



République Islamique de Mauritanie
Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Programme National de Santé de la Reproduction

DIAGNOSTIC DE SITUATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN MAURITANIE

Elaboré par :

Dr. Slab Meddeb

Mr. Faouzi Mosbah

Août 2006

Remerciements

Fruit de collaboration entre le Programme National de Santé de la Reproduction – Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, le Fond des Nations Unies pour la Population représenté en Mauritanie et l'Office National de la Famille et de la Population - Tunisie, le présent diagnostic est effectué pour répondre au besoin urgent qu'ont les responsables, les partenaires et les acteurs impliqués dans la promotion de la SR de disposer des informations leur permettant d'apprécier la situation actuelle du PNSR, à travers ses forces et ses faiblesses, d'orienter les efforts et d'établir les grandes lignes du plan d'action 2007.

Ce diagnostic est assuré grâce au concours de plusieurs cadres centraux et régionaux. Il convient de faire une mention toute spéciale :

- au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales pour la confiance qu'elle a accordé à l'ONFP pour la conduite de cette mission du diagnostic
- au Directeur du PNSR, *Docteur Mahfoudh Ould Boye*, ainsi que *Docteur Han* qui ont généreusement consacré leur temps à la réalisation de ce travail.
- à l'UNFPA pour son soutien financier et technique à travers ses membres

Nous tenons également à exprimer notre sincère reconnaissance aux autorités régionales et aux Directeurs DRPSS, les points focaux PNSR et tous les personnels dans les régions de qui ont enrichi, par l'échange de leurs expériences et commentaires, le contenu du présent diagnostic.

Enfin, nous tenons à remercier tout le personnel de coordination nationale du PNSR, sans exception, pour sa disponibilité et son aide, et tous les chauffeurs qui nous ont accompagné pendant nos déplacements aux régions.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---------------|---|
| AMPF | Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille |
| CAP | Connaissances, Attitudes et Pratiques |
| CCC | Communication pour le Changement de Comportement |
| CHN | Centre Hospitalier National |
| CSM | Centre de Santé de Moughataa |
| CNTS | Centre National de Transfusion Sanguine |
| CPN | Consultation Pré Natale |
| CSLP | Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté |
| CIP | Communication interpersonnelle |
| CS | Centre de Santé |
| DRPSS | Direction Régionale de la Promotion Sanitaire et Sociale |
| FO | Forfait Obstétrical |
| HR | Hôpital Régional |
| IEC | Information, Education et Communication |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| MSAS | Ministère de la Santé et des Affaires Sociales |
| NDB | Nouadhibou |
| NKC | Nouakchott |
| NV | Nouveau Né |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PF | Planification Familiale |
| PNSR | Programme National de Santé de la Reproduction |
| PS | Poste de Santé |
| SR | Santé de la Reproduction |
| SSR | Santé Sexuelle et de la Reproduction |
| SOU | Soins Obstétricaux d'Urgence |
| SOUB | Soins Obstétricaux d'Urgence de Base |
| SOUC | Soins Obstétricaux d'Urgence Complets |
| UNICEF | Fonds des Nations Unie pour l'Enfance |
| UNFPA | Fons des Nations Unies pour la Population |

SOMMAIRE

| | Page |
|--|-----------|
| Liste des abréviations | |
| Préambule | 06 |
| CONTEXTE | 07 |
| <hr/> | |
| 1. DONNEES GENERALES SUR LA MAURITANIE | 07 |
| 2. LE SYSTEME SANITAIRE OFRANT LES SERVICES SR | 08 |
| 2.1 Le secteur public. | |
| 2.2 Le secteur para-public | |
| 2.3 Le secteur privé | |
| 2.4 Le secteur associatif | |
| 2.5 Les services de santé militaires | |
| 3. LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION | 09 |
| 3.1 La mortalité maternelle et néonatale | |
| 3.2 La planification familiale | |
| 3.3 Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes | |
| ANALYSE DE SITUATION DU PNSR | 11 |
| <hr/> | |
| 1. CONTEXTE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL DU PNSR | 11 |
| 1.1 Engagement politique | |
| 1.2 Cadre institutionnel du PNSR | |
| 1.2.1 Au niveau central | |
| 1.2.2 Au niveau régional | |
| 2. L'OFFRE DES SERVICES ET LA COUVERTURE SR | 14 |
| 2.1 Accessibilité et disponibilité des services | |
| 2.2 Les services destinés à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale | |
| 2.2.1 Analyse de la performance des SOU | |
| 2.2.2 La fistule obstétricale | |
| 2.2.3 La prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH | |
| 2.3 La planification familiale | |
| 2.3.1 Le manque d'engagement réel et de motivation | |
| 2.3.2 Le faible accès aux services PF | |
| 2.3.3 La gamme réduite des méthodes proposées | |
| 2.3.4 La qualité précaire du service PF | |
| 2.4 La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes | |

| | |
|--|-----------|
| 3. LA COMPOSANTE IEC/CCC DANS LE DOMAINE DE LA SR | 26 |
| 3.1 Le diagnostic comportemental | |
| 3.1.1 Rappel des certaines caractéristiques socio-démographiques | |
| 3.1.2 Des connaissances limitées et des attitudes peu favorables à l'égard de la SR | |
| 3.1.3 Des obstacles structurels | |
| 3.1.4 Des barrières socioculturelles | |
| 3.2 Le diagnostic organisationnel | |
| 3.2.1 Acquis et points forts | |
| 3.2.2 Faiblesses et limites | |
| 3.2.3 Opportunités à saisir | |
| RECOMMANDATIONS POUR LA RELANCE ET LA PROMOTION DU PNSR | 42 |
| 1. RECOMMANDATIONS D'ORDRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL | 43 |
| 2. RECOMMANDATIONS POUR LA PROMOTION DES COMPOSANTES PRIORITAIRES SR | 45 |
| 2.1 La réduction de la mortalité maternelle et néonatale | |
| 2.2 La relance de la PF | |
| 2.3 La santé reproductive des adolescents et des jeunes | |
| 3. RECOMMANDATIONS POUR LE RENFORCEMENT DE L'IEC/CCC EN SR | 50 |
| 3.1 Définir et segmenter les populations bénéficiaires | |
| 3.2 Objectifs et axes d'intervention | |
| 3.3 Approches d'IEC/CCC à préconiser | |
| 3.4 Principales actions d'IEC/CCC à entreprendre | |
| 4. RECOMMANDATIONS POUR L'ELABORATION DU PLAN D'ACTION 2007 : RESUME SYNTHETIQUE DE L'ANALYSE DU PNSR | 56 |
| ANNEXES | 60 |
| <u>ANNEXE 1:</u> Quelques données de l'DSM 2000-01 sur les CAP en SR | |
| <u>ANNEXE 2:</u> Proposition des activités IEC/CCC réparties par responsable, contenu, moyen et effet | |
| BIBLIOGRAPHIE CONSULTEE | 72 |

Préambule

L'Etat de la République Islamique de Mauritanie a adopté en 2001 le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP) ;celui-ci comprend quatre axes stratégiques dont le troisième vise à « développer les ressources humaines et l'accès aux infrastructures essentielles ». Au sein de cet axe, le secteur socio-sanitaire occupe une place de choix. Ainsi, le CSLP fixe pour le secteur sanitaire trois objectifs d'impact qui sont :

1. l'amélioration des indicateurs de mortalité et de morbidité en particulier chez les plus pauvres,
2. l'atténuation de l'impact de la dépense de santé sur les ménages les plus pauvres,
3. le renforcement de la participation des populations dans la gestion de leur santé.

Ces trois axes constituent la base des orientations développées dans la politique socio-sanitaire qui fixe les principes, les objectifs et les stratégies de l'action sanitaire et sociale de la République Islamique de Mauritanie jusqu'à l'horizon 2015. Cette orientation politique du gouvernement mauritanien est en parfaite cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

L'objectif général retenu par le Plan Stratégique de SR est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles. En choisissant un tel objectif général, une place de choix est réservée à la promotion équitable de la santé de la reproduction.

Compte tenu de l'importance stratégique du programme SR au sein du système sanitaire du pays, les responsables du MSAS et ses partenaires voudraient redonner un nouveau souffle à ce programme qui ne parvient pas encore à enregistrer les résultats escomptés. En effet le PNSR connaît depuis un certain temps un relâchement de certaines de ses composantes comme le cas de la planification familiale ou des insuffisances comme le cas de la santé sexuelle et de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes et des activités d'Information d'Education et de Communication. Par conséquent, la situation actuelle du programme SR nécessite une analyse urgente en vue d'identifier les principaux problèmes qui entravent sa promotion et de proposer des solutions pour y remédier.

La réalisation de cette analyse commanditée par le MSAS et soutenue par l'UNFPA principal partenaire du MSAS en matière de SR a été confiée à l'Office National de la Famille et de la Population de Tunisie qui entretient une coopération traditionnelle avec le MSAS. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente mission d'expertise pour laquelle l'ONFP a mobilisé deux de ses cadres expérimentés respectivement en programmation et en communication en matière de SR et qui reflète une fois de plus la volonté commune des deux pays à consolider et concrétiser la coopération sud sud.

Dans ce document, il sera procédé à l'analyse de situation du PNSR qui portera sur ses différents volets politique, institutionnel et technique. Des recommandations seront également formulées à l'intention des responsables pour éventuellement les adopter pour la relance et la promotion du PNSR.

1. DONNEES GENERALES SUR LA MAURITANIE.

La République Islamique de Mauritanie est au confluent du Maghreb et de l'Afrique Subsaharienne peuplé d'Arabes, de Poulars, de Soninkés et de Wolofs. La superficie de 1.030.700 km², la population totale est estimée en 2004 à 2.746.913 habitants (RGPH 2000). Moins de la moitié (46%) de cette population vit en milieu rural. La population est jeune, avec 44% de moins de 15 ans (dont 31,7% de 0-8 ans) et seulement 6% de plus de 60 ans, créant ainsi des pressions importantes sur les services de base.

Un peu moins de la moitié (46,3%) de la population mauritanienne vit encore en dessous du seuil minimum de pauvreté, malgré une nette diminution dans les centres urbains autres que Nouakchott, passant de 38,5% en 1996 à 25,7% en 2000. Par ailleurs au cours des dernières années, on assiste en Mauritanie, comme dans l'ensemble des pays de la sous-région, à une migration continue vers les centres urbains. La population urbaine est passée de 45% en 1994 à 75% de la population totale, ce qui illustre l'importance de la sédentarisation anarchique des nomades, qui ne représentent plus que 4,8% de la population. La wilaya de Nouakchott compte plus de 611 000 habitants, soit 24% de la population. Cette urbanisation de la population s'effectue le plus souvent de façon rapide et anarchique.

Les principaux indicateurs démographiques et sanitaires :

- Taux d'accroissement naturel de la population : 2,66%
- Taux brut de Natalité : 40 pour mille
- Taux brut de la mortalité générale : 13,4 pour Mille
- Indice synthétique de Fécondité : 4,6 enfants par Femme
- Ratio de Mortalité Maternelle : 747 décès /100 000 NV
- Mortalité infantile : 91 ‰
- Mortalité infanto-juvénile : 151 ‰
- Espérance de vie à la naissance : 54 ans
- Age moyen au premier accouchement : 20,7 ans
- Nombre annuel de grossesses attendues : 129000
- Prévalence de HIV/SIDA : estimée à 0,9 %.
- Prévalence du VIH chez la femme enceintes : 0,83 %
- Nombre attendu de femme enceinte VIH + : environ 1000 femmes
- Nombre attendu d'enfants infectés par le VIH (30% sans intervention) : 320

2 LE SYSTEME SANITAIRE OFFRANT LES SERVICES SR

2.1 Le secteur public.

Sur le plan technique, le système est constitué de trois niveaux de prestations, à savoir :

- 2.1.1 Au premier niveau (*Moughataa*) on trouve 2 types de structures :
- 2.1.2 Les postes de Santé (306) tenus par un ou deux infirmiers aidés par des accoucheuses auxiliaires. Ces PS se situent dans les grandes communes rurales et les grandes collectivités d'accessibilité difficile.
- 2.1.3 Les Centres de Santé de Moughataa qui sont au nombre de 53 dont 13 sont du type A et 40 du type B. Ces CS sont composés d'un médecin généraliste, d'un sage femme et d'infirmiers. Chaque centre est doté d'une maternité, sauf dans certains chefs-lieux de Wilayas où la maternité est située au sein des hôpitaux régionaux. Les centres de santé ne disposent pas de bloc opératoire sauf le centre « sebkha » à NKC. Les centres offrent les prestations préventives et curatives ainsi que les soins d'urgence dont les SOU et les mises en observation.
- 2.1.4 Au deuxième niveau (intermédiaire) se trouvent les hôpitaux régionaux qui sont au nombre de 10 (Néma, Aioun, Kiffa, Kaédi, Aleg, Rosso, Atar, Nouadhibou, Tidjikja et Sélibaby) ; deux d'entre eux (Nouadhibou et Kiffa) ont une autonomie de gestion ;
- 2.1.5 Le troisième niveau (central) comprend les établissements publics de référence : le Centre Hospitalier National (CHN), l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott, le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS).

2.2 Le secteur para-public.

Ce secteur dispose de deux polycliniques d'entreprise (SNIM) offrant des soins obstétricaux d'urgence complets dans les deux villes industrielles du pays, Nouadhibou et Zouerate. La municipalité de Nouadhibou dispose d'un complexe socio - sanitaire comprenant deux centres de santé en zone périphérique avec bloc chirurgical, reliés par un système de communication (parc automobile et radio), qui assurent les prestations de soins obstétricaux d'urgence complets.

2.3 Le secteur privé.

Il dispose de cliniques, certaines pourvues de bloc opératoire et de capacités d'hospitalisation, de cabinets médicaux, parfois spécialisés. La plupart de ces formations sanitaires privées sont concentrées à Nouakchott.

2.4 Le secteur associatif.

Ce secteur détient également quelques structures de services notamment l'Association Mauritanienne de la Promotion de la Famille (AMPF) qui gère 6 centres de prestation SR.

2.5 Les services de santé militaires

Ils comportent un hôpital militaire national à Nouakchott et les infirmeries de garnison.

3 LE PROGRAMME DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Prenant place au programme de bien être familial, le Programme National de Santé de la Reproduction a été officiellement adopté en 1999 traduisant ainsi l'adhésion de la Mauritanie aux concepts et aux recommandations de la CIPD 94. A ses débuts, le PNSR n'a pas développé de stratégies centrées sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale mais le tir a été rectifié et le programme a été recentré vers trois priorités à savoir:

- la réduction de la mortalité maternelle et néonatale
- le renforcement de l'espacement des naissances,
- la promotion de la santé reproductive des adolescents et des jeunes,

Ce recentrage vers ces priorités a été facilité et conforté par l'engagement politique et par l'appui de l'ensemble des partenaires.

Le choix de ces priorités du PNSR se justifie à plusieurs titres :

3.1 Pour la mortalité maternelle et néonatale.

Le Taux de Mortalité Maternelle estimé à **747 pour 100.000 NV**, apparaît supérieur au taux auquel on pourrait s'attendre par comparaison au niveau économique du pays. En effet ce taux est plus élevé que celui d'autres pays de la sous- région qui ont un PNB et des indicateurs de moyens nettement inférieurs à ceux de Mauritanie. Ceci dénote un manque de performance du système de santé et d'une faible capacité actuelle à réduire significativement le TMM. A ce propos et de l'avis de tout le monde, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale n'a pas bénéficié d'une attention suffisante dans les précédents programmes SR en particulier par le développement des soins obstétricaux d'urgence qui ont fait quasiment défaut notamment dans les zones rurales et semi-urbaines.

Ainsi la priorité redonnée à cette composante s'exprime d'une part par son intégration dans les stratégies retenues aussi bien par le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté que par le Cadre budgétaire à moyen terme (2002-2004) développé par le ministère de la santé et d'autre part par l'engagement des partenaires en particulier les agences des Nations Unies, de coopération multi- et bilatérales et ONGs nationales et internationales, à en faire une composante primordiale de la SR.

3.2 La planification familiale.

Mise à part sa contribution à l'harmonisation de l'accroissement démographique et à l'équilibre familial, cette composante constitue un élément crucial pour le bien être familial et particulièrement pour le celui du couple mère-enfant. En effet, La planification familiale est un élément essentiel de la prévention primaire et de la baisse de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale, elle constitue la première ligne de défense contre les grossesses précoces, itératives et rapprochées qui sont pourvoyeuses de décès et de pathologies obstétricales comme la fistule chez la mère et pourvoyeuse de décès et de morbidité chez l'enfant (faible poids de naissance, malnutrition, etc.).

3.3 Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes.

En Mauritanie, le développement d'un programme spécifique à la santé de reproduction des adolescents et des jeunes est une priorité absolue eu égard au poids démographique de cette population (la moitié de la population totale) d'une part et d'autre part et comme dans tous les pays du continent les jeunes commencent leur vie sexuelle très précocement, sans aucune préparation en matière de sexualité et de contraception.

En effet, à l'âge de 16 ans, 56 % d'entre eux entretiennent des rapports sexuels souvent non protégés, les exposant aux infections sexuelles transmissibles y compris le VIH /SIDA et aboutissant à des grossesses non désirées et à des avortements clandestins, non médicalisés. Ces derniers figurent parmi les causes majeures de la mortalité et la morbidité maternelles.

ANALYSE DE SITUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Le diagnostic de situation du programme SR, va porter sur trois volets essentiels à savoir :

- l'engagement politique et institutionnel du PNSR,
- l'offre des services prioritaires de la SR et
- le recours aux services SR à travers la composante IEC/Plaidoyer

1. CONTEXTE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL DU PNSR

1.1 Engagement politique :

Dans la foulée de la CIPD la Mauritanie a adopté en 1995 une Déclaration de politique de population (DPP) à vocation multi-sectorielle, fruit d'une réflexion et de débats menés dans toutes les régions du pays. La DPP souligne que l'intégration des problèmes de population et de développement est une condition nécessaire à une croissance économique qui assure le bien-être des populations et se fixe pour objectif majeur la lutte contre la pauvreté.

Le suivi de la mise en œuvre de la DPP a connu moins de succès du fait de la faiblesse des capacités nationales institutionnelles et techniques. On note cependant des avancées sectorielles comme en matière de SR. Le processus d'élaboration d'un Programme national de santé de la reproduction (PNSR) a été lancé en 1996, sur la base d'une analyse de la situation portant sur la période 1990-1995. Officialisé en mars 1999, le PNSR est en principe le cadre de référence de toute intervention dans le domaine de la SR.

L'environnement politique est actuellement très favorable à un développement réel du système de santé, et à une amélioration notable de la santé de la population dans toutes ses dimensions; le cadre de démocratisation et l'orientation stratégique de lutte contre la pauvreté en sont les deux principaux piliers. A ce propos, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté a permis l'adoption d'une orientation gouvernementale unique, intégrée, visant une amélioration du niveau socio-économique de l'ensemble de la population; pour cela, un des axes stratégiques retenus est le développement des ressources humaines et l'assurance de l'accès aux services de base notamment les services de santé au sein desquels la SR constitue une priorité.

Il est important de signaler que ce contexte politique favorable au développement du secteur sanitaire y compris la SR est traduit par la mobilisation de ressources financières additionnelles au profit du secteur induite par l'adhésion du pays à l'IPPTE (remise d'une partie importante de la dette).

En outre, l'avènement de ressources pétrolières ouvre encore des horizons meilleurs en terme de disponibilités financières nationales au profit du secteur, ce qui garantit la durabilité et l'efficacité des investissements entrepris pour l'amélioration qualitative et quantitative de la couverture sanitaire du pays.

