakchott

➤ *Au niveau des partenaires :*

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF)

➤ *Au niveau des structures sanitaires privées :*

- Le président de l'association de la médecine privé
- Le directeur ou le médecin chef de la structure sanitaire privée
- Le responsable du service de gynéco-obstétrique
- Le responsable du service de pédiatrie
- Le responsable de l'unité de vaccination.

➤ *Au niveau des ménages*

Une enquête rapide a été effectuée, l'unité statistique étant représentée par les ménages. La sélection des ménages a d'abord été faite par un échantillonnage stratifié selon des critères socio-économiques, puis par un sondage en grappe à trois degrés. Ainsi trois (3) groupes de quartiers (strates) ont été constitués, à savoir les quartiers dits résidentiels, les quartiers dits populaires et les zones non loties. Au sein de chaque strate une liste exhaustive des quartiers a été dressée, et un quartier a été choisi au hasard pour le premier degré. Et pour le second degré, une liste des secteurs ou sous-quartiers a été dressée, et un secteur a été tiré au sort. Enfin au niveau de chaque secteur, nous avons procédé au tirage aléatoire du premier ménage et les mères d'enfants de 0 à 11 mois ont été enquêtées de proche en proche à raison de dix (10) par quartier, soit un total de 30 mères d'enfants de 0 à 11 mois (voir annexe 4.A). Les secteurs ayant moins de dix (10) ménages avec des enfants de 0 à 11 mois ont été complétés par un autre secteur tiré au sort.

Les données de l'enquête ont été collectées par interviews des personnes identifiées et par revue documentaire (rapports d'activités, registres d'hospitalisation et de consultation etc.). Des outils appropriés de collecte des données ont été élaborés, testés et révisés : questionnaires, grilles et guide d'entretien, grille de lecture des documents (voir annexes 3).

Une formation d'un jour a été organisée à l'intention des enquêteurs. Cette formation a porté sur la justification de l'enquête, la méthodologie à appliquer, les outils de collecte des données et la conduite de l'enquête. Un guide de l'enquêteur a été remis à chaque enquêteur.

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel Epi-info 6.04 b. Les données qualitatives ont été traitées manuellement avec une analyse de contenu des entretiens.

V. CONTRAINTE DE L'ETUDE

- Les données collectées notamment en ce qui concerne le nombre de consultations, le nombre d'enfants ou de femmes enceintes vaccinés sont approximatifs puisque la plupart des structures sanitaires privées ne disposent pas de registres spécifiques disponibles. Il est par conséquent difficile d'estimer avec précision le gain chiffré en terme de couverture vaccinale.
- Les statistiques de la DRPSS de Nouakchott ne prennent pas en compte ceux des centres hospitaliers nationaux.
- L'enquête rapide menée au niveau des utilisateurs des services, à savoir les ménages, a concerné un échantillon de 30 ménages. Ce qui par conséquent a donné des intervalles de confiance plus étendue, mais permet d'avoir des informations préliminaires qui pourront être approfondies par une étude spécifique à ce sujet.

VI. DEROULEMENT DE LA MISSION

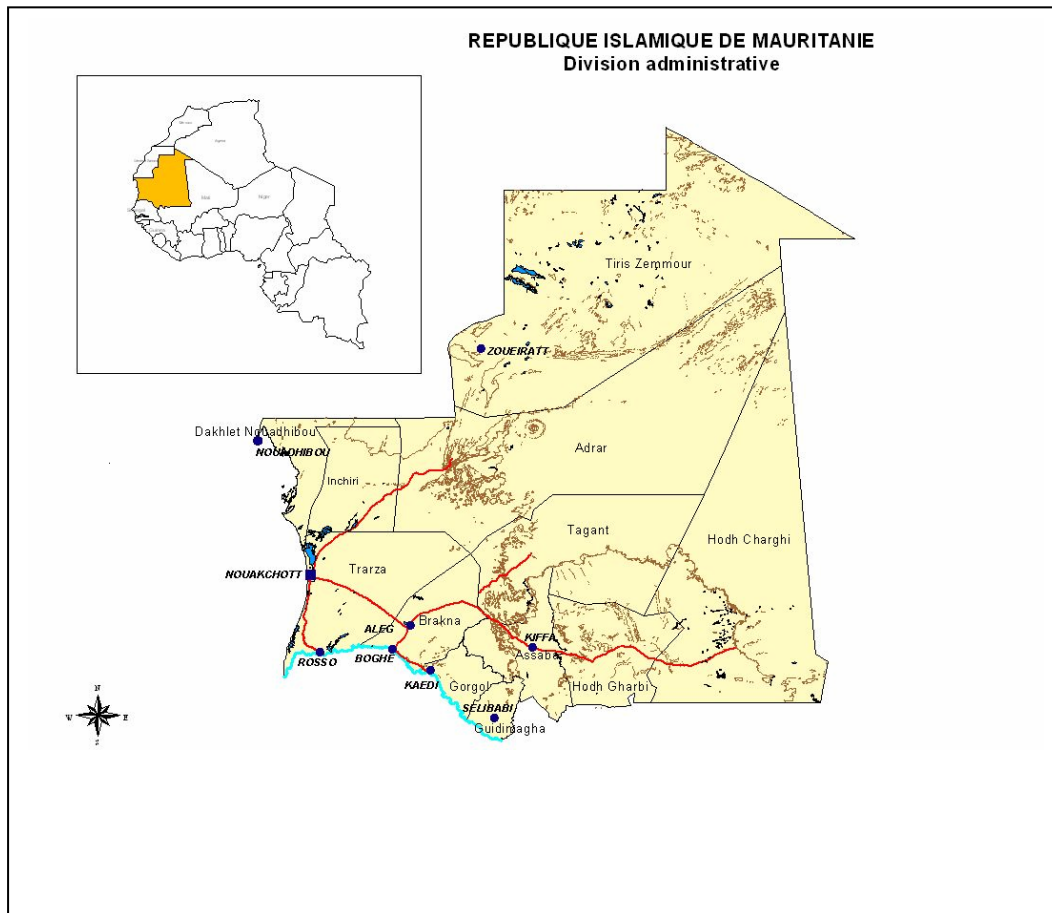
La mission s'est déroulée du 17 mai au 30 juin (voir chronogramme en annexe 2).

VII. GENERALITES SUR LE PAYS, LE PEV ET LE CADRE D'ETUDE

7.1 LE PAYS

a) Géographie

La République Islamique de Mauritanie est située entre le 15^{ème} et le 27^{ème} parallèle Nord et couvre une superficie de 1.030.700 Km². Elle est limitée au Nord par l'ex Sahara Occidental et l'Algérie, à l'Est et au sud Est par le Mali, au sud par le Sénégal et à l'Ouest par l'océan Atlantique.



Carte N°1 : Division Administrative de la RIM

b) Démographie

La population de la République Islamique de Mauritanie est de 2 752 125 habitants selon les estimations du recensement général de la population et de l'habitat de 2000. Le taux d'accroissement annuel est de 2,6%, l'espérance de vie à la naissance de 51,3 ans et le taux de fécondité est de l'ordre de 6,32.

c) Organisation administrative

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 Wilayas (Régions) dont celle de Nouakchott, la capitale ; chaque wilaya constitue une circonscription administrative décentralisée qui est placée sous l'autorité d'un Wali qui représente le pouvoir exécutif. La Wilaya est subdivisée en Moughataa. Le nombre de Moughataa est de 53. La plus petite unité administrative est la commune dont le nombre est de 208.

d) Economie

Au plan macro-économique, la politique d'ajustement structurel menée par le gouvernement depuis 1985 a permis à la Mauritanie de restaurer les grands

équilibres et d'améliorer ses performances en matière de croissance. Entre 1994 et 1995, la croissance du PIB en termes réels a été de 4,3% en moyenne.

e) Organisation du système de santé

➤ *Administration sanitaire*

L'organisation du système de santé est régie par le décret N° 86/91 du 7/11/1991 portant attribution du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales et l'organisation de l'administration centrale de son département et le décret N° 89-064 fixant l'organisation des formations sanitaires régionales. Cette organisation est de type pyramidal :

Du sommet vers le bas, l'administration sanitaire repose sur le MSASS représenté par le secrétariat général, les Directions Régionales à la promotion Sanitaire et Sociale (DRPSS) au niveau des wilayas, le centre de santé au niveau des Moughataa, puis les postes de santé au niveau le plus périphérique.

