

EuropeAid/132633/C/SER/Multi Framework Contract Beneficiary 2013

LOT 8 Health Specific contract n° 2014/342 621/1

Audit Institutionnel du Secteur de la Santé en Mauritanie

Rapport



indevelop.



Ce rapport a été préparé avec l'aide financière de l'Union européenne. Les opinions exprimées ici sont celles des consultants et par conséquent ne reflètent en rien la position officielle de l'Union



Jaak Labeeuw
Charles Gerhardt
Saleck Ould Jeireb
Youssef Limame

Novembre 2014

This project is funded by

The European Union

A project implemented by

LOT 8 AEDES CONSORTIUM

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Remerciements | 8 |
| Chapitre 1 : Résumé | 9 |
| Chapitre 2 : Introduction..... | 18 |
| Chapitre 3 : Rappel des Termes de référence | 19 |
| 3.1. Objectifs de la mission..... | 19 |
| 3.2. Résultats attendus | 19 |
| Chapitre 4 : Cadre conceptuel et méthodologie de l'analyse..... | 22 |
| Chapitre 5 : Contexte | 25 |
| 5.1. Situation géographique et démographique | 25 |
| 5.2. Politique, administration et gouvernance..... | 25 |
| 5.3. Situation socio-économique :..... | 26 |
| 5.4. Profil sanitaire..... | 27 |
| Chapitre 6 : Résultats de l'analyse institutionnelle et organisationnelle du Ministère de la Santé | 28 |
| 6.1. Composante 1 : gouvernance..... | 28 |
| 6.1.1. Leadership et gestion stratégique..... | 30 |
| 6.1.2. Politiques, stratégies et plans nationaux | 31 |
| 6.1.3. Mission, rôles et fonctions du Ministère de la santé | 33 |
| 6.1.4. Organisation du système de santé..... | 35 |
| 6.1.5. Mécanismes et processus de gestion et de coordination, y compris la culture organisationnelle | 39 |
| 6.1.6. Collaboration intersectorielle et partenariat pour la santé | 43 |
| 6.1.7. Cadre légal et régulation | 44 |
| 6.1.8. Déconcentration, décentralisation et santé communautaire..... | 45 |
| 6.1.9. Equité et genre | 46 |
| 6.2. Composante 2 : Financement..... | 47 |
| 6.2.1. Politiques, stratégies et plans relatifs au financement | 47 |
| 6.2.2. Mobilisation des ressources financières | 48 |
| 6.2.3. Allocation des fonds..... | 48 |
| 6.2.4. Utilisation et gestion des fonds..... | 49 |
| 6.3. Composante 3 : Infrastructures et logistique | 50 |
| 6.3.1. Politiques, stratégies et plans relatifs aux infrastructures et à la logistique | 50 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 6.4. | Composante 4 : Ressources humaines | 51 |
| 6.5. | Composante 5 : Médicaments, vaccins et technologies médicales | 52 |
| 6.6. | Composante 6: Prestations des soins..... | 53 |
| 6.6.1. | Politique et stratégie | 53 |
| 6.6.2. | Organisation y compris le système de référence /contre-référence..... | 54 |
| 6.6.3. | Qualité des soins | 54 |
| 6.6.4. | Couverture et équité..... | 55 |
| 6.7. | Composante 7 : Information sanitaire, recherche et gestion des connaissances..... | 55 |
| Chapitre 7 : Propositions de renforcement des missions du Ministère de la santé | | 57 |
| 7.1.1. | Leadership | 57 |
| 7.1.2. | Planification et gestion..... | 58 |
| 7.1.3. | Cadre réglementaire et régulation..... | 59 |
| 7.1.4. | Collaboration intersectorielle et partenariat | 60 |
| 7.2. | Gestion des Ressources humaines en santé..... | 61 |
| 7.3. | Mobilisation, allocation et gestion des ressources financières..... | 62 |
| 7.4. | Gestion des infrastructures, des équipements et de la logistique | 63 |
| 7.5. | Prestation de soins | 64 |
| 7.6. | Approvisionnement et gestion des médicaments, vaccins et technologies médicales | 66 |
| 7.7. | Système d'information, recherche et gestion des connaissances | 67 |
| Chapitre 8 : Proposition de réorganisation du Ministère de la santé | | 68 |
| 8.1. | Niveau central..... | 69 |
| 8.2. | Niveaux déconcentré et décentralisé..... | 70 |
| 8.3. | Propositions d'organigramme | 71 |
| 8.4. | Ebauches de descriptifs et profils indicatifs de postes..... | 74 |
| Chapitre 9 : Feuille de route..... | | 75 |
| 9.1. | Missions du Ministère de la santé | 75 |
| 9.2. | Organisation du Ministère de la santé | 79 |
| Chapitre 10 : Conclusion | | 81 |
| Chapitre 11 : Annexes | | 82 |
| 11.1. | Annexe 1 : Termes de Référence de l'audit..... | 82 |
| 11.2. | Annexe 2: Répartition des structures publiques de santé | 94 |
| 11.3. | Annexe 3 : Les organes de coordination | 96 |
| 11.4. | Annexe 4 : Répartition des bureaux du Ministère niveau central..... | 99 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 11.5. | Annexe 5 : Clés de la performance organisationnelles | 100 |
| 11.6. | Annexe 6 : Organigramme..... | 101 |
| 11.7. | Annexe 7 : Proposition des descriptions de postes..... | 104 |
| 11.8. | Annexe 8 : Liste des documents consultés..... | 106 |
| 11.9. | Annexe 9 : Liste des personnes rencontrées..... | 112 |

Liste de figures :

| | | |
|------------|--|----|
| Figure 1 : | Modèle des systèmes ouverts de l’audit organisationnel | 22 |
| Figure 2 : | Indicateurs de gouvernance de la Mauritanie et de pays voisins, 2013..... | 26 |
| Figure 3 : | Cadre conceptuel du leadership, le management et la gouvernance pour les résultats | 29 |
| Figure 5 : | Répartition des rôles de régulateur, de prestataire et de financeur | 69 |

Liste de tableaux :

| | | |
|-------------|---|----|
| Tableau 1: | Les acteurs concernées par l'étude institutionnelle et organisationnelle du Ministère de la santé..... | 22 |
| Tableau 2: | Niveau d’exécution des initiatives visant à améliorer le cadre institutionnel et organisationnel du secteur prévu dans le PNDS..... | 32 |
| Tableau 3 : | Fonctions actuelles du Ministère de la Santé | 33 |

Liste des abréviations

| | |
|--------|--|
| AECID | Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement |
| AFD | Agence Française de Développement |
| AMSP | Association Mauritanienne de Santé Publique |
| ASC | Agent de santé communautaire |
| BM | Banque Mondiale |
| BOM | Bureau Organisation et Méthodes du Bureau du Premier ministre |
| CAMEC | Centrale d'Achat de Médicaments essentiels et de Consommables |
| CCAS | Commission de coordination de l'action sanitaire |
| CCRS | Commission de coordination des ressources de la santé |
| CD | Conseil de directions |
| CDMT | Cadre des dépenses à moyen terme |
| CHR | Centre hospitalier régional |
| CLSP | Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté |
| CM | Chargés de Mission |
| CNAM | Caisse nationale d'assurance maladie |
| CNS | Comptes nationaux de la santé |
| CNSS | Caisse Nationale de Sécurité Sociale |
| CONAP | Comité National de Pilotage du PNDS |
| CPP | Comités de Pilotage des Programmes |
| CS | Centre de santé |
| CSLP | Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté |
| CSM | Circonscription sanitaire de Moughata (district) |
| CT | Comité technique (du PNDS) |
| DAF | Direction Administration et Finances |
| DeGSta | Développement, Gouvernance et Statistique (Bureau d'Etude en Mauritanie) |
| DES | Direction des Etablissements de soins |
| DFG | Discussions en Focus Groupes |
| DHP | Direction de l'Hygiène Publique |
| DIMM | Direction des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance |
| DMH | Direction de la Médecine Hospitalière |
| DPCIS | Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire |
| DPL | Direction de la pharmacie et des laboratoires |
| DPS | Direction des Programmes de santé |

| | |
|-------|---|
| DRAS | Direction Régionale de l'Action Sanitaire |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DSBN | Direction de la Santé de Base et de la Nutrition |
| DUE | Délégation de l'Union Européenne |
| EPA | Etablissement Public à caractère Administratif |
| FBR | Financement basé sur les résultats |
| GAR | Gestion axé sur les résultats |
| IGS | Inspection Générale de la Santé |
| IHP+ | International Health Partnership Plus (voir http://www.internationalhealthpartnership.net/) |
| INRSP | Institut national de recherche en santé publique |
| LNCQM | Laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments |
| MAED | Ministère des Affaires Economiques et du Développement |
| MASEF | Ministère des affaires sociales, de l'enfance et des femmes |
| MCM | Médecin chef de Moughataa |
| MDN | Ministère de la Défense nationale |
| MF | Ministère des Finances |
| MFPT | Ministère de la Fonction Publique et du Travail |
| MI | Ministère de l'Intérieur |
| MID | Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation |
| MS | Ministère de la santé |
| MSF | Médecins sans Frontières |
| MSH | Management Sciences for Health |
| NTIC | Nouvelles technologies de l'information et de la communication |
| OMD | Objectifs du Millénaire de Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non-gouvernementale |
| PA | Plan d'actions |
| PCA | Paquet complémentaire d'activités |
| PEV | Programme élargi de vaccination |
| PM | Premier Ministre |
| PMA | Paquet minimum d'activités |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| PS | Poste de santé |
| PSDRH | Plan stratégique de développement des ressources humaines |
| PSN | Politique Sanitaire Nationale |

| | |
|--------|--|
| PTF | Partenaire Technique et Financier |
| PZT | Primes de Zone et de Technicité |
| RC | Recouvrement des coûts |
| RDPS | Revue des dépenses publiques en santé |
| RH | Ressources humaines |
| RIM | République Islamique de Mauritanie |
| RMS | Réseau de Métrologie Sanitaire (Health Metrics Network – HMN) |
| SARA | indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (Service availability and readiness assessment) |
| SG | Secrétaire général |
| SNIG | Stratégie nationale d'institutionnalisation du genre (du MASEF) |
| SNIS | Système Nationale d'Information Sanitaire |
| SONU | Soins obstétricaux et Néonataux d'urgence |
| SONU-B | Soins obstétricaux et Néonataux d'urgence de base |
| SONU-C | Soins obstétricaux et Néonataux d'urgence complémentaires |
| SP | Secrétariat particulier |
| TdR | Termes de Référence |
| UC | Unité de Coordination |
| UE | Union Européenne |
| UNDAF | United nations Development Assistance Framework |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| USAID | United States Agency for Development |

Remerciements

La réalisation de l'audit organisationnel et institutionnel du Ministère de la Santé est un exercice qui n'a pas été aisé. Cependant grâce au concours et à la disponibilité des différents acteurs et partenaires du système sanitaire les objectifs fixés pour cet audit ont été atteints. Une analyse approfondie de la capacité institutionnelle, administrative et opérationnelle du Ministère de la Santé a été effectuée grâce à une approche méthodologique ayant mis à contribution plusieurs sources d'informations.