Parallèlement à l'accroissement des disponibilités financières de l'état, le partenariat du secteur mobilise d'importantes ressources additionnelles. En effet, les partenaires au développement, qu'ils soient bilatéraux ou multilatéraux, assurent une bonne part du financement du secteur allant de 30 à 40 % du total des ressources.

En ce qui concerne l'équité et la garantie du droit à la santé, signalant l'élaboration d'un « projet d'appui à la SR au profit des familles vulnérables bénéficiaires des programmes d'activités génératrices de revenus » mis en œuvre par le Commissariat aux Droits de l'Homme, à la Lutte contre la Pauvreté et à l'Insertion (CDHLCPI). Il s'agit d'un programme qui vise le renforcement des services dans les régions les plus démunies tout en facilitant l'accessibilité financière des populations concernées.

Nous pouvons dire que l'engagement politique en faveur de la SR est sans équivoque en témoigne la mobilisation des ressources en faveur du secteur et les mesures d'appoint qui ont été prises pour sa promotion notamment par le :

- Renforcement des ressources humaines des structures de services SR par le redéploiement des spécialistes dans les régions qui en sont dépourvues, renforcement des compétences du prestataires notamment en matière de soins obstétricaux
- Renforcement du plateau technique (équipements, ambulance, banques de sang, et autres.)
- Facilitation de l'accessibilité financière aux services par la population concernée (forfaits obstétricaux, mutuels de santé)
- Motivation du personnel travaillant dans les zones reculées par institution d'une prime spécifique.
- Mise en place d'une plateforme de partenariat par l'élaboration et l'adoption par le MSAS de l'approche de contractualisation avec les ONGs.

Il est toutes fois important à signaler que l'engagement politique exprimé par les déclarations, les documents officiels et la mobilisation des ressources en faveur du secteur, n'est pas encore palpable au niveau opérationnel. En effet et en dépit de la disponibilité des ressources financières; celles-ci manquent encore d'efficience et leur absorption reste faible en raison de la complexité des procédures de gestion et la diversité des priorités et des mandats.

Ce problème est encore majoré par la faible implication des partenaires aux trois niveaux :

- Au niveau local, l'implication des communautés et de la société civile reste faible. Les comités de santé sont encore peu efficaces.
- Au niveau intermédiaire, les conseils et les comités de santé sont peu fonctionnels à cause de la faible implication des autres secteurs gouvernementaux et des acteurs régionaux.

- Au niveau national, le développement d'un programme, unique intégrant tous les projets et actions des partenaires, n'a pas été concrétisée. En effet, le maintien de caisses séparées avec procédures spécifiques à chaque bailleur à côté d'une capacité d'absorption insuffisante ont constitué de réels handicaps au décaissement et à l'exécution financière des plans opérationnels annuels du secteur.

Dans ce cadre, il y a lieu de signaler des points qui méritent une attention particulière des décideurs à savoir :

- La nécessité de renforcer les capacités de gestion des intervenants aux niveaux local et régional pour réussir le processus de décentralisation et une action de plaidoyer d'envergure en direction des responsables aux différents niveaux devrait être entreprise
- L'allègement des procédures administratives et financières au niveau du MSAS en vue d'accélérer l'allocation des moyens et par là faciliter la mise en œuvre des activités SR et l'exécution du programme
- La mise en place de mécanismes appropriés (motivation, contrat, etc.) pour l'implication effective de la société civile et la communauté dans la promotion de la SR.
- La réduction des disparités inter et intra-régionale et la réponse aux besoins spécifiques des populations vulnérables pour mettre en valeur les principes d'équité, de justice, de solidarité qui sont les garants du droit universel à la santé en général et la santé de la reproduction en particulier
- Renforcer l'assise juridique en faveur de la femme et les jeunes pour préserver leur droit d'accéder et bénéficier des services de la SR.

1.2 Cadre institutionnel du PNSR

Le cadre institutionnel du PNSR constitue un maillon faible qui entrave la promotion du programme aux différents niveaux. On note à cet effet, l'absence d'un document de référence qui définit le cadre d'intervention de tous les partenaires (équipes de santé, structures de référence, partenaires, ONGs, communautés) avec des objectifs clairs, des stratégies adéquates et des résultats à atteindre.

1.2.1 Au niveau central, il n'y a pas une structure de pilotage dotée de moyens suffisants, qui incarne la dimension stratégique pour le pays de la santé de la reproduction. En l'absence d'un tel dispositif, les faibles performances passent inaperçues et conduit à une implication, parfois trop directe des partenaires dans la mise en œuvre des activités sur le terrain et pousse les équipes de santé à penser que leur vrai partenaire est celui qui apporte le financement, ce qui fragilise la position de la structure centrale responsable de la SR.

Il faut souligner également que la répartition du pays en zones d'intervention par bailleur et l'absence de mécanismes de coordination est un facteur préjudiciable à certaines zones enclavées et lointaines, n'intéressant pas de ce fait les bailleurs, et qui se trouvent sans aucun soutien financier, car les budgets alloués par le gouvernement sont souvent insignifiants, ce qui mène à une inégalité entre les populations d'un même pays.

L'intervention des ONGs en matière de SR, très souhaitée pour renforcer les efforts des structures étatiques, est un domaine qu'il convient de réorganiser. Ce qui peut être reproché à beaucoup d'organisations c'est leurs interventions souvent épisodiques, intempestives, sans se conformer à un cadre de référence et sans coordination avec les équipes de santé.

Cette situation trouve son origine d'abord, dans l'absence d'une stratégie nationale claire de mobilisation sociale visant les responsables, les individus et les communautés qui fixe les priorités, le rôle et les attributions de différents partenaires.

La coordination centrale du PNSR est passée par un vide qui a duré environ 3 ans. Au cours de cette période l'équipe du programme faute de programmation et d'allocation de moyens de travail a été marginalisée ce qui a engendré un clivage entre les 2 niveaux central et opérationnel.

Actuellement on assiste à une reprise et un nouvel élan de l'équipe qui s'atèle à reprendre en main le programme en sachant que la majorité des membres ne manque ni d'expérience ni de capacité néanmoins l'absence d'un organigramme fonctionnel (le mandat de la coordination nationale et la description des tâches des membres) fait défaut et empêche l'équipe d'être suffisamment opérationnelle.

S'ajoute à ce problème, le manque de moyens et la médiocrité des conditions de travail (parc informatique insuffisant, pas de connexion Internet, pas de climatisation, etc.)

- 1.2.2 Au niveau régional, les points focaux SR au sein des DRPSS, manquent d'opérationnalité. A travers les rencontres avec certains d'entre eux lors des visites sur le terrain, il semble que leurs activités se sont limitées à la participation aux sessions de formation du personnel et à quelques sorties pour la supervision.

Malgré qu'il soit constitué de sages femmes expérimentées et compétentes ayant une bonne connaissance du terrain, ce corps ne dispose pas d'un organigramme ni d'outils de travail. Ses activités réalisées sont souvent ponctuelles, non planifiées et relèvent de la volonté et de la motivation personnelles.

2. L'OFFRE DE SERVICES ET LA COUVERTURE SR

2.1 Accessibilité et disponibilité des services :

- 2.1.1 Les services de santé entres autres ceux de la SR restent inaccessibles pour 33% de la population vivant au delà de 5 km d'un poste ou d'un centre de santé avec des variations régionales de 48% au Hodh El Gharbi à 2 % à Nouakchott. Cette situation, due à l'application insuffisante des critères d'implantation a influé fortement sur l'utilisation des services essentiels de santé, et freine par la même occasion l'amélioration des indicateurs du secteur.

Par ailleurs, cette couverture théorique ne permet pas de mettre en exergue la non fonctionnalité d'une bonne partie des postes de santé qui sont fermés par manque de personnel et même ceux qui fonctionnent n'ont pas la capacité requise pour répondre aux besoins SR de la population compte tenu de la précarité des profils qui y sont affectés.

A ces insuffisances s'ajoute la vétusté des équipements en général, et des équipements biomédicaux en particulier aggravée par l'inexistence la maintenance de ce matériel souvent acquis auprès de divers fournisseurs n'assurant ni le service après vente ni la maintenance.

2.1.2 Concernant les ressources humaines, leur insuffisance en général et leur répartition inégale sur les régions constituent un handicap de taille à la promotion de la SR en général et dans les régions démunies en particulier. Malgré les efforts consentis le problème se pose essentiellement dans la disponibilité d'un nombre suffisant de médecins spécialistes et la disparité de la répartition des sages femmes qui sont les piliers de l'offre de la SR.

D'après les responsables, cette situation défavorable à la promotion équitable de la SR est entre autres due à :

- L'absence d'un plan de gestion prévisionnelle des ressources humaines pour la SR;
- L'insuffisance quantitative de ces catégories de personnel par rapport aux besoins réels de la population.
- L'insuffisance quantitative et qualitative de la formation de base ;
- L'inexistence d'un plan cohérent de formation continue et d'un plan de carrière ;
- La gestion inéquitable des personnels du secteur (par rapport aux affectations, aux promotions, à l'implication aux activités de formation au niveau national ou international, à la participation aux congrès/colloques, au suivi, aux sanctions, aux récompenses, etc.
- L'insuffisance du système de motivation, ne prenant pas en compte les critères de performance de l'individu en plus de sa présence, et l'absence de mesures d'accompagnement pour la fixation du personnel (ex : logement) ;
- L'insuffisance, aux différents niveaux, de capacités en «management» ou gestion managériale des personnels.

2.1.3 Il est important de signaler le renforcement qu'ont connu les moyens nécessaires à l'amélioration de la qualité des services SR en particulier ceux qui sont indispensables à la réduction de la MM et néonatale :

- Ressources humaines spécialisée :

- Les gynécologues ne sont disponibles que dans 6 Wilayas sur 13. Celles qui n'en sont pas dotées : les Wilayas de Inchiri, Adrar, Tiris Zemmour, Tagant, Trarza, Brakna (en cours) et Guidimakha,
- Les pédiatres : ils sont disponibles dans 9 Wilayas sur 13 .Celles qui ne sont pas nanties de pédiatres sont : Inchiri, Tiris Zemmour, Tagant et Guidimakha.

- L'infrastructure et les moyens de travail
 - Les blocs opératoires : Les hôpitaux régionaux de 11 Wilayas sont dotés de blocs opératoires. Ces blocs ne sont pas disponibles à Inchiri et Tiris Zemmour
 - Le parc des ambulances : ces moyens d'évacuation sont disponibles dans toutes les Moughataas du pays.
 - Les banques du sang : elles existent dans toutes les régions et il faut à ce propos signaler le grand effort consenti par le Centre National de la Transfusion sanguine en vue d'en rationaliser l'utilisation et instituer une coordination des actions entre les différentes structures dotées de banques du sang dans une même région.

Il y a lieu de dire que malgré ce grand effort qui a été déployé pour renforcer les capacités des structures sanitaires du pays, certaines régions restent jusqu'à ce jour complètement démunies en ressources humaines spécialisés et même dans celles qui en sont dotées, ces ressources ne sont pas encore suffisantes puisqu'elles ne sont disponibles que dans les capitales des Wilayas et par conséquent ne sont pas en mesure d'assurer une couverture suffisante dans les Wilayas relativement peuplées .

2.2 Les services destinés à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale :

Force est de constater, que le choix stratégique fait en matière de SR durant ces dernières années, trop orienté vers le développement et la promotion des soins obstétricaux et marginalisant l'apport des stratégies comme la PF ou la CPN, ne semble pas réaliser les résultats escomptés. Pourtant, en tenant compte des moyens économiques du pays, les stratégies à privilégier devraient être celles qui ont le meilleur rapport coût/efficacité.

Or, il est admis partout que ce sont les stratégies prônant la prévention primaire qui ont le meilleur rapport coût/efficacité, soit, dans le domaine de la SR, la PF, la CPN, l'IEC, l'accouchement en milieu assisté. Dans ce cadre, l'expérience internationale indique que les pays qui ont pu accélérer la réduction de la mortalité maternelle grâce à une politique de décentralisation des soins obstétricaux d'urgence sont passés d'abord par une politique de maîtrise de la croissance démographique à l'aide de la PF.

Il est vrai que, quand on est dans un pays à forte mortalité maternelle, on doit tenter différentes stratégies pour la diminuer rapidement, en essayant de généraliser les soins d'urgence et de déléguer à un personnel, souvent peu qualifié, les soins d'urgence relativement spécialisés qui permettent de sauver des vies. Mais de telles stratégies gagneraient à être complémentaires à des stratégies plus offensives de prévention primaire, en attendant que celles-ci portent leur fruit avec le temps et que le système hospitalier puisse suffisamment se développer pour être performant dans les soins obstétricaux et contribuer ainsi à la limitation des cas de décès maternels et néonataux.

Cependant, ces SOU développés dans les structures accusent encore des déficiences quantitatives et qualitatives et ne sont pas en mesure de contribuer efficacement à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

2.2.1 Analyse de la performance des SOU.

Cette analyse des SOU va se baser sur les données de la « 2^{ème} Enquête Nationale sur les Soins Obstétricaux d'Urgence UNFPA 2004-2005 et à travers les visites effectuées aux différentes structures régionales dans les wilayas de Nouadhibou, Brakna , Assaba et Hodh El Gharbi

→ Les données de l'enquête

- **La disponibilité des SOU.**

Le tableau suivant montre la disponibilité inéquitable des SOU dans le pays et on constate que les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) ne sont offerts que dans 2 wilayas sur 11 et les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) ne sont offerts que dans 6 Wilayas sur 11 avec des disparités régionales allant de 0 dans 7 Wilayas à 5 à Nouakchott.

| Disponibilité des SOU dans les Wilayas | | | | |
|--|-----------|----------|-----------|----------------|
| Wilaya | Moughataa | SOUB | SOUC | Population |
| Hodh El Chargui | 6 | 0 | 1 | 296978 |
| Hodh El Gharbi | 4 | 0 | 1 | 219000 |
| Assaba* | 5 | 0 | 0 | 271614 |
| Gorgol | 4 | 0 | 1 | 264602 |
| Brakna* | 5 | 0 | 0 | 271145 |
| Trarza | 6 | 0 | 0 | 264911 |
| Adrar | 4 | 0 | 0 | 65713 |
| Inchiri | 1 | 1 | 0 | 12546 |
| Tagant | 3 | 0 | 0 | 77555 |
| Guidimakha | 2 | 1 | 1 | 207690 |
| Dakhlet Nouadhibou | 1 | 0 | 2 | 87429 |
| Iris Zemmour | 3 | 0 | 0 | 46299 |
| Nouakchott | 9 | 0 | 5 | 614518 |
| Total | 53 | 2 | 11 | 2700000 |

*A l'Assaba et la Brakna : actuellement les SOUC sont disponibles

- **L'utilisation des SOU :**

- *Proportion du nombre total des naissances dans les services de SOU.* Le niveau minimum acceptable pour cet indicateur est 15%. L'enquête trouve une moyenne nationale de 37% avec des disparités régionales. Seules trois wilayas sont en dessous de la norme (Hodh El Gharbi avec 12,2%, Hodh El Chargui à 11,4% et le Guidimakha à 14%). Pour les 10 autres Wilayas, les proportions sont supérieures à la norme et varient entre 20-50%.
- *Besoins satisfaits en SOU / Proportion de complications obstétricales prises en charge dans les services de SOU :* pour cet indicateur, le niveau national est de 36%, et il est en deçà du niveau minimum acceptable qui est de 100%. Environ 2/3 des complications obstétricales ne sont pas vues dans les structures de SOU.

Seule la wilaya de Nouakchott répond aux normes avec 106% des complications prises en charge du fait que les centres nationaux de référence reçoivent des complications obstétricales de toutes les wilayas du pays. Les wilayas du Brakna, Dakhlet Nouadhibou, Gorgol et Inchiri sont entre 20 et 40% de besoins en SOU satisfaits, par contre toutes les autres wilayas sont à moins de 20% de besoins en SOU satisfaits.

- **Taux de césariennes par rapport à l'ensemble de toutes les naissances.**

Le niveau national de cet indicateur est de 1,10% ; très faible par rapport à la norme requise comprise entre 5 et 15%. Une très grande disparité existe entre les wilayas :

- Wilayas où aucune césarienne n'a été effectuée en 2004 : par manque de structures physiques (Inchiri), de compétences chirurgicales (Adrar, Tagant et Trarza) et de bloc opératoire (Brakna et Trarza)
- Wilayas où le taux de césariennes est de moins de 1% : Assaba, Gorgol, Guidimakha, Hodh El Chargui, Hodh El Gharbi et Tiris Zemmour.
- Wilayas ayant un taux égal ou > à 3 % : Nouakchott et Dakhlet Nouadhibou.

- **Taux létalité**

Le taux des décès consécutifs à une complication obstétricale au niveau national est de 1,3% (le minimum admis est de 1%) avec des disparités régionales importantes allant jusqu'à 17% dans la Wilaya de l'Adrar contre 1 à 2 % dans les Wilayas de Brakna, Nouadhibou, Hodh El Gharbi, Nouakchott et Trarza. Les principales raisons à ces taux de létalité élevés dans le pays sont, en dehors de la pratique des accouchements à domicile il faut noter :

- la faiblesse du plateau technique à tous les niveaux (retard n°3)
- le manque d'un système d'orientation/référence efficace entre les structures périphériques et les structures de références (retard n°2)
- le manque d'information et d'éducation des communautés pour une prise de décision rapide quant à la recherche d'une assistance médicale (retard n° 1).

| | Indicateurs | Résultats 2005 | Normes |
|----------------------------------|---|------------------------------|---|
| Indicateurs de couverture | 1. Nombre de SOUB et SOUC | 2 SOUB /53 M 11 SOUC/13 W | 1 SOUB / moughataa 1 SOUC / Wilaya |
| | 2. Répartition des centres SOUB et SOUC | 0% | 1 SOUB / moug 1 SOUC / Wilaya |
| Indicateurs d'utilisation | 3. Proportion du nombre total des naissances dans les services de SOU. | 37% | Minimum accep : 15% |
| | 4. Besoins satisfaits en SOU / Proportion de complications obstétricales prises en charge dans les services de SOU. | 36% | Minimum accep : 100% |
| | 5. Proportion de césariennes par rapport à l'ensemble de toutes les naissances. | 1,10% | Minimum accep : 5% Maximum accep : 15% |
| Indicateurs de qualité | 6. Taux de létalité | 1,30% | Maximum acceptable 1% |

- **Les causes de mortalité**

L'enquête a montré que les causes des décès maternels sont dominées par l'hémorragie anté et post partum (40% des cas) et la pré éclampsie/éclampsie (36% des cas), suivent de loin la rupture utérine (8,4%), les infections du post partum (7,2%), le travail prolongé/dystocique (6,0%), la grossesse extra utérine (1,4%) et la complication de l'avortement (1,1%).

Quant à la létalité spécifique par cause, la rupture utérine tue le plus, 7 femmes sur 10 en meurent ; par contre les femmes meurent moins par hémorragie (moins de 10% en meurent) alors qu'elles décèdent un peu plus par infection du post partum (24%) et par le travail prolongé (12%).