➤ *Organisation des soins*

Au niveau du sommet de la pyramide se trouvent les hôpitaux de référence : le Centre Hospitalier National, le Centre Neuro-Psychiatrique, le Centre d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle et le Centre National d'Hygiène à Nouakchott.

Au niveau régional, il existe 10 hôpitaux régionaux sur les 13 prévus pour couvrir toutes les Wilayas du pays. Ils présentent des situations et des potentialités très variées.

Au niveau des Moughataa, le Centre de Santé, composé d'une unité de soins curatifs et d'une unité de soins préventifs, est la référence au niveau du département.

Au niveau du secteur privé, on dénombre à ce jour :

- Au niveau des pharmacies : 10 grossistes, 90 pharmacies et 73 dépôts pharmaceutiques,
- Au niveau des cliniques privées : 15 cliniques, 48 cabinets médicaux spécialisés,
- 30 cabinets dentaires,
- 11 cabinets de soins.

➤ *Participation communautaire*

La participation communautaire constitue le fondement même de la politique nationale des Soins de Santé Primaires (SSP).

f) Indicateurs socio-sanitaires

Les principaux indicateurs du pays sont les suivants :

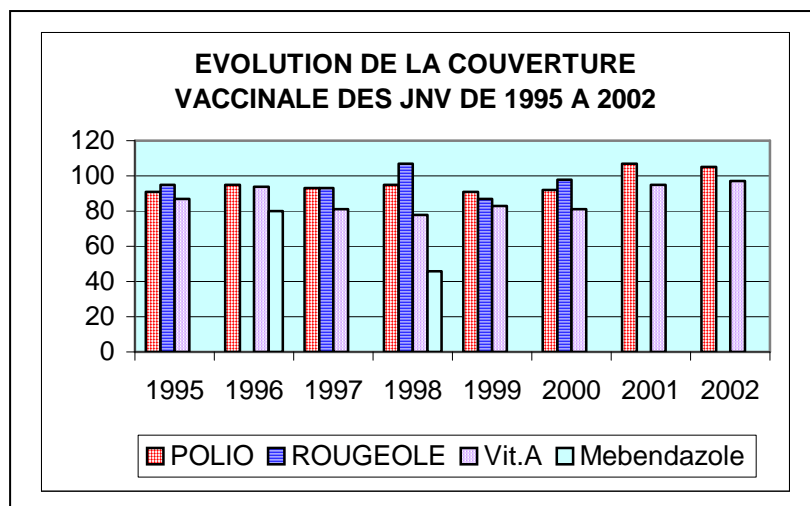
- Taux de mortalité infantile 74 /1000¹
- Taux de mortalité infanto-juvénile 116 /1000¹
- Taux de mortalité maternelle 747 /100.000 naissances vivantes¹
- Taux brut de mortalité 15,98 /1000
- Intervalle inter génésique 35 mois
- Espérance de vie à la naissance 51,3 ans

7.2 Le Programme Elargi de Vaccination

Le programme Elargi de Vaccination a débuté en Mauritanie en 1977 dans deux zones expérimentales du Trarza à Keur Macène et à Rosso. Il a ensuite enregistré une extension progressive pour se généraliser en 1984. Il utilisait deux stratégies :

- Une stratégie fixe à travers les services de santé maternelle et infantile en zone urbaine.
- Une stratégie mobile à travers des équipes mobiles en zone rurale.

A partir de 1995 la Mauritanie s'est engagée dans un processus d'éradication de la poliomyélite, du contrôle de la rougeole par l'organisation de journées nationales de vaccination. Ainsi le pays a organisé 6 séries de campagnes combinant la vaccination contre la poliomyélite, contre la rougeole et la supplémentation en vitamine A.



Graphique N°1 : Evolution des taux de couverture vaccinale au cours des JNV de 1995 à 2002 (Source : rapports PEV)

L'objectif général du PEV est de Protéger les enfants de 0 à 11 mois contre les maladies évitables par la vaccination (tuberculose, diphtérie, tétanos,

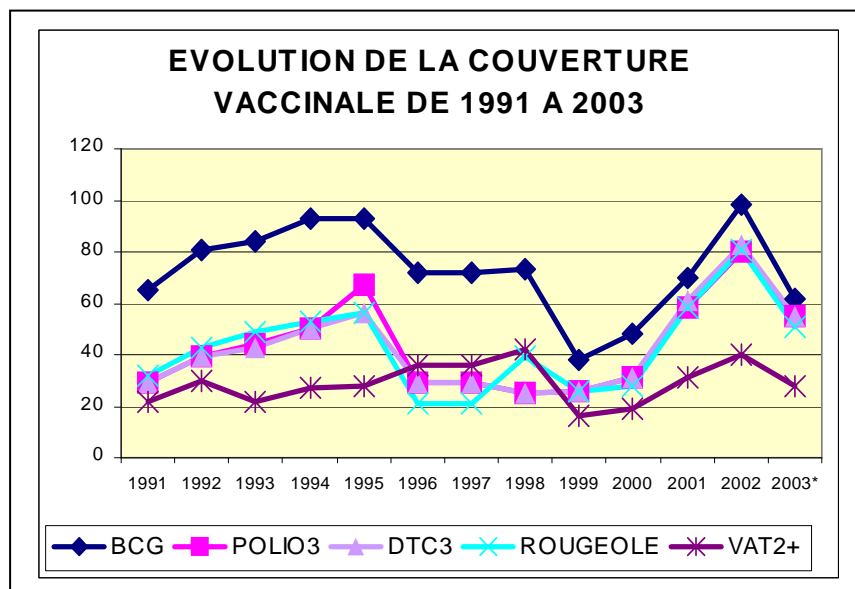
¹ EDMS : Enquête Démographique et de Santé de la Mauritanie. 2000 - 2001

coqueluche, poliomyélite et rougeole) ; et les femmes en âge de procréer (14 - 44 ans) contre le tétanos afin de réduire l'incidence et la mortalité de ces maladies. Et les objectifs spécifiques sont de porter d'ici l'an 2006 les taux de couverture :

- du BCG de 70 à 95%
- du DTCP3 de 61 à 90%
- du VAR de 58 à 95%
- et du VAT2 de 31 à 70%

Enfin Introduire la vaccination de l'hépatite B et l'haemophilus influenzae b.

A l'instar des autres pays d'Afrique, le pays a connu, en termes de résultats, une première phase de bonnes couvertures vaccinales pendant les années 80, et une seconde phase, celle de la décennie 90, avec une réduction substantielle du flux financier, caractérisée par une chute de la couverture et de la qualité des services de vaccination.



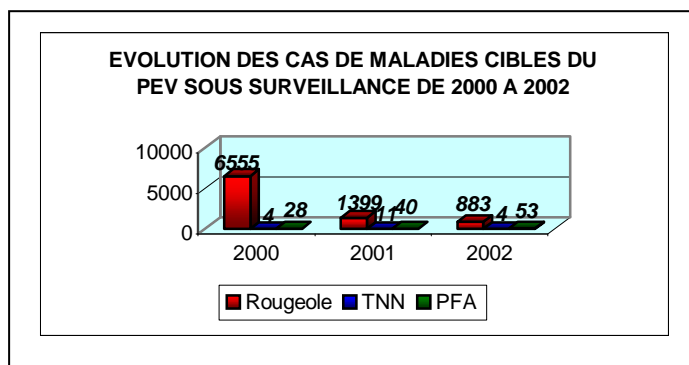
Graphique N°2 : Evolution des taux de couverture vaccinale du PEV de routine de 1991 à 2003 (Source : rapports PEV)

Le programme a bénéficié dans sa mise en oeuvre de l'appui constant des partenaires comme l'UNICEF et l'OMS. Depuis 1996, La Mauritanie a adhéré au Projet ARIVA pour l'Initiative d'Indépendance Vaccinale. Ainsi, le pays assure sur les fonds propres l'achat de la totalité des vaccins et du matériel d'injection, à travers le processus d'achat remboursable qu'offre l'UNICEF Copenhague.

La surveillance des maladies cibles du PEV

Les progrès réalisés dans la surveillance des maladies cibles du PEV sont appréciables, notamment dans le domaine des PFA, lequel système a permis au pays de passer de la classification clinique à la classification virologique selon le

rapport/2000 de l'OMS/ICP/Abidjan, marquant ainsi une étape décisive vers l'éradication de la poliomyélite.