L'exploitation de la grande masse de données issues de la revue documentaire, des nombreux entretiens effectués, de l'enquête, des discussions en focus groupes, de l'atelier de restitution a permis à la fois de faire un diagnostic organisationnel et institutionnel relativement complet et de formuler une série de recommandations destinées à améliorer la performance du ministère à tous les niveaux et par conséquent une mise en œuvre plus efficace et efficiente du PNDS.

L'équipe de consultants responsables des ce travail, tient à présenter ses sincères remerciements :

- ✓ Aux hautes autorités du Ministère de la santé, en particulier à Mr Ahmedou Ould Hademine Ould Jelvone, Ministre de la Santé, à Mr Ahmed Ould Sid 'Ahmed Dié Secrétaire Général du Ministère et à Mr Isselmou Ould Mahjoub Directeur de la Planification, de la Coopération et de l'Information Statistiques, à toute son équipe, pour leur confiance et pour l'appui qu'ils leur apporté durant leur mission ;
- ✓ A la Délégation de l'Union Européenne représentée par Mr Robert Hynderick de Theulegoet qui a accompagné tout le processus et a fourni l'appui requis pour la réussite de la mission ;
- ✓ A tous les responsables et au personnel du Ministère de la santé et des autres secteurs de développement pour leur précieuse collaboration ;
- ✓ Aux partenaires techniques et Financiers du secteur de la Santé et à tous les acteurs consultés pour les informations, avis et propositions fournis aux membres de l'équipe.

Chapitre 1 : Résumé

INTRODUCTION

Justification de l'audit. En Mauritanie, les progrès dans l'atteinte des OMD liés à la santé sont lents et il a été jugé nécessaire de compléter l'analyse de situation réalisée lors de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en 2011 par un audit organisationnel et institutionnel du secteur, et en particulier du Ministère de la santé aux niveaux central, de la wilaya (région) et des moughataas (districts) ainsi que des institutions sous tutelle.

L'objectif de l'étude était de fournir au Ministère de la Santé les analyses et informations supplémentaires pour optimiser son organisation administrative et opérationnelle, afin de mener à bien ses missions et d'assurer une mise en œuvre efficiente et intégrée du PNDS 2012-2020, notamment des programmes prioritaires à haut impact selon les axes stratégiques du PNDS.

Méthodologie. La performance organisationnelle de l'administration centrale et déconcentrée du Ministère de la santé a été étudiée selon le modèle des systèmes ouverts, qui consiste à analyser les intrants, les processus internes, les produits et résultats, les contextes stratégique et institutionnel, et les interactions avec les usagers à tous les niveaux, et où les processus internes de gestion des ressources humaines et du cycle de gestion du Ministère de la Santé sont déterminés par ses structures, stratégies, culture et ses systèmes. L'étude a couvert le système de santé jusqu'au niveau des Moughataas (districts) et des Centres de Santé et abordé les ministères connexes et autres parties prenantes. Le système de santé a été étudié selon les six composantes préconisées par l'OMS : la gouvernance ; les ressources humaines en santé ; le financement ; les médicaments, vaccins et technologies médicales ; les prestations de soins ; et le système d'informations sanitaires et la recherche. Les infrastructures et logistiques ont été étudiées séparément.

Déroulement de l'audit. L'audit a été planifié en trois phases, une première phase d'ébauche de l'audit institutionnel et organisationnel avec développement des outils de l'enquête, une deuxième phase d'enquête, d'entretiens et de discussions en focus groupes, et une troisième phase de formulation de recommandations portant sur la réforme institutionnelle et organisationnelle, de définition d'une feuille de route pour leur mise en œuvre, ainsi que l'estimation des besoins en appui technique et financier adéquats.

RESULTATS DE L'AUDIT

A. Gouvernance.

- ✓ **Leadership.** Il existe en Mauritanie un engagement au plus haut niveau de l'état en faveur de la santé. Cependant, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté en 2011 à l'issue d'un processus consultatif n'est pas toujours utilisé comme référence unique pour le choix des priorités et l'allocation des ressources. Les changements fréquents des hauts responsables (Ministres et Secrétaires Généraux) ne contribuent pas à la stabilité institutionnelle et à l'établissement d'une communication efficace entre les niveaux techniques et politico-administratifs.
- ✓ **Politiques, stratégies, planification et suivi.** Le PNDS est relativement complet. Des plans sous-sectoriels ont également été élaborés dans presque tous les domaines importants. En principe le

PNDS a pris en compte les politiques et plans préexistants et il est lui-même pris en compte par les politiques et plans ultérieurs. De plus une carte sanitaire nationale fondée sur les normes du PNDS a été élaborée en 2014. L'appropriation du PNDS et des autres politiques et plans et leurs utilisation comme tableau de bord par tous les niveaux de santé y compris le niveau central n'est pas encore complète. Si d'une manière générale les acteurs considèrent que les politiques et plans sont disponibles et de qualité acceptable, leur mise en œuvre est beaucoup moins satisfaisante. Peu de réformes de caractère organisationnel et institutionnel prévues dans le cadre du PNDS ont été mises en œuvre.

- ✓ **Mission, rôles et fonctions du Ministère de la santé.** Les fonctions décrites dans le dernier Décret n°090-2011 du 26 mai 2011 définissant les attributions et l'organisation du Ministère de la Santé couvrent pour l'essentiel le mandat d'un ministère de la santé même si elles auraient pu être formulées de manière plus systématique et plus stratégique. Par ailleurs selon de nombreux acteurs, les hiérarchies et missions définies dans l'organigramme ont tendance à être remplacés par les relations et rapports de forces personnels ainsi que par les réseaux d'influence.
- ✓ **Organisation du système de santé** et du Ministère. Elle revêt une forme pyramidale avec trois grands niveaux de soins et de coordination. Sur plan de la gestion du système de santé, on peut distinguer le Ministère Central, les Directions Régionales de l'Action Sanitaire (13) et les Circonscriptions Sanitaires de Moughataas (55). Les Moughataas sont considérées comme des districts de santé, cependant elles sont caractérisées par une grande diversité tant par la superficie que par la taille de la population qui elle, varie de moins de 5000 à près de 200 000 habitants.
- ✓ Les principales contraintes organisationnelles qui limitent le fonctionnement du ministère sont l'excès de centralisation vis-à-vis des DRAS, le manque de coordination et la fragmentation. Il est par ailleurs important que le ministère au niveau central se concentre plus sur les fonctions de leadership, de planification stratégique de régulation, d'allocation des ressources et de suivi et évaluation.
- ✓ **Mécanismes et processus de gestion et de coordination.** Les relations entre le Conseil de Direction en charge du pilotage de l'ensemble du département et le Comité National de Pilotage du PNDS (CONAP) en charge du pilotage du secteur sanitaire ne sont pas toujours claires. La diffusion régulière des principales décisions du Conseil de Directions aux autres échelons du département et éventuellement au personnel devrait contribuer à une meilleure communication et une plus grande transparence. En théorie chaque programme dispose d'un comité de pilotage. Le défi est d'établir des ponts avec les autres programmes pour assurer l'harmonisation et la coordination au niveau central et l'intégration au niveau périphérique.
- ✓ Au niveau de wilayas et des Moughataas, les comités régionaux et départementaux de développement sanitaire ont une composition intersectorielle. Leur fonctionnement est très limité et inégal. La collaboration entre les DRAS et les Directeurs des Centres hospitaliers régionaux (CHR) semble en grande partie dépendre de facteurs personnels plus que de lignes directrices claires. Il en est de même pour les écoles de santé publique.
- ✓ La « culture managériale » n'est pas toujours propice à l'implication des acteurs et à la performance organisationnelle. La non mise en œuvre de recommandations des études

antérieures et parfois mêmes des textes règlementaires et des actions planifiées signalés par de nombreux interlocuteurs a été considérée comme un défi insituonnel et traité comme tel au cours de l'exercice.

- ✓ **La collaboration intersectorielle et le partenariat pour la santé** sont encore limités et cette faiblesse est liée en partie à l'insuffisance managériale au sein du secteur de la santé lui-même. Le CONAP, du point de vue de sa composition, assure une assez bonne représentation des différents secteurs à l'exception des parlementaires et des ordres et ou syndicats professionnels. En élevant son profil (création par décret) et en assurant sa présidence au plus haut niveau, on doit pouvoir améliorer la contribution des autres secteurs à la santé.
- ✓ De même en participant activement aux activités des autres secteurs et notamment à celles liées à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Cadre stratégique pour la lutte contre la pauvreté (CSLP), on doit pouvoir faire en sorte que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques de développement.
- ✓ La Mauritanie adhère à l'International Health Partnership Plus (IHP+) et a signé le Compact/IHP avec 16 partenaires multilatéraux, bilatéraux et de la société civile. La cohérence et l'harmonisation entre les mécanismes et procédures demeurent limitées en raison de la double contrainte externe et interne. Les procédures de certains PTF ne permettent pas un alignement suffisant sur les procédures nationales et celles-ci ne sont pas encore assez éprouvées et transparentes pour satisfaire aux exigences du Compact.
- ✓ **Cadre légal et régulation.** Il existe de nombreux textes règlementaires mais ils ne sont pas répertoriés. La cohérence entre les différents textes juridiques n'est pas toujours assurée, comme par exemple la cohérence entre les décrets et arrêtés. Dans certains cas il est difficile de faire adopter les textes à l'Assemblée nationale (Loi anti-tabac), et dans d'autres, la loi est fortement modifiée par rapport aux exigences de la santé publique (Loi pharmaceutique) en raison de l'influence de groupes d'intérêts.
- ✓ L'Inspection Générale de la Santé (IGS) procède à des inspections sur tout le territoire national dans les domaines financier, pharmaceutique et médico-sanitaire. Cependant ses constats et recommandations sont rarement suivis d'effet, ce qui limite la crédibilité de l'institution et du département en général.
- ✓ La réglementation de l'exercice privé des professions de santé est à la fois ancienne et peu appliquée. L'utilisation massive du personnel du secteur public par le privé qui a fait l'objet de circulaires et d'instructions diverses reste un grand problème et le demeurera tant que la pénurie de personnel se fera sentir et que le niveau des salaires du public ne connaîtra pas un accroissement significatif.
- ✓ **Déconcentration, décentralisation et santé communautaire.** Seules les communes sont légalement décentralisées mais peu d'entre elles sont en mesure d'exercer leurs prérogatives en raison de leurs faibles capacités, de l'absence de ressources et des pesanteurs administratives qui limitent leurs pouvoirs réels. Le ministère de la santé n'a pas encore dévolu les compétences reconnues par la loi.
- ✓ La déconcentration vers les DRAS et les CSM est limitée. Les compétences des équipes cadres des Wilayas et des Moughataas sont limitées, ils ont peu de ressources et d'autorité. Certains

districts sanitaires avec des populations de moins de 30.000 habitants méritent d'être regroupés avec une mise en commun des ressources humaines et matérielles.

