

MINISTERE DE LA SANTE

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE**

**L'EVALUATION RAPIDE
DE QUATRE DISTRICTS DE SANTE
EN MAURITANIE**

(Hodh Echargui, Gorgol, Dakhlet Nouadhibou et Sebkh)

**BAC – SANTE
MAURITANIE**

RESUME

Dans le cadre d'une étude multicentrique menée par l'OMS AFRO en collaboration avec les pays, le Bureau BAC-santé a mis en œuvre une évaluation du système de santé axée sur le « district de santé » sur la base d'un échantillon représentatif.

L'analyse descriptive de cet échantillon confirme cette représentativité : les quatre districts (i) représentent 20% de la superficie du pays, (ii) abritent 26% de la population du pays, et (iii) présentent des indicateurs comparables avec la situation nationale.

Pour ce qui est de la situation sanitaire, il faut noter :

- une disponibilité insuffisante des ressources humaines dans les zones reculées,
- une bonne disponibilité des médicaments et consommables,
- des infrastructures assez bien équipées nécessitant – pour certaines – des travaux de réhabilitations ou de reconstruction,
- des services insuffisamment déconcentrés de PECIME, de traitement de la tuberculose et de prise en charge thérapeutique des ARV,
- des taux de couverture CPN3 et d'accouchement assisté très variables avec des moyennes respectives de 46,33% et de 46,66%,
- un taux de césarienne acceptable variant de 3 à 6%,
- des équipes cadres de districts peu fonctionnelles et des comités de santé inexistants,
- une absence de planification participative et de système de suivi évaluation performant,
- un financement insuffisant et in équitablement réparti.

La présente évaluation montre que le district de santé en Mauritanie est fort :

- de structures de santé équipées, dotées de personnels qualifiés et de médicaments, et globalement accessibles aux 2/3 de la population ;
- de plateaux techniques chirurgicaux permettant une prise en charge des grossesses à risque ;
- de potentialités minimales nécessaires (i) à une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, (ii) au traitement du paludisme et de la tuberculose et (iii) au dépistage du VIH ;
- de ressources financières non négligeables (de 2,5 à 11 dollars).

Cependant, des points faibles persistent, et freinent l'avancée vers les objectifs de santé ; il s'agit essentiellement :

- de la mauvaise répartition des ressources humaines au détriment des zones reculées, plus pauvres ;
- de l'inaccessibilité des services aux 30% restant et la faiblesse du système de référence recours ;
- de la mauvaise qualité des services de santé réduisant fortement leur rendement ;

- de l'inéquité dans l'allocation des ressources en faveur de la santé ;
- et de l'insuffisance du passage à l'échelle en matière de PECIME, de prise en charge des cas de tuberculose et de paludisme.

Les principales recommandations qui ressortent de cette évaluation sont :

- Assurer un redéploiement du personnel et un rééquilibrage des financements en faveur des zones reculées et pauvres,
- Mettre en place un système de développement des ressources humaines prenant en compte les priorités du pays ;
- Systématiser l'évaluation de l'ensemble des districts de santé afin de mieux spécifier les différents domaines d'intervention garantissant une réelle fonctionnalité du district de santé ;
- Revoir tout le processus de planification, de programmation budgétaire, de mise en œuvre et de suivi évaluation dans le secteur de la santé afin de donner au district les responsabilités, les moyens et les méthodes nécessaires à l'atteinte des objectifs de santé ;
- Favoriser la mise en place de contrats de performance avec les structures déconcentrées du système de santé afin de favoriser une gestion basée sur les résultats ;
- redynamiser l'équipe cadre du District,
- revitaliser et mettre en place le système de participation communautaire basé sur des comités de santé fonctionnels, représentant effectivement les populations bénéficiaires

INTRODUCTION :

L'OMS est l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé. Elle a pour but d'amener l'état de santé de tous les peuples du monde au niveau le plus élevé possible. A la « 55ème Réunion du Comité Régional », les Etats Membres ont demandé à l'OMS pour l'Afrique de mettre l'accent sur le renforcement du système de santé, (troisième orientation stratégique) et de se focaliser sur le district pour la mise à échelle des interventions prioritaires de santé en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Le rapport santé dans le monde de l'année 2000 assigne **trois objectifs** aux systèmes de santé :

- Améliorer et maintenir l'état de santé de la population.
- Assurer la réactivité du système.
- Garantir une contribution équitable de la part de la société.

Il présente quatre fonctions du système de santé :

- Prestation de services (provision).
- Création de ressources (investissement et formation)
- Administration générale (contrôle)
- Financement (collecte, mise en commun et achat).

La bonne organisation et la performance des systèmes de santé jouent un rôle déterminant dans la réussite des politiques de santé. La problématique de la performance des systèmes de santé se matérialise à travers la réponse à la question suivante : *pourquoi les systèmes de santé qui disposent de ressources similaires atteignent des résultats très différents ?*

Le système de santé de district offre des avantages notables pour la mise en œuvre des SSP. Il est suffisamment **grand** pour justifier les frais d'investissement et de gestion, et est suffisamment **petit** pour bien connaître les réalités démographiques et socio-économiques locales et pour en tenir compte. **La planification et l'organisation participatives** sont plus facilement réalisables à ce niveau. La **communication avec la population** est plus facile en raison de la proximité géographique. **La gestion** (par exemple la supervision) est moins complexe et par conséquent plus efficace. Il est plus facile de **coordonner** les divers programmes et services mis en œuvre aux différents niveaux. La **coopération intersectorielle** est plus facile, en particulier avec les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Comme tout autre système de soins de santé, il peut être évalué au moyen d'une grille et d'une approche logique.

Pour mieux cibler l'appui aux pays, l'OMS, par sa Division du Développement des Systèmes et Services de Santé, se propose d'évaluer la capacité des districts à mettre à échelle les interventions prioritaires de santé. La Mauritanie fait partie de pays engagés dans ce processus en Afrique

Un contrat de service a été signé entre l'OMS et le Bureau d'Assistance et de Conseil en Santé (ou BAC-Santé) afin de piloter l'enquête en vue de mener les principales tâches suivantes :

- Collecter l'information selon les questionnaires sur l'évaluation rapide du système de santé de district
- Collecter les informations relatives aux structures de soins selon le type, le nombre, l'appartenance, la distribution géographique
- Analyser à partir des données l'opérationnalité du district
- Analyser les procédures financières et l'utilisation des fonds au niveau district
- Faire la cartographie des partenaires au développement et préciser leurs domaines d'intervention
- Travailler en étroite collaboration avec les programmes prioritaires à l'intérieur de l'OMS et avec la direction des statistiques du Ministère de la Santé
- Fournir le rapport d'évaluation.

1. CONTEXTE NATIONAL

1.1. Economique et Démographique

La République Islamique de Mauritanie (RIM), au confluent du Maghreb et de l'Afrique Subsaharienne, s'étend sur 1.030.700 km². Elle est limitée: au Sud par le Sénégal et le Mali, au Nord par l'Algérie et le Sahara Occidental, à l'Est par le Mali, et, à l'Ouest par le Sahara Occidental et l'Océan Atlantique sur un littoral long de 700km.

C'est un pays désertique à 80%, arrosé par une pluviométrie rare et maigre (<200mm/an), offre un relief fait de plaines sablonneuses du Sahara et de massifs montagneux du désert, tous aussi enclavés. La zone arable ou "Chemama", autour de l'unique cours d'eau du pays (le fleuve Sénégal), ne représente guère plus de 0.2% de la superficie totale du pays.

1.1.1. Contexte socio démographique

Selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat effectué en 2000-2001, la population mauritanienne est de 2 876 710 habitants (chiffre de 2005) avec une densité de 2,4 habitants/km²

Tableau 1 : Principaux indicateurs démographiques :

Indicateurs	Niveau	Source
Taux brut de natalité	42 pour mille	RGPH 2000
Taux brut de mortalité	14 pour mille	RGPH 2000
Taux de mortalité maternelle	747 pour 100 000 naissances vivantes	EDSM 2001
Taux de mortalité infantile	78 pour mille	EMIP 2001
Espérance de vie à la naissance	56,8 ans pour les hommes et 58,6 ans pour les femmes	RGPH 2000
Indice synthétique de fécondité	4,7 enfants par femme (15-49ans)	RGPH 2000

L'indice synthétique de fécondité ci-dessus est inférieur à la moyenne sous-régionale. Il corrobore ainsi les résultats de l'analyse des tendances populationnelles¹ qui montrent que la Mauritanie a entamé la transition démographique, avec une réduction progressive de la natalité et une meilleure maîtrise de la fécondité.