➔ **Les SOU à travers le constat sur le terrain**

Les visites des structures dans les 4 Wilayas de Nouadhibou, Brakna (Aleg), l'Assaba (Kiffa et Guérou) et Hodh El Gharbi (Aioun) montre ce qui suit :

- **Pour les SOUC :**

- A Nouadhibou, les SOUC sont offerts par le Centre Hospitalier de Nouadhibou et par la Polyclinique de la SNIM. Les deux maternités sont très bien équipées mais elles sont sous-utilisées. En effet, le nombre d'accouchements assurés par ces deux structures est inférieur à celui du centre de PMI de la commune au quartier « Jedida ».
- A Aleg dans la wilaya de la Brakna, à l'hôpital régional les SOUC ne sont pratiquement pas offerts malgré la présence d'un bloc opératoire et d'un chirurgien ; celui ci et pour des raisons personnelles ne fait pas de césarienne et les accouchements qui ont en besoin sont référés. L'affectation d'un gynécologue est en cours et il y a espoir de rendre disponibles les SOUC.
- A Kiffa dans la wilaya de l'Assaba les SOUC sont offerts, la maternité est bien équipée avec disponibilité des ressources spécialisées nécessaires
- A Aioun dans la Wilaya de Hodh El Gharbi, les SOUC sont offerts, le seul problème qui se pose est l'éloignement du bloc opératoire de la maternité, ce qui retarde la prise en charge rapide des urgences.

- **Pour les SOUB**

Les visites des structures dans les 4 wilayas ont confirmé les données de l'enquête sur les SOUB. En effet aucun centre de santé visité n'offre les SOUB et le problème se pose essentiellement pour les centres qui sont loin des hôpitaux régionaux. Il est important de signaler le cas du centre de PMI de la Commune à Nouadhibou qui fait en moyenne 5 accouchements par jour et d'où les références se font en catastrophe vers le Centre Hospitalier de NDB ; ces cas référés constituent la majorité des décès enregistrés au CH d'après le Médecin Directeur.

Les SOUB ne peuvent être offerts par un personnel qui n'a pas reçu une formation adéquate axée sur la pratique. Tout le personnel prestataire, en particulier les sages femmes, ont déclaré n'avoir bénéficié d'aucune formation en la matière et même celles qui ont en bénéficié, leur formation n'a pas dépassé le volet théorique. Dans ce cadre et mise à part probablement l'administration de médicaments, aucune SF rencontrée n'a procédé à l'extraction manuelle du placenta, ni à la révision utérine ni à l'accouchement par voie basse assisté (utilisation du forceps ou la ventouse).

Au total

En ce qui concerne les SOU, à travers les données de l'enquête ou à la lumière des visites sur le terrain nous pouvons dire qu'en cas d'application effective des normes relatives à la répartition des SOU à savoir 1 SOUC par Wilaya et 1 SOUB par Moughataa ; ces normes seraient meilleures que celles admises (1 SOUC et 4 SOUB pour 500 000 habitants). Mais en réalité cette couverture reste jusqu'à ce jour hypothétique puisque les SOUB sont presque inexistantes et dans toutes les wilayas visitées les SOUB ne sont dispensées par aucune structure.

Malgré les grands efforts consentis par le MSAS (banques du sang, blocs opératoires, laboratoires et affectation de spécialistes), les SOUC ne sont pas encore généralisés dans toutes les régions du pays (faute de ressources humaines spécialisées). Il faut signaler par ailleurs, que la proportion des naissances enregistrées dans les services SOU est de 36% supérieure à la norme admise (15%), cette proportion s'expliquerait par un manque de performance au niveau maternités des premières lignes (PS) mais aussi par le retard du recours de la population à l'accouchement assisté. En plus seulement le 1/3 des accouchements compliqués à l'échelle nationale sont pris en charge par les SOU au lieu de 100% (106% à NKC : drainage de parturientes d'autres wilayas).

En ce qui concerne le taux de césarienne d'après l'enquête est de 1,1% (normes 5 à 15 %). Lors des visites des structures nous avons relevé un taux relativement élevé au CH de Nouadhibou à savoir 10% alors qu'à Aleg, Kiffa et à Aioun le taux est < à 3 %. Sachant que dans ces deux wilayas qui disposent d'un plateau technique complet et de spécialistes et où le FO est introduit et on se pose la question si le FO n'influence pas le recours à la césarienne (qui coûte cher) ?

→ Autres constats concernant les maternités visitées

- **les accouchements dans les postes de santé**

L'affectation des accoucheuses auxiliaires aux postes de santé s'inscrit dans le cadre de l'équité et vise à rapprocher l'assistance à l'accouchement des populations habitant loin des CS et des HR. Néanmoins ce choix procure à notre avis une fausse sécurité aussi bien aux responsables de la santé qu'à la population. Lors de visites de quelques postes de santé dans les 4 Wilayas, et les entretiens avec quelques accoucheuses ont permis de déceler leur inaptitude à la prise en charge des accouchements puisque la plus part d'entre elles ignorent les facteurs de risque de l'accouchement qui indique la référence à un 2^{ème} niveau.

Est-ce qu'il s'agit d'un déficit de formation et d'encadrement ou bien d'une précarité du profil des intéressées ?

De toutes les manières c'est un problème qui mérite une étude approfondie en vue de trouver les solutions adéquates autrement, ce personnel pourrait devenir source d'aggravation d'une situation déjà précaire !

- **la réanimation du Nouveau Né**

Mise à part quelques exceptions, les maternités et les salles d'accouchements visitées aussi bien des hôpitaux régionaux que celles des CSM ne sont pas équipées d'unité de réanimation du nouveau né.

Quelques unités existent mais ne sont pas fonctionnelles à cause de la vétusté du matériel et le manque de formation du personnel travaillant dans les salles d'accouchement. L'absence d'unités de réanimation du nouveau né fonctionnelles dans les salles d'accouchement suppose que les soins d'urgence aux nouveaux nés en détresse ne sont pas prodigués.

La situation devrait être dramatique pour les centres qui se trouvent loin des hôpitaux régionaux et par là les cas référés seraient à l'origine d'une surmortalité néonatale.

- **Le Forfait Obstétrical :**

Le forfait obstétrical ou « forfait grossesse » constitue un système original du recouvrement des coûts qui a été lancé dans le cadre du programme « Maternité sans risque » dans la wilaya de NKC (Sebkha et El Mina).

Son objectif principal est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale en offrant la possibilité à la femme enceinte de s'inscrire dans un circuit de couverture sanitaire lui offrant une batterie de prestations (y compris les examens para-cliniques) depuis le début de sa grossesse jusqu'à la période postnatale. En contre partie, elle paie une somme forfaitaire en une ou deux tranches. Il s'agit également d'un système qui consacre le principe de solidarité sociale permettant aux couches les plus démunies de bénéficier des services périnataux.

Le système fait de plus en plus preuve d'efficacité et l'augmentation de l'ordre de 25 à 30 % des accouchements assistés dans les régions où il a été introduit est une des preuves de cette réussite. Tous les responsables et les prestataires des régions ayant introduit le forfait (Kiffa et Aioun) en sont très satisfaits. D'ailleurs des responsables régionaux rencontrés (comme à Alg) attendent avec impatience l'introduction du système.

L'adhésion de partenaires comme l'UNICEF, l'ONG Santé Sud et l'ONG Espagnole MDM qui ont déjà soutenu ou qui comptent soutenir l'introduction du FO dans diverses régions du pays est également un témoin de la pertinence du système.

Cette réussite du FO ne nous empêche pas d'évoquer quelques problèmes qui devraient être résolus en vue de parfaire le système à savoir :

- L'absence de la composante néonatale dans le circuit à cet effet les unités de réanimation de nouveau né sont inexistantes dans les salles d'accouchement et le personnel des maternités n'a reçu aucune formation en matière des soins du nouveau né. La présence du pédiatre dans le système est une fausse sécurité car il ne peut être disponible tout le temps pour s'occuper du nouveau né.
- Les aspects de gestion (recette, déficit, etc.) semblent prévaloir sur les besoins réels en prestations de services des adhérentes au FO (comme le faible recours à la césarienne !)
- La qualité de l'accueil, l'absence d'un bon counselling au cours de la CPN en plus de l'absence d'actions de sensibilisation de la communauté contribuent aux occasions manquées de l'assistance à l'accouchement par l'abandon du circuit par environ 50% des adhérentes qui finissent par accoucher ailleurs (souvent à domicile)

2.2.2 La fistule obstétricale :

Cette morbidité maternelle qui porte préjudice à la qualité de vie de la femme et qui pèse lourd sur son bien être sur les plans physique, psychologique et social bénéficie de plus en plus d'une prise compte comme en témoigne l'adhésion de la Mauritanie à la campagne mondiale d'élimination de la fistule obstétricale lancée par l'UNFPA et ses partenaires.

Dans ce cadre la stratégie élaborée en la matière a effectivement démarré en 2005 avec l'organisation de sessions de formation des prestataires Mauritaniens et de missions de réparation chirurgicale des fistules ont été organisées avec le concours de l'ONG Française « Equilibre et Population ».

Il est vrai que l'ampleur de cette pathologie en Mauritanie n'est pas connue, faute de données précises et fiables, mais la fréquence des facteurs de risque qui exposent à une telle morbidité laisse penser que la fistule serait un fléau qui justifie l'intervention multisectorielle pour sa prévention et sa prise en charge.

En effet, l'âge précoce au mariage et à la procréation, les grossesses itératives et rapprochées, le manque de performance du système sanitaire dans la prise en charge des accouchements dystociques, la difficulté d'accès aux SOU de qualité sont autant de facteurs qui favorisent la survenue de cette pathologie.

Enfin, il est à signaler que la Direction de la Protection Sanitaire a élaboré un plan d'action (avec Budget et Chronogramme) pour la lutte contre la fistule pour la période 2005-2007 mais il n'a été mis en œuvre en partie (en 2005 et 2006) grâce à un soutien technique et financier presque exclusif de l'UNFPA. A cet effet, aucune autre ressource n'a été mobilisée à telle enseigne qu'on considère jusqu'à ce jour que la fistule obstétricale, c'est l'affaire de l'UNFPA et non du Ministère !

2.2.3 La Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME).

La transmission mère – enfant du VIH constitue un vrai problème de santé publique qui mérite d’être pris en compte dans la prévention de la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles. Malgré, la disponibilité des moyens et la simplicité d’intégrer ce service dans le paquet de la SR, la Mauritanie a accusé du retard inexplicable dans ce domaine qui reste jusqu’à ce jour à la phase pilote à NKC.

Pour conforter sa situation qui n’est alarmante quant à l’épidémie du VIH/SIDA en comparaison avec les pays de la sous-région, le pays est appelé à la vigilance pour maintenir la séroprévalence < à 1% et en généralisant la PTME et son intégration dans le paquet de services SR, contribuerait à l’atteinte de l’objectif d’une part et à agir sur la mortalité et la morbidité maternelle et infantile d’autre part.

Dernièrement l’équipe du PNSR a planifié la généralisation et l’intégration de la PTME dans le paquet de la SR dans 9 régions et dans 2 autres structures de NKC avant la fin 2006. Probablement cette généralisation serait effective en 2007.

2.3 La planification familiale

Malgré l’engagement du pays en matière de politique de population (DDP 1995) qui prévoit entre autres la promotion de l’espacement des naissances, l’utilisation de la contraception reste très faible et risque encore de régresser davantage dans les prochaines années si des mesures adéquates ne seraient pas prises à temps .

Derrière cette situation qu’on peut qualifier de dramatique pour la PF, il y a plusieurs facteurs dont les principaux sont :

2.3.1 Le manque d’engagement et de motivation :

Ce manque est constaté parmi des responsables au niveau opérationnel et des prestataires. En effet, une bonne partie d’entre eux ne considère que l’impact démographique de la PF et son rôle dans la maîtrise du croît démographique.

De ce fait, elle ne serait pas nécessaire pour leur pays dont la taille de la population est en deçà de ses potentialités (superficie, ressources, etc.)! Ainsi le bienfait de la PF sur le bien être de la femme et sa contribution réelle dans la réduction de la mortalité et la morbidité de la mère et de l’enfant sont complètement occultés.

Lors des visites, la mission a constaté que la contraception est « le parent pauvre de la SR » elle est presque inexistante dans toutes les structures visitées et aucun effort n’est consentie pour la promouvoir. La principale raison avancée par le personnel pour expliquer la faiblesse de cette composante est principalement la rupture des produits contraceptifs qui dure depuis plus de 2 ans. Ainsi, les quelques demandes exprimées par les femmes, le personnel prescrit des ordonnances pour l’acquisition des produits auprès des officines privées où la qualité n’est pas garantie.

2.3.2 **Le faible accès aux services PF :**

Parmi les structures de services SR, toutes catégories confondues qui ne sont accessibles qu'au tiers de la population ; il y a seulement 30 % d'entre elles qui offrent ce service. En d'autre terme, l'accessibilité de la population à la PF est très faible (environ 20%).

En plus les services sont exclusivement accessibles aux personnes mariées alors que les relations sexuelles hors mariage non protégées sont de plus en plus fréquentes. A cet effet, les adolescents et les jeunes, en plein activités sexuelles restent exposés aux grossesses non désirées et qui mènent souvent à des avortements clandestins et septiques.

2.3.3 **La gamme réduite des méthodes proposées :**

La gamme des produits est presque limitée à la contraception orale et à un degré moindre aux injectables et aux méthodes locales (spermicides) avec occultation totale des méthodes efficaces et de longue durée comme le DIU et les implants. Cela réduit considérablement la marge de choix de la femme qui réclame la contraception et particulièrement celle porteuse de contre-indication à la contraception hormonale.

Il est important de signaler que la prescription des méthodes de longue durée se heurte au manque de maîtrise de la technique d'insertion et de retrait de ces méthodes. A ce propos et parmi l'ensemble des sages femmes rencontrées lors de la visite des structures, une seule (au CS de Guérou) a reçu une formation en technique d'insertion du DIU néanmoins, elle ne l'a pratiqué depuis longtemps (rupture, faible demande).

2.3.4 **La qualité précaire du service PF :**

Faute d'actualisation, les normes et procédures PF sont devenues obsolètes et dépassées. En plus, l'absence du counselling et d'un bon accueil, aggravé par le manque de confidentialité et les prescriptions inappropriées, contribue également au faible recours à la contraception.

Le faible effort en formation et en recyclage et l'absence de la supervision formative sont aussi des facteurs qui influent négativement sur la qualité du service PF.

2.3.5 **La mauvaise gestion logistique des contraceptifs :**

Le système de la gestion logistique des produits contraceptifs est défectueux notamment à l'échelle centrale. Les ruptures des produits contraceptifs dans les structures sont devenus la règle et constituent un handicap à la promotion de la PF. Un autre aspect de cette gestion défectueuse est lié aux pertes des quantités des produits par péremptions comme le cas de milliers d'unités de DIU au niveau central.

2.4 La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes.

Les problèmes des jeunes en matière de santé et d'accès à l'éducation et à l'emploi sont exacerbés par la vulnérabilité et la fragilité économique des familles. Par ailleurs, l'instabilité familiale et le taux élevé des divorces privent les jeunes d'un cadre familial qui leur procure la sérénité et l'épanouissement.

Cette situation particulièrement fragile est entretenue par la non adaptation du système de santé aux besoins spécifiques de cette population dont l'accès aux services SR est entravé par les obstacles socioculturels.

Ce contexte défavorable est particulièrement hostile aux jeunes filles qui continuent à être victimes de pratiques traditionnelles néfastes, telles que l'excision et le gavage sans parler de lourds tributs qu'elles paient en cas de grossesses hors mariage et leur vulnérabilité vis-à-vis des IST/VIH/SIDA.

Lors des visites des structures, les prestataires interrogés ont signalé que les jeunes ne fréquentent pas les structures et évitent d'être mêlés aux adultes de peur d'être reconnus par des parents ou des voisins. De ce fait ils n'ont aucun recours aux services SR. et en cas de besoin pressant, certains jeunes essaient de bénéficier des services notamment en matière de PF de manières détournées (par personne interposée).

De grands efforts sont consentis par des départements concernés par la population jeune (Ministères de Jeunesse et de l'Education) avec l'appui de l'UNFPA pour créer un environnement favorable à la promotion des droits des jeunes en matière la SR. . Egalement, de nombreuses ONGs oeuvrent sur le terrain pour la promotion de la SSRAJ mais ces interventions ne sont pas capitalisées faute de visibilité. A cet effet, il est important de signaler que les interventions des secteurs public et de la société civile ne sont pas parvenus à faciliter l'accès des jeunes à des prestations SR suffisantes. Ainsi ces actions limitées à la mobilisation et à l'éducation, pourraient être une source de frustration supplémentaire pour une population déjà vulnérable.

Au total, malgré l'inscription de cette composante parmi les priorités de la SR, aucune stratégie nationale spécifique aux adolescents et aux jeunes n'a été élaborée et les activités en direction de cette population restent tributaires d'initiatives sporadiques et éphémères.

3. LA COMPOSANTE IEC/CCC DANS LE DOMAINE DE LA SR.

La SR, étant un concept positif défini comme le bien être physique, mental et social, résulte en partie de comportements des individus et de leur contrôle sur leurs habitudes de vie. De ce fait, il serait illusoire d'envisager une amélioration d'état de SR de la population sans recourir à toute une série de stratégies et actions d'information, d'éducation et de communication visant un comportement procréateur favorable à travers l'adhésion volontaire et délibérée de l'individu.

Partant de ce principe, l'analyse de la faiblesse enregistrée au niveau de l'utilisation des services de SR disponibles porte sur la compréhension des facteurs et des déterminants de changement de comportement des populations concernées, ainsi que sur l'examen des efforts entrepris d'agir sur ce comportement.

Cette analyse multifactorielle comportera les résultats du diagnostic comportemental d'une part, et les résultats du diagnostic organisationnel, d'autre part.

3.1 Le diagnostic comportemental :

Il s'agit d'identifier ici les principaux facteurs qui expliquent le comportement de la population vis-à-vis de la SR ; la faible utilisation des services SR disponibles. Ces facteurs regroupent généralement les variables qui stimulent ou freinent la motivation à changer de comportement (caractéristiques sociodémographiques, connaissances, attitudes, perceptions, intentions, etc.), les variables qui rendent possible, ou bloquent, le changement de comportement en question, (habilités, ressources, obstacles structurels, etc.) et les variables qui renforcent l'adoption du comportement en termes des sanctions ou rétroactions que l'individu reçoit de son environnement familial et social.

3.1.1 Rappel des certaines caractéristiques socio-démographiques :

- Selon la structure de la population par tranche d'âge, la population mauritanienne est jeune, avec 44% de moins de 15 ans et seulement 6% de plus de 60 ans, créant ainsi des pressions importantes sur les services de base.
La tranche d'âge 15-24 ans représente 41% chez les femmes et 37.1% chez les hommes. Près de 50% de la population mauritanienne est âgée de moins de 20 ans. Quant à la tranche d'âge de moins de moins de 30 ans, les femmes représentent 58% contre 51 % des hommes.
- Par état matrimonial, plus de la moitié (59%) des femmes âgées de 15 à 49 ans sont mariées et 29% sont encore célibataires.
- Un tiers des femmes n'ont aucune instruction contre 24% chez les hommes. Le niveau d'instruction est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain ; soit respectivement 41% et 22% chez les femmes contre 31% et 15% chez les hommes.
- Selon le milieu de résidence, un plus de la moitié des femmes vivent en milieu rural (54%) et 46% en milieu urbain. Les hommes, du fait des migrations, sont nombreux à vivre en milieu urbain (56%). Environ deux tiers des femmes rurales vivent dans des communautés où l'habitat est dispersé.

- Un peu moins de la moitié (46,3%) de la population mauritanienne vit encore en dessous du seuil minimum de pauvreté, malgré une nette diminution dans les centres urbains autres que Nouakchott, passant de 38,5% en 1996 à 25,7% en 2000.