- ✓ **Équité et genre.** La question de l'équité est prise en considération dans la mise en œuvre du PNDS mais pas de manière assez systématique. La question genre l'est beaucoup moins. Un aspect particulier de cette question est lié à la gestion du personnel de santé en raison de l'augmentation importante de la proportion de femmes en son sein et des contraintes liées à l'utilisation des femmes dans les formations sanitaires du niveau périphérique.

B. Financement

- ✓ **Politiques, stratégies et plans de financement.** Le passage à la couverture universelle semble faire l'objet d'un consensus mais n'est pas encore traduit par une politique et une stratégie.
- ✓ **Mobilisation des ressources financières.** La part du budget national consacrée à la santé est insuffisante (autour de 5% du budget national). En 2008, les ménages ont financé plus de la moitié des dépenses de santé.
- ✓ **Allocation des ressources.** Des critères d'allocation par niveau et par institutions ne sont pas précis. En dépit du fait que le PNDS donne la priorité aux soins de santé primaires, en pratique le secteur tertiaire bénéficie des investissements les plus importants. De l'avis des acteurs, on investit beaucoup dans les infrastructures et les équipements et pas assez dans les dépenses de fonctionnement, y inclus la maintenance.
- ✓ **Utilisation et gestion des fonds.** Il y a un problème de communication et de coordination entre la DAF et la DPCIS dans le processus de budgétisation y inclus l'imputation budgétaire. Les feedback du niveau déconcentré sur l'utilisation des ressources manquent. L'autonomie de gestion des EPA et des programmes (arrêté) n'est pas accompagnée par les mesures qui assurent la transparence et l'efficacité. Les contributions des PTF se font soit à la DAF, soit aux programmes concernées, soit directement au niveau déconcentré. Il y a donc un grand nombre d'unités de gestion avec pour corollaire l'importance des frais de gestion, les doubles emplois et les difficultés de suivi et de contrôle.

C. Infrastructures et logistique

Le plan de développement des infrastructures n'est pas actualisé. Il n'y a pas une adéquation entre d'une part les infrastructures et les équipements et d'autre part les ressources humaines et les budgets de fonctionnement requis.

Les locaux du Ministère de la Santé sont inadéquats et de nombreuses composantes du département au niveau central, dont pratiquement tous les programmes, sont dispersées dans la capitale et souvent en location.

D. Médicaments, vaccins et technologies médicales

Le cadre politique et légal existe, même s'il est encore incomplet, le problème principal étant sa mise en œuvre. Le sous-secteur pharmaceutique, en particulier sa composante privée qui est dominante, souffre de lacunes très graves en termes de gouvernance, ce qui contribue considérablement à la baisse de confiance dans le système des soins. Dans le secteur public, on note des faiblesses dans la coordination entre les acteurs clés.

L'application effective des recommandations de l'évaluation externe du secteur pharmaceutique de 2011 pourrait améliorer considérablement cette situation.

E. Prestations des services

- ✓ **Politique et stratégie.** Des paquets minimums et complémentaires d'activités (PMA et PCA) sont disponibles mais leur mise en œuvre n'est pas systématique. Il n'existe pas de référentiel en matière de procédures ni de protocoles de diagnostic et de traitement élaborés selon une approche globale mais plutôt des guides par maladie ou par programme.
- ✓ **Organisation y compris système de référence /contre-référence.** Il existe une compétition entre les hôpitaux d'une part, et entre les hôpitaux et les centres de santé d'autre part. Cette situation est liée au statut de ces institutions (EPA) et à la forme actuelle de motivation liée au recouvrement des coûts qui est lui-même centré sur le volume des prestations curatives dans les hôpitaux et sur la vente des médicaments dans les centres de santé.
- ✓ **Qualité des soins.** Il n'existe pas de référentiels de qualité pour les structures de soins, ni de système d'évaluation, de certification et d'accréditation des institutions de soins. En 2013, l'indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA) était de 28%, soit un score plus bas que celui beaucoup de pays à revenu similaire ou moins élevé.
- ✓ **Couverture et équité.** Les niveaux de couverture des interventions à haut impact, par rapport au niveau de pauvreté sont très défavorables aux quintiles pauvres et très pauvres. Il n'est pas prévu dans le suivi du PNDS d'indicateurs explicites relatifs à l'accès équitable aux soins. La stratégie de santé communautaire qui concerne en premier lieu les populations pauvres et les zones rurales n'est pas encore mise en œuvre à l'échelle nationale.

F. Ressources humaines

- ✓ Il est important de noter que la marge de manœuvre du ministère de la santé en matière de gestion des ressources humaines est limitée car d'autres départements sont impliqués comme la fonction publique, les finances et l'administration territoriale. Ainsi, le statut particulier des personnels de santé, adopté en 2008 n'a pas encore été mis en œuvre.
- ✓ Le partenariat avec les ordres et syndicats professionnels n'est pas caractérisé par une crise aiguë, mais la confiance réciproque et la collaboration méritent d'être renforcées par un dialogue permanent à travers la commission paritaire et la commission nationale des affectations ainsi que par une plus grande implication dans les différentes structures de coordination.

G. Information sanitaire, recherche et gestion des connaissances

- ✓ En 2014, un programme national du SNIS a été créé avec un Comité de Pilotage sous l'égide du DPCIS. Le SNIS actuel couvre peu les hôpitaux, et des activités et processus comme la supervision et le fonctionnement des structures de coordination et de gestion. Les données du SNIS sont peu utilisées. Le SNIS n'est pas interopérable avec les systèmes de gestion des ressources pour la santé (humaines, matérielles et financières) qui sont par ailleurs sous-développés.
- ✓ La recherche demeure limitée en pertinence, en quantité et en qualité. Il n'y a pas de plan de développement, ni comité d'éthique, ni organe de coordination de la recherche. La gestion des connaissances assurant la création, la préservation, le partage et l'application des connaissances est quasiment non-existent.

PROPOSITIONS DE RENFORCEMENT DES MISSIONS DU MINISTERE DE LA SANTE

Des propositions de renforcement des missions du Ministère de la santé, d'appui technique et financier et des indicateurs ont été proposées suivant les composantes du système de santé. Les principales recommandations sont reprises ici :

Gouvernance

Leadership.

- i) Renforcer les capacités de leadership et de gestion stratégique des cadres supérieurs du Ministère de la santé par la formation continue et la mise à disposition d'outils de gestion (tableau de bord, informations stratégiques, notes synthétiques).

Planification et gestion

- i) Développer/actualiser les politiques et stratégies sous-sectorielles et clarifier les procédures gestionnaires.
- ii) Lier la gestion axée sur les résultats au système d'inspection, et de motivation (voir résultats respectifs).

Cadre réglementaire et régulation

- i) Elaborer les textes réglementaires prévus par le PNDS.
- ii) Veiller à ce que les recommandations émises par l'IGS soient suivies d'effet en collaboration avec les autorités administratives et judiciaires.

Collaboration intersectorielle et partenariat

- i) Assurer la participation active du Ministère de la santé aux activités intersectorielles impactant sur la santé et qui sont pilotées par d'autres secteurs.
- ii) Elaborer une feuille de route pour la mise en œuvre graduelle du Compact en fonction de l'amélioration de la capacité du secteur et de la modification des procédures des bailleurs de fonds.

Gestion des Ressources humaines en santé

- i) Améliorer les capacités d'appui pédagogiques aux écoles de formation (harmonisation des programmes et de diplômes, supervision,) par l'adjonction de ressources humaines supplémentaires.
- ii) Décentraliser la gestion des RHS par la création d'un service ou d'une unité RHS au niveau des DRAS (éventuellement associé au service des ressources pour la santé) et la délégation de pouvoirs supplémentaires aux DRAS dans le cadre de la déconcentration et/ou d'une éventuelle décentralisation.
- iii) Développer un modèle national de motivation des personnels de santé par catégorie d'institutions.

Mobilisation, allocation et gestion des ressources financières

- i) Créer une entité d'économie et de financement de la santé ayant entre autres tâches d'assurer la fonction de régulation de l'assurance contribuant ainsi à la séparation des fonctions de paiement, de régulation et de contrôle qui fait l'objet d'une certaine confusion actuellement.
- ii) Entreprendre un audit de la gestion financière pour déterminer la transparence et l'efficacité du système de financement de la santé.
- iii) Introduire l'approche contractuelle et de financement basé sur la performance / résultats.
- iv) Elaborer un plan de couverture universelle fondé sur une étude actuarielle.

Gestion des infrastructures, des équipements et de la logistique

- i) Construire et équiper un nouveau siège pour le Ministère de la santé.

Prestation de soins

- i) Actualiser les normes basées sur l'évidence portant sur les infrastructures, équipements, Ressources humaines, prestations, en vue d'une offre efficace et efficiente de soins de qualité.
- ii) Créer à moyen terme une agence d'évaluation, certification / accréditation avec option de renforcer à court terme la capacité de la Direction du Ministère en charge des établissements de soins pour assumer son rôle d'assurance et d'évaluation de la qualité des soins, avec l'option de
- iii) Elaborer des systèmes contractuels avec les structures sanitaires sur la base de leurs mandats respectifs utilisant l'approche de financement basée sur la performance. Cette approche devrait concerner en priorité les CHR ayant un statut d'EPA, et être étendue de manière graduelle sur base de recherche-action.

Approvisionnement et gestion des médicaments, vaccins et technologies médicales

- i) Elaborer et exécuter un plan de mise en œuvre par étapes sur base de l'évaluation externe du secteur pharmaceutique de 2011
- ii) Elaborer une politique et stratégie de technologie médicale

Système d'information, recherche et gestion des connaissances

- i) Etablir un système global d'informations avec des liens fonctionnels et une interopérabilité entre tous les sous-systèmes d'informations du système de santé (SNIS, RHS, finances, matériel, programmes).

En coordination avec les instances responsables de la recherche au niveau national, élaborer une politique de la recherche, mettre en place un/des comité(s) d'éthique, établir un organe de coordination de la recherche, et définir et appliquer une approche globale de la gestion de la connaissance.

PROPOSITION DE REORGANISATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Au niveau central :

- i) Clarifier les relations entre le Conseil de Directions qui assume le rôle de pilotage du Ministère de la santé, et le CONAP qui assure le rôle de pilotage de la mise en œuvre du PNDS.
- ii) Renforcer le rôle régulateur du Ministère de la santé vis-à-vis des prestataires (hôpitaux autonomes et les DRAS et CMC) et les financeurs (la CNAM, et si nécessaire une nouvelle agence dans le futur pour les indigents).