¹ Taux d'accroissement de la population en diminution : 2,3% en 2000 contre 2,9% en 1988

Le tableau 2 ci-dessous montre la répartition de la population selon les Wilaya du pays. Dans ce tableau, Il apparaît clairement que la population est essentiellement concentrée au sud et à l'Est du pays et que la ville de Nouakchott (capitale du pays), abrite à elle seule 24% de la population totale et connaît un taux d'accroissement de 3,75% par an².

Tableau 2 : Répartition de la population et de la densité par région

Région	Population (2005)	Superficie	Densité
Hodh Echargui	322 979	182 700	1.77
Hodh Elgharbi	243 330	57 000	4.27
Assaba	277 863	36 000	7.72
Gorgol	278 375	13 600	20.46
Brakna	283 301	33 000	8.58
Trarza	307 633	67 800	4.53
Adrar	79 760	235 000	0.33
Nouadhibou	91 200	17 800	5.12
Tagant	87 879	97 000	0.90
Guidimakha	203 819	10 300	19.78
Tiris Zemmour	47 163	258 580	0.18
Inchiri	13 190	40 800	0.32
Nouakchott	640 217	-	-

(En gras, les quatre regions retenues)

Par ailleurs, le pays subit, depuis plusieurs années, une profonde mutation sociale avec un passage d'une société naguère nomade, à une société sédentaire. La proportion urbaine de la population totale est passée de 9,1% en 1965 à 53% en 2000.

Selon l'âge, la répartition n'a pas connu de changement majeur depuis ces quarante dernières années. En effet, 20% de la population a moins de 5 ans, 44% moins de 15 ans, 54 % moins de 20 ans et seulement 6 % plus de 60 ans. Concernant la structure par sexe, tous les âges confondus, les femmes (51,3%) sont en léger surnombre par rapport aux hommes. Au niveau des tranches d'âge ce surnombre est anormalement élevé entre 20 et 35 ans (116 femmes pour 100 hommes).

Il faut signaler que la situation sociale des femmes mauritaniennes s'est sensiblement améliorée au cours de la décennie 1995-2005. En effet, des programmes spécifiques ont été développés visant (i) l'amélioration de la scolarisation et de la rétention des filles en milieu éducatif, (ii) l'alphabétisation des femmes rurales et périurbaines, (iii) l'intégration de la femme dans la sphère décisionnelle de l'Etat, (iv) le développement d'organisations féminines sur tout le territoire national et (v) la mise en œuvre de projets et d'activités favorisant l'indépendance économique des femmes. Cependant, beaucoup reste à faire en

² RGPH 2000

vue de permettre une implication effective et durable de cet important groupe dans la vie économique et sociale du pays.

La migration est un phénomène démographique pour lequel on dispose de très peu de données statistiques. Néanmoins, sur la base des échanges que le pays entretient avec ses partenaires d'une part et des cartographies d'autre part, on note que la RIM compte d'importantes communautés d'"émigrés mauritaniens" en Afrique de l'ouest et du centre, en Europe et dans la péninsule arabique, mais que les variations cartographiques intercensitaires sont très faibles.

Par ailleurs, l'exploitation en cours de ressources pétrolières commence à inverser les tendances migratoires et favoriser l'immigration d'une main d'œuvre étrangère, qualifiée ou non, à la recherche de meilleures conditions de rémunération.

Pour ce qui est de l'éducation, les efforts déployés au cours des dernières années se sont traduits par une augmentation du taux de scolarisation qui est passé de 71,32% en 1994 à 96% en 2003 et une réduction des disparités entre les sexes. Dans le cadre de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, la stratégie du Gouvernement vise entre autre à dispenser une formation qui soit en adéquation avec les besoins du marché de l'emploi. Le niveau universitaire se compose d'une université et d'institutions spécialisées de formation. Au niveau de l'Université il n'existe pas de faculté de Médecine, et tous les cadres supérieurs de santé du pays (médecins, dentistes, pharmaciens, ...) sont formés dans des universités étrangères dans le cadre d'accords bilatéraux avec les pays hôtes. Le coût de cette opération de formation à l'étranger, et la lourdeur dans le renouvellement de certaines conventions bilatérales limitent la capacité de production de ce type de cadres dans le pays.

1.1.2. Contexte économique³

L'analyse de la situation macro économique révèle une croissance régulière du PIB de 1992 à 1995 qui s'est établie en moyenne à 4,9% ; en 2006, cette croissance s'est établie aux environs de 11,7% portant le PIB nominal à près de 714 milliards d'ouguiyas (équivalent à 2,7 milliards de dollars des Etats-Unis). Cependant, le revenu par habitant n'a progressé que d'environ 1,3% par an durant la période 1992-1995. Quant au taux d'inflation, il est passé 10,1% en 1992 à 4,1% en 1994, et à 6,2% en 2006.

L'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, menée en 2000, a montré que entre 1990 et 2000, la pauvreté a diminué de 56,6 à 46,3 pour cent; c'est-à-dire qu'en 2005, encore 46,3% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté estimé à 67.315 UM (250 US\$)⁴ par personne et par an.

³ Rapport Santé et Pauvreté en Mauritanie, BM, 2004

⁴ 1 US\$ = 265 UM

Cependant, cette amélioration n'a pas été uniforme dans toutes les régions et dans tous les groupes socio-économiques, et cette pauvreté touche de manière aiguë 35% de la population (seuil 24.400 UM par personne et par an).

Face à cette situation le Gouvernement a mis en œuvre, depuis 2001, une Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté visant, entre autres, à garantir un accès équitable aux services essentiels de base et à mettre en place les bases d'une croissance économique soutenue et durable, encrée dans la sphère des pauvres.

De ce qui précède il ressort que l'évidence sur la capacité financière réelle de l'État est mince. Car les données ne permettent pas de faire une comparaison entre ce qui est produit/dépensé et ce qui était prévu. Mais on peut dire que les recettes budgétaires de l'État – par rapport à son PIB – sont excédentaires de 23%, ce qui laisse présager que le pays dispose de fonds publics mobilisables en faveur des secteurs sociaux, en particulier depuis l'avènement de l'Initiative PPTTE qui permet un allègement des remboursements de la dette en faveur des secteurs sociaux. Par ailleurs, l'exploitation en cours des ressources pétrolières pourrait induire davantage de recettes de l'État et augmenter le revenu per capita. Ce qui améliorera la capacité des communautés à participer au financement du secteur

1.1.3. Contexte politique et gouvernance⁵

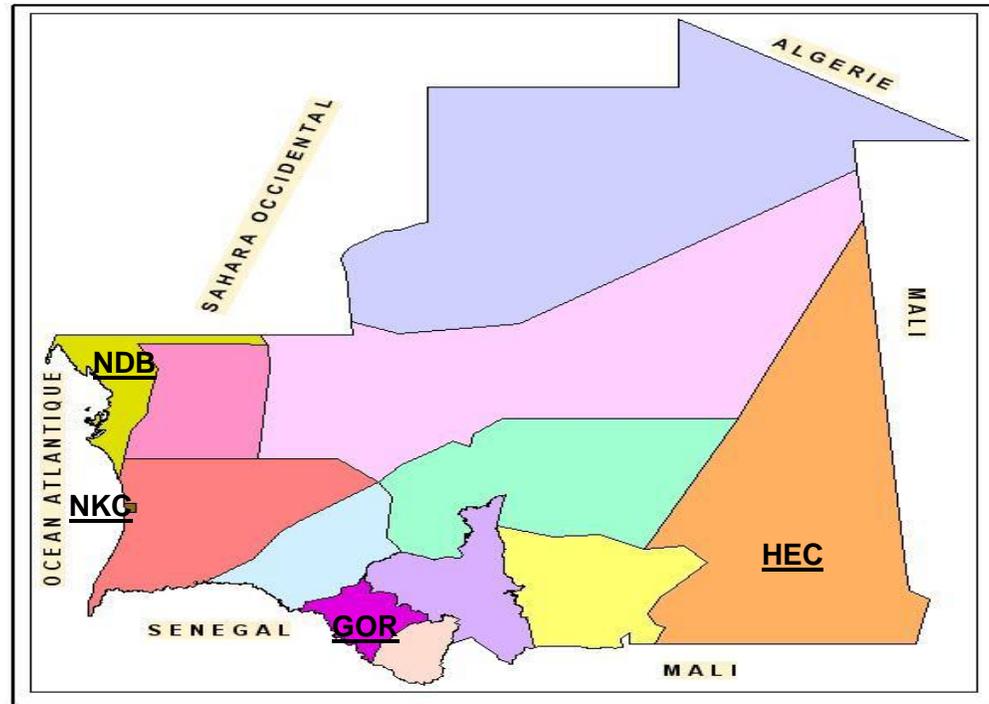
Au plan territorial, l'organisation administrative est fixée par les lois 68.242 et 68.243 du 30 juillet 1968 et l'ordonnance n° 90.002 du 30 janvier 1990. Le pays est divisé en 13 Wilayas dont celle de Nouakchott, la capitale. Chaque Wilaya constitue une circonscription administrative décentralisée qui est placée sous l'autorité d'un Wali (gouverneur de région) qui représente le pouvoir exécutif. La Wilaya est divisée en Moughataa (district). La plus petite unité administrative est la commune. Le nombre de Moughataa est de 53 et celui des Communes est de 208 (cf carte ci-dessous).