3.1.2 Des connaissances limitées et des attitudes peu favorables à l'égard de la SR :

- A propos de la **période féconde**, les résultats de l'EDSM 2000-2001 montrent que plus de deux tiers des femmes (69%) ignorent leur période féconde et 29% en ont une connaissance douteuse.
- Concernant la composante « **réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale** » :
 - * La majorité des femmes ne connaissent pas suffisamment les bienfaits de la CPN, de l'accouchement assisté et du post-natal.
 - * Les familles et les communautés, comme les femmes, ignorent les signes des dangers des accouchements pour pouvoir référer à temps les cas à risque.
 Environ la moitié des femmes mariées accouchent à domicile. Parmi celles qui le font dans une structure de santé, plusieurs préfèrent accoucher par terre comme le signale le personnel de santé rencontré lors de nos visites. Telle préférence reflète-elle l'ignorance des femmes des conséquences de cette pratique d'accouchement aussi bien pour la mère que pour son nouveau né.
 - * Les données de l'DSM dégagent un niveau de connaissance du VIH/SIDA de 86 % chez hommes contre 76% chez femmes. Cette connaissance est globale et superficielle ; c'est ainsi qu'un peu plus de la moitié des femmes (54 %) ne savent pas que le VIH se transmet de la mère à l'enfant, contre 41.7 % chez les hommes. En outre, 37% des femmes et 25% des hommes ignorent que le VIH/SIDA est mortel.
 Par conséquent, cette ignorance n'a pas suscité un sentiment de peur ou de précaution pour faire face à cette maladie et 80% des femmes et 54% des hommes déclarent ne pas changer de comportement sexuel pour éviter de contacter le VIH/SIDA.
 - * Quant aux IST, un homme sur quatre connaît au moins une IST contre 14% parmi les femmes. Ces niveaux de connaissance sont un peu plus élevés chez les jeunes 15-24 ans, respectivement 30% et 19%.
 - * Par contre la grande majorité des femmes, et surtout les hommes, acceptent pour que des discussions sur le VIH/SIDA soient abordées à travers les médias, dans les établissements de santé, dans des coopératives et associations et même dans les mosquées.

- Au sujet de la **Planification Familiale** :

- * La prévalence contraceptive est de 8%, toute méthode confondue. Elle varie d'une manière importante selon le milieu ; passant d'un minimum de 3% en milieu rural à un maximum de 18% à Nouakchott.
- * Dans plus de la moitié des cas (54%), la décision d'utiliser la contraception a été prise d'un commun accord par le couple, alors que dans 28% des cas, c'est la femme seule qui pris la décision contre 13 % des cas, c'est l'homme qui décide.
- * Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est faible, notamment chez les hommes, soit respectivement 69% et 57%. Les méthodes contraceptives modernes sont plus connues que celles traditionnelles et populaires.
- * En l'absence d'une information claire, précise et complète, la question de la Planification Familiale semble ne pas susciter l'intérêt des couples mauritaniens. En effet, les deux tiers (65%) des couples n'ont jamais discuté de ce sujet et 40% désapprouvent la planification familiale.
- * Par conséquent, un peu plus de trois quarts déclarent ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception dans le futur.
- * En revanche, le besoin en Planification Familiale non satisfait est estimé à 32%, la demande potentielle à 40% et la demande satisfaite à 20% seulement. Ainsi, le personnel de santé rencontré dans les différentes structures visitées confirme que la contraception est demandée par la plupart des femmes mariées.

- Quant à la «**Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes**» :

- * Le Plan stratégique du PNSR signale que « les adolescents commencent leur vie sexuelle très précocement, sans aucune préparation en matière de sexualité et de contraception. A l'âge de 16 ans, 56% d'entre eux entretiennent des rapports pré maritaux souvent non protégés, entraînant des mariages précoces, des avortements non médicalisés et des IST, y compris le VIH/SIDA.»
S'ajoutent également les conditions défavorables que vivent les adolescents et les jeunes mauritaniens. Ces conditions se démarquent par la pauvreté, l'accès réduit à l'information, au conseil et aux services sanitaires, le faible niveau d'éducation et de formation, l'inégalité entre les deux sexes, la relation adultes et adolescents, etc. Cela peut empêcher les adolescents et les jeunes de devenir des individus responsables ayant un comportement solidaire et respectueux.
- * A ce propos, faut-il signaler le manque des informations quantitatives et qualitatives sur les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes dans le domaine de SR. Néanmoins, les résultats de l'DSM sont à eux seuls alarmants. A titre indicatif, les données recueillies sur la fécondité des adolescents dégagent un taux d'adolescentes mères de 13%, d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde de 16% et des adolescentes enceintes d'un premier enfant.

3.1.3 Des obstacles structurels :

La faible utilisation des services SR se trouve renforcée par des obstacles structurels qui rendent difficile l'adoption d'un comportement favorable à l'égard de la SR.

Outre les facteurs structurels analysés dans la partie précédente sur l'accessibilité et l'offre de services concernant les trois composantes prioritaires du PNSR, nous nous intéressons ici aux obstacles liés directement au volet IEC/CCC. Il s'agit en l'occurrence des ressources matérielles, humaines et financières pour assurer des actions d'information et de sensibilisation, d'une part et de l'accès aux différents médias (TV, radio, presse écrite et supports d'éducation), d'autre part.

- **Des ressources limitées.** L'insuffisance des moyens, en quantité et en qualité, affecte les efforts d'information et de sensibilisation et n'encourage pas les populations à utiliser les services disponibles.

- * Pour les ressources humaines, il y a un manque de personnel, soit de secteur de santé ou autre, chargé de l'IEC/CCC en général et qui assure des activités d'information et de sensibilisation sur la SR en particulier.
- * Concernant les ressources matérielles, on ne dispose pas d'un nombre suffisant de véhicules pour mener des actions d'information et de sensibilisation dans des zones éloignées et d'assurer un suivi régulier sur le terrain.

Il manque également des espaces pour les actions d'IEC ainsi que d'équipements. C'est seulement au SNIM à Nouadhibou qu'on a observé l'existence d'un téléviseur dans une salle d'accueil.

Ainsi, faut-il encore insister sur la rupture des stocks des contraceptifs qui constitue un sérieux frein à l'utilisation contraceptive pour les femmes qui les demandent.

- * L'insuffisance des infrastructures. Pour les jeunes, l'accès aux services de SSRA reste très limité, voire absent, du fait de l'insuffisance de structures adaptées à leurs besoins spécifiques en SR. Ainsi, les adolescents et les jeunes en pleine activité sexuelle n'ont pratiquement pas d'accès à la SR et restent exposés aux grossesses non désirées et aux infections sexuellement transmissibles /VIH/SIDA.
- * L'insuffisance des actions d'éducation sanitaire. Presque aucun programme ne dispose d'une couverture véritablement nationale, et les résultats sont également modestes et fragmentaires. En outre, la pérennisation des interventions en la matière et leur appropriation par les bénéficiaires font partie de difficultés rencontrées notamment du fait de l'insuffisance de personnel et de ressources financières pour faire fonctionner les programmes.
- * S'agissant de l'accueil au niveau des structures de santé, il semble être insatisfaisant à raison essentiellement de comportements de certains agents de santé, du manque d'orientation dans les services de santé, de l'insuffisance de la pratique de l'approche « humaniste ».

- **Accès limité aux médias.** La Mauritanie dispose d'une radio nationale et de cinq stations radiophoniques décentralisées et une chaîne télévisée pour couvrir un bon nombre de régions dans le pays. Ces canaux de communication constituent des sources d'information et de sensibilisation des populations.

- * Le parc médiatique est limité en Mauritanie. D'après l'DSM, taux de possession de poste radio est de 50% et de TV est de 20%.

Cependant, faut-il souligner que ce taux pourrait ne pas influencer le niveau d'exposition dans la mesure où des nombreuses personnes peuvent aller écouter la radio ou regarder la télévision chez des amis ou des voisins.

D'après son rapport annuel 2003, l'UNFPA a fait don de 800 postes radio solaires destinés aux populations des zones reculés du pays afin de leur permettre d'écouter la radio « principale source d'information dans un pays à forte tradition orale et où le taux d'analphabétisme demeure très élevé. Des campagnes intensives de sensibilisation sur les questions de population et développement sont menées. »

- * Pour ce qui est de l'exposition médiatique, les données de l'DSM font dégager un taux très faible. Au niveau national, 60% des femmes ne sont exposées à aucun média, 27% regardent la télévision, au moins une fois par semaine, 21% écoutent la radio, au moins une fois par jour et 11% lisent un journal au moins une fois par semaine.
- * Il existe un manque de supports éducatifs. Même s'ils existent, ils sont caractérisés par la prédominance des imprimés non adaptés, sans garantie de réapprovisionnement et sans être utilisés à grande échelle.

Ainsi, les quelques supports diffusés au sujet de la santé en général et que nous avons eu l'occasion de les voir dans certaines structures, remplissent essentiellement une fonction informative. Leur contenu ne répond pas souvent aux règles de conception et de réalisation des supports visant la contribution au changement de comportement.

3.1.4 Des barrières socioculturelles :

La pratique de la SR se trouve également confrontée à des obstacles liés à la valeur sociale de la procréation, l'attitude des maris, les facteurs dits religieux, au poids des rumeurs.

- **Des prédispositions pro natalistes.** La faible adhésion des populations à la Planification Familiale perçue, par certains, comme limitation des naissances, se justifie, entre autres, par le prestige et la sécurité économique que procure une descendance nombreuse, ainsi que par la nécessité d'avoir une famille conformément aux croyances religieuses et coutumières qui favorisent l'agrandissement de la communauté.
- **Des fausses interprétations religieuses** de la position de l'Islam vis-à-vis de la contraception véhiculée par des courants religieux rigides constituent également un obstacle grandissant à la promotion de la PF, aggravent davantage la situation et influent négativement sur la population notamment celle du milieu rural et des milieux défavorisés dont le taux d'analphabétisme est relativement élevé.

- **Des pesanteurs socioculturelles.** Plusieurs pratiques socioculturelles ayant des conséquences néfastes sur la santé de la femme et plus particulièrement les jeunes, trouvent leur justification dans les traditions, les coutumes et la conscience collective des membres de la communauté. D'après des entretiens menés lors de nos visites, il s'agit essentiellement de ce qui suit :

- * Pour l'accouchement assisté, la femme est obligée de faire naître son premier enfant, à domicile, dans la maison de ses parents. En cas d'un accouchement dans une structure de santé, la solidarité familiale veut que les membres de la famille accompagnent la femme qui va accoucher au centre où ils passent le temps à attendre à ce que l'accouchement soit assuré.
- * Le mariage précoce se justifie par des raisons économiques (procuration de la main-d'œuvre), le souci d'un contrôle social en vue de préserver les mœurs et sauvegarder l'honneur de la famille, en particulier celui de la petite fille contre les avances sexuelles hors mariage, les grossesses non désirées.
- * Les jeunes filles continuent à être victimes de pratiques traditionnelles néfastes, telles que l'excision et le gavage sans parler de lourds tributs qu'elles paient en cas de grossesses hors mariage et leur vulnérabilité vis-à-vis des IST/VIH/SIDA.

Cette situation particulièrement fragile est encore aggravée par la non adaptation du système de santé aux besoins spécifiques de cette population et freinée par cet environnement socioculturel entravant son accès aux structures de services SR. En effet, une jeune qui se présente pour un service de SR est mal vue non seulement par la communauté mais aussi par le personnel prestataire.

- * S'ajoute le manque de dialogue parental en matière de sexualité qui contribue à accentuer l'exposition des jeunes aux risques liés à une sexualité non protégée, notamment les IST/VIH/SIDA.
- **La participation de l'homme.** Les hommes sont peu impliqués et fréquentent peu les services de santé en matière de SR/PF alors que la décision de prendre la contraception dépend généralement d'eux. Ils considèrent, semblent-ils, que la SR est l'affaire de la femme.
 - **La propagation des rumeurs** sur des aspects liés à la SR/PF, notamment la contraception et ses effets, vient occuper une place et s'enrichir par les différents obstacles sus cités.

Une rumeur est un problème associé au besoin d'information et résulte du manque de connaissance et de clarté des points se rapportant à la SR. Elle est une forme de communication qui utilise le canal informel «du bouche à oreille» qui marche convenablement dans une culture à forte tradition orale. En tant qu'information elle cherche à convaincre en véhiculant une information souhaitable et vraisemblable qui satisfait les besoins émotionnels des individus.

En somme,

- (1) Les données présentées jusqu'ici, sur les facteurs prédisposant des populations concernées (femmes et hommes mariés, adolescents et jeunes) à l'égard des trois composantes prioritaires de la SR, dégage d'emblée, un **problème cognitif**.
 - * Les populations disposent très peu des connaissances suffisantes et exactes sur ces différentes composantes de SR, leurs bienfaits et leurs avantages pour le bien-être de l'individu, de la famille et de la communauté.
 - * Par manque d'information et hormis les spécificités de profil des populations (niveau d'instruction, pauvreté, milieu), il est attendu que les perceptions, les intentions et les attitudes soient majoritairement à l'encontre de l'utilisation des services SR et plus particulièrement la PF.
 - * Telle situation exige un travail intensif d'information (première étape du processus d'adoption d'un nouveau comportement, mais pas la seule condition pour un comportement sain et responsable en SR) pour pouvoir améliorer le niveau des connaissances et susciter l'intérêt chez les différentes populations concernées.
 - * Les efforts d'information devront tenir en compte, entre autres, le fait que les deux tiers des femmes ignorent leur période féconde. Cela contribuera à changer les perceptions et les intentions surtout que les données ont montré que la majorité est disponible pour qu'on aborde des thèmes sur la SR à travers différents canaux de communication.

Ainsi, n'est-il pas indispensable de tenir en compte la demande de la PF chez un nombre important des femmes.
- (2) Les connaissances limitées et les attitudes défavorables à la pratique de la SR s'enrichissent également par des obstacles structurels. Parmi les facteurs ne facilitant pas l'utilisation des services de SR disponibles par les populations concernées, nous retenons la limite des ressources et des services d'une part et l'accès limité aux médias comme moyen d'information et de sensibilisation de la population.

L'examen de ces facteurs attire l'attention sur deux aspects fondamentaux pour améliorer la connaissance et l'acceptabilité des services de SR chez les populations concernées :

- * L'adhésion des responsables et prestataires à la promotion de la SR, particulièrement la PF, à travers des actions ciblées de plaidoyer, de mobilisation et à travers la formation. Un partenariat stratégique est à renforcer à ce niveau.
- * L'utilisation à bon escient des médias au service de la SR en tenant compte des spécificités des populations à viser et en variant les approches de communication médiatique. Un effort particulier devrait être fourni pour les imprimés.

- (3) Des facteurs renforçant la résistance à l'utilisation des services de SR regroupent des « sanctions sociales » que les individus recevront de leur environnement familial et social à la suite de l'adoption d'un de ces services. Ces réactions sont dictées par des prédispositions pronatalistes, par des fausses interprétations religieuses, par des penseurs culturels, par manque de participation de l'homme et par le poids de la rumeurs.

Pour améliorer cette situation, il serait nécessaire d'entamer des actions ciblées de grande ampleur auprès des communautés en mettant l'accent sur les principaux axes suivants :

- * Créer un climat socioculturel favorable à l'utilisation des services de la SR, en suscitant un sentiment d'urgence, à travers à des activités du plaidoyer en direction des leaders religieux, leaders traditionnels, les autorités administratives, la société civile pour acquérir leur engagement et leur soutien à la promotion de la SR en tant élément essentiel au bien-être de la communauté.

Des arguments convaincants devraient être bien travaillés avant qu'ils soient transmis à ces leaders. L'accent devrait être mis sur la relation SR et bien-être, population et développement, genre, droits, etc.

- * Favoriser la mobilisation communautaire, durable dans le temps, en impliquant les différents intervenants et notamment les religieux. La question à ce niveau va au delà de la conviction et de l'engagement pour passer à une implication effective des intervenants dans des actions d'information et de sensibilisation.
- * Mettre en place une stratégie appropriée d'information et de sensibilisation pour impliquer les hommes dans le domaine de la SR. Les efforts devraient s'orienter vers l'amélioration des connaissances, le développement d'un sentiment d'intérêt et la motivation à la prise d'une décision favorable à l'utilisation des services de SR
- * Pour faire face au ravage des rumeurs SR, il vaut mieux travailler aux moyens préventifs par la transmission d'une information claire, précise, exacte et simple tout employant une source crédible. Cela demande des efforts intensifiés d'amélioration des connaissances et de sensibilisation en utilisant des arguments frappants et réalistes.

En conclusion de l'analyse comportementale de la faible utilisation des services de SR, nous pouvons dire que les trois catégories de facteurs (prédisposant, structurels et renforçant) ont fait que les populations bénéficiaires en soient insuffisamment informées et que leurs perceptions et attitudes soient à l'encontre de la promotion de la SR et ses bienfaits. A cet effet, pour améliorer la situation et augmenter l'acceptabilité et l'utilisation des services, il importe d'agir sur ces trois catégories.

3.2 Diagnostic organisationnel :

Le diagnostic organisationnel s'intéresse à analyser l'environnement interne et externe de l'action de l'IEC dans le cadre du PNSR, en essayant de dégager les acquis et les forces, les faiblesses et les limites, ainsi que les opportunités et les menaces externes qui pourront influencer l'action d'intervention en IEC/SR.

3.2.1 Acquis et Forces :

- **Le Plan Stratégique du PNSR 2003–2007** accorde une place de choix à la communication/mobilisation sociale et l'intègre parmi les axes stratégiques. Des objectifs spécifiques de mobilisation sociale par composante prioritaires sont formulés, des stratégies pour le renforcement du plaidoyer, de la mobilisation de la société civile et du dialogue entre les acteurs sont identifiées et une série d'activités qui en découlent sont énumérées par niveau national, régional (Willayas) et départemental (Moughaas).
- Concernant les ressources humaines, le programme dispose d'une équipe multidisciplinaire au niveau national (l'équipe de coordination), dont certains de ses membres sont affectés à l'unité IEC.

Au niveau régional, le programme a des points focaux de composés des sages femmes expérimentées et compétentes.

Le programme bénéficie de l'appui technique et financier des organismes internationaux, particulièrement de l'UNFPA

- Des efforts ont été entrepris pour améliorer les compétences en CIP/SR des prestataires et des autres intervenants dans le domaine de SR. En effet, les techniques de CIP ont été fait l'objet d'une série de sessions de formation et ont été intégré en tant que thème dans d'autres formations.
- Des activités de plaidoyer, de mobilisation et de communication sont menées, notamment à l'occasion des journées nationales de SR, pour la promotion de la SR auprès des différents publics concernés.
- Des efforts d'information et de sensibilisation sont intégrés dans les activités avancées assurées à l'échelle régionale pour la vaccination et la promotion du prénatal. Des séances d'éducation de groupe sont organisées au niveau des structures de santé.
- Quelques supports éducatifs imprimés ont été conçus, produits et diffusés. Des équipements audiovisuels ont été acquis.

3.2.2 Faiblesses et limites :

- Un certain nombre de **faiblesses institutionnelles** est observé au niveau des actions d'IEC/SR. Il s'agit en l'occurrence du chevauchement des tâches, de l'insuffisance de coordination et de circulation de l'information entre les unités du PNSR, les structures gouvernementales et non gouvernementales impliquées. Ainsi, faut-il signaler l'absence d'une structure régionale chargée de la composante IEC pour la santé en général et la SR en particulier.
- Un « flou » est constaté chez les responsables et les prestataires quant à la **perception de la place et de rôles de l'IEC/CCC** dans le domaine de la SR. Sous le même concept « IEC », les actions mentionnées dans les documents et/ou entreprises sur le terrain, se limitent à des actions événementielles à travers l'organisation des activités du plaidoyer et de mobilisation sociale.