Aux niveaux déconcentré et décentralisé :

- i) Revoir le découpage en districts sanitaires en tenant compte des facteurs clés que sont la population, la dispersion et l'accessibilité, soit par une redéfinition complète des districts, soit un regroupement des districts avec des arrangements inter-districts notamment pour la mutualisation des moyens matériels et logistiques et la référence.

Propositions d'organigramme

Des conditions essentielles préalables ont été identifiées, telle que l'existence d'une culture organisationnelle, des méthodes de gestion et une sélection des responsables adéquates, l'obtention d'un consensus et d'une appropriation par l'institution concernée, et la validation par les niveaux appropriés du gouvernement, en particulier le Bureau Organisation et Méthodes (BOM) du Bureau du Premier ministre, et le législatif.

Une fois ces conditions remplies, un organigramme doit répondre aux principes i) de cohérence entre l'organisation et la mission et les attributions, et ii) d'existence de liens administratifs appropriés avec les ministères homologues et les institutions (para-) publiques intervenant dans le secteur. La décentralisation, la délégation des pouvoirs et l'introduction des approches contractuelles méritent une attention spécifique.

Sur base de ces conditions préalables et principes, deux options sont proposées. L'option limitée inclut entre autres : i) la réduction du nombre de conseillers, ii) la mise en place d'une unité de coordination des DRAS au niveau du secrétariat général, iii) la transformation du Service d'Information sanitaire en Service d'information sanitaire, de coordination de la recherche et de la gestion de la connaissance, iv) la création d'un service d'économie et de financement de la santé au sein de la DPCIS, v) la mise en place par arrêté ministériel de deux comités de coordination, l'un composé des directions chargées de l'action sanitaire et le deuxième composé des directions des ressources sanitaires (DAF, DIMM, DRH), vi) la limitation du nombre de programmes eu égard aux priorités nationales. L'option avancée y ajoute le regroupement des neuf directions centrales en trois Directions Générales : DG de l'action sanitaire qui coordonne les cinq directions chargées des prestations de soins curatifs, préventifs et promotionnelles et la DPL ; DG des ressources, regroupant la DAF, DIMM et la DRH ; et DG des Etudes et de la planification, en charge de la planification sanitaire, de l'économie et du financement de la santé, le système d'information sanitaire, la recherche en santé et la gestion de connaissance et de la coopération.

Enfin, une ébauche de descriptifs et profils indicatifs de postes a été développée ainsi qu'une feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations sur une période de six ans.

CONCLUSION

Le principal constat de cet audit est que les fonctions et les structures en place correspondent pour l'essentiel aux besoins du secteur mais qu'elles nécessitent certaines améliorations. Par contre les méthodes de management et la culture organisationnelle constituent des facteurs clés pour toute amélioration véritable de la performance du secteur. Changer les structures est plus aisé que changer les méthodes de travail et la culture au sein de toute organisation.

L'audit organisationnel et institutionnel a permis d'élaborer un certain nombre de recommandations qui impliquent des réformes significatives au sein du ministère de la santé.

Comme pour toute transformation de caractère institutionnel, le leadership joue un rôle clé pour motiver, mobiliser et engager tous les acteurs concernés, convaincre les autorités nationales au plus haut niveau, et assurer une gestion adéquate et avisée du changement.

Chapitre 2 : Introduction

En Mauritanie, les progrès dans l'atteinte des OMD liés à la santé sont lents et il a été jugé nécessaire de compléter l'analyse de situation réalisée lors de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en 2011 par un audit organisationnel et institutionnel du secteur, et en particulier du Ministère de la santé aux niveaux central, de la wilaya (région) et des moughataas (districts) ainsi que des institutions sous tutelle.

L'audit a été planifié en trois phases, une première phase d'ébauche de l'audit institutionnel et organisationnel avec le développement des outils de l'enquête, une deuxième phase d'enquête, d'entretiens et de discussions en focus groupes, et une troisième phase de formulation de recommandations portant sur la réforme institutionnelle et organisationnelle, de définition d'une feuille de route pour leur mise en œuvre, ainsi que l'estimation des besoins en appui technique et financier adéquats.

La première phase de cet audit a été conduite du 1 au 13 juin 2014, la deuxième phase du 15 août au 30 octobre, et la troisième phase du 13 octobre au 14 novembre 2014.

La première et la troisième phase ont été conduites par une équipe de quatre consultants Il s'agit de :

Consultants internationaux :

- ✓ Dr. Jaak Labeeuw, médecin santé publique et chef d'équipe ;
- ✓ Mr. Charles Gerhardt, spécialiste audit organisationnel et institutionnel.

Consultants nationaux :

- ✓ Dr. Hacen Mahmoud-Mohamed, médecin santé publique ;
- ✓ Mr. Saleck Ould Jeïreb, statisticien économiste.

La deuxième phase a été conduite par le bureau d'étude DeGSta avec l'appui du consultant national Saleck Ould Jeïreb.

Le présent aide-mémoire rend compte des trois phases en application des termes de référence convenus. La méthodologie et les résultats complets de l'enquête sont cependant donnés dans un rapport séparé.

Chapitre 3 : Rappel des Termes de référence

3.1. Objectifs de la mission

OBJECTIF GENERAL

L'équipe de consultants est chargée de fournir au Ministère de la Santé les analyses et informations supplémentaires pour optimiser son organisation administrative et opérationnelle, afin de mener à bien ses missions et d'assurer une mise en œuvre efficiente et intégrée du PNDS 2012-2020, notamment des programmes prioritaires à haut impact selon les axes stratégiques du PNDS.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Conformément aux termes de référence, les objectifs spécifiques de cet audit sont :

- i) Approfondir l'étude de la capacité institutionnelle entamée lors de la préparation du PNDS, et analyser l'organisation administrative et opérationnelle du Ministère de la Santé (administrations centrales et déconcentrées) au regard de ses missions et de ses moyens globaux.
- ii) Proposer des recommandations visant à améliorer la performance (efficacité, efficience, pertinence, et viabilité) du Ministère de la Santé dans une optique de renforcement de la décentralisation du secteur, d'intégration et de contractualisation des interventions de santé, pour permettre d'atteindre les objectifs du PNDS.
- iii) Proposer un plan de mise en œuvre des recommandations issues de l'analyse (feuille de route),
- iv) Evaluer les besoins d'appuis techniques et financiers pour la mise en œuvre des recommandations formulées.

3.2. Résultats attendus

La **première phase** de l'audit, définie dans les termes de référence comme étant l'«ébauche de l'audit institutionnel et organisationnel» devait permettre:

- i) L'approfondissement de l'analyse institutionnelle et organisationnelle du Ministère de la Santé.
- ii) L'élaboration d'un questionnaire et d'un guide d'enquête permettant de collecter des renseignements sur la capacité organisationnelle du Ministère de la Santé (administrations centrales et déconcentrées).

En ce qui concerne le premier point, il faut noter qu'il s'agit d'une phase d'ébauche de l'audit ce qui limite objectivement les possibilités d'approfondissement.

La **deuxième phase** devait permettre d'administrer l'enquête de la capacité organisationnelle du Ministère de la santé (administrations centrales et déconcentrées)

Finalement, la **troisième phase** devait finaliser l'analyse de la situation et élaborer des recommandations.

EN MATIERE D'ANALYSE DE LA SITUATION

- ✓ Une analyse critique approfondie et pertinente de l'organisation et du fonctionnement actuels

du ministère de la santé tenant compte du contexte sanitaire global, régional et national actuel et des implications du PNDS.

EN MATIERE DE RECOMMANDATIONS

- ✓ Un plan d'amélioration de la performance du secteur, avec si nécessaire, un projet de révision des missions et attributions des différentes sections et organes du département. Les missions et attributions des nouvelles structures proposées seront détaillées jusqu'au niveau division.
- ✓ Des recommandations concrètes portant sur l'amélioration des grandes fonctions du Ministère de la Santé. Les propositions porteront sur les objectifs, les processus, les organes, procédures et outils, ainsi que les responsabilités, ressources nécessaires et système de suivi.
- ✓ Le même exercice a été fait pour les DRAS et les CSM dans une optique de décentralisation et d'intégration des activités. Des profils de postes ont été élaborés pour chaque nouvelle structure/ organe proposés.
- ✓ Un organigramme révisé du Ministère de la santé sera proposé. Les évolutions par rapport à la situation antérieure seront explicitées. L'organigramme sera détaillé par directions/services et divisions du niveau central. Il concernera également les DRAS et les CSM. Le rattachement institutionnel des DRAS a été revu.
- ✓ Une attention particulière a été accordée aux programmes verticaux afin de renforcer la coordination et l'intégration des interventions.
- ✓ Une attention particulière a également été accordée à la possibilité de rationalisation des cadres et instances de coordination/concertation.
- ✓ Les liens organiques et fonctionnels entre les différents secteurs et niveaux du ministère de la santé ont été détaillés. Il en a été est, dans la mesure du possible, de même entre le ministère de la santé et les autres ministères et institutions impliqués y compris les PTFs.
- ✓ Un projet de cadre organique et fonctionnel a été proposé pour les niveaux centraux et déconcentrés.
- ✓ Une attention particulière a été accordée à la faisabilité des recommandations proposées au regard des moyens humains et financiers disponibles.

PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS (FEUILLE DE ROUTE)

- ✓ Une feuille de route pour la mise en œuvre de ces recommandations a été proposée, précisant les étapes éventuelles préconisées, et éventuellement les variantes possibles.

ESTIMATION DES APPUIS NECESSAIRES

- ✓ Les appuis techniques et financiers nécessaires seront estimés. Le rapport précisera pour quels départements et pour quelles fonctions l'assistance technique sera nécessaire.
- ✓ Enfin des recommandations seront formulées à l'égard des PTFs afin que leurs modalités d'interventions facilitent les missions du Ministère de la Santé.

LIMITES ET CONTRAINTES

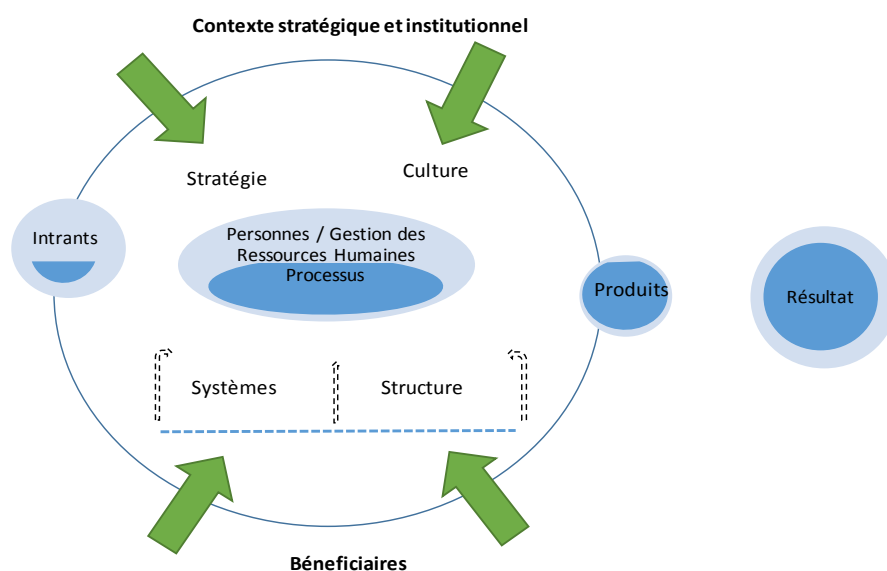
Parmi les limites du présent audit, on peut noter le caractère non exhaustif de l'enquête en ligne qui devait couvrir environ responsables et personnels de santé à tous les niveaux et n'a en fait couvert que personnes avec un prédominance des niveaux central et intermédiaire (82% de l'effectif) des Directeurs, chefs de service et médecins-chefs (59% de l'effectif), soit des personnes exerçant des responsabilités relativement importantes au sein du système de santé. Les personnes exerçant des fonctions administratives constituent 68% du total. Les appréciations finales ont été faites par l'équipe sur la base du croisement des résultats de l'enquête, des entrevues et de discussions lors de l'atelier de restitution afin de limiter les biais de l'enquête.