La mise en place de services régionaux décentralisés dans chaque Wilaya a permis de rapprocher l'administration des administrés. Mais force est de reconnaître que la décentralisation connaît encore des limites à son application. En effet, à ce jour, l'implication des communautés dans la gestion des services de santé reste très faible.

Un ensemble de facteurs concourent à cette situation : il s'agit en particulier (i) de la non application de certains textes réglementaires en vigueur, (ii) de la faiblesse institutionnelle des services décentralisés (communes en particulier rurales), (iii) de la faiblesse d'engagement communautaire en faveur de la participation dans la gestion des services sociaux et (iv) de la réticence des autorités administratives locales à se départir de certaines de leurs prérogatives en faveur des services décentralisés.

⁵ Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale, MSAS, 2004

Carte 1: Découpage administratif du pays



(Les 4 régions indiquées sont les régions intégrées à l'étude)

Au plan politique et gouvernance, il faut noter que depuis plus d'une décennie, la Mauritanie est engagée dans une série de réformes politiques et administratives. La double révision de la constitution - en 1991 et en 2006 - constitue des moments clé dans le processus de démocratisation du pays qui a abouti aux premières élections présidentielles de 1992. Les dernières élections communales, parlementaires puis présidentielles – successivement en 2006 et en 2007 – ont permis au pays de regagner le groupe des pays dotés d'institutions démocratiques librement choisies par les populations⁶. L'investiture prochaine – le 19 avril 2007 – du nouveau Président élu concrétise définitivement le départ du Comité Militaire qui a conduit, durant dix-huit mois, la phase de transition et son processus électoral.

⁶ De l'avis de l'ensemble des observateurs internationaux, africains, arabes et européens

1.2. Organisation du Système de santé⁷

Le système de santé, de type pyramidal, est constitué de trois niveaux, à savoir :

- ❖ **Le niveau périphérique** (Moughataa) où il existe deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé.
 - Le poste de santé constitue le jalon de base du système de soins en Mauritanie. Il est géré par 1 à 3 infirmiers et une accoucheuse auxiliaire suivant la population desservie. On dénombre 394 postes de santé dont 344 sont fonctionnels. En appui aux postes de santé, les unités de santé de base (USB) ont été installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centre de santé ; depuis la moitié des années 90, ces USB ont vu leur nombre et leur importance diminuer. Ces USB délivrent des soins de santé de base et relèvent surtout du système communautaire.
 - Les Centre de santé représentent aujourd'hui la référence de soins du niveau primaire dans la moughataa, et sont dirigés par un médecin-chef. Les CS sont de 2 types :
 - le CS de type A, au nombre de 21 dont 4 à Nouakchott, avec plus de 10 lits d'hospitalisation, un laboratoire, une radiologie, une maternité et un fauteuil dentaire ;
 - le CS de type B, au nombre de 49, avec moins de 10 lits d'hospitalisation, une maternité et un petit laboratoire.

- ❖ **Le niveau intermédiaire** où se trouvent les hôpitaux régionaux au nombre de 10 (à Nema, Aioun, Kiffa, Kaédi, Aleg, Rosso, Atar, Nouadhibou, Tidjikja et Sélibaby) ; quatre d'entre eux (Nouadhibou, Kiffa, Kaédi et Néma) ont une autonomie de gestion ; ils ont une vocation qui s'étend sur l'ensemble du territoire régional liée à leur spécialisation en médecine, chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie, stomatologie, Gynécologie-Obstétrique et Réadaptation fonctionnelle. Leur capacité d'hospitalisation varie d'une région à l'autre.

- ❖ **Le niveau tertiaire** comprend deux types d'établissements dont les établissements de soins de référence.
 - Les établissements de soins de référence sont :
 - Le Centre Hospitalier National (CHN) : Normalement, centre de référence tertiaire, le CHN fonctionne aussi comme un hôpital de premier recours du fait de l'insuffisance du niveau intermédiaire.
 - L'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott : Ouvert en 2000, il joue un rôle de référence autant que le CHN, mais d'une capacité limitée.

⁷ Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale, Novembre 2005

- Le Centre Neuro-psychiatrique (CNP) : C'est un hôpital de référence spécialisé en neurologie et en psychiatrie.
- Le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle (CNORF) : Il représente l'unique centre d'orthopédie et de kinésithérapie. Il dispose d'ateliers de cordonnerie et de confection de prothèses de membres.
- Le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) garantissant la disponibilité de sang sécurisé.

➤ Les autres établissements du niveau tertiaire :

Il s'agit essentiellement de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) : Il représente le laboratoire national de santé publique avec ses missions de recherche et surveillance épidémiologique, de formation en technique de laboratoire et de contrôle et surveillance de la qualité des eaux et des aliments.

S'y ajoutent deux établissements centraux qui assurent la formation et le recyclage du personnel de santé. Il s'agit de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) et de l'Institut National de Spécialités Médicales (INSM).

Après une période au cours de laquelle les structures périphériques ont été au centre des intérêts du département, le système sanitaire a, depuis deux années, donné une priorité particulière au système hospitalier tout en renforçant ce premier niveau dans le cadre d'une complémentarité et d'une intégration totale du système.

Cependant, la couverture sanitaire reste insuffisante avec 67% de la population vivant à moins de 5 km d'un poste ou d'un centre de santé⁸. Elle est inégalement répartie et varie de 52 % au Hodh El Gharbi à 98 % à Nouakchott. Cette situation est due à l'application insuffisante des critères d'implantation de ces structures sanitaires ; elle influe fortement sur l'utilisation des services essentiels de santé, et freine par la même occasion l'amélioration des indicateurs du secteur.

Par ailleurs, il faut tout particulièrement signaler l'insuffisance de maintenance des équipements en général, et des équipements biomédicaux en particulier ; en effet, l'existence d'un système privé de maintenance de la logistique roulante permet partiellement d'assurer une certaine maintenance de ce type d'équipements (véhicules, motos), alors que la maintenance du matériel biomédical souffre de la diversité dans l'acquisition de ces équipements et de l'inexistence de système public et de service privé compétents à tous les niveaux de la pyramide.

Enfin, il faut rappeler l'existence d'un secteur privé de santé, surtout localisé au niveau de certains centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou), qui connaît un développement et qui vient en appoint du secteur public dans le cadre de la couverture en soins essentiels de santé. »

⁸ Annuaire statistique sanitaire, 2003

Financement du Secteur

L'analyse des données disponibles montre que le budget prévisionnel alloué par l'État au secteur de la santé en général est passé de 7.95% en 1995 à 12.96% en 2002, pour retomber à moins de 10% en 2006.

Le tableau 10 ci-dessous récapitule quelques indicateurs de dépenses prévisionnelles de santé.