Graphique N°3 : Evolution des cas des maladies cibles du PEV de 2000 à 2002 (Source : rapports PEV)

Tableau n°1 : Evolution des indicateurs de PFA de 1999 à 2002

ANNEE	Cas PFA attendus	Cas PFA notifié	Taux PFA Non polio	% PFA dont selles collectées dans les 14 jours	Cas compatible	Cas polio confirmé	Complétude des rapports
1999	12	13	0.7	38	4	1	100%
2000	13	28	2.07	79	1	0	100%
2001	14	40	2.3	85	1	1	100%
2002	14	53	3,79	92	0	0	100%

Source : rapports d'activité de la SEI 1999 à 2002.

7.3 CADRE DE L'ETUDE

a) Présentation physique

Capitale du pays, Nouakchott, couvre une superficie de 150 km². Le relief est composé d'un ensemble dunaire continental. Le climat est chaud et humide en été, froid et sec en hiver et les précipitations sont rares avec une moyenne inférieure à 120mm. La population de la wilaya estimée en 2002 à 627793 habitants dont 54% pauvres et 46% vivant en dessous du seuil d'extrême pauvreté. Le taux d'accroissement est de 2.6% ; les enfants de 0 à 11 mois sont de 4.19% (soit 26305 enfants), les grossesses attendues représentent 4.75% de la population (soit 29820 grossesses attendues), et les femmes en âge de procréer 22.7% (soit 142509 femmes en âge de procréer). La proportion de chômage avoisine 33 % de la population active. Le secteur informel urbain emploi 60 % de la population active.

b) Organisation administrative

La délégation de Nouakchott a été érigé en Wilaya, et est constitué de 9 Moughataa avec à sa tête un Wali assisté de trois adjoints.

c) Situation sanitaire

Les infrastructures sanitaires publiques sont réparties entre :

- Les établissements sanitaires nationaux comprenant le centre hospitalier national (CHN), le centre neuro-psychiatrique, le centre d'orthopédie et de rééducation fonctionnelle (CNORF), et l'hôpital Cheikh Zaïd.
- Les établissements relevant de la DRPSS avec 16 centres de santé, une polyclinique, 12 postes de santé et 12 infirmeries scolaires.
- Les établissements relevant de la médecine militaire avec un hôpital militaire, une infirmerie de garnison, 2 postes de santé, une infirmerie de la garde nationale, une infirmerie de la police, et une clinique de la douane.
- Les établissements parapublics avec 3 centres de santé et un poste de santé de la CNSS.

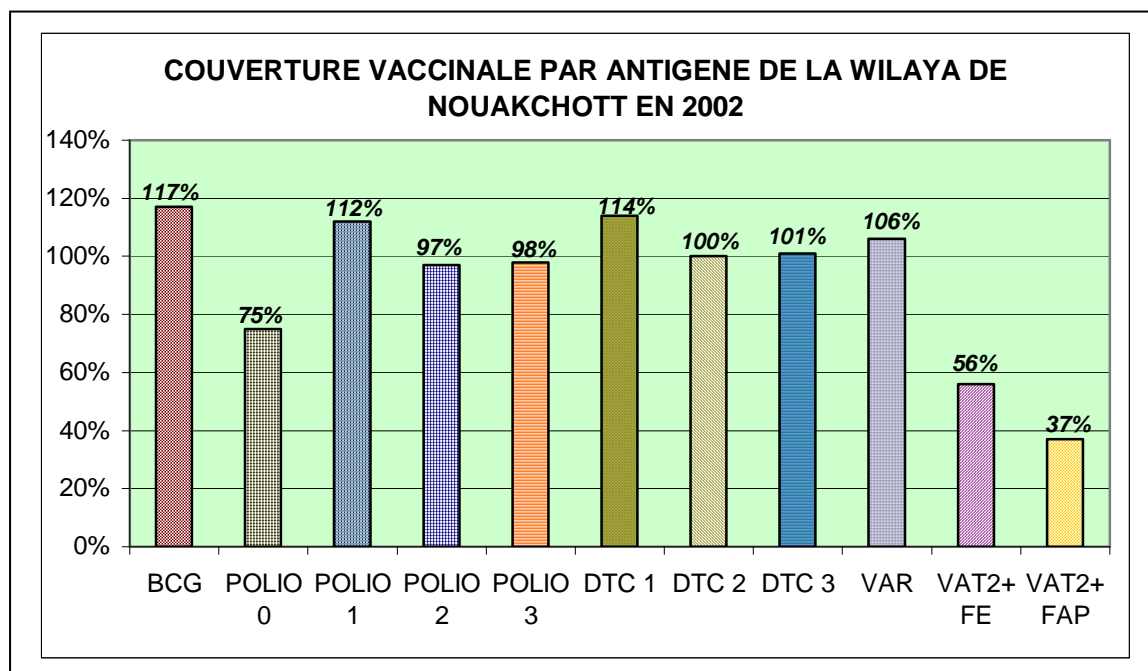
Le secteur sanitaire privé comprend : 13 cliniques, 47 cabinets médicaux toutes spécialités confondues, 87 pharmacies et 37 dépôts pharmaceutiques.

d) Ressources humaines

L'effectif global du personnel de la DRPSS est de 681 dont 25 médecins (soit 1 médecin/25000 habitant), 93 sages femmes (soit 1 sage femme/6750), 49 infirmiers d'état (soit 1 infirmier/12800) et 150 accoucheuses auxiliaires (soit une accoucheuse/4100). Ces effectifs ne prennent pas en compte ceux des centres hospitaliers nationaux.

e) Activités des formations sanitaires

➤ Les activités de vaccination



Graphique N°3 : Taux de couverture vaccinale des antigènes du PEV de la Wilaya de Nouakchott en 2002
(Source : rapports PEV régional)

➤ Santé maternelle et infantile en 2002

Tableau n°2 : Indicateurs de la SMI de la Wilaya de Nouakchott en 2002

CPN	Taux d'utilisation des CPN	accouchements	Suivi des enfants sains
20632	2,4	16442	11672

Source : rapport d'activité 2002 DRPPS de Nouakchott

➤ Consultation curative

Par ordre de fréquence, on note les pathologies suivantes :

- 1) Infections respiratoires aiguës : 34%
- 2) Diarrhée / Dysenterie : 19%
- 3) Parasitoses intestinales : 10%
- 4) Paludisme : 7,3%
- 5) Caries dentaires 8%
- 6) Anémies : 6%
- 7) Conjonctivites : 7%
- 8) IST : 8%
- 9) Malnutrition : 2%
- 10) Tuberculose : 1%

VIII. RESULTATS

8.1 AU NIVEAU CENTRAL

Sur le plan institutionnel la tutelle technique de la médecine privée est confiée à la direction de la médecine hospitalière, et les dispositions juridiques portant organisation de la médecine privée existent et ont été élaborées en 1988 (ordonnance N° 88-143 du 18 octobre 1988). Ces dispositions datant de plus de vingt (20) ans ne semblent plus adaptées à la situation actuelle. Le MSAS a par conséquent initié le code de santé publique qui est en cours de finalisation. Ce futur code de la santé prévoit une refonte actualisée de l'exercice de la médecine privée.

Toutefois il n'existe pas encore à ce jour un cadre de concertation formelle entre le MSAS et les structures sanitaires privées. Cette situation est jugée préjudiciable pour la santé publique dans la mesure où aucun service ou division (SNIS, SEI, PEV ...) ne dispose de statistique provenant des établissements sanitaires privés. Néanmoins dans le souci d'associer le secteur sanitaire privé aux activités du MSAS, les prestataires de ce secteur ont été régulièrement invités depuis l'année 2000 aux différentes revues organisées par le MSAS, au conseil de santé, au premier atelier sur la surveillance active des PFA et lors de récente épidémie de fièvre hémorragique Crimée Congo. D'autre part les différents plans d'action 2003 de la DMH, du SNISS, de la SEI et du plan pluriannuel du PEV prévoient l'intégration du secteur privé dans leurs activités. Ces éléments constituent des signes précurseurs d'une bonne disposition à la collaboration, même si aucune de des précédentes tentatives n'a pas pu être poursuivie en termes de suivi-évaluation.

8.2 AU NIVEAU REGIONAL

La DRPSS de Nouakchott, à l'instar des autres services et divisions du MSAS ne dispose d'aucune statistique en provenance du secteur sanitaire privé. Des contacts ont été établis, des courriers ont été échangés et même des expériences ont été tentées avec certains établissements sanitaires privés en leur disponibilisant des antigènes, mais en l'absence de cadre de concertation formelle statutaire, le résultat attendu n'a pas atteint les espoirs escomptés en terme de collecte et de transmission de l'information sanitaire.