A l'échelle opérationnelle, il a été constaté, lors des visites des structures régionales, que le personnel de santé n'assume pas suffisamment son rôle « d'éducateur ». Les quelques actions citées consistent à l'organisation des séances d'éducation de groupe sur place sur différents thèmes de la santé y inclus parfois la SR. D'ailleurs, le registre d'activités EPS ne prévoit que les séances d'éducation de groupe. Les autres formes de communication, individuelles essentiellement, sont oubliées.

- **Insuffisance au niveau de la maîtrise du management de l'IEC/SR.** Alors qu'en principe, une action d'IEC/CCC se conçoit, se prépare, s'exécute et s'évalue, on envisage des interventions se limitant à la diffusion de messages généraux à travers les mass médias et des supports d'information. Les quelques actions entreprises d'information et de sensibilisation ont été improvisées, non planifiées, en dehors d'une stratégie nationale d'IEC/CCC en SR.
 - * Des faiblesses méthodologiques sont constatées au niveau de la formulation des objectifs de communication. Ces derniers, quand ils existent, ne précisent pas les changements attendus en termes cognitif, affectif et conatif. Ils sont le plus souvent exprimés en descriptions d'activités à réaliser.
 - * Quant au choix des populations bénéficiaires finales et intermédiaires, elles sont insuffisamment segmentées suivant un ordre de priorité. Une grande partie des populations spécifiques, comme les hommes, demeurent par conséquent non touchées par les actions d'IEC.
 - * Les approches adoptées et les actions d'IEC menées présentent, dans la plupart de cas des lacunes et des insuffisances.
 - (1) Seule la population « acquise » bénéficie des services SR. Les prestataires n'ont pas eu l'habitude d'aller vers la population. Une grande partie des femmes, des hommes et des jeunes demeurent, par conséquent, non touchée.

Pour cette population acquise, *l'approche* adoptée, dite *traditionnelle*, restreint la communication à la délivrance des messages par les prestataires et dont on espérait qu'ils suffiraient à engendrer des modifications des comportements. Les besoins et les caractéristiques de la population ne sont pas pris en compte pour un changement de comportement. Cette approche se réalise à travers l'organisation des séances d'éducation de groupe et des séances du counselling dans les structures de santé.

- Les séances de groupe sont mises en œuvre sans procéder à une planification et une programmation préalables, elles sont entreprises sans ordre de priorité et orientées vers l'obtention de résultats mesurés en termes des personnes contactées plutôt qu'en fonction de changement de comportement à atteindre.

Selon le registre d'activités, trois sujets se rapportant à la SR sont figurés parmi les thèmes d'éducation pour la santé : Périnatal, PF et IST. L'examen des quelques rapports statistiques fournis par certains centres de santé à ce propos fait dégager les constats suivants :

| | |
|--|-------|
| Nbre annuel moyen des séances sur la SR | 80 |
| Nbre mensuel moyen des séances sur la SR | 6 – 7 |
| Nbre annuel moyen des participants aux séances | 800 |
| Nbre moyen de participants par séance | 10 |
| Proportion annuelle de séances SR par au Tot séances | 30 % |
| Proportion annuelle de part. / Population bénéficiaire | 6 % |

On constate d'emblée que les efforts d'éducation des groupes des femmes dans les centres de santé sont très limités ne couvrant que 6% de la population bénéficiaire (FMAR).

- Les séances du counselling sont systématiquement assurées, d'après les sages femmes rencontrées, à toute femme qui vient en consultation. Toutefois, lors de nos visites, nous avons constaté que les conditions dans lesquelles se déroule une séance du counselling ne permettent pas un climat favorable, un cadre intime et discret qui permet à la femme d'être à l'aise et l'encourager à s'exprimer, à comprendre et à prendre une décision. Nous attirons l'attention à ce sujet sur l'endroit, la disposition, l'accueil, la présence d'autres personnes, l'absence des supports d'explication et de démonstration.
- Au total, nous pouvons dire que l'approche adoptée n'exploite pas les principes et les avantages de la CIP qui est la forme de communication la plus recommandée quand on veut agir sur les niveaux attitudinal et conatif en vue de modifier le comportement et améliorer l'utilisation des services SR.

Elle est également la forme privilégiée à adopter pour traiter des questions délicates liées à la sexualité et à la procréation et qui sont perçues par la population comme sujet tabou. L'utilisation à bon escient de la CIP dans le cadre du PNSR exige la maîtrise parfaite de ses techniques, le respect de ses principes et la bonne préparation et planification. L'acquisition des aptitudes et habilités est nécessaire pour pouvoir intervenir efficacement. En cas d'utilisation à grande échelle, elle exige du temps, d'un effectif élevé de personnels formés et encadrés.

- (2) *L'approche médiatique* employant la télévision, la radio et la presse écrite, est fréquemment envisagée dans les actions événementielles pour servir les efforts du plaidoyer à la promotion de la SR.

L'utilisation de cette approche par le PNSR dans la recherche d'augmenter le niveau de connaissance de la population visée, de l'informer et d'attirer son attention sur des questions liées à la SR, les efforts demeurent timides et éparpillés.

En effet, les résultats de l'DSM révèlent que les activités médiatiques IEC/SR menées n'ont pas touché suffisamment les femmes et les hommes. L'exposition aux messages diffusés à travers la radio et la télévision sur la PF est très faible (21% chez les femmes et 26% chez les hommes).

- (3) *L'approche de mobilisation sociale* s'est réalisée à travers des «campagnes-choc» oubliées le lendemain de leur diffusion, à l'occasion des certains événements à l'échelle nationale.

→ Des actions qui ont engagé différents intervenants, ont été assurées au niveau national et régional. Celles en direction des groupes concernés sont insuffisantes pour les amener à adopter VOLONTAIREMENT les comportements favorables à la SR. Par conséquent, il serait nécessaire d'entamer des efforts et des initiatives soutenues et durables dans le temps plutôt que des activités occasionnelles.

→ D'un autre côté, les activités de *plaidoyer*, avec un accent particulier sur la PF, apparaissent encore très faible en Mauritanie. Les interventions ont bénéficié, semble-t-il, d'une faible adhésion/acceptation des décideurs en l'absence des arguments qui sauraient convaincre tous les décideurs, les intervenants et les populations de la politique de SR.

- (4) Enfin, concernant *l'approche communautaire*, les populations, à travers leurs leaders, ne participent pas suffisamment dans les actions d'IEC/SR et il est difficile de voir un processus véritable d'implication de la communauté dans l'identification et la solution de ses problèmes de la SR. Un effort particulier devrait se faire pour développer cette approche qui sera axée sur la participation active des communautés dans l'amélioration de leur état de SR.

- **Insuffisance des supports d'IEC/SR.** Il existe un manque remarquable des supports éducatifs, au niveau de leur production et de leur utilisation. Même s'ils existent, ils sont caractérisés par la prédominance des imprimés, sans garantie de réapprovisionnement.
 - * A propos de la production, rares sont les supports élaborés dans le cadre du PNSR. Cela n'a pas empêché, toutefois, l'équipe de la coordination nationale de contribuer dans la conception des supports imprimés et audiovisuels réalisés sur des thèmes de la SR, produits par d'autres structures, notamment le service de l'EPS.
 - * Concernant l'utilisation des supports, le manque constaté sur le terrain laisse supposer que les efforts d'IEC ne sont pas à grande échelle. L'activité dominante pour le personnel semble être la communication interpersonnelle sans recours aux supports éducatifs. Certaines observations méritent d'être avancées au sujet des quelques supports imprimés utilisés :
 - les prestataires rencontrés nous confirment l'emploi des *flip-sharts*, produits par le service de l'EPS, au cours des séances d'éducation sur l'espacement des naissances et la consultation prénatale. Il s'agit des supports utilisant l'histoire comme technique d'animation qui suscite la réflexion, la discussion et l'intérêt chez les auditoires. Un guide d'utilisation a été élaboré et une formation a été assurée à cet effet.
 - Par contre, d'autres supports d'IEC/SR sont quasi inexistantes dans les structures de santé visitées, à l'exception des *affichettes* sur les prénatal et l'accouchement, collées au bureau de la sage-femme dans certains centres. Ces affiches sont d'une dimension non appropriée n'assurant pas la bonne visibilité et n'attire pas assez l'attention des populations visées. Les illustrations sur les affiches, ne permettent à ces dernières de s'identifier par rapport au contenu véhiculé.
 - Au cours de nos visites aux structures de santé, nous n'avons pas remarqué l'existence des *supports d'explication ou de démonstration* qui vont servir, pour les séances du counselling, comme moyen d'aide, et de renforcement pour illustrer et clarifier le contenu du message transmis en clarifiant les notions abstraites, en augmentant la compréhension et en facilitant la mémorisation.
 - * S'agissant des messages, ils sont à caractère général et peu ciblés. Ils véhiculent une information « tous azimuts » lorsque l'on reconnaît la diversité des publics bénéficiaires potentiels et ses spécificités. Ces messages sont souvent faibles quant à l'argumentation pour engendrer une amélioration rapide au niveau de comportement.

Ainsi, nous relevons la prédominance des thèmes généraux dans la conception de messages à travers les supports et également les activités d'IEC/SR. D'autres thèmes d'une influence sur les comportements n'ont pas été suffisamment intégrés dans les messages en SR : droits à la SR, genre, population et développement, sexualité, etc.

- **Le partenariat en matière d'IEC/SR :**

- * Les efforts entrepris en matière de partenariat dans le cadre du PNSR sont insuffisants pour l'implication des «intermédiaires» comme vecteurs d'information et de sensibilisation auprès des populations concernées. Les intervenants dans le domaine de la SR sont relativement nombreux mais leurs actions demeurent encore peu visibles et d'importance très variable. Les activités d'IEC/CCC en sont discrètes et éparpillées. Elles se font au gré des financements extérieurs et ne s'inscrivent guère dans la durée. S'ajoute également le manque d'ONG structurées et suffisamment représentées dans les villages.
- * En gros, les structures et les organismes existent pour assurer la diffusion des messages et pour mener une action permanente d'information et de sensibilisation en SR. Le nœud du problème réside dans le manque de mécanismes de partenariat et de coordination entre les organismes gouvernementaux et entre les ONGs, et l'absence de structures de dialogue entre les différentes parties.
- * Il convient de signaler qu'un partenariat avec le secteur universitaire serait à établir pour développer la recherche notamment comportementale qui va servir de référence pour une meilleure connaissance et segmentation des populations, pour l'orientation des actions d'IEC/CCC et pour la conception des messages à transmettre. Cela contribuera également à combler le vide observé au niveau des études et recherches dans le domaine.

- **Programmation, suivi et évaluation :**

- * Alors qu'en principe l'IEC/CCC en SR requiert des interventions planifiées, conjuguant des activités variées d'information et de motivation, de mobilisation et de plaidoyer, les expériences jusqu'ici menées en montrent que les actions entreprises en la matière sont improvisées et non programmées.

Même en cas d'une programmation préétablie, la plupart des actions envisagées connaissent des déviations entre les plans d'action et leurs réalisations marquées par le non achèvement de l'ensemble d'activités prévues.

Sur le terrain, selon le personnel rencontré, les séances d'éducation de groupe dans les structures de santé se font sans planification et sans programmation.

- * Comme pour le reste des composantes du PNSR, l'IEC/CCC en SR ne bénéficie pas du suivi de ses activités sur le terrain, ni de supervision et d'encadrement des intervenants. S'ajoute également l'absence d'un système d'évaluation des efforts et des résultats des actions IEC/CCC.

3.2.3 Opportunités à saisir :

L'environnement externe du PNSR offre des maintes opportunités à identifier et à saisir afin de renforcer et mieux orienter les actions d'IEC/CCC pour l'amélioration de l'utilisation des services de SR en Mauritanie. A titre indicatif, nous rappelons les opportunités suivantes :

- **Il existe de traditions de participation communautaire.** On trouve également des structures communautaires prenant en charge la sensibilisation (compte d'usager, union des coopératives, relais communautaires, etc.). les autorités régionales et locales sont motivées et les leaders d'opinions sont disposés à participer.
- **Un tissu associatif organisé et des réseaux de sensibilisation mis en place.** Il existe des dynamiques impliquées dans des actions d'information et de sensibilisation des différentes populations en SR ; comme l'AMBF et d'autres. Des groupements et des réseaux ont été également constitués (réseau des associations, groupe d'associations islamiques, etc.).
- **Plusieurs intervenants impliqués dans la sensibilisation des populations.** Des efforts sont entrepris dans le domaine de la santé et du développement par différentes structures gouvernementales, avec l'assistance des partenaires techniques et financiers, et ce dans le cadre de mise en œuvre des programmes nationaux et des projets spécifiques. Des activités d'IEC/SR pourraient être intégrés en collaboration avec ces programmes te ces projets.
- **Contexte médiatique favorable.** La Mauritanie possède une radio FM, des stations radiophoniques locales et une chaîne télévisée nationale). Ces médias, employés à bon escient, permettent de diffuser largement l'information et de mobiliser les populations, les leaders et les partenaires pour agir. Il importe également d'organiser pour ces médias des événements qui fassent l'actualité (Des événements comme des conférences de presse avec des leaders et des dirigeants).
- **Célébration des journées nationales et internationales** (femme, famille, population, SIDA, élimination de la pauvreté, etc.). Il est important de bien planifier cette journée pour avoir un impact maximal. Il faut principalement chercher à attirer l'attention pour améliorer chez le public la compréhension de la situation SR et renforcer l'engagement des dirigeants au niveau de la communauté, d'une part et mobiliser de nouveaux groupes assurant un rôle important à jouer dans les efforts d'amélioration de l'utilisation des services SR.
- **Des expériences d'IEC réussies.** Il existe certes, des initiatives louables entreprises en IEC/CCC par différents intervenants et qui méritent d'être recensés. Parmi ces initiatives que nous avons eu l'occasion de connaître, nous citons à titre indicatif l'organisation des séances d'éducation dans les quartiers assurée par la SNIM à Noaudhibou, les actions de sensibilisation au niveau communautaire menées par l'association Dental Sukaabe Tékane, l'orientation des femmes à l'utilisation des services par le biais des femmes relais gérée par l'ONG internationale Santé Sud, les actions d'information et d'éducation des jeunes menées par SOS Pairs Educateurs, etc.

En conclusion :

Le diagnostic organisationnel du volet IEC/CCC dans le cadre du PNSR fait dégager qu'en dépit de la volonté des responsables, de la place accordée à ce volet et des efforts entrepris en matière d'information et d'éducation, plusieurs faiblesses et lacunes, d'ordre essentiellement stratégique et managérial, ont été identifiées.

En effet, l'absence d'une stratégie nationale d'IEC, des insuffisances méthodologiques ont fait que les efforts de sensibilisation et d'information soient limités, éparpillés et sans avoir réalisé des changements remarquables au niveau cognitif, affectif et conatif d'un comportement responsable en SR.

D'un autre côté, l'environnement externe du PNSR offre plusieurs opportunités qui, bien identifiées et exploitées, contribueront au renforcement de la composante IEC pour l'amélioration de l'acceptabilité et de l'utilisation des services SR disponibles.

Nous formulons dans la partie suivante relative aux recommandations, des orientations essentielles pour le développement d'une stratégie nationale IEC/SR et pour l'élaboration du plan d'action 2007.

RECOMMANDATIONS POUR LA RELANCE ET LA PROMOTION DU PNSR

La Mauritanie est un pays qui est confronté à une double problématique dans le domaine de la santé de la reproduction : une natalité galopante et une mortalité maternelle très élevée. Il est impératif, que sa stratégie soit pensée en prenant en considération cette double contrainte. Comment baisser la mortalité maternelle élevée dans un contexte de forte natalité ?

A la lumière du diagnostic de situation et à l'analyse des différents volets du PNSR et pour que ce dernier parvienne à réaliser les objectifs qui lui sont assignés, il est nécessaire de réorienter le PNSR vers :

➔ **Un recadrage stratégique :**

- Repositionnement de la PF comme une composante stratégique prioritaire dans le cadre du PNSR.
- Renforcement de la disponibilité et de la qualité des services prénatals, postnatals, des accouchements assistés et des soins obstétricaux d'urgence, y compris les soins après avortements, de la composante Maternité sans risque.
- Allègement des dépenses de la population vulnérable pour sa santé en instituant des systèmes de recouvrement des coûts qui prônent les principes de solidarité et de l'équité comme le Forfait obstétrical
- Renforcement de la prévention et de la prise en charge des autres affections influençant la SR notamment les IST/VIH/SIDA.
- Réhabilitation du rôle des maternités des CSM et des Postes de santé pour augmenter la proportion d'accouchements assistés.
- Mise en place d'une stratégie nationale d'IEC/CCC en SR qui définit les axes prioritaires à développer et à laquelle se conformera tous les intervenants
- Facilitation de l'accès des adolescents et des jeunes aux services de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents.
- Renforcement du système d'information et de gestion des services de SR par l'amélioration du suivi et de l'évaluation.
- Mise en place de mécanismes de coordination entre le PNSR et les composantes des autres programmes ayant trait à la SR.
- Prise en compte des besoins différentiels hommes - femmes (accessibilité aux services et aux informations) et renforcement de l'implication des hommes dans la promotion de la SR.

➔ **Un recadrage des interventions des partenaires :**

- L'intervention des partenaires doit se faire dans le cadre d'actions planifiées par le PNSR.
- Le financement doit être planifié et négocié pour permettre la mise en œuvre des activités inscrites dans le cadre du programme aux trois niveaux central (actions stratégiques), régional (niveau de soutien aux équipes régionales) et opérationnel (pour assurer les prestations à la population).
- L'amorce d'une coordination entre les partenaires et le MSAS doit être renforcée dans une vision de développement sectoriel (approche programme).

➔ **Renforcement des interventions des autres secteurs ministériels et des ONGs :**

- Le programme doit développer un partenariat avec les autres secteurs dont l'intervention est nécessaire à la mise en œuvre du programme : population et action sociale, éducation, jeunesse, communication, promotion de la femme et lutte contre la pauvreté.
- Le programme doit s'employer à développer un partenariat avec la société civile pour réaliser ses objectifs dans le domaine de la communication, la mobilisation sociale et les prestations des services cliniques.

Les recommandations ci-après formulées porteront sur les volets ayant fait l'objet de l'analyse à savoir le volet politique et institutionnel, les composantes prioritaires de la SR (réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la PF et la SSR des adolescents et des jeunes.