Par ailleurs, en raison des aspects culturels inhérents à toute organisation, un volet socio-anthropologique aurait utilement complété la présente étude. Lors des entrevues et des discussions en atelier cet aspect « socioculturel » du management a été pris en compte dans la mesure du possible afin de pallier à cette lacune.

Chapitre 4 : Cadre conceptuel et méthodologie de l'analyse

La performance organisationnelle des administrations centrale et déconcentrées du Ministère de la santé a été étudiée selon le modèle des systèmes ouverts, qui consiste à analyser les intrants, les processus internes, les produits et résultats, le contexte stratégique et institutionnel, et les interactions avec les usagers à tous les niveaux, et où les processus internes de gestion des ressources humaines et du cycle de gestion du Ministère Santé sont déterminés par ses structures, stratégies, culture et ses systèmes. Il est à noter que les systèmes réfèrent aux neuf composantes de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires, elle-même inspirée des composantes du système de santé définies par l'OMS. Ces systèmes forment par ailleurs la base du PNDS. Le modèle est illustré dans la Figure 1 .

Figure 1 : Modèle des systèmes ouverts de l'audit organisationnel



Source: Organisation Development and Change : Cummings and Worley, 9^{ième} édition, 2008

L'étude a couvert le système de santé jusqu'au niveau des Moughataas (districts) et des Centres de Santé et abordé les ministères connexes et autres parties prenantes comme indiqué dans le tableau 1.

Tableau 1: Les acteurs concernés par l'étude institutionnelle et organisationnelle du Ministère de la santé

| Ministère de la Santé | Ministères connexes | Autres |
|-----------------------------------|--|--|
| Cabinet | Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED) | Partenaires Techniques et Financiers (PTF) |
| Directions, services et divisions | Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation y compris Walis et Hakems | Associations professionnelles |
| DRAS et CSM | Finances | Syndicats |

| | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------|
| Hôpitaux (EPA) | Fonction Publique | ONG (10) |
| Centres de Santé | Environnement | Secteur privé (10) |
| Institutions sous tutelle | Education | Usagers |
| Programmes spécifiques | Affaires Sociales | |

Les données secondaires de l'audit proviennent de l'étude des lois, décrets et arrêtés, des documents de politiques et de stratégies, et des résultats d'enquêtes et d'études en relation avec les domaines d'intérêt de l'audit. Il s'agit spécialement de l'analyse situationnelle du secteur santé développé dans le PNDS, l'enquête SARA, l'enquête SONU, la carte sanitaire, l'étude sur le secteur pharmaceutique, les comptes nationaux de santé et les Revues des Dépenses et les lois des finances pour les 5 dernières années (voir documents consultés, annexe 8).

Des données primaires ont été collectées aux niveaux central, intermédiaire et périphérique selon les méthodes suivantes :

- i) Entretiens individuels structurés aux niveaux central et intermédiaire durant la première et la troisième phase (voir personnes rencontrées, annexe 9) ;
- ii) Discussions en Focus Groupes (DFG) au niveau DRAS durant la deuxième phase ;
- iii) Enquête par questionnaire en ligne auprès des acteurs du système sanitaire à tous les niveaux durant la deuxième phase. La méthode qui a été adoptée pour réaliser cette enquête est développée en détail dans le « rapport intitulé : « Enquête audit institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé : Résultats de l'enquête » du 17 novembre 2014, joint au présent document ;
- iv) Un atelier pour les cadres des niveaux central et intermédiaire.

Pour la première mission, les experts ont :

- i) consulté la documentation reçue avant le démarrage de la mission ;
- ii) collecté et examiné des documents complémentaires ;
- iii) rencontré des parties prenantes ;
- iv) développé le cadre conceptuel pour l'audit (voir ci-dessus) ;
- v) développé l'approche méthodologique ;
- vi) préparé et participé à la réunion d'approbation de la méthodologie de l'audit par le Comité National de Pilotage du PNDS (CONAP) ;
- vii) Développé les outils d'enquête.

Dans la mesure du possible au cours de cette phase préliminaire, la mission a tenté de capturer le contexte historique du secteur santé afin de mieux saisir les acquis et les défis.

La deuxième phase, réalisée par le bureau d'étude DeGSta, a consisté en l'administration d'une enquête en ligne et en discussions en focus groupes (voir ci-dessus)

Pour la troisième mission, les experts ont :

-
- i) Continué à consulter les parties prenantes et la documentation pertinente ;
 - ii) Préparé et participé à la réunion de restitution de la deuxième phase au Comité National de Pilotage du PNDS (CONAP) ;
 - iii) Préparé et participé à un atelier de restitution et de consultation des constats et options de l'analyse organisationnelle et institutionnelle. Cet atelier a été ouvert par le Secrétaire général du MS en présence des Secrétaires généraux du Ministère des Finances et du Ministère de l'Environnement, du Hakem de Nouackchott, et du maire adjoint de Nouackchott, du représentant de l'OMS, du chargé de programme santé de l'EUD. Les participants étaient les Directeurs centraux, un DRAS, un MCM, des coordonnateurs de Programmes, des PTF, et un représentant du MAED.

Chapitre 5 : Contexte

5.1. Situation géographique et démographique

Située à la charnière de l'Afrique de l'Ouest et du Nord, entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude ouest, la Mauritanie est un pays à 80% désertique avec une population recensée en 2013 de 3.537.000 habitants¹ avec un taux de croissance de 2,77%, une densité moyenne de 3,5 habitants/Km² et dont la moitié est âgée de moins de 20 ans. La population de la capitale Nouakchott est de plus de 900 000 habitants soit 27% de la population du pays. L'espérance de vie à la naissance était, en 2012, estimée à 61 ans².

5.2. Politique, administration et gouvernance

Le pays est indépendant depuis 1960 et a connu au cours de cette période une guerre et des phases d'instabilité politique avec notamment plusieurs coups d'états.

Depuis le mois de juillet 2009, il n'a pas connu de changement politique anticonstitutionnel et jouit d'une stabilité relative.

Sur le plan administratif, le pays est divisé, en 13 Wilaya, 54 Moughataas et 216 Communes respectivement dirigés par des Walis, des Hakems et des Maires.

La décentralisation est une option politique nationale, mais sa mise en œuvre est encore en gestation.

En dépit des efforts du pays, les indicateurs et évaluations internationales sur la gouvernance font encore état de faiblesses significatives comme illustré dans la figure 2 ci-dessous.

¹ Office National des Statistiques (ONS), Recensement général de la population et de l'habitat 2013

² http://www.unicef.org/french/infobycountry/mauritania_statistics.html, estimation pour 2012

Figure 2 : Indicateurs de gouvernance de la Mauritanie et de pays voisins, 2013³



Source : Kaufmann D., A. Kraay, and Mastruzii (2010), The worldwide Governance Indicators : Methodology and Analytical Issues www.govindicators.org

5.3. Situation socio-économique :

L'économie du pays peut être classée en trois grands pôles : industriel autour de l'axe Zouerate Nouadhibou au Nord, de services à la capitale Nouakchott et agropastoral dans le reste du pays, particulièrement dans le sud le long du fleuve Sénégal. Elle connaît des taux de croissance généralement supérieurs à 5% depuis plusieurs années. Cependant, la dépendance vis-à-vis des exportations des ressources halieutiques et minières rend le pays très vulnérable aux coups de l'économie mondiale.

L'indice de développement humain en 2013 est de 0.487 situant la Mauritanie au 161^{ème} rang sur 187 pays soit une régression de deux places entre 2008 et 2013⁴. Elle a été récemment classée parmi les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure).

³ Les sources des données peuvent être accédées au site <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#faq-6>

Avec 42% de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté, les défis des inégalités et la nécessité d'un développement plus inclusif sont reconnus par les autorités nationales et leurs partenaires au développement. Le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté qui en est à sa troisième phase s'est fixé comme objectif à la fois la croissance et la réduction des inégalités.

5.4. Profil sanitaire

Les taux de mortalité infantile (65‰), infanto-juvénile (84‰) sont encore élevés en dépit des progrès enregistrés et le ratio de mortalité maternelle est l'un des plus élevés de la sous-région⁵. Le pays n'atteindra donc pas les OMD relatifs à la santé en 2015.

Le profil épidémiologique est encore marqué par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires mais les maladies non transmissibles, en particulier les maladies cardiovasculaires et le diabète, sont devenues un problème de santé publique préoccupant créant ainsi un double fardeau de morbidité et de mortalité.

⁴ PNUD rapport sur le développement humain 2014

⁵ Unicef : http://www.unicef.org/french/infobycountry/mauritania_statistics.html, estimation pour 2012

Chapitre 6 : Résultats de l'analyse institutionnelle et organisationnelle du Ministère de la Santé

Ce chapitre 5 présente les résultats de l'analyse institutionnelle et organisationnelle basés sur les différentes méthodes développées à savoir les entretiens individuels, les discussions en focus groupes, l'enquête par questionnaire et l'atelier. Nous présentons ces résultats, composante par composante, en appuyant ceux-ci, lorsque cela nous paraît pertinent, par des « flashes » issus des différentes méthodes d'investigation. Nous terminons l'analyse de chaque composante par des pistes de réflexion quant aux actions qu'il serait pertinent de développer. Ces propositions ne sont ni exhaustives ni forcément prioritaires. Elles seront, pour certaines d'entre elles, reprises aux chapitres 6 et 7 qui proposent des actions concrètes à court, moyen et plus long terme en lien avec des objectifs précis.