8.3 AU NIVEAU DES PARTENAIRES

Les partenaires (OMS, UNICEF) ont manifesté leur intérêt pour cette étude, qui permettra d'avoir des informations complémentaires indispensables sur la vaccination des enfants et des femmes enceintes suivies dans le secteur sanitaire privé en terme quantitatif et qualitatif. Ils ont donné l'assurance d'accompagner cette collaboration (dans le domaine de la chaîne de froid, de

l'approvisionnement en vaccins et consommables) entre la PEV et le secteur privé, qui sera en même temps le point de départ de la collecte de l'information sanitaire en général, échappant jusqu'à ce jour aux statistiques sanitaires nationales.

8.4 AU NIVEAU DES PRESTATAIRES DE SERVICES : LES CLINIQUES ET LES CABINETS DE CONSULTATIONS PRIVEES

Au total neuf (9) cliniques privées ayant une activité pédiatrique et/ou gynécologique, trois (3) cabinets de consultations pédiatrique et trois (3) cabinets de consultations gynécologique ont été visités.

➤ *caractéristiques générales*

Sur le plan institutionnel, les cliniques et cabinets de consultation privés sont sous la tutelle technique de la direction de la médecine hospitalière. Ils sont également organisés en association des médecins privés avec un bureau élu, mais très peu actif pour des raisons multiples. Les textes sont en relecture pour la relance de l'association et de ces activités.

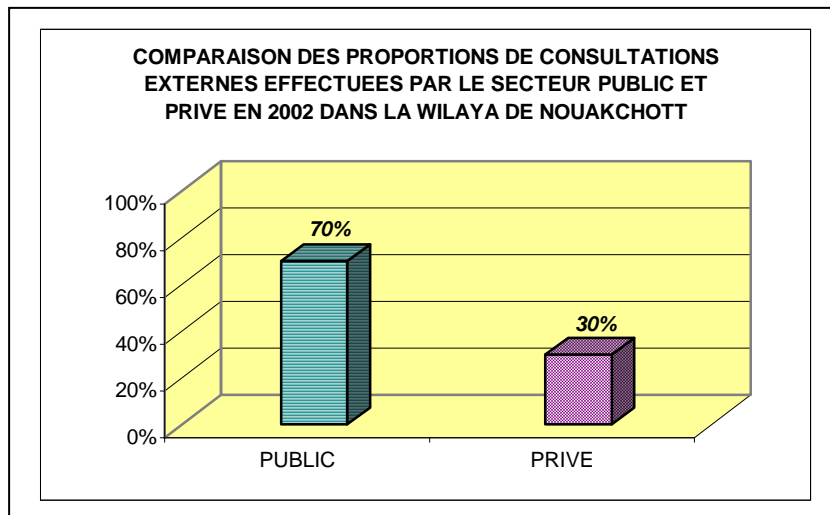
Les premières cliniques ont vu le jour dans les années 1987, et à partir des années 1990 il y'a eu un accroissement rapide. Il existe au total 13 cliniques dans la Wilaya de Nouakchott, mais dont seulement 9 ont une activité pédiatrique et/ou gynécologique. L'ensemble des cliniques visitées a une capacité totale d'environ 93 lits, exerce la plupart des spécialités médicales, chirurgicales, odonto-stomatologique et paramédicale (laboratoire et imagerie médicale). Les professionnels de la santé sont essentiellement composés de médecins spécialistes dotés d'une solide expérience, et bénéficiant d'une excellente réputation auprès des populations, et de personnel paramédicale.

➤ *Les activités des services de consultation et d'hospitalisation*

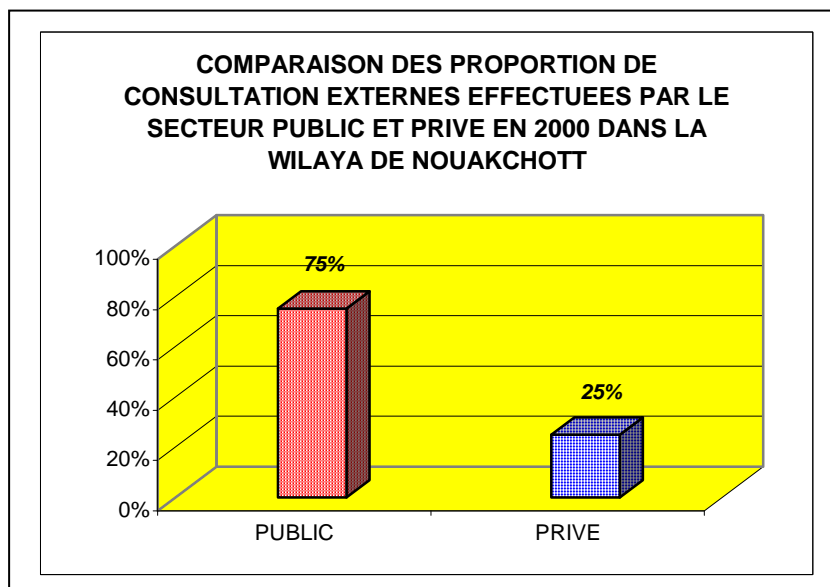
- Consultation des enfants de moins d'un an

La consultation des enfants de moins d'un an est assurée par les pédiatres, soulignant la qualité de la prise en charge de ces enfants. Le volume d'activité est variable d'une structure à l'autre avec des extrêmes allant de 42 à plus de 3000 par an. L'ensemble des cliniques et cabinets visitées a consulté environ 13761 enfants en 2002 (seules deux structures n'ont pu nous apporter un estimation de leur activité), contre 32149 pour la DRPSS de Nouakchott (rapport d'activité 2002). Ce qui représente 30% pour le privé et 70% pour le public.

Le rapport d'activité 2002 de la DRPSS n'ayant pas encore été validé, nous utiliserons secondairement le rapport 2000 qui indique 41475 enfants de moins de un an vus en consultation externe, comparé a celui du secteur privé, donne 25% pour le privé et 75% pour le public.



Graphique N°4 : Comparaison des proportions de consultations externes entre le public et le prive en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott



Graphique N°5 : Comparaison des proportions de consultations externes entre le public et le prive en 2000 dans la Wilaya de Nouakchott

Il faut noter toutefois les difficultés énoncées par la DRPSS pour la collecte de l'information qui semble sous-estimée d'une part, et d'autre part ces données ne prennent pas en compte ceux des CHN, qui sont des structures de référence nationale.

Ainsi au moins un quart des consultations des enfants de moins de un an de la wilaya de Nouakchott est réalisé par les structures sanitaires privées. Si à cette prise en charge de qualité, il était systématiquement associé la vaccination contre les maladies cibles du PEV, il en résulterait pour la protection des enfants un meilleur suivi et une réduction considérable des occasions manquées de vaccination et des perdus de vue. D'autre part Le profil des consultants est généralement représenté par la frange aisée de la population qui comprend les

décideurs et les leaders d'opinion, source importante pour la diffusion des messages de santé publique, la sensibilisation et l'adhésion aux directives du MSAS notamment en ce qui concerne la qualité des vaccins fournis par le PEV et l'éradication de la poliomyélite.

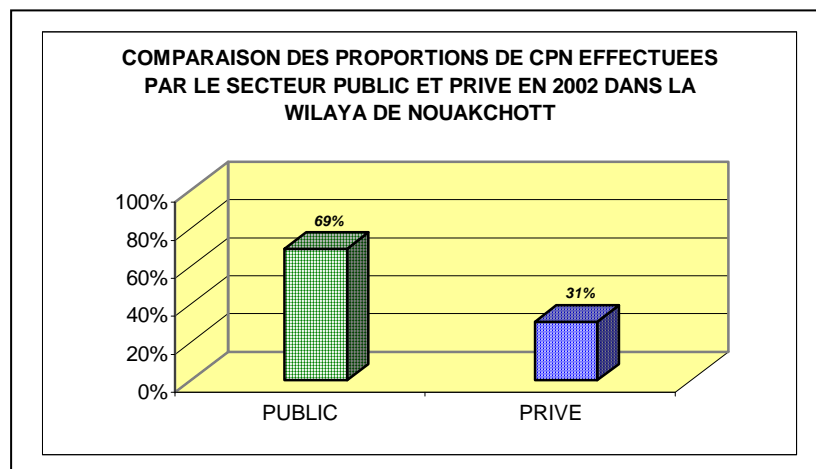
- Hospitalisation des enfants de moins de un an

L'activité principale des structures sanitaire privées en ce qui concerne les enfants de moins de un an est la consultation, l'hospitalisation est réalisée en routine par trois (3) structures avec une moyenne de 300 hospitalisations par an.