Tableau 3 : Évolution prévisionnelle de quelques indicateurs sur les dépenses de santé, 1996-2003

	1 996	1 997	1 998	1 999	2 000	2 001	2 002
Total des dépenses de la Santé en millions d'um	2 202	2 746	3 512	5 170	5 186	8 607	10 682
Evolution en %		25	28	47	0	66	24
% du PIB	1,5	1,7	1,9	2,5	2,3	3,4	3,9
% du Budget de l'Etat	6,06	7,40	7,45	10,00	7,65	13,11	12,96
<i>dont PPTE</i>					40	353	1 567
PIB (en millions d'um)	149 818	162 906	184 848	206 500	229 400	252 400	272 100
Budget de l'Etat (en millions d'um)	36 330	37 133	47 115	51 687	67 827	65 648	82 420

* Financement extérieur exclu Source: RDPS 2002

Pour ce qui est du financement communautaire, deux modalités sont en vigueur: le ticket modérateur instauré par la politique de recouvrement partiel des coûts et le paiement des médicaments (MEG) dans le cadre de l'Initiative de Bamako (IB). En application de la politique de recouvrement partiel des coûts, les consommateurs paient un *ticket modérateur* dont le montant est fixé par le comité de santé, selon les actes (consultations, soins, hospitalisation) et le niveau de soins. A travers l'Initiative de Bamako (MEG), les consommateurs achètent, à la pharmacie de la structure sanitaire, les médicaments essentiels et génériques (MEG) à un prix fixé en collaboration avec le comité de santé. Et les marges bénéficiaires servent à financer la structure (achat de médicaments, paiement de matériels, de services, de primes de motivation, etc..)

Mais la participation communautaire va au-delà de la contribution financière pour inclure les investissements communautaires en force et temps de travail, en nature, en matériel et en services rendus par la communauté. Cette participation financière des ménages générerait près de 5% du budget public de la santé. Cependant, ni les montants, ni la structure des dépenses de santé des ménages ne sont connus avec précision.

Concernant le secteur à but lucratif (cabinets médicaux et cliniques privées), les investissements et le fonctionnement sont assurés par des capitaux privés et les services sont payés directement et à l'acte par l'utilisateur ou un tiers payant.

A côté du paiement direct par l'utilisateur, il existe des régimes d'assurance public (Caisse Nationale d'assurance maladie et Caisse Nationale de Sécurité Sociale)

et privé tel que les mutuelles de santé (des entreprises privées). Ces organes sont financés par les cotisations des travailleurs et par les employeurs.

Pour le financement extérieur, les organismes internationaux et quelques pays amis apportent un appui financier très appréciable au secteur de la santé. Cet apport est estimé à plus de 28% du budget de santé en 2003.

Parmi les principaux partenaires extérieurs du secteur de la santé on peut mentionner les institutions de coopération bilatérales, multilatérales, les agences du système des Nations Unies et les Organisations Non Gouvernementales internationales ou nationales

L'aide est souvent sous forme de dons, et concerne essentiellement: l'assistance technique et humanitaire, le renforcement des capacités institutionnelles (formation des ressources humaines, équipements), et le financement des activités inscrites dans différents programmes de santé (santé de la mère et du nouveau-né, VIH/SIDA, Tuberculose, Nutrition, etc.).

2. METHODOLOGIE UTILISEE

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude combinant :

- le **type prospectif** à travers l'observation des locaux, des équipements et les échanges avec les responsables autour de leur appréciation du fonctionnement des structures et de leurs potentialités ;
- le **type rétrospectif** – largement plus important – visant à collecter les informations relatives aux résultats de couverture et aux ressources.

2.2. Échantillonnage (Définitions et Critères de choix des zones)

2.2.1. Choix des « districts »

Le système de santé de district (SSD) est un segment ou une unité autonome du système de santé national; il couvre ordinairement 50 000 à 500 000 habitants.

La structure administrative de la plupart des pays comporte un niveau régional au-dessus du niveau du district. En fonction des pays, ce niveau régional est parfois appelé province, département ou préfecture. La région comprend plusieurs districts. Le SSD est responsable des soins de santé de base, c'est-à-dire qu'il est chargé d'organiser un paquet minimum de services curatifs et préventifs conformes à la politique nationale en matière de santé pour répondre aux problèmes et aux besoins de santé de la population locale.

Le SSD comprend deux échelons opérationnels qui sont le niveau primaire et le niveau secondaire. Ces deux niveaux sont supervisés, coordonnés et soutenus par une équipe cadre.

Le district étant le niveau de regroupement d'une population qui permette la mise en oeuvre d'une organisation sanitaire pouvant assurer les soins de santé de base, il facilite l'intégration de l'ensemble des activités sous la conduite d'une équipe et en relation avec une administration sanitaire.

Ainsi la performance du district tient à la capacité des acteurs à s'organiser de manière efficiente pour mettre en oeuvre les stratégies nationales et organiser l'offre de santé.

En Mauritanie, il n'existe pas de structure répondant exactement à cette description ; une telle structure se situerait entre la région sanitaire coordonnée par la direction régionale de la promotion sanitaire et sociale (ou DRPSS) et la circonscription sanitaire de moughata (ou CSM)⁹.

En effet, en terme d'opérationnalité et de niveau, la CSM serait beaucoup plus conforme au « District de santé », alors que du point de vue de l'équipe cadre et du paquet minimum d'activités (ou PMA), il s'agirait plutôt de la région sanitaire.

En concertation entre l'équipe du MSAS, dirigée par le Directeur de la planification, de la coopération et de l'information sanitaire (ou DPCIS), et l'équipe de l'OMS dirigée par le Représentant de l'OMS à Nouakchott, il a été retenu que le district de santé s'adapte plutôt à une région sanitaire.

⁹ Le système de santé Mauritanien se compose de trois niveaux (voir Politique Nationale de Santé et d'action sociale) : central (MSAS, Etablissements centraux), intermédiaire (DRPSS et hôpitaux régionaux) et périphériques (CSM, centres et postes de santé).

Par la suite, quatre critères ont été utilisés pour le choix des régions devant faire partie de l'étude ; il s'agit :

- de l'appartenance à une des zones de l'EDS, en ne choisissant qu'un « district » par zone ; en effet, lors de la dernière EDS, le pays a été divisé en quatre zones :
 - o une zone sud-est comprenant trois régions sanitaires : les deux hodhs (Echargui et Elgharbi) et l'Assaba,
 - o une zone fleuve (tout au long du fleuve Sénégal) avec quatre régions sanitaires : le Trarza, le Brakna, le Gorgol et le Guidimakha,
 - o une zone centre-nord comprenant cinq régions sanitaires : l'Inchiri, l'Adrar, le Tagant, Dakhlet Nouadhibou et le Tiris Zemmour,
 - o une zone spécifique à Nouakchott ;
- de l'éloignement du district par rapport à Nouakchott en essayant de disposer des différents cas de figure ;
- de la complétude du système de soins au sein du « district » en veillant que le District choisi reflète la situation de la zone à laquelle il appartient ;
- de la qualité du système d'information régional afin de disposer du minimum d'informations nécessaires à la complétude de l'outil de collecte.

L'application des quatre critères a abouti au choix de trois régions sanitaires à l'intérieur du pays :

- le **Hodh Echargui**, à l'extrême sud-est du pays (plus de 1000 km de Nouakchott), frontalier du Mali (provenant de la première zone), avec une part rurale largement prédominante vivant essentiellement des revenus de l'élevage ; une importante communauté d'émigrés vivent dans des pays d'Afrique centrale, en particulier le Congo et le Gabon ;
- le **Gorgol** provenant de la zone fleuve et éloigné d'environ 400 km de Nouakchott, avec une importante zone rurale agro-pastorale ; une importante communauté originaire de cette région vit en Europe, en particulier en France ;
- et **Dakhlet Nouadhibou**, au nord ouest avec une grande ville portuaire comme capitale (Nouadhibou), une forte migration nationale et internationale et une activité économique essentiellement basée sur la pêche industrielle et l'exportation des minerais de fer.

Au niveau de la 4^e zone, Nouakchott, le choix s'est porté sur une CSM, celle de **Sebkha**, répondant à la définition du « district de santé », et dont la situation est conforme à celle souhaitée pour le pays dans les 5 à 10 prochaines années¹⁰ ; la moughata de Sebkha compte une importante zone périurbaine et l'activité économique est essentiellement basée sur le commerce et les services. Elle compte d'importantes communautés d'émigrés provenant essentiellement de l'Afrique sub-saharienne.

Par ailleurs, et se référant informations nécessaires, il a été décidé que :

- pour Dakhlet Nouadhibou :
 - o le « Centre de santé de la Mairie » joue le rôle d'hôpital de district,

¹⁰ Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale

- l'hôpital national de Nouadhibou jouant le rôle d'hôpital de référence,
- en plus des centres de santé et les postes de santé de la région.
- pour le Hodh Echargui et le Gorgol :
 - les centres hospitaliers jouent le rôle d'hôpitaux de district,
 - avec absence de centres hospitaliers de référence
 - en plus des centres et postes de santé.
- pour la moughata sanitaire de Sebkhah :
 - la maternité de sebkhah joue le rôle d'hôpital de district,
 - le centre neuro-psychiatrique national est un centre de référence lûgé dans la moughata,
 - en plus des postes de santé (il n'y a pas d'autres centres de santé).