1. RECOMMANDATIONS D'ORDRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL

- 1.1 L'engagement du gouvernement à la promotion du PNSR doit être répercuté au niveau de toute la pyramide politique. Des actions de plaidoyer devraient être développées en direction des décideurs régionaux et locaux pour qu'ils adhèrent effectivement à la stratégie de promotion de la SR et soutiennent les actions mises en œuvre.
- 1.1 Le MSAS devrait prendre des mesures auprès des équipes régionales pour les inciter à se conformer aux priorités nationales et à œuvrer pour réaliser les objectifs du PNSR notamment dans les régions qui accusent de grand déficit de couverture SR.
- 1.2 Le MSAS devrait étudier la possibilité d'ériger la coordination nationale du PNSR en une direction centrale. Cet appui institutionnel est de nature à donner au programme l'autorité nécessaire pour veiller à l'application par les régions de la stratégie du Ministère en matière de SR et l'exécution des plans d'actions
- 1.3 En attendant il est impératif de définir avec précision le mandat de la coordination nationale du PNSR

A titre indicatif les prérogatives proposées pour la coordination nationale du PNSR sont comme suit :

- Concevoir les programmes conformément aux priorités nationales en SR en laissant une marge de manœuvre aux régions pour les adapter à leurs spécificités
 - Elaborer les outils techniques et de gestion des activités en vue de les unifier et les standardiser et veiller à leur utilisation effective par le personnel
 - Inscrire tous les programmes et les actions en matière de SR de tous les intervenants dans un cadre national unique (approche programme)
 - Disposer d'une unité de partenariat chargée de la coordination avec les départements qui s'occupent des programmes verticaux comme le PNLS, Vaccination, nutrition, les départements des autres ministères impliqués dans la SR et avec les ONGs qui oeuvrent dans le domaine. Ce partenariat devrait être organisé et basé sur des protocoles d'accord ou de contrats.
 - Disposer d'une unité de collecte de données sur les différents aspects du programme et détenir un tableau de bord et un monitoring des activités permettant le suivi en temps réel
 - Veiller à la conformité des requêtes provenant du milieu opérationnel avec la stratégie du programme et avec les budgets alloués aux activités et à l'acquisition des moyens
 - Instituer et exécuter un programme de supervision régulier des activités du terrain en utilisant des grilles appropriées. Pour rationaliser l'utilisation des moyens, la supervision devrait être effectuée par une équipe multidisciplinaire parmi les membres de la coordination centrale.
- 1.4 Définition précise des tâches et du profil de poste pour chaque membre de l'équipe de la coordination nationale du PNSR et institution d'un programme trimestriel des activités.
- 1.5 Renforcement de la coordination nationale du PNSR par le recrutement de :
- 1 Epidémiologiste pour appuyer l'unité de planification et du suivi
 - 1 Spécialiste en communication pour renforcer l'unité en charge de l'IEC
 - 1 cadre pour s'occuper du partenariat
 - 1 cadre en charge de la gestion logistique des médicaments et surtout des contraceptifs
- 1.6 Renforcement des moyens logistiques de la coordination nationale et la mise à sa disposition un budget de fonctionnement conséquent.
- 1.7 Définir les attributions des points focaux SR travaillant dans les DRSPS qui doivent être les vis-à-vis techniques de la coordination nationale du PN SR et les munir d'un programme de travail et de grille de supervision.
- 1.8 Les équipes sanitaires des Moughataas, devraient constituer des noyaux de planification, de gestion et du suivi des services y compris la SR. A cet effet, Leur capacité managériale et leurs moyens de travail devrait être renforcés pour jouer ce rôle.

RECOMMANDATIONS POUR LA PROMOTION DES COMPOSANTES PRIORITAIRES SR

2.1 La réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

2.1.1 Renforcement quantitatif et qualitatif de la couverture périnatale

- Rehausser la couverture de la première consultation prénatale et celle de la consultation prénatale par au moins 3 CPN de qualité
- Accroître le pourcentage des grossesses à risque dépistées lors de la CPN et qui sont référées.
- Rehausser la couverture par la vaccination antitétanique VAT2 des femmes enceintes
- Accroître la couverture de la consultation post-natale chez les femmes accouchées en milieu assisté
- Amener les femmes suivies en consultation prénatale à recevoir un supplément en fer.
- Améliorer la connaissance des femmes et des hommes des bienfaits de la CPN et du post-natal.
- Accroître le recours aux accouchements assistés dans les structures de santé par l'amélioration des connaissances des femmes, des hommes et de la communauté des bienfaits de l'accouchement en milieu sanitaire.
- Amélioration des conditions d'accouchement dans les salles d'accouchement par la réhabilitation des maternités aux différents niveaux (équipement adéquat, personnel formé, utilisation du partogramme, etc.)
- Encadrement et supervision rapprochés des accoucheuses auxiliaires des postes de santé par les sages femmes des centres de santé appuyés par un suivi régulier par le point focal des DRPSS.
- Nécessité d'évaluer l'apport réel des accoucheuses auxiliaires pour décider de leur maintien ou leur déploiement à d'autres tâches.
- Une attention particulière devrait être portée à la propreté des locaux et aux mesures d'hygiène dans la lutte contre les infections nosocomiales qui constitue un facteur péjoratif dans la mortalité maternelle et néonatale

2.1.2 Renforcement des capacités des maternités des HR et des CSM à fournir des Soins Obstétricaux d'Urgence suffisants et de qualité

- Formation effective (**volet pratique obligatoire**) en SOUB des sages femmes travaillant dans les maternités
- Formation et implication et des médecins chefs des Centres de Santé dans les SOUB qui devraient être inscrits obligatoirement dans leurs prérogatives.
- Equipement de toutes les salles d'accouchement d'unité de réanimation du Nné
- Institution des cercles de qualité des SOU par et la tenue de réunions mensuelles groupant les prestataires des salles d'accouchements aux différents niveaux (HR, SCM et PS). Ces réunions « bilan/évaluation » seront conduites par l'équipe de spécialistes de la maternité de l'HR
- **Extension des SOUC** aux régions qui en sont dépourvues et leur renforcement dans les régions relativement plus peuplées pour y renforcer la couverture. A cet, effet la formation d'un pool de médecins généralistes en gynécologie, en chirurgie pourrait pallier au manque en spécialistes

2.1.3 Généralisation du forfait obstétrical :

- aux HR et les CS des chefs-lieux des régions qui n'ont pas introduit le forfait et qui répondent aux critères d'inclusion (2007)
- Dans une optique d'équité, extension du FO (2007-2008) aux CSM autres que ceux des chefs-lieux des Wilayas ayant adopté le système.
- Etude des possibilités d'extension du FO aux postes de santé

La généralisation progressive du FO devrait être obligatoirement précédée par :

- (1) Mise à niveau des salles d'accouchement (équipement adéquat, personnel formé, conditions optimales d'hygiène)
- (2) Mise à niveau les laboratoires existants déjà dans les CSM ou la création de laboratoires pour effectuer les analyses prévues par le forfait
- (3) Institution d'un système de référence garantissant le transfert à temps des accouchements nécessitant les SOUC, ce qui nécessite la disponibilité des moyens d'évacuation et de communication fonctionnel (RAC ou Téléphones portables)
- (4) Création éventuelle d'une unité d'échographie (quoique contre versée à cause de la qualité de cet examen effectué par les non spécialiste). Par ailleurs cet examen pourrait être un facteur d'incitation des femmes à l'adhésion au forfait.
- (5) Organisation de campagnes d'information et de sensibilisation des décideurs locaux régionaux et de la population sur les avantages du forfait à l'échelle individuelle et collective, les modalités d'adhésion et sur l'intérêt de suivre le circuit complet du FO aboutissant à l'accouchement assisté.

- (6) La nécessité d'inclure dans le circuit la composante néonatale par la mise en place dans d'une unité de réanimation de Nné dans les salles d'accouchement avec formation préalable du personnel de la maternité en matière des soins du nouveau né en sachant que la présence du pédiatre dans le système est un fausse sécurité car il ne peut être disponible tout le temps pour s'occuper du nouveau né.
- (7) La capacité des comités chargés de la gestion du FO doit être continuellement renforcée par des visites d'encadrement et par un suivi rapproché.
- (8) Les besoins réels en prestations de services des adhérentes au FO doivent prévaloir sur les aspects de gestion (recette, déficit, etc.) autrement la noble finalité du système serait bafouée.
- (9) L'amélioration de l'accueil, le bon counselling au cours de la CPN et les actions de sensibilisation de la communauté sont de nature à maintenir la cliente dans le circuit jusqu'au bout en sachant qu'actuellement environ 50% des femmes finissent par accoucher ailleurs souvent à domicile et il s'agit là d'occasions manquées de l'assistance à l'accouchement.

2.1.4 **Généralisation de la PTME** à tous les HR, puis dans les centres de santé (2006-2007) :

- Intégration de la PTME dans le paquet des services SR offerts à la femme enceinte et le Forfait Obstétrical constitue le cadre propice pour inclure la PTME ainsi les tests de dépistage seront pris en compte par le fonds réservé aux réactifs .
- Compte tenu du nombre annuel relativement bas des femmes enceintes VIH + à l'échelle nationale, le système de santé pourrait leur offrir les conditions optimales pour leur prise en charge médicale et psychosociale.
- La qualité de la PTME va dépendre essentiellement de la motivation et la performance du personnel qui en est en charge.
- Il est également recommandé de faire mettre au même niveau d'information et de formation en PTME toutes les catégories du personnel impliqué dans le circuit de la femme enceinte à savoir les sages femmes, les techniciens de laboratoire , les médecins chefs des CSM , les gynécologues , les chirurgiens et les pédiatres.
- Une attention particulière devrait être accordée aux conditions optimales du dépistage (la confidentialité, le counselling, l'information éclairée des concernées et le consentement)

NB : le document « Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH, Politique et Recommandations » est un manuel pratique qu'il faudrait diffuser à large échelle.

2.2 La relance de la PF :

Le taux d'utilisation des méthodes modernes est de 5% à l'échelle nationale avec des disparités régionales importantes allant de 13% à NKC à environ 2% dans la zone du fleuve et < 1% au sud est et au centre. Ainsi si la relance de la PF devait se faire dans toutes les régions du pays, le renforcement devrait se faire en priorité sur les régions qui ont enregistré les prévalences les plus faibles.

La relance de la PF devrait se faire selon trois axes relatifs à l'offre, à l'utilisation, à la qualité de la contraception et l'aspect de gestion du service PF.

2.2.1 Augmenter l'offre de services par la relance de la contraception dans le paquet de la SR aux différentes structures :

- Incrire la contraception dans les priorités des plans d'actions régionaux des DRPSS
- Rendre disponibles les méthodes contraceptives modernes (pilule, injectable, implant, le DIU, le préservatif et les spermicides) dans HR et les CSM
- Introduire dans les postes de santé au moins les 4 méthodes modernes qui peuvent être prescrites par le personnel des PS (pilule, injectable, le préservatif et les spermicides). Il est indiqué que le rôle des postes de santé en plus de l'IEC ne devrait dépasser le réapprovisionnement des utilisatrices pour les quelles les méthodes leur ont été prescrites par un personnel qualifié (HR ou CSM).
- Organiser des sorties périodiques régulières du personnel des CS vers les villages (stratégie avancée) pour offrir un paquet de services incluant la contraception dans les villages éloignés avec la possibilité de charger des agents communautaires à réapprovisionner les utilisatrices en pilule et en préservatif.
- Renforcer la capacité de tous les prestataires des CS (médecin et sages femmes) en technologie contraceptive notamment en matière d'insertion du DIU et l'implant.

2.2.2 Améliorer l'utilisation des services PF

- Amener les responsables locaux et régionaux ainsi que les leaders d'opinion (notamment les religieux) et les hommes à adopter une attitude favorable à l'utilisation des méthodes modernes de PF.
- Amener toutes les ONGs agissant dans le domaine de la SR à renforcer leurs efforts en faveur de la promotion de la PF.
- Organiser des séances éducatives régulières au niveau des structures de santé pour promouvoir l'utilisation de la contraception
- Impliquer les comités de santé dans la promotion de la PF
- Identifier et mobiliser des relais sociaux (femmes relais) pour la promotion de la PF

2.2.3 Améliorer la qualité de la contraception

- Promotion des méthodes de longue durée en particulier :
 - * le DIU qui présente de grands avantages sur le plan durée (jusqu'à 10ans), efficacité, innocuité et sur le plan coût. C'est la méthode qui a le meilleur rapport coût/efficacité.
 - * Les implants sont également très efficaces et procurent une longue protection seulement les implants utilisés actuellement en Mauritanie à savoir « le Norplant » qui est constitué de 6 bâtonnets et qui posent fréquemment des problèmes à l'insertion et au retrait. A cet effet, il est indiqué d'introduire de nouvelles formes d'implants qui existent sur le marché international comme « l'Implanon » constitué d'un seul bâtonnet dont la technique d'insertion et de retrait est très aisée et elle est à la portée du personnel paramédical (sage femme, infirmier). Le seul inconvénient est sa durée de protection qui est de 3 ans contre 5 ans pour le Norplant.
- Former les prestataires en normes et procédures actualisées des services PF
- Former toutes les sages femmes en counselling et les amener à le pratiquer systématiquement pour toute femme qui vient demander la contraception

2.2.4 Améliorer la gestion des services de la PF

- Mettre en place une unité de gestion des contraceptifs au niveau de la coordination centrale du PNSR qui aura pour tâches :
 - * évaluation des besoins du pays et des régions en produits contraceptifs
 - * choix de la gamme des contraceptifs
 - * lancement des commandes de contraceptifs
 - * suivre les mouvements du stock central (à l'aide d'un logiciel approprié)
 - * viser et valider les commandes (trimestrielles) émanant des régions en veillant à leur conformité avec la consommation réelle (pour éviter le gaspillage engendré par la péremption)
 - * superviser les stocks au niveau central et régional et vérifier l'application des normes de stockage des produits et éviter le sur stockage ou les pénuries
- Amener tous les structures de prestations à disposer en permanence de quantités suffisantes de contraceptifs.
- Doter tous les HR et les CSM du matériel technique spécifique à la PF (boîtes d'insertion du DIU et des implants)

2.3 La santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes :

Si pour les autres composantes prioritaires de la SR, des recommandations ont été formulées pour en améliorer l'offre, l'utilisation et la qualité des services, cette composante nécessite carrément le montage d'un programme spécifique pour la promotion de la SSR des adolescents /jeunes à l'échelle nationale , régionale et locale. Ce programme devrait être élaboré, budgétisé et soumis au financement dans les meilleurs délais (avant la fin 2006) pour pouvoir démarrer ses activités au cours du 1^{er} semestre 2007.

Les intervenants potentiels à savoir les secteurs étatiques concernés par la population jeune, les partenaires au développement et la société civile devraient être impliqués dans l'élaboration et la validation de ce programme.

Le secteur sanitaire devrait prendre le leadership et une plate-forme de partenariat devrait être mise en place pour son exécution. Bien entendu la participation active de la population jeune elle-même dans la planification et la mise en œuvre des activités est un garant de réussite. Le programme proposé devrait développer conjointement une stratégie de communication sociale et une stratégie relative à l'accessibilité aux prestations SSR spécifiques en définissant les mécanismes et les outils de la mise en œuvre des activités du suivi et de l'évaluation de ces activités .

2. RECOMMANDATIONS POUR LE RENFORCEMENT DE L'IEC.

Agir sur les comportements des populations en vue de les amener à utiliser les services de SR disponibles commande de choisir, dans le cadre du PNSR, une stratégie d'IEC/CCC appropriée qui définit les changements souhaités et auprès de qui, détermine les approches pour y parvenir, clarifie les messages et les moyens de leur transmission et énumère les actions à entreprendre. Tout cela devrait se faire en concordance avec les orientations stratégiques du programme et en cohérence avec ses composantes prioritaires.

A cet effet, à la lumière des résultats du diagnostic effectué, nous proposons les grandes lignes de cette stratégie qui serviront de guide pour l'élaboration du plan d'action 2007

3.1 Quelques principes directeurs :

Des principes vont guider le développement de cette la stratégie d'IEC/SR. La planification et la mise en œuvre des interventions en découlent.

3.1.1 Les interventions d'IEC/CCC à entreprendre dans le cadre du PNSR tendent à :

- * sensibiliser et engager les responsables et les leaders d'opinions quant à leur rôle d'influence pour la modification du comportement procréateur des individus et les impliquer activement dans les efforts orientés vers l'amélioration de l'état de santé de la reproduction.
- * améliorer le niveau et la qualité des connaissances des populations sur la SR, ses différentes composantes (PF, Péri-natalité, sexualité, MST/SIDA,etc.), ses avantages et ses bienfaits, sur les services en offerts, etc.

- * susciter l'intérêt de la nécessité de la SR chez les populations bénéficiaires, les convaincre des intérêts et des avantages des services disponibles et en créer une demande chez elles.
- * motiver, orienter et aider à faire des choix libres et informés quant à l'utilisation des services de la SR mis à leur disposition.
- * encourager l'utilisation et la continuation de l'utilisation des services SR et renforcer les pratiques positives à l'égard de la SR.

3.1.2 Se rapprocher de plus en plus du terrain et aller vers les populations concernées.

- * Favoriser la communication de proximité axée sur des actions d'éducation individuelle et de groupe, et sur des actions intensives de mobilisation au niveau communautaire.
- * S'adresser aux femmes, aux hommes et aux jeunes de deux sexes dans différents milieux, tout en tenant compte des leurs spécificités et des capacités que dispose le programme.

3.1.3 L'enjeu de l'IEC/CCC est fondamentalement collectif et par conséquent partenarial. Elle s'exécute suivant une approche participative et consensuelle qui implique divers acteurs à différents niveaux d'intervention.

3.2 Définir et segmenter les populations bénéficiaires.

3.2.1 Populations finales : Trois segments de populations seront concernés par l'IEC/CCC dans le domaine de la SR, à savoir :

- (1) *Femmes en âge de reproduction* réparties selon le rayonnement 0-5 km et plus de 5 km et selon qu'elles soient enceintes ou non.
- (2) *Hommes mariés en âge de reproduction* répartis selon le rayonnement 0-5 km et plus de 5 km, et Hommes en milieux organisés
- (3) *Adolescents et les jeunes* de deux sexes répartis selon le rayonnement 0-5 km et plus de 5 km.

3.2.2 Populations intermédiaires regroupant les structures et les personnes influentes ayant le rôle de relais et de vecteur d'information et de sensibilisation pour le changement de comportement.

- (10) *Structures gouvernementales et non gouvernementales* impliquées dans le domaine SR.
- (11) *Leaders au niveau national, régional et local*. Les députés, les autorités, les chefs coutumiers, les leaders religieux, etc.
- (12) *Prestataires de services de santé* (médecins, sages femmes, infirmiers, agents) ouvrant dans le domaine, etc.
- (13) *les médias et les professionnels de la presse*.
- (14) *Secteur universitaire* : les instituts de santé, les universités et les facultés.

3.3. Objectifs et axes d'intervention :

3.3.1 **Objectifs.** L'objectif général est de contribuer, dans le cadre de la mise en œuvre du PNSR, à l'amélioration de l'utilisation de services de la SR y inclus les composantes RMMN, PF et SSR des adolescents et jeunes. Plus spécifiquement, il s'agit de :

1. renforcer l'environnement institutionnel et socioculturel favorable à la SR.
2. accroître l'acceptabilité et la demande des services de SR chez les femmes en âge de reproduction.
3. améliorer la connaissance et la prise de conscience des bienfaits des services de la SSR chez les hommes.
4. améliorer les connaissances et les comportements en matière de SSR chez les adolescents et les jeunes.
5. renforcer les capacités techniques et de gestion pour la mise en œuvre des actions d'IEC/CCC en SR.

3.3.2 Axes d'intervention :

- Plaidoyer et mobilisation sociale en vue de créer un environnement favorable à l'utilisation de services de SR
- Information, sensibilisation et orientation pour améliorer la connaissance et augmenter l'acceptabilité de services SR.
- Amélioration des capacités techniques et de management pour le développement, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de l'IEC/CCC en SR.

3.4 Approches d'IEC/CCC à préconiser et actions à entreprendre :

La stratégie d'IEC utilisera des approches différenciées et à multiples interventions pour répondre aux objectifs et spécificités des différentes populations bénéficiaires retenues. Le modèle de communication à privilégier devra accorder plus d'importance à l'influence de l'environnement social et culturel.

Des activités peuvent surprendre et démontrer la nécessité d'adopter le nouveau comportement. Elles doivent donner cohérence, visibilité et lisibilité aux interventions menées en faveur de la SR aux plans national, régional et local.

Il faut réserver une place de choix au développement des activités génératrices de changement de comportement. Ainsi, faut-il favoriser l'approche « divertir pour éduquer ». Les gens aiment le divertissement qui fait partie de leur vie.