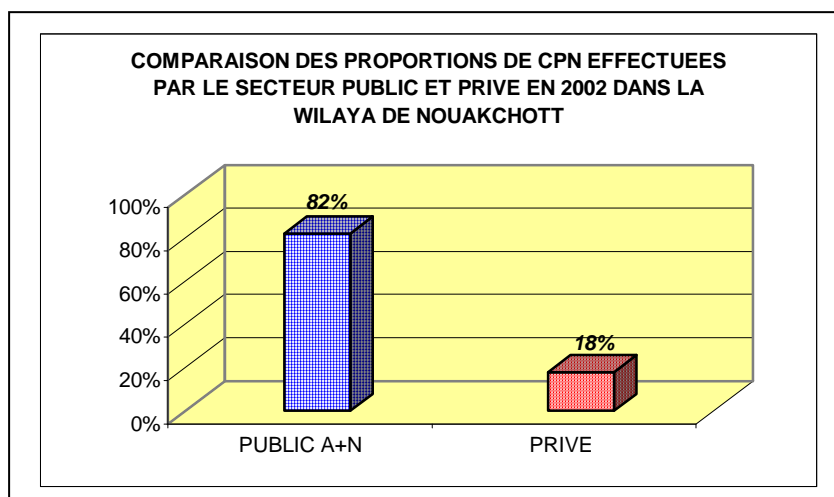
- Suivi des femmes enceintes (CPN)

Comme pour les enfants de moins de un an, les CPN sont assurées par les gyneco-obstétriciens soulignant la qualité de cette activité. Le volume d'activité est également variable d'un établissement sanitaire privé à l'autre avec des extrêmes allant de 300 à plus de 3000 par an. L'ensemble des cliniques et cabinets visitées a réalisé environ 9191 CPN en 2002 contre 20632 pour la DRPSS de Nouakchott (rapport d'activité 2002). Ce qui représente 30% pour le privé et 70% pour le public.

Mais si nous prenons l'ensemble des CPN anciens et nouveaux qui est de 50444, le rapport devient 18% pour le privé et 82% pour le public.



Graphique N°6 : Comparaison des proportions de CPN effectuées par le public et le prive en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott

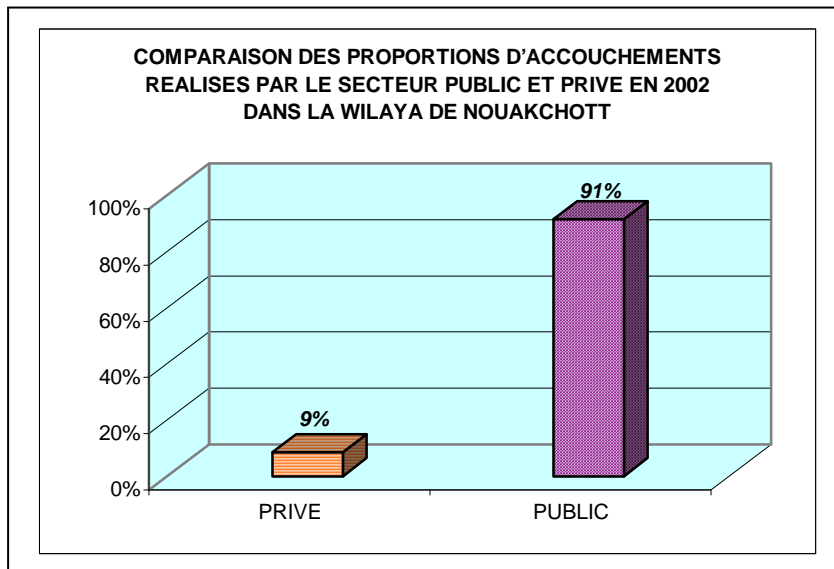


Graphique N°7 : Comparaison des proportions de CPN anciens et nouveaux effectuées par le public et le privé en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott

Le constat est à peu près le même que pour les enfants de moins de un an. Au moins un quart des CPN de la wilaya de Nouakchott est réalisé par les structures sanitaires privées. Cette prise en charge de qualité gagnerait à être associée à la vaccination antitétanique systématique par des antigènes dont la qualité est certaine, et contribuerait ainsi à réduire les occasions manquées de vaccination et les perdus de vue. D'autre part Le profil des consultantes est généralement représentée par les femmes aisées et leaders, et les épouses de la frange aisée de la population qui comprend les décideurs et les leaders d'opinion, source importante pour la diffusion des messages de santé publique par les femmes et mères d'enfants, la sensibilisation et l'adhésion aux directives du MSAS notamment en ce qui concerne la qualité des vaccins fournis par le PEV et l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal...

- Accouchements

Environ 1537 accouchements ont été réalisés par le secteur sanitaire privé contre 16442 accouchements assistés par le secteur public, soit respectivement 9% pour le secteur privé et 91% pour le secteur public.



Graphique N°8 : Comparaison des proportions d'accouchements réalisés par le public et le prive en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott

Environ 10% des accouchements sont réalisés par le secteur privé, les parturientes étant gardées en moyenne trois (3) jours, offre une occasion privilégiée pour l'administration du BCG et du polio 0 évitant ainsi la présentation tardive des nouveau-nés au centre de vaccination pour des raisons culturelles.

➤ *Les unités de vaccination*

Toutes les structures sanitaires privées offrent régulièrement ou à la demande des activités de vaccination, mais seules trois (3) disposent d'une unité de vaccination.

Toutefois le matériel de chaîne de froid utilisé est représenté par des réfrigérateurs domestiques, des glacières avec des accumulateurs en cas de coupure d'électricité ou de dégivrage et une structure dispose d'un groupe électrogène. Les thermomètres adaptés et les registres d'enregistrement des températures ne sont pas disponibles.

Les antigènes utilisés varient d'une structure à l'autre, les antigènes recommandés par le PEV sont largement utilisés, mais d'autres antigènes ou associations d'antigènes sont également utilisés comme le vaccin contre l'hépatite B, contre l'haemophilus influenzae b (act-hib), le tetracoq (polio injectable, diphtérie, tétanos et coqueluche) et le pentacoq (polio injectable, diphtérie, tétanos, coqueluche et haemophilus influenzae b). Tous les antigènes utilisés se présentent généralement en monodose et leur approvisionnement se fait soit au niveau des pharmacies privées ou sont commandés en France, en Tunisie ou au Sénégal.

Le calendrier de vaccination pour les enfants de moins de un an et les femmes enceintes est généralement superposable à celui du PEV, à l'exception d'une part

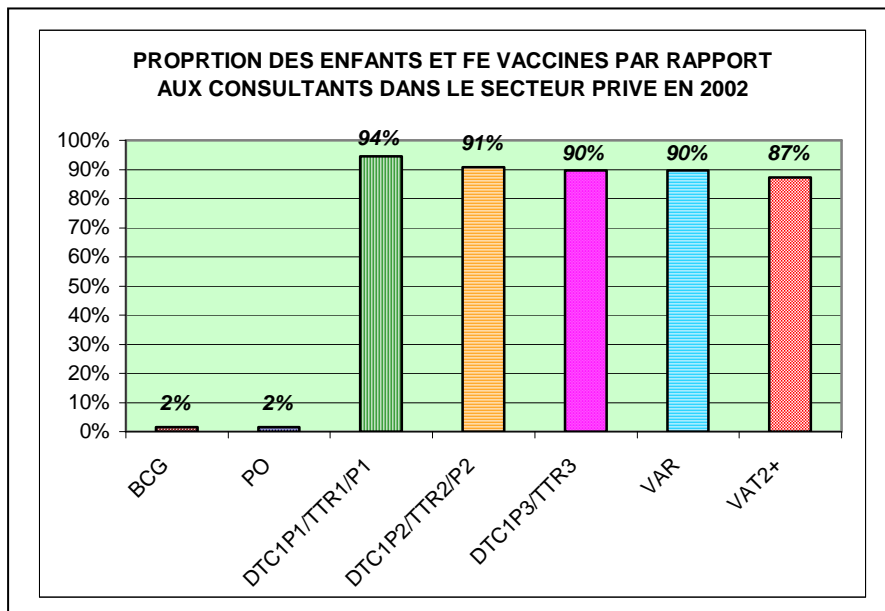
de l'utilisation répandue du tetracoq ou du pentacoq qui sont faits aux mêmes dates, à savoir à 6 semaines, 10 semaines et 14 semaines avec un rappel entre 15 et 18 mois ; d'autre part l'utilisation du vaccin contre l'hépatite B est fait à la naissance suivant les cas, ensuite à 6 ou 10 semaines suivi d'un rappel. L'utilisation isolé du vaccin contre l'haemophilus influenzae b est fait aux dates que le tetracoq avec le rappel.