6.1. Composante 1 : gouvernance

DEFINITION

La gouvernance se définit comme une fonction des pouvoirs publics nécessitant vision, influence et gestion des connaissances, principalement de la part du Ministère de la Santé qui doit surveiller et guider l'élaboration et la mise en œuvre des actions sanitaires nationales au nom du gouvernement. La gouvernance couvre la formulation de la politique nationale de santé et des plans stratégiques de santé (définissant notamment la vision et l'orientation), qui prennent en compte la gouvernance pour la santé et l'équité en santé, ainsi que l'exercice de l'influence par le biais de la réglementation et du plaidoyer, la collecte et l'utilisation de l'information, et la responsabilité pour des résultats équitables⁶ dans le domaine de la santé.

ELEMENTS OU PRATIQUES DE GOUVERNANCE

Une enquête⁷ administrée à 477 leaders en santé, managers et ceux qui gouvernent dans le secteur de la santé provenant de 80 pays à bas et à moyen revenu, et qui visait à explorer ce que signifie la gouvernance en termes pratiques pour les répondants, en d'autres termes, qu'est-ce que les gens qui gouvernent font pour gouverner, a identifié les éléments et pratiques suivantes :

Diriger: identifier un problème de politique, préconiser une politique, développer un agenda de politique, avoir un dialogue politique, décider une orientation stratégique, analyser les options en matière de politique, développer des politiques robustes, et utiliser l'apprentissage continu pour

⁶ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000, et repris dans Cadre de mise en œuvre de la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire, AFR/RC59/4, 12 juin 2009

⁷ Shukla, M., et Johnson Lassner, K. Governing for better health : 2012 survey. Prepared for the US Agency for International Development (USAID) by the USAID Leadership, Management and Governance project. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2012

peaufiner et adapter des politiques pour l'avenir ;

Réguler: formaliser les politiques par le biais de lois, règlements, règles de procédure, les protocoles, les procédures d'exploitation standard, ou de résolutions, etc. ;

Allouer: attribuer la responsabilité de la mise en œuvre de la politique ainsi que le pouvoir et les ressources pour mener à bien cette responsabilité par l'un des instruments juridiquement contraignants présentés ci-dessus ;

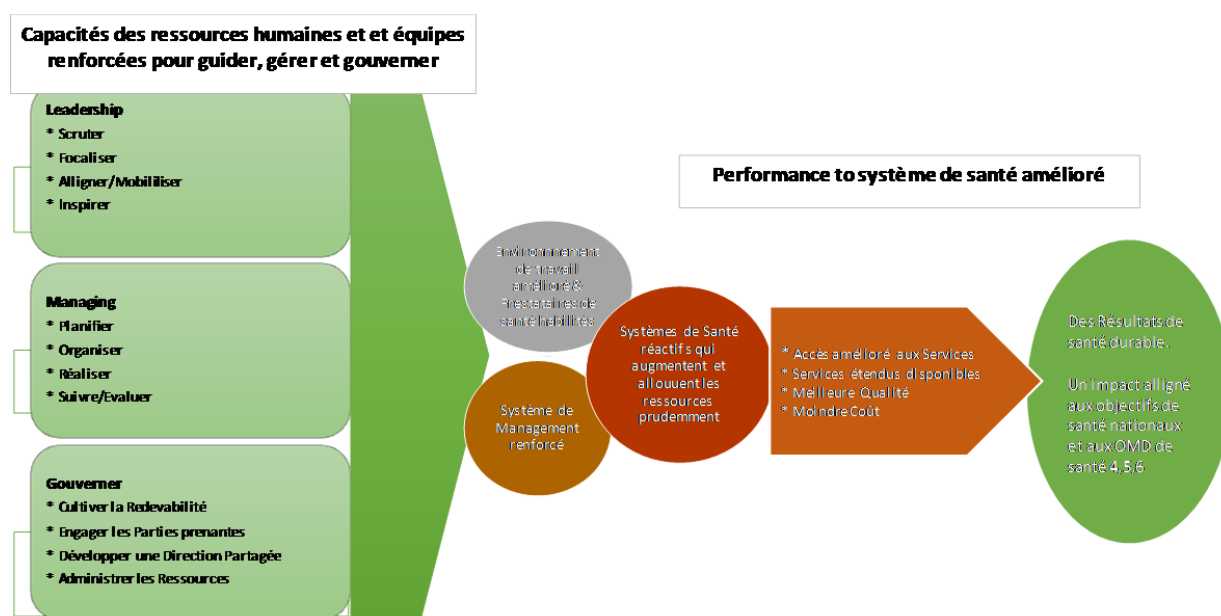
Inclure: communiquer et coopérer avec le gouverné, fournir des informations pour promouvoir le dialogue, susciter la confiance, permettre la représentativité, établir des mécanismes de rétroaction systématiques, répondre à la rétroaction reçue, expliquer aux gouvernés les modifications apportées en réponse à leurs commentaires, afin de permettre l'ouverture, la transparence et la reddition de comptes, et de résoudre les conflits quand ils surviennent ;

Collaborer: collaborer à travers les niveaux (local, étatique ou d'une province, national, régional et mondial) et dans tous les secteurs (public, privé et la société civile), concevoir et mettre en place un processus pour de telles collaborations, établir des alliances, réseaux et coalitions, adopter des approches couvrant l'ensemble du gouvernement et de la société, et persuader les acteurs à travers les secteurs et les niveaux pour une action commune ;

Superviser: communiquer les attentes à ceux qui exécutent la politique, regarder et apprécier l'évaluation de la mise en œuvre des politiques, et recourir à des sanctions si nécessaire.

Le leadership, le management et la gouvernance contribuent à une meilleure performance du système de santé, et éventuellement ont un impact sur l'état de santé, l'équité et la satisfaction comme illustré dans la figure schéma ci-dessous :

Figure 3 : Cadre conceptuel du leadership, le management et la gouvernance pour les résultats



Adapté de « Governing for better health, MSH, USAID, , www.MSH.org

6.1.1. Leadership et gestion stratégique

Il existe en Mauritanie un engagement au plus haut niveau de l'état en faveur de la santé qui se matérialise dans les déclarations officielles, la création d'institutions de soins de différentes catégories, l'acquisition de nombreux équipements, la création d'une cellule spéciale pour l'accélération de l'atteinte des OMD/Santé, les fréquentes visites d'inspection de supervision et une allocation de ressources financières significatives.

On doit cependant également noter que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté en 2011 à l'issue d'un processus consultatif relativement long n'est pas toujours utilisé comme référence unique pour le choix des priorités et l'allocation des ressources.

L'interférence des considérations politiques prime parfois sur les impératifs de santé publique et les points de vue des professionnels responsables au sein du secteur. Il en découle que le plaidoyer en faveur des choix pertinents en santé publique doit être significativement renforcé.

Les changements fréquents des hauts responsables (Ministres et Secrétaires Généraux) ne contribuent pas à la stabilité institutionnelle et à l'établissement d'une communication efficace entre les niveaux techniques et politico-administratifs. En effet la durée moyenne du mandat d'un ministre de la santé a été de 2 ans environ lors de la période 1957-1978, 1 an pour la période 1978-2008 et 1 an et demi pour la période 2008-2014.

L'implication effective des conseillers de la présidence et de la primature ainsi que des parlementaires dans la réflexion et la planification stratégique du secteur demeure limitée et parfois formelle car leur participation à des instances comme le Comité National de Pilotage du PNDS est encore faible.

Améliorer le leadership est une entreprise complexe et un processus prolongé car il faut surmonter des contraintes de gouvernance externes, renforcer les capacités et compétences des responsables et surtout modifier une culture de management qui s'est enracinée sur la durée et qui parfois plonge ses racines dans le substrat socioculturel national.

Il est donc souhaitable de mettre en place un véritable programme d'amélioration du Leadership, du management et de la gouvernance qui pourrait s'inspirer du programme LMG proposé par l'USAID⁸ en collaboration avec la Banque Mondiale. On pourrait avec une assistance technique appropriée, organiser des cycles de formation associés à un processus de réforme institutionnelle du Ministère de la santé.

Déclaration d'un participant à l'atelier de restitution du présent audit :

« Il y a un besoin de volonté politique, d'une application rigoureuse des lois et règlements, et de la fin de la complaisance »

⁸ http://www.lmgforhealth.org/sites/default/files/files/LMGFactSheet_FRENCH%204%2018%2013.pdf

6.1.2. Politiques, stratégies et plans nationaux

La Mauritanie dispose d'une Politique Sanitaire Nationale (PSN) couvrant la période 2006-2015. Pendant plusieurs années cette politique n'a pas été mise en œuvre et c'est à partir de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2020 soit 6 ans après son entrée en vigueur théorique que sa mise en œuvre a réellement commencé, ce qui a nécessité un important effort d'actualisation et d'ajustement. Le PNDS est relativement complet - bien que les volets hygiène publique, « santé dans toutes les politiques » et la médecine hospitalière soient limités - et est en cohérence avec le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté qui sert de référence en matière de politiques et plans de développement pour l'ensemble des secteurs.

Des plans sous-sectoriels ont été également élaborés dans presque tous les domaines importants, allant de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, au couple mère et enfant, aux domaines transversaux relatifs aux ressources sanitaire et au système de santé.

En principe le PNDS a pris en compte les politiques et plans préexistants et il est lui-même pris en compte par les politiques et plans ultérieurs.

De plus une carte sanitaire nationale fondée sur les normes du PNDS a été élaborée en 2014. Elle vise la mise en place des ressources sanitaires sur la base des orientations du PNDS et de critères objectivement établis. Cette carte n'inclut cependant pas le secteur pharmaceutique. Son actualisation et son application constituent des défis importants pour le Ministère de la santé.

L'appropriation du PNDS et des autres politiques et plans et leur utilisation comme tableau de bord par tous les niveaux de santé y compris le niveau central n'est pas encore complète. Le PNDS ne doit pas être considéré comme une propriété de la Direction de la Planification de la Coopération et de l'Information Sanitaire (DPCIS) mais un outil destiné à tous les acteurs.

Sur la base du PNDS toutes les composantes du Ministère de la Santé élaborent un plan d'action annuel conforme au format élaboré par la DPCIS.

Une revue annuelle au niveau national, précédée par une consolidation au niveau interrégional permet de suivre la mise en œuvre du PNDS.

L'enquête d'opinion au sein du personnel du ministère donne un niveau de satisfaction mitigé à propos des processus de planification.

Encadré 1 : Quelques résultats de l'enquête

- 86,3% des répondants déclare que son entité est dotée d'un plan d'action, que ce plan d'action est assorti d'un budget (84,4%), d'indicateurs de suivi évaluation (83,5%) et de responsabilités d'exécution (79,2%) ;
- Le PNDS est suffisamment connu par 60% des enquêtés au niveau central alors que ce chiffre est respectivement de 31,4% et 27,3% aux niveaux intermédiaire et périphérique ;
- 45%; 45%; 42%; 47,9% et 40,7% des répondants estiment qu'ils n'ont pas l'autorité requise respectivement en matière de planification, de budgétisation, de suivi/évaluation, de gestion des ressources humaines, financière et de consommables ;

- Au niveau central, les réunions de coordinations sont jugées très utiles par 68% des répondants et moyennement utiles par 30% des répondants.