2.2.2. Définitions essentielles

Pour les besoins de l'étude, et tenant compte des normes nationales, des définitions conventionnelles ont été adoptées :

- ☑ Aire de santé : la zone couverte par un poste de santé
- ☑ % MEG : proportion de structures disposant régulièrement de médicaments
- ☑ % de population couvertes < 15km : la population située à plus de 5 km et à moins de 15 km
- ☑ Formations organisées : les sessions de formation organisées au sein du « district » et au profit du personnel de santé du district
- ☑ Gestion communautaire : gestion assurée par les communautés ou les collectivités
- ☑ Structures entièrement fonctionnelles : structures offrant de manière régulière le PMA de la structure.

2.3. Outils de collecte de données

Pour la collecte et l'analyse des informations, l'étude a essentiellement utilisé un mini-model – sur base EXCEL – offert par le Bureau régional de l'OMS, dénommé « *Rapid Assesment District Sanitaire* » ; il faut signaler que lors de son exploitation, nous avons procédé à certaines corrections relatives à des erreurs sur certaines formules automatisées au sein du fichier (voir annexe).

Par ailleurs, des feuilles ont été créées en parallèle pour récupérer d'autres informations additionnelles non prévues par l'outil et nécessaires à l'analyse finale.

Enfin, des formules ont été rajoutées permettant d'obtenir des tableaux de synthèse ainsi que des graphes qui ont été utilisés dans l'analyse des données.

2.4. Techniques de collecte des informations

Trois techniques principales ont été les plus utilisées dans la collecte des informations :

- ☑ l'exploitation des annuaires et rapports du système national d'information sanitaire (ou SNIS), ainsi que les registres des structures de santé a permis de disposer de la plus grande partie des informations nécessaires

- qui ont été à chaque fois saisies au sein du model, dans les feuilles et cellules concernées ;
- ☑ l'observation des structures administratives et techniques a permis de répondre aux questions relatives aux appréciations de qualité des infrastructures et des équipements retenues dans le model ;
 - ☑ l'interview des responsables du district afin de compléter ces appréciations, et avoir des éléments de réponse aux situations jugées « anormales » ou « incohérentes » par les enquêteurs et/ou les superviseurs.

Par ailleurs, et avant l'analyse des données collectées, des confrontations ont permis de s'assurer de la cohérence des données, tant au niveau local qu'au niveau national.

2.5. Planification opérationnelle de l'étude (composition de l'équipe de recherche et Chronogramme mis en œuvre)

Au démarrage de l'étude, une commission technique – composée du MSAS, de l'OMS et du Bureau BAC-santé – a tracé les bases organisationnelles de la mise en œuvre de l'étude.

Ainsi, la commission a retenu une équipe de recherche (voir liste en annexe) composée des Directeurs de la DPCIS et du BAC-santé, de quatre enquêteurs (un par district) provenant des services de planification et de suivi du plan au sein de la DPCIS.

Par la suite, un chronogramme des missions fut mis en place (voir annexe), et permettant aux enquêteurs d'être sur le terrain durant cinq jour, et assurant qu'ils soient supervisés afin de garantir une bonne qualité des informations collectées.

3. PRESENTATION DES RESULTATS

3.1. Particularités et représentativité de l'échantillon

Les quatre districts totalisent une superficie de **214.100** km², avec **736.559** habitants. Le nombre total d'aires sanitaires est de **114** avec une moyenne de 37 aires de santé par district. Chaque district compte une équipe cadre, un plan d'action annuel et un rapport annuel.

L'appartenance de chacun des districts à une zone géographique du pays et l'importance de sa superficie (20% de la superficie nationale) et de sa population (26% de la population nationale) ajoutée à la comparabilité des principaux indicateurs de santé sont autant d'argument en faveur de la représentativité de cet échantillon.

En effet, l'analyse des principaux indicateurs montre une large comparabilité de la situation de cet échantillon avec la situation nationale du pays (voir le tableau suivant)

Tableau 4 : Comparaison des principaux indicateurs entre la moyenne des districts et la moyenne nationale

Indicateurs	Moyenne nationale ¹¹	Moyenne des 4 districts	Moyenne des 3 régions
Nombre de contacts par personne et par an	0,44	0,43	0,40
Couverture sanitaire dans un rayon de 5 km	67%	70%	65%
Couverture en DTC3	70%	65%	61%
Couverture en Rouvax	65%	55%	52%
Couverture en CPN3	26%	46%	38%
Taux d'accouchements assistés	44%	46%	38%
Taux de césarienne	1%	4,25%	3,98%

3.2. Principaux résultats par district

Le model de collecte d'information a permis la récolte de deux groupes d'indicateurs :

- des indicateurs de résultat à type de couverture en santé maternelle et infantile et en contrôle des endémo-épidémies ;
- des indicateurs de processus à type de disponibilité des ressources et d'accès aux services essentiels.

3.2.1. Santé maternelle

3.2.1.1. Indicateurs de processus

En matière de potentialités, il faut signaler que chacun des quatre « districts » :

- renferme une antenne « SOUC » avec un plateau technique comprenant un chirurgien-gynécologue et garantissant la prise en charge des grossesses à risque ;

¹¹ Chiffres de l'annuaire 2004

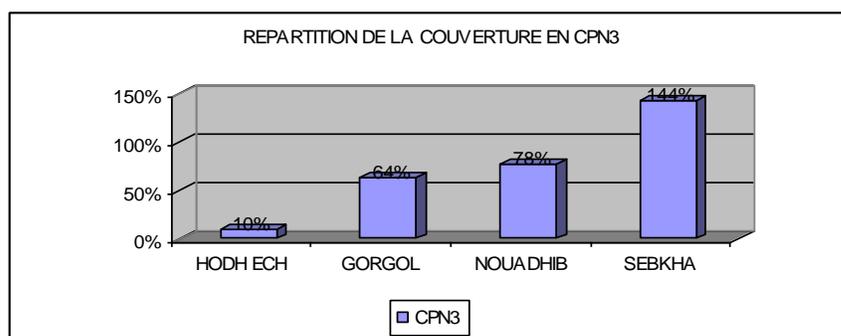
- dispose du minimum requis d'équipements pour assurer un suivi prénatal et un accouchement à la limite de l'acceptable,
- fournit de manière permanente les médicaments et consommables essentiels.

Cependant, il existe au niveau du Hodh Echargui un manque en personnels qualifiés, en particulier en sage femmes ou infirmières ayant des compétences en obstétrique ; ceci se reflète sur les niveaux de CPN3 (10%) et d'accouchements assistés (23%) largement inférieurs à la moyenne nationale située respectivement à 25% et 45%¹².

3.2.1.2. Indicateurs de résultats

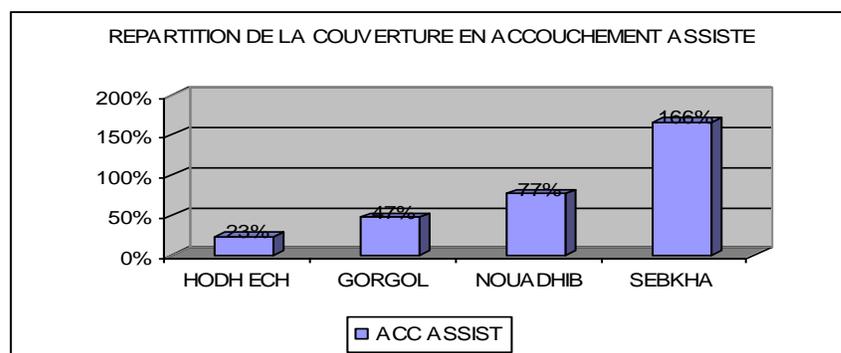
Deux niveaux de couverture ont été étudiés par le model : la couverture en CPN3 et le taux d'accouchements assistés.

Graphique 1 : Répartition de la couverture en CPN3 selon le district



La couverture en CPN3 varie entre 10% au Hodh Echargui et 144% à Sebkhah avec une moyenne¹³ de 46,33%.