Les tests tuberculiniques sont toujours pratiqués pour s'assurer de l'immunisation BCG.

Les carnets de vaccination utilisés sont tantôt ceux du PEV, tantôt spécifiques à la clinique, tantôt fournis par la société Nestlé.

Les activités de vaccination sont pratiquées dans toutes les structures à la demande, et les vaccins sont généralement administrés d'abord par les pédiatres et les gynécologues, puis par les sages femmes et les infirmières. Cependant le nombre d'enfants ou de femmes enceintes vaccinés est difficile à estimer. Cette situation est liée d'une part à l'hétérogeinité des antigènes utilisés, d'autre part à l'absence de registres spécifiques à la vaccination, les antigènes administrés étant préférentiellement inscrits dans le carnet de santé.

Toutefois à partir des données recueillies au niveau des trois (3) structures sanitaires privées disposant d'une unité de vaccination et de l'estimation faite par les spécialistes pédiatres et gynécologues, les proportions des enfants et femmes enceintes vaccinés par rapport au nombre de consultants et d'accouchements sont :



Graphique N°9 : Comparaison des proportions d'enfants de moins de 1 an et femmes Vaccinés par rapport aux consultations externes en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott

La plupart des femmes ayant accouchées dans le secteur sanitaire privé ont toutes bénéficié d'un examen médical du nouveau-né à la naissance et avant leur sortie par un pédiatre. Cette prise en charge néonatale de qualité a très peu été accompagnée des vaccinations BCG et Polio0 pour deux raisons principales, la non disponibilité de ces antigènes au niveau de la majorité des structures d'une part, et d'autre part le calendrier de vaccination proposé par certaines structures qui utilisent préférentiellement le tetracoq ou le pentacoq. Ce qui explique les faibles proportions (2%) pour le BCG et le polio 0.

Toutefois les structures qui ne disposent pas de ces antigènes ont orienté tous les nouveau-nés vers le secteur public.

Pour les autres antigènes presque tous les enfants et les femmes enceintes ont bénéficié correctement de l'immunisation (en fonction du calendrier adopté par la structure sanitaire privée) soit au niveau de la structure sanitaire privée à près de 90% ou ont été orientés vers le secteur public uniquement pour l'administration des antigènes recommandés par le pédiatre.

Il faut souligner la fidélité des consultants qui suivent parfaitement les recommandations de leur médecin traitant pour les rendez-vous réduisant au minimum les perdus de vue. La barrière financière n'étant pas un obstacle majeur pour cette frange de la population.

Les coûts pratiqués sont variables en fonction de l'antigène utilisé, il varie de 1500 UM pour le BCG, DTC et le VAR, à 6000 UM pour le vaccin contre l'hépatite B, à 7500 UM pour le vaccin contre l'haemophilus influenzae b, et 9000 UM pour le pentacoq. Les coûts sont fonction du prix d'achat à la pharmacie privée, ils peuvent paraître prohibitifs mais généralement à la portée des bénéficiaires.

Les professionnels de santé, pédiatres, sages femmes, infirmières ont bénéficié d'une formation en techniques vaccinales et chaîne de froid (rangement des vaccins, politique des flacons entamés ...) lors de leur exercice dans le secteur public.

➤ *Rapports avec MSAS*

Les responsables des structures sanitaires privées ont tous manifesté leur souhait à voir la médecine privée être considérée comme faisant partie intégrante du système de santé par la création de cadre de concertation formelle et statutaire, par l'association plus large aux activités du MSAS tout en tenant compte des spécificités du privé.

Ils ont d'autre indiqué leur disponibilité à revoir à la baisse les coûts de la vaccination, à transmettre des rapports mensuels, si le PEV s'engage à les doter de chaîne de froid, à les approvisionner en antigènes, consommables et outils de gestion, et à assurer la formation et le suivi.

Les pédiatres exerçant dans le privé ont bénéficié de la formation sur la surveillance active des PFA et sont disposés à collaborer pour la collecte de l'information et l'investigation aussi bien des cas de PFA que des autres maladies sous surveillance.

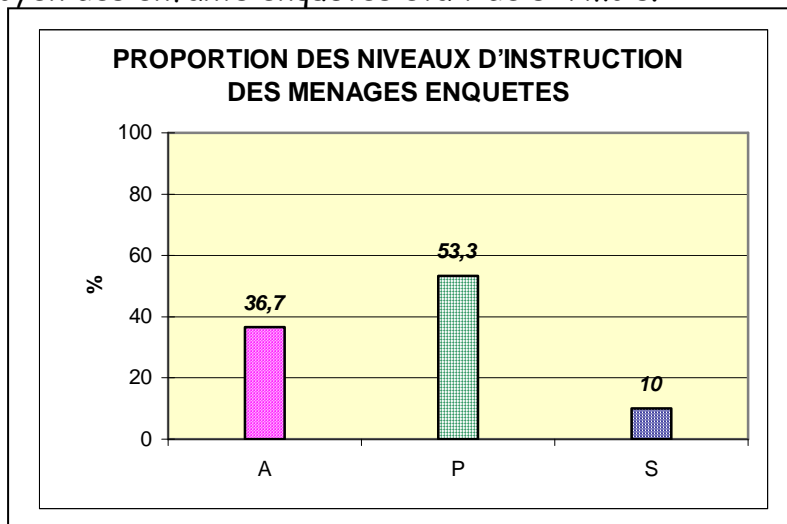
8.5 AU NIVEAU DES MENAGES

a) Caractéristiques générales des ménages enquêtés (voir annexe 5)

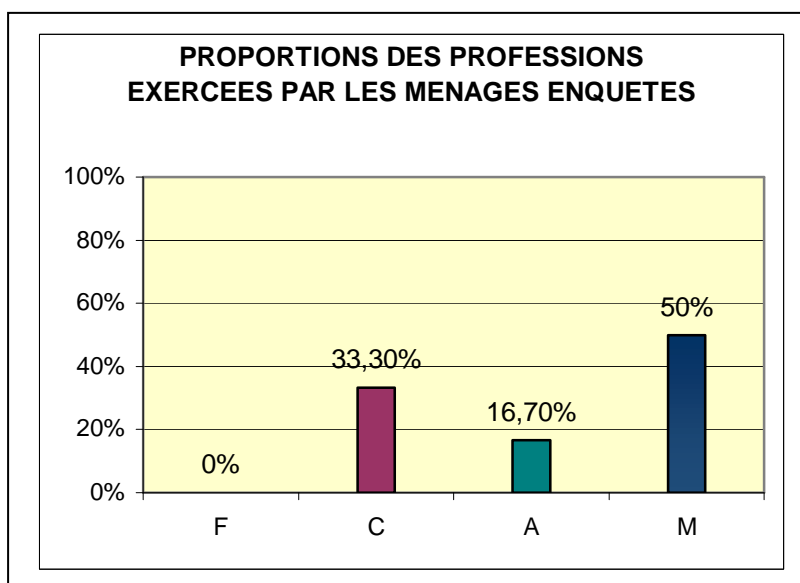
Sur les 30 ménages enquêtés (repartis entre les quartiers de Tevragh zeïna, Sebkhah, et la zone non lotie d'Arabat), 53% des mères d'enfants de moins de un an avaient un niveau primaire (contre 32% à l'EDS), 37% étaient analphabètes (contre 33% à l'EDS), et 10% un niveau secondaire (contre 8% à l'EDS).

Sur le plan professionnel, 50% étaient ménagères (contre 63% à l'EDS), 17% artisane et 33% commerçante.

L'âge moyen des enfants enquêtés était de six mois.