Si d'une manière générale les acteurs considèrent que les politiques et plans sont disponibles et de qualité acceptable, leur mise en œuvre est beaucoup moins satisfaisante. Les raisons de cette faiblesse sont multiples et seront abordés de manière plus approfondie dans le chapitre portant sur les problèmes de gestion et de culture organisationnelle.

Un certain nombre de réformes de caractère organisationnel et/institutionnel étaient revues dans le cadre du PNDS. Le tableau ci-dessous montre que certains progrès ont été réalisés mais ils sont insuffisants.

Tableau 2: Niveau d'exécution des initiatives visant à améliorer le cadre institutionnel et organisationnel du secteur prévu dans le PNDS

| Domaine | Action | Niveau d'exécution |
|---|---|-----------------------|
| Organigramme | Révision de l'organigramme pour l'adapter aux grandes orientations du PNDS, et faciliter ainsi sa mise en œuvre et son suivi-évaluation | en cours |
| Coordination: | Intégration effective des Programmes de santé dans l'organisation et le fonctionnement du Département | à réaliser |
| Coordination et collaboration intersectorielle | Adoption de textes réglementaires mettant en place les entités de coordination intra et intersectorielle, et mise en place de manuels de procédure, de TDR, de directives et de moyens de fonctionnement de ces entités | à réaliser |
| Décentralisation | Adoption et mise en application d'une réelle stratégie de décentralisation jusqu'au niveau périphérique (PS et CS) | à réaliser |
| Santé communautaire | Elaboration, adoption et mise en œuvre d'une approche communautaire permettant à la fois une mobilisation sociale efficace et une implication effective des populations bénéficiaires dans la gestion du système de santé ; une attention particulière sera accordée aux mécanismes et systèmes de recrutement, de formation et de motivation des RC et des ASC | réalisé |
| Pilotage PNDS | Mise en place de manière formelle du Comité National de Pilotage du PNDS (impliquant le MS, les principaux secteurs, les PTFS, la Société civile et le secteur privé de santé) | réalisé |
| Diffusion & partage des documents stratégiques | Edition et diffusion des différents documents analytiques et programmatiques du Secteur (Rapport analyse de situation du secteur, PNDS, PNS, ...) | partiellement réalisé |
| Plan national de suivi et évaluation | Elaboration et adoption d'un plan national de suivi et évaluation qui sera adopté lors de la signature du Compact | réalisé |
| Adoption PNS/PNDS | Adoption de la nouvelle PNS sous forme de loi et adoption du PNDS 2012-2020 par décret | à réaliser |
| Supervision | Institutionnalisation d'une supervision intégrée à tous les niveaux | à réaliser |
| Financement | Partage régulier – par le canal le plus approprié – de l'ensemble des informations relatives à l'allocation, à l'exécution et au décaissement des ressources financières | à réaliser |

| | |
|--------------------|---|
| | tant nationales qu'extérieures |
| Législation | Intégration du secteur santé dans la loi nationale sur la régulation et adoption de à réaliser texte réglementant cette régulation « santé » |

L'élaboration des Plans d'actions et des revues à tous les niveaux est parfois formelle et le niveau de participation des responsables concernés n'est pas toujours satisfaisant.

Il faudrait :

- i) Actualiser les plans nationaux dans les domaines clés tels que les Ressources Humaines, la Couverture Sanitaire Universelle, le Financement, les Hôpitaux, l'Hygiène Publique, les Infrastructures... ;
- ii) S'assurer que l'élaboration des plans de développement sanitaire régionaux et les revues incluent les hôpitaux et autres institutions de soins (sans préjudice des compétences des Conseils d'administration des hôpitaux) ;
- iii) Elaborer des résumés des éléments clés des documents stratégiques sous formes de dépliants ou d'affiches selon des formats adaptés pour les différentes entités, concernées et les diffuser largement ;
- iv) Organiser et institutionnaliser des cycles de formation en planification/ gestion des systèmes et programmes de santé à l'intention des équipes cadres des Directions centrales, Programmes, EPA, DRAS, MCM. On veillera à harmoniser cette formation continue, avec la formation initiale dispensée à la Faculté de Médecine (département de Santé Publique) et les ESP.

6.1.3. Mission, rôles et fonctions du Ministère de la santé

Conformément à l'article 2 du Décret n°090-2011 du 26 mai 2011 définissant les attributions et l'organisation du Ministère de la Santé, celui-ci a pour mission d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre la politique nationale en matière de santé.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, les fonctions décrites couvrent pour l'essentiel le mandat d'un ministère de la santé même si elles auraient pu être formulées de manière plus systématique et plus stratégique.

Tableau 3 : Fonctions actuelles du Ministère de la Santé

| Domaines couverts | Éléments énoncés dans le décret 26 mai 2011 |
|-----------------------------------|--|
| Elaboration des politiques | Elaboration des Politiques |
| Prestation de services | Soins curatifs, préventifs et promotionnels Prévention, d'hygiène, d'éducation pour la Santé, de nutrition, de dépistage, et de; Bon fonctionnement des services et structures publiques et privées qui concourent à la préservation et l'amélioration de la santé du citoyen. |
| Médicaments et produits | Elaboration et la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de |

| | |
|---|--|
| pharmaceutiques | médicament et de produits pharmaceutiques, sur le plan technique et réglementaire ; |
| Ressources humaines | Préparation et l'application de la législation et la réglementation relatives aux professions médicales, paramédicales pharmaceutiques et tradipraticienne ; Conception et la mise en œuvre de la politique de formation et de mise à niveau du personnel de santé |
| Harmonisation et coordination | Harmonisation des orientations et la coordination des actions qui concourent à l'élévation du niveau de santé de la population |
| Financement | Intervention en vue d'assurer une meilleure allocation des ressources en matière de prévention et de soins curatifs ; |
| Partenariat | Définition en concertation avec les départements concernés, les options de coopération dans le domaine de la santé et respect des engagements en la matière Suivi de la politique et de la réglementation sanitaire internationale auxquelles la Mauritanie adhère. |
| Collaboration intersectorielle | Collaboration avec les autres départements concernés, en vue de promouvoir la santé des populations. |
| Orientation, contrôle (approche contractuelle) | Exercice les pouvoirs de tutelle ou de suivi à l'égard des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés d'économie mixte, et autres organismes, intervenant dans le secteur de la Santé, dans les conditions prévues par les lois et règlements. |

Formulation possible :

Le Ministère de la santé fait appliquer les orientations du gouvernement dans le domaine de la santé, et de manière plus spécifique il est chargé de l'élaboration des politiques, plans et normes, de la régulation, de la coordination, de la collaboration intersectorielle, de la contractualisation, et du suivi /évaluation. Il veille à leur mise en œuvre par les niveaux décentralisés et par les entités de prestation de services à tous les niveaux.

Son action couvre les domaines suivants : gouvernance ; financement ; ressources humaines ; prestations de service ; médicaments, vaccins et technologies ; et SNIS⁹ et ses fonctions se résument somme suit : la conception de l'ensemble des politiques relatives au domaine de la santé y compris les normes et la régulation et la législation. Les fonctions peuvent être énoncé comme suit :

Encadré 2 : Proposition de fonctions du Ministère de la Santé

- ✓ La mise en œuvre des politiques et plans à travers les institutions et structures responsables ;
- ✓ Le suivi de l'état de santé de la population et de la mise en œuvre des politiques et plans à travers le SNIS, la recherche en santé et d'une manière plus globale la gestion de connaissances ;
- ✓ L'harmonisation et la coordination des programmes et actions de santé ;
- ✓ La collaboration intersectorielle entre tous les acteurs étatiques et non étatiques qui contribuent a la santé ;

⁹ Il s'agit des composantes du Système de Santé définies dans le PNDS et l'OMS

- ✓ La fourniture de services de santé promotionnels, préventifs, curatifs de qualité couvrant l'ensemble de la population ;
- ✓ L'engagement et l'élévation de niveau de conscience et des pratiques des individus, des familles et des communautés dans le domaine de santé ;
- ✓ L'harmonisation et l'alignement du partenariat international pour la santé ainsi que le respect des engagements du pays dans le cadre des accords et des conventions internationaux ;
- ✓ La mobilisation adéquate, l'allocation appropriée et la gestion efficace et efficiente des ressources financières ;
- ✓ La production, la distribution, la gestion et la motivation des ressources humaines ;
- ✓ La disponibilité des médicaments, produits et technologies médicales ;
- ✓ La disponibilité de l'infrastructure et de la logistique appropriées.

6.1.4. Organisation du système de santé

j) Acteurs du système de santé

L'organisation du système de santé revêt une forme pyramidale avec trois grands niveaux de soins et de coordination.

Le niveau des soins s'échelonne du niveau primaire (unités de santé de base, poste de santé et centres de santé), au secondaire (principalement les hôpitaux de Wilayas et de Moughataas) au tertiaire (Hôpitaux et institutions spécialisées concentrées à Nouakchott).

Presque tous les hôpitaux ont été érigés en Etablissements Autonomes à caractère Administratif (EPA) soit dix hôpitaux régionaux et sept hôpitaux généraux ou spécialisés situés à Nouakchott¹⁰. Seuls deux hôpitaux régionaux et les deux hôpitaux de Moughataas ne sont pas autonomes.

Le secteur privé (Cabinets, cliniques, pharmacies) est surtout présent à Nouakchott et les tradipraticiens sont encore nombreux et leurs services largement utilisés par la population.

Aux institutions de soins il faut ajouter les cinq écoles de santé publique, l'Institut National de Recherche en Santé Publique, le Centre National d'Orthopédie et de Réhabilitation Fonctionnelle, le Centre National de Transfusion Sanguine, la Centrale d'achat des Médicaments Essentiels et Consommables, La Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

La Faculté de Médecine, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et l'Office de Médecine du Travail sont placés sous la tutelle d'autres départements.

Il faut enfin rappeler les autres secteurs de développement, organisations de la société civile et les partenaires techniques et financier qui sont également d'importants acteurs du secteur de la santé.

Sur le plan de la gestion du système de santé, on peut distinguer le Ministère Central, les Directions Régionales de l'Action Sanitaire (13) et les Circonscriptions Sanitaires de Moughataas (55). Les

¹⁰ Auxquels il faut ajouter l'Hôpital Militaire

Moughataas sont considérées comme des districts de santé, cependant elles sont caractérisées par une grande diversité tant par la superficie que par la taille de la population qui peut varier de moins de 5000 à près de 200 000 habitants.

ii) Organigramme du Ministère de la Santé au niveau central

Les trois dernières modifications de l'organigramme du Ministère de la Santé au niveau central datent respectivement de 2000, 2007 et 2011. Ces changements ont souvent été fait selon «*une approche à la fois improvisée et normative. Cette procédure ne donne pas lieu à une analyse organisationnelle préalable ... Ces organigrammes se limitent à la décomposition des organes administratifs en unités organiques plus petites mais ils négligent les liens synchroniques (transversaux) entre les unités de mêmes niveaux. Les liens fonctionnels et les circuits de circulation de l'information ne sont pas explicites et sont soumis aux seuls liens définis (liens hiérarchiques)... Souvent, la pratique se substitue à la norme et règlement*»¹¹.