3.4.1 **La communication de proximité.** Cette approche est fondée sur la communication interpersonnelle et de groupe pour fournir aux populations une information éducative l'aidant à une prise de décision et un changement de comportement. Elle fera appel aux divers intervenants pour toucher les populations bénéficiaires finales et sera adaptée en fonction de chaque segment retenu :

- * Pour les femmes fréquentant les structures de santé (Hôpitaux, maternités et CS) seront couvertes par des séances d'éducation de groupe, des entretiens individuels et du counselling assurés par le personnel de santé.

Des supports éducatifs imprimés (Flipchart d'explication et de démonstration pour le counselling et une affiche murale d'une dimension qui attire et qui assure la lisibilité) et vidéo (à projeter pendant que les femmes attendent ou lors des séances de groupe) seraient à développer pour soutenir et renforcer les messages émis sur la SR.

- * Les femmes résidant dans un rayon de 0-5 km seront d'abord recensées par quartier. Ensuite, elles seront contactées à domicile, orientées vers les services et suivies par les femmes relais et agents d'ONGs. La priorité est à accorder aux femmes enceintes. Les femmes relais assureront un rôle de trait d'union entre la femme bénéficiaire et la structure de santé.

Des actions « spectaculaires » devraient précéder les visites à domiciles pour préparer le terrain et annoncer la couleur (Organisation des séances pour un large groupe, ou autres)

- * Les femmes résidant dans un rayon au delà de 05 km d'une structure de santé seront touchées par des relais communautaires et autres personnes influentes au niveau de la communauté. Des séances d'éducation des groupes et des entretiens individuelles seront envisagées.
- * Des séances de sensibilisation seront assurées par un personnel de santé lors des activités avancées.
- * Concernant les hommes bénéficieront des séances de discussion de groupe animées par le personnel de santé, les ONGs, les agents communautaires, les leaders religieux, les enseignants des écoles, etc.

Pour les adolescents et les jeunes de deux sexes, ils seront touchés par les pairs éducateurs.

Des conférences et des rencontres seraient à organiser périodiquement dans les chefs lieux de Moughataas par différents intervenants y compris le personnel de santé.

- * Il faudrait appuyer ces séances par des supports appropriés existents et à produire (pour les imprimés, réalisation des feuillets mobiles sur différents thèmes de la sexualité et santé de la reproduction en mettant l'accent sur les comportements à risque, le genre, etc. Un dépliant à distribuer aux jeunes sur la sexualité et la santé de la reproduction)

- 3.4.2 **Approche médiatique.** Elle devra répondre à la nécessité de créer l'intérêt autour de la SR, de créer un climat favorable à la SR/PF, de relancer l'intérêt chez les populations acquises et de déclencher la prise de conscience chez les populations hésitantes et non informées.

Des émissions radiophoniques hebdomadaires en direction des populations finales sur les thèmes de la SR seront diffusées en différentes langues locales sur les antennes nationale et régionales. Des spots radiophoniques, utilisant la technique de témoignages, seront développés et passés suivant un plan de diffusion étudié.

- 3.4.3 **Le plaidoyer.** Il doit combiner visibilité médiatique et politique avec expertise scientifique et technique. Une attention particulière accordée aux leaders politiques, aux leaders religieux, aux journalistes et aux chefs traditionnels.

Cela demande de mettre en place des plans de plaidoyer pour un environnement institutionnel favorable dans le cadre de la promotion du PNSR et d'encourager les groupes de plaidoyer à sensibiliser sans cesse les responsables politiques et religieux, les décideurs, etc.

Outre les réunions de concertation au niveau central, régional et local et les activités médiatiques (conférences, dossiers, etc.) à travers la presse écrite, la radio et la télévision, Il serait nécessaire de produire et de diffuser auprès des décideurs des supports imprimés, multimédia, et autres présentant la situation, qualitative et quantitative, de la SR en Mauritanie et ses conséquences sur les plans politique, économique, social, emploi, etc.

- 3.4.4 **La mobilisation sociale et communautaire.** L'adoption de cette approche vis, en créant un sentiment d'urgence, de mobiliser les leaders, les partenaires, les communautés et les acteurs et de les faire adhérer à la vision en les impliquant activement dans l'action d'information et de sensibilisation en SR. Cela suppose un effort continu pour convaincre de la nécessité de changer et de s'engager dans le processus de changement.

- S'adressant aux autorités administratives, aux leaders communautaires, aux partenaires techniques et financiers, aux associations, aux ONGs, aux prestataires et aux médias, cette mobilisation sera concrétisée à travers des ateliers de travail de réflexion et de coordination, des journées de mobilisation à l'occasion des événements en rapport avec la SR.
- Des journées de mobilisation à l'échelle régionale et locale pour attirer l'attention des populations et préparer le terrain aux activités de proximité à entamer dans le domaine de la SR.
- Pour les adolescents et les jeunes, des « tentes itinérant adolescents jeunes » seront installées à tour de rôle dans différents villages pour offrir des services d'information et des prestations suivant une approche globale et participative.
- Des activités et des messages seraient à intégrer dans le cadre de la campagne de l'espoir à travers des tournées des villages menées dans le cadre du PSLS.

3.5 Définir les mécanismes de mise en œuvre :

- 3.5.1 **Développer des mécanismes de coordination** entre les différents intervenants. A cet effet, il faudrait d'abord clarifier le mandat de l'unité de l'IEC au sein de la coordination nationale, définir ses rôles et ses tâches. Ensuite, il vaut mieux constituer une équipe restreinte, pluridisciplinaire représentant les principales structures concernées, motivée et disposant d'aptitudes et de compétences pour gérer le processus de mise en œuvre, du suivi et d'évaluation des actions d'IEC/CCC en SR. Cette équipe s'occupera également de la coordination au niveau de la conception des messages, du recensement des supports existants, production des nouveaux supports, de leur diffusion et du suivi de leur utilisation.

Au niveau régional, il faut charger un personnel de la coordination des actions d'IEC/CCC en SR à côté de la sage femme, point focal.

- 3.5.2 **Institutionnaliser le partenariat avec les différents intervenants en IEC/CCC en SSR.** La nécessité de mieux planifier, organiser, gérer et suivre les actions, requiert une approche concertée des structures gouvernementales, des partenaires et de l'ensemble de la communauté avec des rôles et responsabilités clairement définis. Cela exige une claire définition des rôles et responsabilités des intervenants.

Le partenariat avec le secteur universitaire sera institutionnalisé par l'établissement de contrats avec les facultés et les instituts concernés afin de bénéficier de l'apport des compétences universitaires dans la formation et la recherche.

La mission de l'équipe du PNSR s'orientera vers une fonction d'interface entre les besoins de la population et l'optimisation des potentialités nationales susceptibles d'y répondre. Le PNSR assurera la coordination des partenaires dans un esprit de complémentarité et de collaboration mutuelle et leur fournira l'appui et le soutien nécessaire, notamment en matière de formation et de supports, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de leurs activités.

- 3.5.3 **Développer un système de collecte d'information, de suivi et d'évaluation des actions d'IEC** à travers la mise en place des mécanismes de suivi et d'évaluation permettant de comptabiliser les efforts, d'apprécier les résultats produits et l'impact de l'IEC/CCC sur l'amélioration de l'utilisation des services. Ainsi, ce système établira des instruments de travail et de collecte de données sur l'IEC/SR.
- 3.5.4 **Développer de la recherche comportementale** pour identifier les obstacles à l'utilisation des services de SR, pour apprécier la demande en SR, pour cerner les perceptions des populations sur la SR en rapport avec les questions sur le genre, les droits, le développement, etc.
- 3.5.5 **Elaborer un plan de formation** pour le renforcement des compétences des différents intervenants en IEC/CCC en SR. Un accent particulier sera mis sur l'approche humaniste en rapport avec la qualité de Service.

Des activités d'IEC/CCC en SR par responsable, contenu (message), moyen et effet proposées en annexe 2.

4 RESUME SYNTHETIQUE DE L'ANALYSE DU PNSR

| PROBLEMES DE LA SR | RECOMMANDATIONS |
|--|---|
| D'ORDRE POLITIQUE | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible implication des autorités régionales et locales dans la promotion de la SR ▪ Faible implication de la communauté ▪ Manque de motivation des responsables du secteur sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions de Plaidoyer ▪ Directives du gouvernement aux responsables politiques régionaux en faveur de la SR ▪ Action de mobilisation sociale en faveur de la SR (identification et mise à contribution de relais communautaires) ▪ Identification et partenariat avec les ONGs les plus actives ▪ Instructions du MSAS aux responsables aux différents niveaux pour la promotion des composantes prioritaires du programme |
| D'ORDRE INSTITUTIONNEL | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible capacité de management du PNSR au niveau central ▪ Faible capacité de mise en œuvre au niveau régional opérationnel | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablissement d'un organigramme fonctionnel de la CN du PNSR (définition claire du mandat et description des tâches de l'équipe) ▪ Renforcement en ressources humaines qualifiées (Epidémiologie, communication, gestion des moyens, coordination du partenariat national) ▪ Redynamisation des points focaux SR au niveau régional (encadrement, supervision, gestion des produits) ▪ Renforcement des capacités managériales au niveau des Moughataas et Initiation des prestataires à la micro-planification et à l'évaluation des activités |
| D'ORDRE TECHNIQUE (Composantes Prioritaires de la SR) | |
| 1. REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE | |
| 1.1 <u>La périnatalité</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de l'offre et de la qualité des services de périnatalité (CPN, PostN) ▪ Conditions précaires des accouchements assistés dans les CS et surtout dans les PS) ▪ Faible utilisation des services périnatals, CPN, AA et PostN) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extension de la CPN et CPostN vers les zones dépourvues en structures (stratégie avancée /équipe mobile) ▪ Réhabilitation des salles d'accouchements notamment dans les CS et les PS ▪ Formation du personnel (utilisation du partogramme) ▪ Renforcement des capacités des accoucheuses auxiliaires à reconnaître les signes de la gravité de l'accouchement ▪ Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'action IEC/ plaidoyer et de mobilisation sociale pour améliorer le recours aux services périnatals |
| 1.2 <u>La disponibilité des SOU</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les SOUB (selon les normes) ne sont pas disponibles (capacité technique, équipement...) ▪ Les SOUC ne sont pas disponibles dans toutes les régions ▪ Le recours aux SOU n'est pas toujours rationnel (utilisation par défaut ou par excès) ▪ Absence de réanimation du Nné | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation pratique des sages femmes (extraction instrumentale) ou révision des critères des SOUB ▪ Disponibilité d'équipement adéquat dans les maternités ▪ Supervision des SF des CS par l'équipe de maternité de l'HR ▪ Pourvoir les régions dépourvues des conditions favorisant l'offre des SOUC (spécialistes et plateau technique nécessaires) ▪ Initier la communauté à la reconnaissance des principaux facteurs de risque nécessitant l'évacuation urgente ▪ Instituer un système de référence/contre référence (supports standardisés et utilisés) et disponibilité des moyens de transport et de communication fonctionnels ▪ Mise en place des unités dans toutes les salles d'accouchements et formation du personnel en la matière. |

| PROBLEMES DE LA SR | RECOMMANDATIONS |
|--|---|
| <p>1.3 <u>La fistule obstétricale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampleur du problème méconnue ▪ Fréquence des facteurs exposants à la fistule ▪ Le plan d'action de « lutte contre les fistules obstétricales 2005-2007 » n'a été que partiellement mis en oeuvre | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire une recherche active des cas ▪ Plan de communication sociale ciblant les facteurs socioculturels de risque ▪ Améliorer la capacité et la qualité de prise en charge des accouchements dystociques ▪ Trouver des sources financières (y compris la contribution de l'Etat) pour mettre en œuvre le plan de lutte contre les fistules) |
| <p>1.4 <u>La PTME</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malgré, la disponibilité des moyens et la simplicité d'intégrer ce service dans le paquet de la SR il y a un retard injustifié à sa mise en place dans toutes les régions ▪ la séro-prévalence du VIH< à 1% risque de ne pas être maintenue en absence d'une vigilance du système qui est appelé à développer tous les mécanismes de lutte entre autres la PTME. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration de la PTME dans le paquet des services SR offerts à la femme enceinte dans toutes les régions. Le Forfait Obstétrical constitue un cadre propice pour inclure la PTME, ainsi les tests de dépistage seront pris en compte par le fonds réservé aux réactifs. ▪ Compte tenu du nombre annuel relativement bas des femmes enceintes VIH + à l'échelle nationale (environ 1000 femmes), le système de santé pourrait leur offrir les conditions optimales pour leur prise en charge médicale et psychosociale. ▪ La qualité de la PTME va dépendre essentiellement de la motivation et la performance du personnel qui en est en charge. ▪ Il est important de mettre au même niveau d'information/formation en PTME toutes les catégories du personnel impliqué dans le circuit de la femme enceinte à savoir les sages femmes, les techniciens de laboratoire, les médecins chefs des CSM, les gynécologues, les chirurgiens et les pédiatres. ▪ Une attention particulière devrait être accordée aux conditions optimales du dépistage (la confidentialité, le counselling, l'information éclairée des concernées et le consentement) |
| <p>1.5 <u>Le forfait Obstétrical</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malgré la réussite de ce mécanisme notamment dans l'amélioration de la couverture périnatale, son extension accuse une lenteur injustifiée. Cette lenteur est liée à des réticences émanant de quelques responsables des hôpitaux qui accusent le FO d'être à l'origine de la régression des recettes. ▪ Les comités de gestions ne sont pas au même niveau de compétence ▪ Des occasions manquées de l'AA (50% des femmes ne finissent pas le circuit et accouchent ailleurs) ▪ Des occasions manquées pour la réduction de la mortalité néonatale | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelque soit son impact financier sur les recettes des hôpitaux, le FO devrait être généralisé à toutes les régions répondant aux critères d'inclusion. Il s'agit d'un mécanisme incontournable pour promouvoir la santé maternelle et néonatale. ▪ Assurer un suivi rapproché des comités de gestion pour éviter tout dérapage susceptible de porter préjudice à la cliente ▪ Counselling lors de la CPN /sensibilisation de la communauté pour promouvoir le recours à l'accouchement assisté. ▪ Amélioration des conditions d'accouchement (accueil, propreté, équipement adéquat) ▪ Mise en place d'unités fonctionnelle de réanimation du Nné dans toutes les salles d'accouchement et formation du personnel des maternités en matière des soins de base du Nné |

| PROBLEMES DE LA SR | RECOMMANDATIONS |
|--|---|
| 2. LA PLANIFICATION FAMILIALE | |
| <p>2.1 Faiblesse de l'offre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le service PF actuellement inexistant. D'après les données statistiques, les activités de la contraception ont connu un fléchissement continu au cours de ces dernières années. ▪ Le manque de motivation et de formation du personnel en plus de la non disponibilité des produits sont de nature à décourager les femmes à recourir aux services PF | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relance du service PF par l'implication du personnel, et sa formation technique ▪ Intégrer la PF dans le paquet de services offert par les équipes mobiles /stratégies avancées ▪ Distribution à base communautaire de certains produits (pilule, préservatifs, spermicides) pour réapprovisionner les utilisatrices ▪ Supervision et évaluation des activités par le point focal |
| <p>2.2 Précarité de la qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gamme restreinte des méthodes offertes ▪ Normes et procédures obsolètes ▪ Le counselling n'est pratiqué ▪ Méthodes à longue protection non utilisées (DIU, Implants) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité de toutes les méthodes et respect du choix de la femme (choix éclairé) ▪ Actualisation des normes et procédures et formation du personnel ▪ Formation du personnel en counselling / bon Accueil et respect de la confidentialité. ▪ Promotion des méthodes de longue protection /Formation du personnel en technologie contraceptive (insertion DIU) .Il est indiqué de promouvoir l'utilisation de les implants constitués d'un nombre réduit de bâtonnets (facilité d'utilisation). |
| <p>2.3 Faiblesse de la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ comportement procréatif pro nataliste de la population ▪ Stigmatisation des vertus de la PF et son rôle crucial de lutte contre les dangers des grossesses précoces, répétées et rapprochées, grandes pourvoyeuses de mortalité et de morbidité ▪ Pression de pesanteurs socioculturelles majorée par l'analphabétisme et le faible pouvoir de la femme ▪ Non implication de l'homme ▪ Inaccessibilité des jeunes non mariés / freins sociaux et inadéquation du système à leurs besoins | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement et mise en œuvre d'une stratégie de communication sociale spécifique à SR y compris la PF ▪ amener les responsables locaux et régionaux ainsi que les leaders d'opinion (notamment les religieux) et les hommes à adopter une attitude favorable à la promotion de l'utilisation des méthodes modernes de PF. ▪ Amener toutes les ONGs opérant dans le domaine de la SR à renforcer leurs actions en faveur de la promotion de la PF. ▪ Programmer et organiser des séances éducatives régulières au niveau des structures de santé pour promouvoir l'utilisation de la contraception ▪ Impliquer les comités de santé dans la promotion de la PF ▪ Identifier et mobiliser des relais sociaux (femmes relais) pour la promotion de la PF ▪ Instaurer un système de gestion des produits aux différents niveaux |
| <p>2.4 Gestion Logistique inadéquate</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture des contraceptifs depuis plus de 2 ans ▪ Inexistence d'une unité centrale et des unités régionales chargées de la gestion des produits ▪ Absence d'information entre les niveaux central et périphérique concernant la disponibilité des produits contraceptifs. ▪ Incapacité des structures à déterminer leurs besoins ce qui engendre ruptures fréquentes ou péremption au niveau des stocks | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité de mise en place d'une Unité centrale au PNSR (identification des besoins nationaux choix des produits, suivi des approvisionnements et des mouvements du stock central, supervise la gestion régionale des contraceptifs) ▪ Le Point focal SR doivent assurer le suivi la gestion des produits au niveau des DRPSS ▪ Au niveau des structures, responsabiliser une sage femme de la commande (trimestrielle) et le maintien des fiches de stock |

| PROBLEMES DE LA SR | RECOMMANDATIONS |
|--|--|
| 3. SANTE SEXUELLE ET DE REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES | |
| <p>3.1 Absence d'une stratégie nationale spécifique à la promotion de la SSRAJ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La priorité accordée à cette composante n'a pas dépassé les bonnes intentions car aucune stratégie n'a été officiellement adoptée et traduite par des programmes de travail. ▪ Les actions menées restent limitées à l'IEC surtout en matière des IST/VIH/SIDA .Ces actions restent également tributaires d'initiatives sporadiques dont l'impact sur le changement du comportement demeure inconnu. | <p>L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale SSRAJ est une priorité absolue</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>l'objectif institutionnel</u> : créer un cadre stratégique national qui capitalisent toutes les actions menées par les différents intervenants (partenariat structuré et coordonné) ▪ <u>Les axes stratégiques</u> : s'articulent autour de la préparation des jeunes à une vie sexuelle et de reproduction responsable et saine (composante IEC) et l'accessibilité à des prestations de services SR adaptées aux spécificités de cette population (composante prestations SR) . ▪ <u>L'accent sera mis</u> sur les adolescents et les jeunes à besoins spécifiques et vulnérables (chômeurs, illettrés, pauvres, de familles divorcées) ▪ <u>L'approche participative</u> : la population jeune devrait être au cœur des actions qui leur sont destinées ▪ <u>La mise en place de mécanismes et d'outils de suivi et d'évaluation</u> |