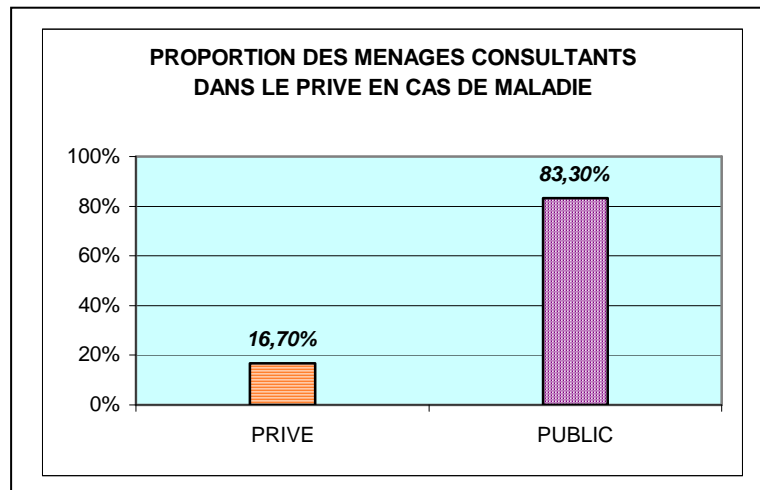
Graphique N°10 : Répartition des ménages enquêtés par niveau d'instruction en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott



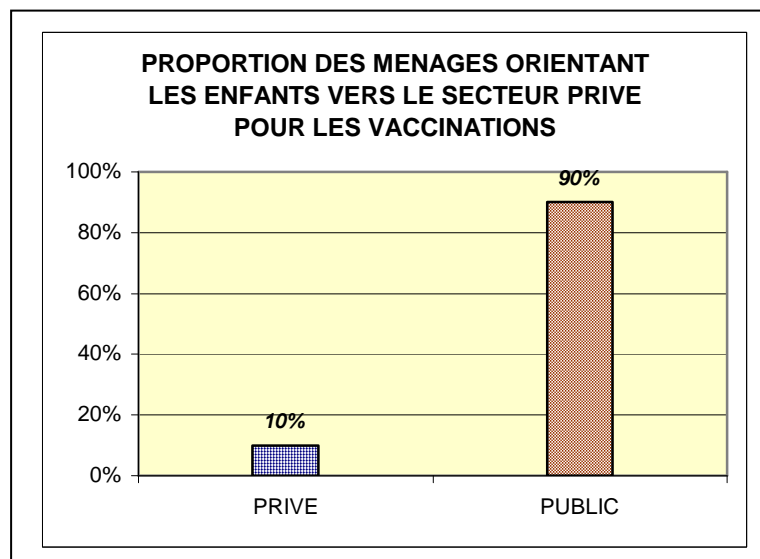
Graphique N°11 : Répartition des ménages enquêtés par profession en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott

b) Résultats analytiques (voir annexe 5)

17% (IC : 6-35) des mères d'enfants de moins d'un an s'orientaient vers les structures sanitaires privées en cas de maladie chez leur enfant, mais seulement 10% (IC : 2-25) pour les vaccinations.



Graphique N°12 : Proportion des ménages enquêtés consultants dans le secteur privé en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott



Graphique N°13 : Proportion des ménages enquêtés vaccinant leurs enfants dans le secteur privé en 2002 dans la Wilaya de Nouakchott

50% des enfants étaient correctement vaccinés selon leur âge au moment de l'enquête. Les antigènes qui ont été très peu suivis sont le polio 0 avec 23% des enfants qui n'ont pu être vaccinés à la date recommandée pour des raisons essentiellement culturelles, mais aussi dans le souci de respecter le calendrier vaccinal national, et n'ont par conséquent reçus que le BCG et puis le DTCP1. Ensuite le DTCP3 et la rougeole, avec respectivement 35% et 29% des enfants qui ne l'avaient pas encore reçus au moment de l'enquête par manque d'information sur la prochaine date de vaccination.

Tableau n°2 : Tableau récapitulatif des enfants éligibles vaccinés ou non selon le calendrier vaccinal

	BCG	P0	DTCP1	DTCP2	DTCP3	VAR
+	96,70%	76,70%	96,30%	95,70%	65%	71,40%
-	3,30%	23,30%	3,70%	4,30%	35%	28,60%

Les enfants qui n'ont pas été correctement vaccinés se retrouvent non seulement aussi bien au niveau du secteur privé que du secteur public, mais sont également repartis entre les quartiers.

Les principales raisons qui ont motivé le choix du secteur public sont représentées par l'accessibilité financière et géographique dans 91% des cas. Tandis que pour le privé 67% l'ont choisi à cause de la qualité de l'accueil, de la qualité des soins, du matériel et de la compétence du personnel ; et 33% ont associé en plus de ces raisons l'attente moins longue, la continuité des services et les horaires convenables.

L'obstacle à la vaccination au secteur privé est représenté par le manque d'information dans 48% des cas, et la relative inaccessibilité financière dans 44% des cas.

Quant au secteur public ce sont le mauvais accueil, la qualité douteuse du matériel et des soins et la longue attente qui sont les principaux freins dans 67% des cas.

Tous les ménages enquêtés ont indiqué la qualité de l'accueil, des soins, du matériel et la compétence du personnel du secteur privé, et ont manifesté leur désir de voir ces mêmes qualités au secteur public.

IX. COMMENTAIRES

9.1 Niveau au niveau central

Le MSAS et les partenaires ont souligné l'inadaptation des dispositions juridiques et réglementaires actuelles, l'insuffisance de la communication avec le secteur sanitaire privé, mais aussi l'inactivité de l'association de la médecine privée. Par ailleurs, ils ont tous insisté sur l'impérieuse nécessité d'associer le secteur sanitaire privé à la prévention par la vaccination, et affiché leur volonté à soutenir cette future et indispensable collaboration pour la santé publique et la protection des enfants contre les maladies cibles du PEV à travers :

- L'adoption prochaine du code de la santé,
- La poursuite de l'intégration du secteur sanitaire privé aux différentes activités du MSAS (revues, conseil de santé, les ateliers et séminaires), et à la lutte contre les épidémies,

- L'intégration du secteur sanitaire privé dans le plan pluriannuel du PEV et les plans d'action 2003 de la DMH, du SNIS et de la SEI,
- La dotation en matériel de chaîne de froid et l'approvisionnement en antigènes et consommables,
- Et le suivi-évaluation par la collecte et la transmission des rapports.

Ils ont également souligné l'importance du secteur sanitaire privé dans la prise en charge de qualité des enfants et des femmes enceintes par un personnel qualifié, expérimenté et compétent. La fréquentation de ces structures par la frange aisée de la population, et singulièrement des décideurs politiques, des leaders d'opinion représente des canaux importants pour la diffusion des messages de santé publique en faveur de la vaccination (qualité des antigènes du PEV, l'éradication de la poliomyélite, etc.).

Enfin leurs statistiques sanitaires qui échappent au MSAS sont préjudiciables à la santé publique, au PEV (dans ses activités de relance et d'accroissement des taux de couverture vaccinale) et aux activités de planification.

9.2 Au niveau des structures sanitaires privées

Les activités de consultation du secteur sanitaire privé touchent une partie relativement importante de la population de Nouakchott, en effet environ 25 à 30% des consultations des enfants de moins de un an et des CPN, puis 9% des accouchements sont effectués par ce secteur.

L'intégration de ces données dans les statistiques sanitaires du MSAS par un enregistrement systématique et exhaustif des activités réalisées, notamment dans le domaine de l'immunisation entraînerait non seulement un gain significatif pour la couverture vaccinale, mais aussi une réduction considérable des occasions manquées de vaccination et des perdus de vue. Toutefois l'estimation exacte de ce gain en terme d'accroissement de la couverture vaccinale est difficile à cause de l'hétérogénéité des calendriers de vaccination.

L'estimation annuelle des besoins en antigènes par le PEV concerne tous les enfants de moins de un an et les femmes enceintes ou en âge de procréer. La qualité de ces antigènes est soumise à une expertise internationale et nationale, de même que l'assurance de la chaîne de froid depuis la fabrication jusqu'aux bénéficiaires. Cette assurance-qualité devrait permettre d'échanger avec les spécialistes exerçant dans le secteur privé non seulement pour leur approvisionnement, mais aussi et surtout pour leur utilisation à la place d'autres associations comme le tetracoq ou le pentacoq qui comportent le polio injectable à la place du polio oral. Les bases scientifiques ayant motivé ce choix étant largement partagées par tous les spécialistes, surtout dans le cadre de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite. Cet échange permettra également d'adapter de manière consensuelle les calendriers de vaccination proposés par les établissements sanitaires privés.