Graphique 2 : Répartition de la couverture en accouchements assistés selon le district



¹² Annuaire statistique 2005

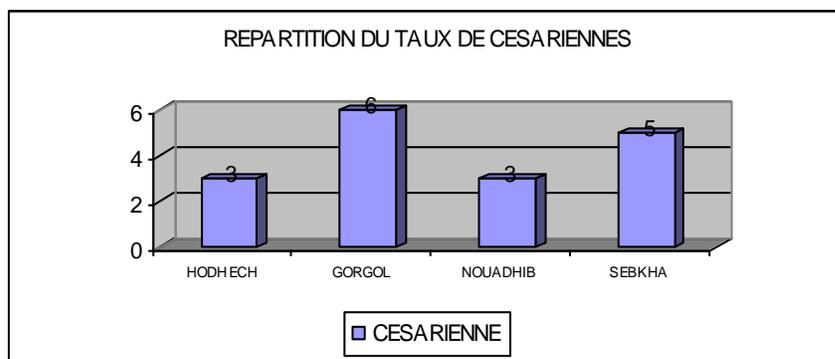
¹³ Moyenne calculée sur les 4 districts

Pour ce qui est de l'accouchement assisté, le taux évolue de 27% au Hodh Echargui à 166% à Sebkh, avec une moyenne de 46,66%.

L'application du forfait obstétrical à la maternité de la CSM explique les taux anormalement élevés à Sebkh - plus de 100% - en attirant les femmes provenant des autres moughata de Nouakchott.

Par ailleurs, le taux de césariennes est globalement satisfaisant allant de 3% à 6% en fonction des régions.

Graphique 3 : Répartition du taux de césarienne selon le district



3.2.2. Santé infantile

3.2.2.1. Indicateurs de processus

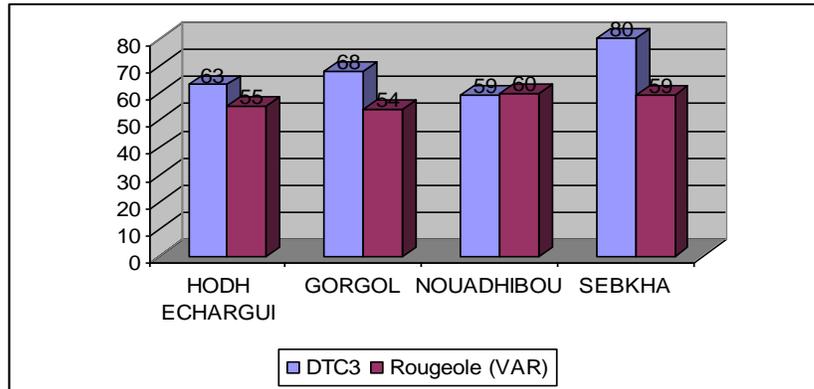
En matière de ressources et potentialités, il faut signaler que :

- les personnels essentiels nécessaires aux activités préventives et curatives en faveur des enfants de moins de 5 ans – médecins, sage femmes et infirmiers qualifiés – sont suffisamment disponibles dans les districts de Nouadhibou et de Sebkh ; cependant, dans le Hodh Echargui et le Gorgol, le manque en sage femmes et infirmiers qualifiés constitue l'un des principaux obstacles à l'atteinte des objectifs escomptés,
- les infrastructures et équipement sont jugés acceptables pour les formations sanitaires existantes dans les quatre districts, et qui ne couvrent que 70,54% de la population des ces zones,
- la proportion de structures publiques de santé offrant des services de PECIME varie entre 46% au Hodh Echargui et 80% à Sebkh, avec une moyenne de 56% sur les quatre districts ; tous les hôpitaux, centres de santé et postes de santé de deuxième niveau assurent une prise en charge plus ou moins qualifiée des pathologies de l'enfant ; cependant, cette prise en charge ne se fait pas de manière harmonisée dans le cadre d'un programme de généralisation de la PECIME au pays.

3.2.2.2. Indicateurs de résultat

En matière de **vaccination**, deux indicateurs ont été analysés dans le model : la couverture en DTC3 et en ROUVAX.

Graphique 4 : Répartition des taux de DTC3 et de ROUVAX selon le district



Pour le DTC3, les taux varient entre 59% à Nouadhibou et 80% à Sebkhia, avec une moyenne de 65,33%, alors que pour le ROUVAX, les taux sont compris entre 54% au Gorgol et 60% à Nouadhibou avec une moyenne de 55,46%.

Ces niveaux représentent un recul par rapport aux niveaux atteints en 2002 et 2003 où ces indicateurs avaient respectivement dépassé 80% et 85%¹⁴ ; ceci soulève la question de la pérennité des acquis en matière de couverture vaccinale dans le cadre d'un programme plus large de renforcement du système de santé.

3.2.3. Lutte contre les endémo-épidémies

La collecte d'information a essentiellement concerné trois pathologies – le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose – en particulier dans les aspects de potentialités d'action au sein du district de santé.

3.2.3.1. Lutte contre le paludisme

Deux indicateurs ont été passés en revue dans ce travail : il s'agit de la distribution des moustiquaires imprégnées et de la prise en charge des cas à travers l'application de CTA et de TPI.

- ▶ pour ce qui est de la distribution des moustiquaires imprégnées, il existe d'importantes variations entre la situation (i) au Hodh Echargui où ce service n'est plus fourni par le district, et toute cette action est menée par les acteurs de la société civile, et au Gorgol où 72% des structures de santé distribuent régulièrement des moustiquaires imprégnées, essentiellement préimprégnées à longue durée.
- ▶ pour ce qui est de la prise en charge des cas, et malgré l'adoption récente d'une nouvelle politique de lutte contre le paludisme, ces sous stratégies de

¹⁴ Aide mémoire conjoint MSAS-Partenaires adopté en marge de la revue de février 2004

prise en charge – grâce à la CTA ou au TPI – ne sont pas appliquées au niveau des districts de l'étude ; selon des responsables du MSAS, cette situation serait similaire dans la quasi-totalité du pays à cause du manque de mise en œuvre de mesures d'accompagnement – à type de formation du personnel – garantissant une réelle application de cette politique.

3.2.3.2. Lutte contre le VIH/SIDA

Deux services ont été explorés à travers ces outils de collecte d'information : il s'agit du dépistage du VIH et de la prise en charge thérapeutique des cas.

- ▶ pour ce qui est du dépistage du VIH, seuls les centres de santé de la capitale régionale au Hodh Echargui et au Gorgol disposent de potentialités leur permettant d'assurer ces services de manière gratuite et anonyme ; à Nouadhibou, ce services est disponible dans 60% des structures (l'hôpital de district, le centre de santé de la moughata et l'hôpital de référence) alors que pour Sebkhha, ce service n'est disponible qu'au niveau de l'hôpital de district (soit 20%).
- ▶ Contrairement au dépistage, la prise en charge thérapeutique des cas de VIH/SIDA est encore centralisée à Nouakchott à travers un centre de traitement ambulatoire (ou CTA) ; seul l'hôpital de district de Sebkhha fournit des ARV dans le cadre du programme de prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

3.2.3.3. Lutte contre la tuberculose

Seule la prise en charge des cas selon la méthode « DOTS » a été retenue comme indicateur d'évaluation du district de santé en matière de lutte contre la tuberculose. Dans ce cadre, il a été noté que seuls les centres de santé des moughata offrent des services de DOTS alors que l'ensemble des postes de santé n'ont pas encore intégré ce service dans leurs PMA ; ce qui constitue un retard dans la généralisation de ce service essentiel conformément à la stratégie nationale de control de la tuberculose.

3.3. Opérationnalité du District

3.3.1. Ressources humaines

Disponibilité en ressources humaines

Comme déjà signalé, on note une certaine diversité dans la disponibilité de ces ressources, d'une part entre les catégories de personnels, et d'autre part entre les districts.

Ainsi, si au niveau de Nouadhibou et de Sebkhha, la quantité de personnel est jugée suffisante au regard des normes nationales¹⁵, au Hodh Echargui et au Gorgol – c'est-à-dire dans les zones éloignées – le manque en personnel touche toutes les catégories à l'exception des médecins spécialistes qui ont été affectés depuis 2 et 3 ans.

¹⁵ Normes du personnel, PDRH, 2005

Organisation des équipes cadres

Malgré la diversité des districts retenus, nous pouvons affirmer que l'ensemble de ces districts dispose d'équipes cadres composées de plusieurs responsables à différents niveaux de gestion de la région ou de la moughata de santé. Cependant, l'évaluation de certains indicateurs de fonctionnalité – à type de réunions périodiques, de supervisions régulières et de rapports largement diffusés – montre que ces équipes ne sont pas totalement fonctionnelles, et méritent d'être redynamisées, renforcées et mieux suivies afin qu'elles s'acquittent de leurs tâches.