ANNEXES

ANNEXE 1: QUELQUES DONNÉES DE L'EDS 2000-01 SUR LES CAP EN SR

ANNEXE 2: PROPOSITION DES ACTIVITÉS IEC/CCC REPARTIES
PAR RESPONSABLE, CONTENU, MOYEN ET EFFET

**ANNEXE 1 : QUELQUES DONNEES DE L'DSM 2000 / 2001
SUR LES CAP EN SR**

| | femmes | Hommes |
|---|--------|--------|
| LA PLANIFICATION FAMILIALE : | | |
| Connaissance contraceptive | | |
| ▪ N'importe quelle méthode | 69.3 | 56.8 |
| ▪ Méthode moderne | 67.3 | 53.1 |
| ▪ Méthode traditionnelle | 34.6 | 30.9 |
| ▪ Méthode populaire | 3.7 | 1.0 |
| ▪ Aucune méthode | 30.7 | 43.2 |
| Décision de l'utilisation de la contraception : | | |
| ▪ Enquêtée seule | 27.7 | |
| ▪ Enquêtée et mari ensemble | 53.9 | |
| ▪ Enquêtée et quelqu'un d'autre | 1.6 | |
| ▪ Mari seul | 13.3 | |
| ▪ Quelqu'un d'autre seul | 0.9 | |
| ▪ ND | 2.6 | |
| Principales raisons de non utilisation de la contraception | | |
| ▪ Veut des enfants | 15.9 | 36.0 |
| ▪ Ne connaît aucune méthode | 4.2 | 15.8 |
| ▪ Conjoint opposé | 11.3 | 13.5 |
| ▪ Interdits religieux | 21.5 | 19.3 |
| Discussion de la PF avec le conjoint : | | |
| ▪ Jamais | 65.0 | |
| ▪ Une ou deux fois | 17.1 | |
| ▪ Trois fois ou plus | 16.7 | |
| ▪ ND | 1.3 | |
| Opinion des couples face à la PF | | |
| ▪ L'homme et la femme approuvent | 13.4 | |
| ▪ L'homme et la femme désapprouvent | 39.8 | |
| ▪ La femme approuve et l'homme désapprouve | 10.4 | |
| ▪ L'homme approuve et la femme désapprouve | 15.3 | |
| ▪ ND | 21.1 | |
| Intention d'utilisation future de la contraception : | | |
| ▪ A l'intention d'utiliser | 11.7 | 12.8 |
| ▪ N'a pas l'intention d'utiliser | 79.0 | 76.0 |
| ▪ ND | 9.3 | 11.1 |
| Besoins en matière de PF | | |
| ▪ Besoins en PF non satisfaits | 31.6 | |
| ▪ Besoins en PF satisfaits | 8.0 | |
| ▪ Demande potentielle en PF | 39.5 | |
| ▪ Demande satisfaite | 20.2 | |
| Possession des postes radio et TV | | |
| ▪ Poste radio | 50.3 | |
| ▪ Poste TV | 19.9 | |
| Exposition aux médias | | |
| ▪ Aucun média | 60.1 | 41.3 |
| ▪ Lit un journal au moins une fois par semaine | 10.7 | 16.5 |
| ▪ Regarde la TV au moins une fois par semaine | 26.6 | 37.5 |
| ▪ Ecoute la radio au moins une fois par jour | 21.0 | 38.8 |
| ▪ Les trois médias | 3.3 | 8.2 |
| Exposition aux messages sur la PF diffusés à la radio et à la TV : | | |
| ▪ A la radio et à la TV | 20.7 | 25.7 |
| ▪ A la radio seulement | 10.3 | 15.7 |
| ▪ A la TV seulement | 2.1 | 3.0 |
| ▪ Aucun | 66.7 | 55.2 |

IST/VIH/SIDA :

| | Femmes | Hommes |
|--|--------|--------|
| Connaissance du VIH/SIDA | 76.3 | 85.6 |
| Connaissance des moyens de prévention | | |
| ▪ S'abstenir | 11.4 | 29.5 |
| ▪ Utiliser le condom | 6.3 | 11.8 |
| ▪ Avoir un seul partenaire | 11.6 | 22.2 |
| ▪ Eviter les prostituées | 4.2 | 11.6 |
| ▪ Eviter les transfusions | 8.9 | 7.5 |
| ▪ Eviter les injections | 7.9 | 5.2 |
| ▪ Eviter de partager lames/rasoirs | 13.2 | 14.0 |
| ▪ Autres moyens | 15.2 | 22.7 |
| ▪ Ne connaît aucun moyen | 1.1 | 1.0 |
| ▪ Ne connaît pas le VIH/SIDA | 47.9 | 26.8 |
| ▪ Pense que le VIH/SIDA ne peut être évité | 18.3 | 7.8 |
| Perception du VIH/SIDA | | |
| 1. Personne qui paraît en bonne santé peut avoir le SIDA | | |
| ▪ Non | 20.2 | 13.2 |
| ▪ Oui | 28.9 | 41.6 |
| ▪ NSP | 50.9 | 45.3 |
| 2. Le VIH/SIDA est mortel | | |
| ▪ Presque jamais | 6.3 | 1.2 |
| ▪ Parfois | 13.2 | 10.0 |
| ▪ Presque toujours | 43.3 | 63.6 |
| ▪ NSP | 37.2 | 25.2 |
| 3. Transmission mère/enfant | | |
| ▪ Non | 8.3 | 5.4 |
| ▪ Durant la grossesse | 32.9 | 45.6 |
| ▪ Durant l'accouchement | 25.4 | 27.3 |
| ▪ Durant l'allaitement | 24.3 | 26.3 |
| ▪ NSP | 53.8 | 41.7 |
| Comportement pour éviter de contacter le VIH/SIDA | | |
| ▪ Pas de changement de comportement sexuel | 79.9 | 53.7 |
| ▪ A arrêté les rapports sexuels | 2.9 | 17.4 |
| ▪ A commencé à utiliser le condom | 0.7 | 6.1 |
| ▪ A limité rapports à un seul partenaire | 5.9 | 16.3 |
| ▪ A limité le nombre de partenaires | 1.9 | 9.2 |
| ▪ A demandé au partenaire d'être fidèle | 4.5 | 9.6 |
| ▪ Autres changements SEXUELS | 2.2 | 10.7 |
| ▪ Autres changements NON SEXUELS | 11.3 | 11.8 |
| Approbation des discussions sur le VIH/SIDA | | |
| ▪ A la radio | 74.7 | 84.9 |
| ▪ A la TV | 74.0 | 84.9 |
| ▪ Dans journaux/magazines | 72.5 | 84.3 |
| ▪ Sur affiches | 71.4 | 84.1 |
| ▪ Au cours de réunions | 71.3 | 84.4 |
| ▪ Etablissement de santé | 71.9 | 84.8 |
| ▪ Coopératives/associations | 71.3 | 84.4 |
| ▪ Dans mosquées | 70.0 | 83.9 |
| Connaissance des IST | 14.1 | 25.5 |
| ▪ 15-24 ans | 18.9 | 29.4 |

ANNEXE 2 : REPARTITION DES ACTIVITES PAR RESPONSABLE, CONTENU, MOYEN ET EFFET

| Qui | DIT QUOI | A QUI | PAR QUEL MOYEN | AVEC QUEL EFFET |
|---|--|---|--|---|
| ACTIVITES DE PLAIDOYER | | | | |
| PNSR, MSAS, DRPSS | <ul style="list-style-type: none"> - Situation SR et ses conséquences sur la population et développement - Présentation du PNSR - Rôles des décideurs et leaders dans la promotion du programme et amélioration de la situation | <ul style="list-style-type: none"> - Responsables politiques et administratifs - Leaders religieux - PTFs - Autres | <ul style="list-style-type: none"> - Réunions de concertation au niveau central, régional et local, - Activités médiatiques (conférences, dossiers, etc.) à travers la presse écrite, la radio et la télévision. | <ul style="list-style-type: none"> - Information - Adhésion et engagement - Des décisions et des mesures prises pour un climat favorable à la SR |
| ACTIVITES DE MOBILISATION SOCIALE | | | | |
| PNSR, MSAS, DRPSS, ONGs, autorités politiques et administratives, leaders communautaires et religieux | <ul style="list-style-type: none"> - Présentation de l'intervention - Rôles et responsabilités dans l'amélioration de la situation SR | <ul style="list-style-type: none"> - Autorités régionales - Associations communautaires et religieuses - ONGs agissant en SR - Médias | <ul style="list-style-type: none"> - Ateliers de travail de réflexion et de coordination - Réunions - Journées de mobilisation | <ul style="list-style-type: none"> - Information - Adhésion - Implication |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Situation actuelle de la SR et ses conséquences - Comportements favorables à la promotion de la SR - Services SR disponibles | <ul style="list-style-type: none"> - Populations bénéficiaires dans leurs communautés | <ul style="list-style-type: none"> - Campagnes de mobilisation communautaire | <ul style="list-style-type: none"> - Information - Susciter l'intérêt - Adhésion |
| ACTIVITES D'EDUCATION DE PROXIMITE | | | | |
| Sages femmes et Infirmières | <ul style="list-style-type: none"> - Péri natalité - Accouchement assisté | <ul style="list-style-type: none"> - Femmes fréquentant les structures de santé, particulièrement les femmes enceintes | <ul style="list-style-type: none"> - Entretien individuel - Séance du counselling | <ul style="list-style-type: none"> - Choix informé - Utilisation |
| Sages femmes, Infirmières, autres agents et personnes ressources | <ul style="list-style-type: none"> - Avantages PF - Contraception - Droits à la SR | | <ul style="list-style-type: none"> - Séances de groupe - Entretiens individuels | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Motivation - Orientation |
| Femmes relais avec l'assistance des personnels de santé et personnes ressources | <ul style="list-style-type: none"> - SR, Genre, population et développement | <ul style="list-style-type: none"> - Femmes, particulièrement celles enceintes, dans un rayon 0-5 km | <ul style="list-style-type: none"> - Ratissage - Causeries de groupe dans les quartiers - Visites à domicile des femmes enceintes | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Motivation - Orientation - Suivi |
| Relais communautaires avec l'assistance des personnels de santé et des ONGs et personnes ressources | <ul style="list-style-type: none"> - les bienfaits de la CPN et de la CPoN - les signes des dangers des accouchements pour référer à temps les cas à risque. | <ul style="list-style-type: none"> - Femmes, particulièrement celles enceintes, dans un rayon > 05 km | <ul style="list-style-type: none"> - Éducation groupe - Entretien individuel | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance y inclus les signes des dangers des accouchements pour référer à temps les cas à risque. |
| Equipes mobiles | <ul style="list-style-type: none"> - l'accouchement assisté - Avantages PF - SR, Genre, population et développement | | <ul style="list-style-type: none"> - Education de groupe lors des activités avancées | <ul style="list-style-type: none"> - Motivation - Orientation |

| Qui | DIT QUOI | A QUI | PAR QUEL MOYEN | AVEC QUEL EFFET |
|---|---|--|---|--|
| Personnel de santé, les ONGs, agents communautaires, leaders religieux, enseignants des écoles, etc | <ul style="list-style-type: none"> - Avantages SR/PF - Implication de l'homme, dans le partage des responsabilités en SR/PF. - Prise de décision - SR, Genre, population et développement | Hommes dans différents milieux | <ul style="list-style-type: none"> - Éducation de groupe - Éducation individuelle | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Motivation - Adhésion - Prise de décision favorable |
| Pairs éducateurs | <ul style="list-style-type: none"> - Comportement responsable - Prévention IST/VIH/SIDA - Préparation à la vie conjugale - SR, Genre, population et développement | Jeunes de deux sexes | <ul style="list-style-type: none"> - Éducation de groupe - Éducation individuelle - Activités éducatives et socioculturelles à l'occasion des journées de mobilisation | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Conviction d'adoption d'un comportement sexuel responsable - Motivation |
| ACTIVITES MEDIATIQUES | | | | |
| PNSR et Stations radiophoniques | <ul style="list-style-type: none"> - Bienfaits de la CPN et CoPN - Bienfaits de l'accouchement assisté - Bienfaits de l'espacement des naissances - La décision partagée : implication de l'homme - Services disponibles | Femmes, hommes et jeunes de deux sexes | <ul style="list-style-type: none"> - Spots radiophoniques en différentes langues (technique de témoignages des expériences réussies) | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Motivation - Orientation |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Trois composantes prioritaires - SR, Genre, population et développement | | <ul style="list-style-type: none"> - Emissions radiophoniques en différentes langues (Hebdomadaires ou par quinzaine) | |
| Station télévisée | <ul style="list-style-type: none"> - Trois composantes prioritaires : situation actuelle et perspectives - SR, Genre, population et développement | Décideurs, responsables, leaders Large public | <ul style="list-style-type: none"> - Emissions télévisées | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Motivation - Adhésion |
| Imprimés | <ul style="list-style-type: none"> - Reproduction - CPN et CoPN - Accouchement assisté - Contraception | Femmes et hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Pagi volte (Flipchart explicatif) | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Motivation |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Bienfaits de l'espacement des naissances | | <ul style="list-style-type: none"> - Affiche murale (50 cm/60 cm) pour les structures de santé et autres - Affiche géante sur panneaux publicitaires | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Puberté - Grossesse - IST/VIH/SIDA - Comportements à risque. - SR, Genre | Jeunes de deux sexes | <ul style="list-style-type: none"> - Jeu de feuillets mobiles | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Discussion - Motivation |
| Supports promotionnels | <ul style="list-style-type: none"> - Trois composantes prioritaires - Promotion PNSR | Populations bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none"> - T-shirts, casquettes, auto collants, calendrier mural | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance - Motivation |

| Qui | DIT QUOI | A QUI | PAR QUEL MOYEN | AVEC QUEL EFFET |
|--|--|---|--|--|
| ACTIVITES DE RENFORCEMENT DES COMPETENCES | | | | |
| PNSR et personnes ressources | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les thèmes de messages à transmettre aux différents segments de la population bénéficiaire - Définir le contenu, les axes, l'argumentation et le type d'appel des messages | Comité IEC/CCC en SR et autres selon la nécessité | - Ateliers de formation sur le développement des messages sur la SR | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances et compétences en développement des messages IEC/CCC en SR améliorées - Le contenu et les caractéristiques des messages définis |
| PNSR, comité IEC et personnes ressources | <ul style="list-style-type: none"> - Rôles et tâches IEC/CCC dans le PNSR - Aspects pédagogiques - Contenu de formation à dispenser - Etablissement des plans de formation | « Coordinateurs Régionaux IEC » et points focaux du PNSR | - Formation et recyclage des Formateurs en IEC/SR | - Compétences pédagogiques et techniques en IEC/CCC en SR renforcées |
| PNSR, comité IEC et formateurs | <ul style="list-style-type: none"> - Rôles et tâches en IEC/CCC en SR - Communication et changement de comportement - Accueil et Counselling | Sages femmes | - Sessions de formation et de recyclage | - Compétences pour l'amélioration de l'accueil et du Counselling en SR renforcées |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Rôles et tâches en IEC/CCC en SR - Communication et changement de comportement - Techniques CIP (Groupe et individuelle) - Utilisation des supports - Planification et suivi des activités | Tous les intervenants chargés des activités IEC/CCC en SR sur terrain par population bénéficiaire | - Sessions de formation et de recyclage | - Compétences nécessaires pour la planification, l'organisation et le suivi des activités IEC/CCC sur le terrain renforcées |
| ACTIVITES DE SUIVI ET D'EVALUATION | | | | |
| PNSR, comité IEC et personnes ressources | <ul style="list-style-type: none"> - Mécanismes et modalités de planification, suivi, supervision et évaluation des actions IEC/CCC en SR | Intervenants chargés des activités IEC/CCC en SR sur terrain | <ul style="list-style-type: none"> - Visites de supervision - Réunions de suivi. | - |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs pour le suivi et l'évaluation IEC/CCC en SR | | - Développement et distribution des instruments de collecte des données sur l'IEC/CCC en SR | |
| PNSR et structures spécialisées | <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs comportementaux en SR - Besoins | PNSR, comité IEC, partenaires et autres | - Enquête CAP auprès des femmes, hommes, jeunes et prestataires des services | <ul style="list-style-type: none"> - Identification des CAP - Orientations pour l'amélioration des actions IEC/CCC en SR |

BIBLIOGRAPHIE CONSULTEE

1. FNUAP-OMS-UNICEF-BIT/STEP
Rapport de l'Atelier de consensus sur les choix stratégiques du projet "Amélioration de la qualité des soins de santé reproductive à travers le renforcement de partenariat entre les prestataires et les clients". Hôtel Mercure, du 18 au 20 novembre 2001
2. Rapport du forum des ONGs nationales sur la Population et la Santé de la Reproduction, Nouakchott ; le 07 janvier 1997
3. République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Direction de la Protection Sanitaire, Programme National de Santé de la Reproduction- avec l'appui de FNUAP/Banque Mondiale
Etude d'analyse situationnelle des services de santé de la reproduction ; septembre 1998
4. FNUAP / Mauritanie
Rapports annuels 2003, 2004 (en arabe) et 2005
5. FNUAP
Etat de la Population mondiale 2004 ; Le consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté.
6. Projet du Forfait Obstétrical
71 questions et réponses sur le forfait obstétrical ; guide d'information et de procédures ; février 2002
7. République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales avec l'appui AWARE/HIV/FHI, USAID et UNICEF
Curriculum de Formation sur la Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH, Guide du formateur ; Novembre 2005
8. République Islamique de Mauritanie, Commissariat aux Droits de l'Homme, à la Lutte Contre la Pauvreté et de à l'Insertion
Projet d'appui à la Santé de la Reproduction au profit des familles vulnérables bénéficiaires des programmes d'activités génératrices de revenus mises en œuvre par le CDHLCPI- Projet de plan d'action, version 3 du 19 avril 2006, élaboré par l'équipe technique du bureau BAC-Santé en collaboration avec les équipes techniques du CDHLCPI et du FNUAP.
9. République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Programme National de Santé de la Reproduction
Plan stratégique 2003-2007 / Composante santé des adolescents, Mission d'appui technique ; Nouakchott du 16 au 26 décembre 2002.
10. République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Programme National de Santé de la Reproduction
Bilan – Résultats - Perspectives. 3^{ème} semaine nationale de la santé de la reproduction et la protection sociale du 11 au 17 mai 2006.
11. République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Programme National de Santé de la Reproduction
Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) : Politique et Recommandations ; Novembre 2005

12. Compte rendu de suivi du forfait obstétrical à Kiffa ; du 23 mai 2005 au 30 avril 2006
13. République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Programme National de Santé de la Reproduction
Extension du forfait obstétrical à Kiffa : Information – Sensibilisation – Mobilisation sociale ; tout ce qu'il faut savoir et expliquer sur le fonctionnement du forfait obstétrical en 36 questions/réponses
14. Initiative pour un accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Mauritanie.
15. République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Direction de la Protection Sanitaire
Plan d'action de lutte contre les fistules obstétricales : 2005-2007 ; Nouakchott, février 2005
16. République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Programme National de Santé de la Reproduction
Plan stratégique 2003-2007, version mai 2003
17. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Coordination Sectorielle Santé.
Plan d'action sectoriel VIH/SIDA 2006
18. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Willaya du Trarza, Centre de Santé Rosso
Synthèse des activités sanitaires 2003 / 2004 /2005.
19. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Willaya du Brakna, DRPSS/Brakna, SNIS
Comparaison des données sur la SR 2005 / Premier trimestre 2006.
20. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Willaya de l'Assaba, DRPSS/Assaba
Synthèse annuelle des activités sanitaires 2004 et 2005.
21. Centre hospitalier de Nouadhibou
Extraits des rapports d'activités : Rapport d'activités du premier trimestre 2006
22. UNICEF
Programme de coopération Gouvernement/UNICEF, Programme Promotion des Droits Protection Spéciale : Revue semestrielle 2006 (Contenu de présentation sur Power Point)
23. République Islamique de Mauritanie, Ministère des Affaires Economiques et du Développement et Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Décembre 2001.
Enquête Démographique et de Santé Mauritanie 2000-2001, Office National de la Statistique – Nouakchott/Mauritanie et ORC Macro – Calverton, Maryland/USA,