Les antigènes qui ne font pas encore partie du calendrier national de vaccination pourront, quant à eux, être proposés à la demande par les spécialistes comme le vaccin contre l'hépatite B, contre l'haemophilus influenzae b, et contre la rougeole-oreillons-rubéole ; en attendant l'introduction prochaine du vaccin contre l'hépatite B.

Il en est de même pour le matériel de chaîne de froid commandé par le PEV pour les centres et postes de santé, qui est exclusivement adapté à la conservation et au suivi des antigènes.

Toutefois le secteur sanitaire aussi affiche sa volonté à voir cette collaboration voir le jour à travers des cadres de concertation et d'échange formels, tout en tenant compte des spécificités du secteur privé.

Cette nécessaire et indispensable collaboration permettra de mettre à la disposition de tous les enfants de moins de un an et aux femmes enceintes consultants dans les structures sanitaires privées des antigènes de qualité, conservés dans de bonnes conditions et à un coût moindre. Mais aussi au MSAS de disposer des statistiques complètes pour la couverture vaccinale, indicateur important pour la santé et stratégie majeure dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Enfin il représentera l'effort réel fourni par le secteur public et le secteur privé.

9.3 Au niveau des ménages

Tous les ménages enquêtés ont reconnu la qualité de l'accueil, des soins et du personnel du secteur privé, mais également leur relative inaccessibilité financière quant à la vaccination et souhaiteraient voir les coûts à la baisse pour une offre plus large des activités de vaccination.

X. POINTS FORTS ET CONTRAINTES

10.1 Points forts/opportunités

A. Une volonté affichée au plus haut niveau en faveur du renforcement du PEV et de l'intégration du secteur sanitaire privé aux activités de prévention par la vaccination. Cette volonté est concrétisée par :

1. une augmentation de la dotation budgétaire pour l'achat des vaccins et des consommables
2. l'existence de textes juridiques portant organisation de l'exercice de la médecine privée
3. l'association du secteur sanitaire privé aux différentes revues organisées par le MSAS, et au conseil de santé
4. l'intégration du secteur sanitaire privé au plan pluriannuel du PEV, aux plans d'action de la DMH, du SNIS et de la SEI

5. le succès de la soumission au fonds mondial pour les vaccins et la vaccination (GAVI) au titre du renforcement des services de vaccination et de la sécurité des injections
6. la soumission au fonds mondial pour les vaccins et la vaccination (GAVI) au titre de l'introduction des nouveaux vaccins (hépatite B)
7. la réadaptation des textes au contexte actuel à travers le code de santé de santé de publique en voie d'adoption
8. l'intérêt manifeste des autorités supérieures du ministère au suivi des activités de vaccination au niveau de toutes les structures sanitaires publiques et privées
9. l'intérêt manifeste des partenaires à soutenir cette initiative
10. l'existence du comité de coordination inter agence.

B. Une volonté des acteurs du secteur sanitaire privé à collaborer à la prévention par la vaccination.

10.2 Points faibles/contraintes

1. l'inadaptation des textes juridiques portant organisation de la médecine privée
2. l'absence de cadre de concertation formelle entre le secteur sanitaire public et privé
3. l'insuffisance de communication entre le secteur sanitaire public et privé
4. l'inactivité de l'association de la médecine privée
5. l'absence de collaboration avec les pharmacies privées pour assurer la qualité des antigènes commercialisés.

XI. RECOMMANDATIONS

11.1 Au MSAS

1. finaliser et adopter le code de santé publique
2. intégrer un représentant de l'association des médecins privés au comité de coordination inter agence
3. créer un comité de concertation provisoire regroupant la DMH, le PEV, la DRPSS de Nouakchott et les responsables des cliniques et cabinets de consultation privés ayant une activité pédiatrique et/ou gynécologique pour expérimenter et documenter cette collaboration pendant six (6) mois
4. Doter au moins un centre de santé de la DRPSS d'un pédiatre pour faire à la demande de spécialistes par les parents d'enfants.

11.2 Aux partenaires

Apporter leur soutien financier et technique

11.3 Au PEV

1. Doter les structures sanitaires privées en matériel de chaîne de froid
2. Approvisionner les structures sanitaires privées en antigènes, consommables et outils de gestion
3. Assurer la formation des professionnels du secteur sanitaire privée en charge des activités de vaccination
4. Evaluer l'expérience dans la Wilaya de Nouakchott au bout de six mois et l'étendre à toutes les Wilaya du pays où existent une activité privée

11.4 Au SNISS et à la Surveillance épidémiologique

S'inspirer de l'expérience du PEV pour intégrer le secteur sanitaire privé dans la collecte et le traitement de l'information sanitaire.

11.5 A la DRPSS de Nouakchott

1. Assurer avec le PEV le suivi des activités
2. Maintenir un climat de collaboration et d'échange en tenant compte des spécificités du privé

11.6 Aux structures sanitaires privées

1. redynamiser l'association de la médecine privée afin de permettre au MSAS d'avoir des interlocuteurs privilégiés
2. Assurer la transmission régulière des rapports mensuels de vaccination
3. Soutenir les activités du PEV par une participation active.

CONCLUSION

La protection des enfants de moins de un an, des femmes enceintes ou en âge de procréer de la République Islamique de Mauritanie, est une priorité et un défi pour le MSAS. Le succès de cet engagement passe par une véritable collaboration avec tous les acteurs de la santé, qu'ils soient du secteur public, du secteur privé, du secteur associatif ou de la société civile.

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- 1) *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, RIM, janvier 2001*
- 2) *Directives pour la relance du PEV, MSAS, 2001*
- 3) *Enquête nationale de couverture vaccinale, RIM, MSAS, DPS, PEV, en collaboration avec l'OMS, octobre 1997*
- 4) *Enquête nationale de couverture vaccinale, RIM, DPS, MSAS, mai 1999*
- 5) *Enquête nationale à mi-parcours en Mauritanie (MICS), juillet 1996*
- 6) *Enquête démographique et de santé, Mauritanie, 2000-2001, rapport ONS, ORC Macro International*
- 7) *Epidémiologie, principes techniques applications, M. Jenicek et R. Cléroux, éditions malione 1987*
- 8) *Guide de vaccination, en collaboration avec le CATR, avril 2000*
- 9) *Gestion de la chaîne de froid du PEV pour les cadres de la santé, OMS/AFRO/VPD, septembre 2001*
- 10) *Guide à l'usage des agents chargés de vaccination avec l'appui du CATR, octobre 2000*
- 11) *Plan stratégique de communication pour le développement/mobilisation sociale pour le PEV, MSAS, DPS, Mauritanie 2001-2005*
- 12) *Plan stratégique national pluriannuel du PEV 2002-2006, PEV, OMS, août 2002*
- 13) *Plan pluriannuel de mise en œuvre de la sécurité des injections 2002-2006, PEV, OMS, mai 2002*
- 14) *Promotion des bienfaits des enfants en Mauritanie - Point focal PEV UNICEF/Mauritanie*
- 15) *Rapport de mission de la CATR en Mauritanie, Saidou Souleymane, mai 2001*
- 16) *Rapport de supervision des unités de vaccination de la Mauritanie, novembre 2000*
- 17) *Rapport de mission sur la situation de la couverture vaccinale de 1991 à 2001 du PEV de la RIM, janvier 2002, Dr Adama Ouédraogo*
- 18) *Rapport annuel 2001-2002 MSAS, Division de la Surveillance Epidémiologique*

- 19) Recensement général de la population et de l'habitat 2000, ONS, juin 2001
- 20) Revue du PEV : Evaluation de la chaîne de froid, Souleymane Koné, octobre 1997
- 21) Revue du PEV, RIM, MSAS, OMS, Rapport, S.Kone, OMS/AFRO, octobre 1997
- 22) Revue du PEV : Evaluation de la chaîne de froid. Octobre 1997 Souleymane KONE
- 23) Revue inter agences des journées nationales de vaccination 1999, OMS, UNICEF
- 24) Revue du programme élargi de vaccination, OMS, UNICEF, CATR, BM, GTZ, BAD, Rotary International et Coopération Française, août 2002.

ANNEXES

1) TERMES DE REFERENCE

2) CHRONOGRAMME

3) OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

4) GUIDE DE FORMATION

5) RESULTATS DETAILLES DE L'ENQUETE MENAGE