Organisation des comités de gestion

Pour cet item, tous les comités de gestion des centres et postes de santé ont été jugés non fonctionnels, voir inexistantes ; en effet, depuis 3 à 5 ans, aucune mesure n'a été mise en œuvre en vue de revitaliser ces comités essentiels pour une réelle participation des communautés. Tous les documents produits ces six dernières années sur l'analyse de situation du système de santé¹⁶ concordent sur ce fait, et recommandent une réelle redynamisation de la participation communautaire en général, et des comités de gestion en particulier.

3.3.2. Infrastructures et équipements

L'analyse de la couverture sanitaire montre qu'environ un tiers de la population vit au-delà de 5km de la plus proche structure de santé ; ceci dénote d'une insuffisance globale d'accès géographique qui s'ajoute à l'insuffisance d'accès financier des population, en particulier les plus vulnérables, aux services essentiels de santé.

Au niveau des structures existantes, la qualité des infrastructures est jugée acceptable dans plus de 60% des formations sanitaires avec des variations allant de 40% à 80%.

Par ailleurs, la proportion de structures de santé disposant de l'équipement requis varie entre 33% au Hodh Echargui à plus de 70% à Nouadhibou ; l'absence de normes nationales en équipements par type de structures rend cet indicateur tributaire des appréciations des responsables locaux et régionaux.

3.3.3. Gestion et suivi

Planification des actions

Selon les équipes responsables, chaque district dispose d'un plan d'action ; cependant, il faut noter que ces plans :

- n'ont pas été élaborés de manière participative garantissant leur pertinence et leur faisabilité,
- n'ont pas été déclinés en plans de mise en œuvre ou en chronogrammes même si deux districts – Gorgol et Nouadhibou – signalent disposer de tels chronogrammes ; en examinant de plus près, ces chronogrammes ne facilitent pas l'exécution des plans ni leur suivi,

¹⁶ Politique nationale de santé (2005), Santé et pauvreté (2004), PDRH (2005)

- et n'ont pas connu de processus efficace de mobilisation des ressources ; les ressources disponibles, essentiellement sur budget Etat, connaissent de faibles taux d'exécution variant entre 40 et 60%.

Par ailleurs, il est à signaler que le processus de planification de l'ensemble du secteur connaît, depuis plus d'un an, une certaine léthargie qui a eu un impact direct sur l'intérêt que porte les structures déconcentrées sur la planification au niveau du district.

Organisation du suivi évaluation

Malgré que l'ensemble des quatre districts élaborent et transmettent (i) des rapports annuels d'activités et (ii) des rapports trimestriels du système d'information sanitaire, ces documents restent peu utilisés à cause du manque de fiabilité des informations qu'ils sont sensés transmettre.

Cependant, Il n'existe pas de rapport de recherche menée au sein du district ni d'un monitoring.

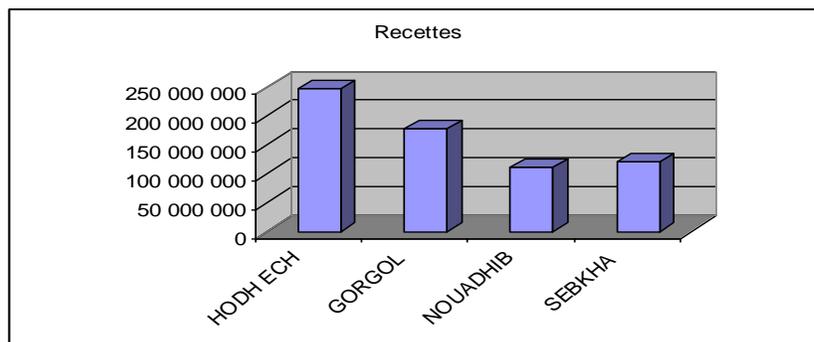
Entre ces deux « extrêmes », les districts diffèrent quand il s'agit des « réunions de staff » ou du nombre de supervisions annuelles ; ainsi, au moment où le Hodh Echargui organise tous les mois une réunion de staff, le Gorgol ne l'organise que tous les trimestres alors qu'il n'existe pas de régularité de telles réunions à Nouadhibou ou à Sebkhha ; pour ce qui est des supervisions annuelles, leur nombre varie d'une à Sebkhha à 4 au Gorgol.

3.4. Financement du district

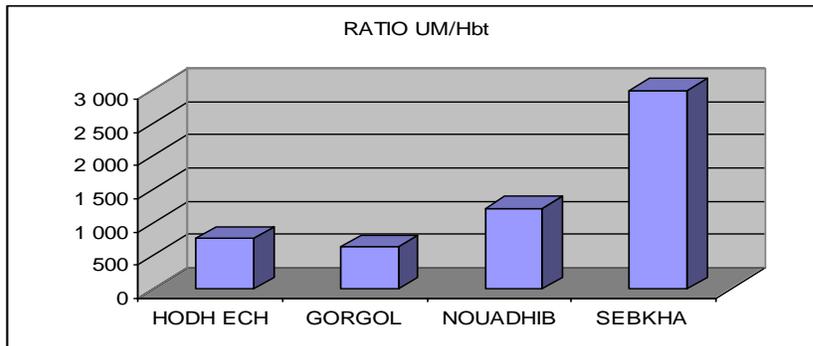
Les informations collectées sur les financements au niveau des districts restent assez globales, et permettent difficilement de mener des analyses plus poussées.

3.4.1. Niveau de financement

Toutes sources confondues, le niveau global de financement varie de 246.555.855 UM au Hodh Echargui à 111.105.330 UM à Nouadhibou.

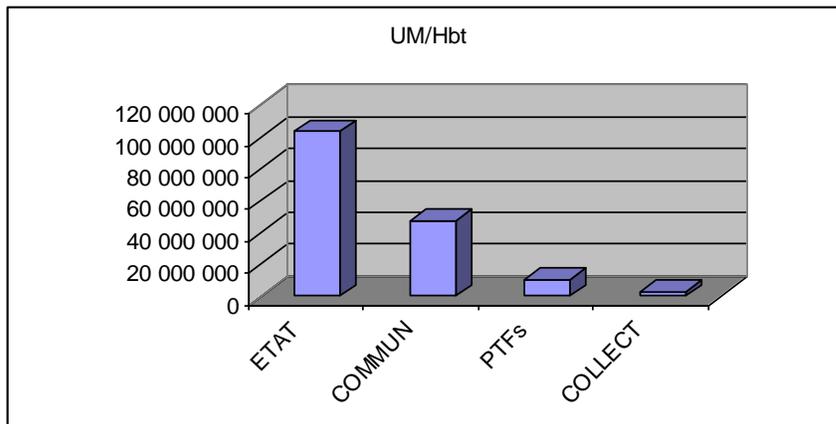


Cependant, rapporté au nombre d'habitants, le ratio varie de entre 636 UM (2,4 dollars) par habitant au Gorgol et 2.991 UM (11,3 dollars) par habitant à Sebkha.



3.4.2. Sources de financement

Selon la source de financement, l'Etat reste le principal bailleur de fonds avec 427 UM par habitant, suivi de l'apport des communautés – à travers le système de recouvrement des coûts – qui s'élève à 256 UM par habitant, et enfin les partenaires au développement avec 57 UM par habitant. Nous n'avons pas relevé d'apports financiers provenant des collectivités locales.



4. DISCUSSIONS

Au vu de la comparabilité de notre échantillon avec les caractéristiques nationales du pays, l'analyse des différentes données collectées lors de cette étude montre :

- que l'accessibilité géographique – dans un rayon de 5 km – est d'environ 70% avec des infrastructures et des équipements acceptables, mais nécessitant la mise en place d'un système efficace de maintenance ;
- qu'il existe un déséquilibre dans la distribution du personnel au détriment des régions de l'intérieur ; ce déséquilibre est plus prononcé pour les catégories qualifiées (médecins, sages femmes, infirmiers qualifiés) ; l'amélioration du rendement du district de santé dépendra fortement de la disponibilité de ressources humaines efficaces ;
- qu'un effort particulier a été mené au cours des trois dernières années visant à rendre accessibles les services chirurgicaux ayant un impact direct sur la mortalité maternelle ; en effet, le taux de césariennes varie de 3 à 6% et le plateau technique chirurgical s'est nettement amélioré au sein des hôpitaux de district ; cependant, la question de la qualité des services n'est pas encore mise à l'avant-garde et constitue un des risques potentiels d'annulation de cet impact ;
- que la proportion de structures offrant un PMA – y compris les services de PECIME, de SR, de paludisme, de tuberculose et de VIH/SIDA – varie de manière importante entre les districts les plus riches (Sebkha et Nouadhibou) et les plus pauvres (Hodh Echargui et Gorgol) avec respectivement 80% et 50% ; cependant, il faut signaler qu'en périphérie des zones les moins pauvres, résident des populations très pauvres n'ayant pas facilement accès à ces services, et ceux cause de leur coût ; la présente étude ne permet pas d'analyser cet aspect ;
- que les acquis de vaccination – au cours des années 2002, 2003, 2004 – n'ont pas été pérennisés, et les couvertures en DTC3 et en Rouvax ont chuté ; cette situation est dûe entre autres facteurs, au manque d'une stratégie durable en matière de vaccination ; ces niveaux élevés de couverture vaccinale avaient été atteints dans le cadre d'actions exceptionnelles de grande envergure basées essentiellement sur les activités avancées et mobiles ;
- que la nouvelle politique nationale de lutte contre le paludisme n'a pas été encore opérationnalisée sur le terrain ; la Mauritanie reste ainsi l'un des derniers pays sub-sahariens à ne pas mettre en œuvre la nouvelle politique de prise en charge du paludisme adoptée par la région Afrique ;
- que contrairement au dépistage du VIH qui devient de plus en plus généralisé, la prise en charge thérapeutique des PVVIH reste centralisée à Nouakchott, et ce malgré la disponibilité dans certaines régions des éléments nécessaires à sa mise en place ;

- que la généralisation de la DOTS s'est limitée aux centres de santé, ne permettant pas un accès permanent des tuberculeux au traitement supervisé.
- que les équipes cadres des districts – insuffisamment fonctionnelles – et les comités de santé inexistantes constituent les bases d'une gestion efficace des districts, et nécessitent d'être mis en place et/ou redynamisées ; dans ce même cadre, le processus de planification et de suivi a régressé, avec absence de planification décentralisée, inexistence de plans de mise en œuvre et non fiabilité des rapports d'information et de suivi ;
- que l'allocation des ressources en 2006 n'a pas tenu compte du critère pauvreté ; en effet, la ratio montant reçu par tête d'habitant est inversement proportionnel au niveau de pauvreté du district ; ceci devra attirer l'attention sur la nécessité d'un rééquilibrage des allocations afin de s'inscrire dans la politique nationale de lutte contre la pauvreté ; pour ce qui est de la source de financement, l'Etat et les communautés (système de recouvrement des coûts) représentent plus des 4/5 des fonds alloués au niveau district.

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1. Analyse du district de santé

Le district de santé en Mauritanie – assimilé à une wilaya sanitaire – est fort :

- de structures de santé équipées, dotées de personnels qualifiés et de médicaments, et globalement accessibles aux 2/3 de la population ;
- de plateaux techniques chirurgicaux permettant une prise en charge des grossesses à risque ;
- de potentialités minimales nécessaires (i) à une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, (ii) au traitement du paludisme et de la tuberculose, et (iii) au dépistage du VIH ;
- de ressources financières non négligeables (de 2,5 à 11 dollars par habitant et par an).

Cependant, il faut rappeler que, partant de la définition de l'OMS, le district de santé correspondrait plutôt à la Moughata sanitaire ; ce qui validerait un programme de renforcement de ces entités opérationnelles afin de les amener à ce niveau indispensable à un accès durable et équitable aux services essentiels de santé.

Par ailleurs, après analyse des informations collectées, des points faibles persistent, et freinent l'avancée vers les objectifs de santé ; il s'agit essentiellement :

- de la mauvaise répartition des ressources humaines au détriment des zones reculées, plus pauvres ;
- de l'inaccessibilité des services aux 30% restants, et la faiblesse du système de référence recours ;
- de la mauvaise qualité des services de santé réduisant fortement leur rendement ;
- de l'inéquité dans l'allocation des ressources en faveur de la santé ;
- et de l'insuffisance du passage à l'échelle en matière de PECIME, de prise en charge des cas de tuberculose et de paludisme.

5.2. Leçons apprises

- Le système de santé reste la base d'un programme global d'amélioration de la santé des populations ; pour cela, il devra être renforcé de manière globale, harmonieuse, participative visant des objectifs durables. En étant le premier segment autonome de ce système de santé en Mauritanie, la moughata devra se voir formellement attribuer la dénomination de district de santé.
- Le personnel de santé constitue la principale ressource du système de santé ; son insuffisance a un impact direct sur le niveau et la qualité des indicateurs de santé. Cette ressource nécessite la mise en œuvre d'une stratégie spécifique basée sur un développement efficace en réponse aux besoins grandissant de santé.

- Les avancées en santé – exemple couverture vaccinale – nécessitent des mesures particulières visant à pérenniser les acquis dans le cadre d'une mise à profit des formations sanitaires, en particulier le district de santé.
- L'accès à des services chirurgicaux reste l'un des principaux outils de réduction de la mortalité maternelle ; cependant de tels services nécessitent la mise en place de programmes d'assurance qualité garantissant une réelle efficacité de ce paquet de services à côté d'une amélioration de l'accès géographique (grâce aux routes et aux ambulances) et d'un système de référence recours efficace.
- La lutte contre la pauvreté au sein du secteur santé devra d'abord se manifester par des choix stratégiques visant plus d'équité en faveur des plus pauvres ; ainsi, l'allocation des ressources devra se faire sur la base de critères objectifs dont en particulier l'incidence de la pauvreté.
- Le relâchement dans le processus de planification et de suivi, et dans la participation communautaire a eu un impact direct sur le niveau et la qualité des indicateurs de santé. Il devient nécessaire de revoir et redynamiser ces deux leviers indispensables à une fonctionnalité optimale du système de santé en Mauritanie.

5.3. Recommandations

L'évaluation des districts de santé en Mauritanie recommande :

Au Ministère de la santé

➤ A court terme

- Instituer formellement la « moughata sanitaire » comme le Système de Santé du District en Mauritanie, et adopter un programme visant, à moyen terme, à rendre ce maillon fonctionnel.
- Systématiser l'évaluation de l'ensemble des districts de santé afin de mieux spécifier les différents domaines d'intervention garantissant une réelle fonctionnalité du district de santé.
- Assurer un redéploiement du personnel et un rééquilibrage des financements en faveur des zones reculées et pauvres.

➤ A moyen terme

- Revoir tout le processus de planification, de programmation budgétaire, de mise en œuvre et de suivi évaluation dans le secteur de la santé afin de donner au district les responsabilités, les moyens et les méthodes nécessaires à l'atteinte des objectifs de santé.
- Mettre en œuvre un programme de développement des ressources humaines cohérent, répondant aux priorités du pays en matière de santé ; la mise en place, dans tous les districts de santé, d'équipes cadres compétentes et fonctionnelles devra constituer l'un des principaux objectifs de ce programme.
- Favoriser la mise en place de contrats de performance avec les structures déconcentrées du système de santé, en particulier les districts de santé, afin de favoriser une gestion basée sur les résultats ; des outils

d'évaluation des coûts de santé (à type de MBB¹⁷) serviront de base pour lier les résultats attendus aux ressources nécessaires.

Aux responsables des districts de santé

➤ A court terme

- Redynamiser l'équipe cadre du district de santé, en particulier dans les aspects de planification opérationnelle, de coordination et de suivi de l'actions sanitaire du district.
- Mener des auto-évaluations de leurs districts afin de dégager les principaux goulots d'étranglements sur la voie de l'amélioration des indicateurs de santé.

➤ A moyen terme

- Revitaliser et mettre en place le système de participation communautaire basé sur des comités de santé fonctionnels, représentant effectivement les populations bénéficiaires et impliquées à toutes les étapes de gestion du district de santé.

Aux partenaires techniques et financiers

- Améliorer l'outil de collecte afin de lui permettre d'analyser :
 - la perception des bénéficiaires des services du district dans le cadre d'une « minienquête » menée en parallèle,
 - la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au même titre que le dépistage et la prise en charge comme service devant être assuré par le district de santé,
 - l'offre de services délégués par le district à d'autres acteurs de la société civile (exemple distribution des moustiquaires imprégnées par les ONG et OBC),
 - la qualité de la maintenance des infrastructures et équipements du district,
- Appuyer la démultiplication de ce type d'analyses afin de disposer d'une situation plus exhaustive du pays.
- Mettre la question de performance du district de santé au centre des discussions avec les partenaires nationaux.

¹⁷ Marginal Budgeting Boetelnenck