Par ailleurs selon de nombreux acteurs, les hiérarchies et missions définies dans l'organigramme ont tendance à être remplacés par les relations et rapports de forces personnels ainsi que par les réseaux d'influence.

On note que, entre 2000 et 2011, le nombre de Chargés de Mission est passé de 1 à 2, le nombre de conseillers de 3 à 7, le nombre d'inspecteurs de 5 à 9 et le nombre de Directions centrales¹² de 5 à 9. Il s'agit d'une évolution significative du nombre d'entités mais à part le nombre de conseillers techniques, les autres entités ne sont pas plus nombreuses que la moyenne des pays comparables.

A propos de l'organigramme en vigueur à l'heure actuelle, on peut faire les observations suivantes :

- ✓ au niveau du Cabinet, il y a 2 chargés de mission et 7 conseillers, dont les fonctions recourent celles de plusieurs directions centrales (pharmacie et laboratoire, infrastructure et matériel, suivi et évaluation, médecine hospitalière, prévention) ;
- ✓ Les DRAS ont comme interlocuteur le Secrétaire Général qui joue un rôle plus administratif et managérial que technique et qui, par ailleurs, supervise de très nombreuses institutions et préside de très nombreux comités. Sur le plan technique, le DRAS travaille avec l'ensemble des directions centrales du Ministère et les programmes, sans véritable point focal de coordination en termes de santé publique ;
- ✓ La tutelle sur les EPA est exercée par le Ministre de la Santé et les directions techniques concernées sont membres des Conseils d'administration respectifs. Les décrets de création de ces institutions ne spécifient pas les relations techniques entre les EPA les directions du Ministère ;
- ✓ Il existe 9 directions centrales, dont les fonctions sont relativement bien définies mais elles se chevauchent parfois et il se pose un problème de coordination en particulier entre les directions s'occupant des prestations de soins et services de santé (DLM, DSBN, DMH, DHP) et celles qui sont chargées des ressources sanitaires (DRH, DAF, DIMM), ainsi que la coordination entre l'ensemble de ces directions et la DPCIS ;

¹¹ Analyse de situation du secteur de la santé 2011

¹² Hormis la Direction de Affaires Sociales transférée dans un autre département ministériel

- ✓ Il existe 14 programmes de santé, dont 10 dépendent de la seule Direction de la Lutte contre la Maladie. Les programmes sont créés par arrêté du Ministre de la Santé et ils disposent d'une autonomie de fait, de comités de pilotage spécifiques et parfois de ressources significatives. Ils sont par ailleurs généralement situés en dehors des locaux du Ministère de la santé. Cette situation leur donne une marge de manœuvre et une réelle souplesse dans la mise en œuvre de leurs programmes, mais elle les met souvent en position « de force » vis-à-vis des directions centrales, qui n'arrivent pas à faire une coordination satisfaisante des programmes et à faire travailler en une seule équipe les différents coordinateurs qu'elles supervisent.

Les principales contraintes organisationnelles qui limitent le fonctionnement du ministère sont l'excès de centralisation vis-à-vis des DRAS, le manque de coordination et la fragmentation. Il est par ailleurs important que le ministère au niveau central se concentre plus sur les fonctions de leadership, de planification stratégique de régulation, d'allocation des ressources et de suivi et évaluation. La mise en œuvre des programmes doit pour l'essentiel être effectuée par les entités et les niveaux opérationnels dans le cadre d'une approche de déconcentration et de contractualisation.

Sur la base des considérations qui précèdent deux options de réorganisation pourraient être retenues. La première limiterait au minimum les modifications de l'organigramme et proposerait des mécanismes de coordination entre directions apparentées pour améliorer la cohérence et la synergie tandis que la seconde envisagerait une refonte relativement complète de l'organisation du Ministère. Bien sûr, il serait possible de choisir d'emblée l'une de ces deux options, mais il serait aussi possible de commencer par l'option limitée puis de se fixer ensuite un objectif d'une plus grande réorganisation à moyen terme.

iii) Organisation au niveau décentralisé/déconcentré

Les missions et fonctions de la DRAS sont définies par l'arrêté 2036/2014, abrogeant et remplaçant l'arrêté 1968/2007. Ces fonctions sont relativement bien décrites. En ce qui concerne l'organisation des services et pour faciliter les relations entre le DRAS et le niveau central en termes de gestion et de supervision, il est proposé de réorganiser le DRAS selon le modèle suivant :

- ✓ Un service de l'action sanitaire, couvrant les systèmes de prestations de soins (curatifs, préventifs, et promotionnels) du niveau régional jusqu' au niveau communautaire, ainsi que les programmes de santé ;
- ✓ Un service de planification et d'information sanitaire ;
- ✓ Un service pour les ressources de la sante (humaines, financières et matérielles) ;

Les différents services doivent disposer de points focaux pour les domaines et programmes prioritaires :

- ✓ PEV, Santé de la Reproduction, lutte contre la maladie, santé communautaire, médicaments et consommables ;
- ✓ Planification et SNIS ;
- ✓ Ressources humaines, financières, infrastructurelles et matérielles.

Les programmes nationaux de santé doivent contribuer à la prise en charge des services et des points focaux au niveau déconcentré et décentralisé et procéder dans le cadre de la décentralisation, à une dévolution graduelle des responsabilités et des moyens opérationnels des programmes vers les DRAS et les MCM.

La Délégation de Nouakchott pourra, comme par le passé avoir une structure spécifique en raison de sa situation particulière.

Au niveau CSM, l'arrêté 0236/2014 du 27 janvier 2014 définit les attributions et missions au niveau de Moughataa pour laquelle un modèle similaire à celui de la DRAS est recommandé mais sous la forme de deux services seulement : action sanitaire et ressources. Dans toute la mesure du possible, ils disposeront de points focaux pour les programmes et domaines les plus importants et dans ce cadre la priorité sera accordée aux Moughataas les plus peuplées et en tous cas sur la base de critères objectifs de santé publique.

Un organigramme ne peut être réduit à la description statique des relations hiérarchiques entre les différentes composantes du système de santé aux différents niveaux.

Pour être réellement fonctionnel il faut que parallèlement :

- ✓ les relations non hiérarchiques de communication, de collaboration et de coordination soient clairement définies ;
- ✓ les méthodes de travail et la culture organisationnelle soient adéquates ;
- ✓ Les procédures de nomination, d'évaluation, de motivation et de sanction des responsables soient pertinentes, transparentes et équitables

Point de vue plusieurs fois entendu :

« Changer l'organigramme ne résoudra rien, on l'a déjà fait plusieurs fois et rien n'a changé »

Encadré 3 : Quelques résultats de l'enquête

- Plus de la moitié (55,6%) des répondants des niveaux central et intermédiaire estiment que les attributions, telles que définies par l'organigramme, sont partiellement cohérentes avec leur mission.
- Une proportion de 64% pense que ces attributions leur permettent partiellement de contribuer efficacement aux objectifs du PNDS

En définitive la modification d'un organigramme ne peut être pleinement utile que dans un contexte de changement global s'appuyant sur une vision pertinente et un plan de réformes institutionnelles cohérent dans sa conception et sa mise en œuvre. Ces questions seront abordées dans les chapitres suivants et notamment celui qui traite des mécanismes et processus de gestion et de coordination.

6.1.5. Mécanismes et processus de gestion et de coordination, y compris la culture organisationnelle

i) Mécanismes de coordination

Coordination au niveau central

Il existe plusieurs mécanismes de coordination au niveau central dont notamment :

- ✓ Le Conseil de Direction du Ministère ;
- ✓ Le Comité de pilotage du PNDS, Présidé par le Ministre et le Secrétariat assuré par la DPCIS ;
- ✓ Le Comité technique de la mise en œuvre du PNDS présidé par le DPCIS ;
- ✓ La Commission paritaire pour les avancements du personnel et la titularisation présidée par le SG et le Secrétariat assuré par la DRH ;
- ✓ La Commission d'affectation présidée par le Conseiller Technique chargé de la Médecine Hospitalière et le Secrétariat assuré par la DRH ;
- ✓ Les comités de coordination de chacun des 14 programmes nationaux, présidé par l'un des chargés de mission ou des conseillers du Ministre ou un directeur.

De plus un grand nombre de commissions et de comités sont régulièrement créés pour traiter de questions spécifiques. Ainsi entre janvier 2012 et septembre 2014 pas moins de 38 commissions ou comités ad-hoc ont été créés par note de service du Secrétaire général (voir annexe 3).

Selon le décret 090-2011 relatif aux attributions et à l'organisation du ministère au niveau central (article 59), « il est institué au sein du Ministère de la Santé un Conseil de direction chargé du suivi de l'état d'avancement des actions et programmes du Département. »

Ce Conseil de direction est présidé par le Ministre ou, par délégation, le Secrétaire Général. Il regroupe le secrétaire Général, le chargé de mission, les Conseillers techniques, l'Inspecteur général, et les directeurs. Il se réunit tous les quinze jours, bien que des Procès-verbaux ne semblent pas exister. Les premiers responsables des établissements et organismes sous tutelle participent aux travaux du Conseil de direction une fois par semestre.

Les réunions du conseil, dans sa composition statutaire ne semblent pas être régulièrement tenues et pour certains responsables, il est parfois appelé conseil de cabinet ce qui dénote d'un niveau d'institutionnalisation limité.

Les relations entre le Conseil de Direction qui est en charge du pilotage de l'ensemble du département et le Comité National de Pilotage du PNDS devraient être plus systématiques en termes de compte rendu (du CONAP au CD) et d'orientation (du CD au CONAP).

De même la diffusion régulière des principales décisions du CD aux autres échelons du département et éventuellement au personnel devrait contribuer à une meilleure communication et une plus grande transparence.

Les organes de pilotage du PNDS, (CONAP et CT) sont effectivement en place et se réunissent assez fréquemment notamment en relation avec les principales étapes du cycle gestionnaire comme les revues et la planification annuelles.

Les principales faiblesses notées sont : a) le nombre élevé d'absents des autres départements et parfois du ministère lui-même ; b) le niveau hiérarchique des participants relativement bas du fait que plusieurs membres statutaires envoient des représentants.

Il faut noter que ces deux organes ont été créés non par décret mais par arrêté du ministre de la santé ce qui limite sa portée intersectorielle. Par ailleurs il n'était pas toujours présidé au niveau requis, c'est-à-dire par le Ministre ou le Secrétaire Général et les questions soumises à son attention ne revêtent pas toujours une importance stratégique pour le suivi du PNDS.

Le Comité technique de suivi du PNDS qui doit normalement traiter de questions techniques et préparer les réunions du CONAP ne joue pas suffisamment ce rôle en raison de la difficulté de réunir ses membres qui sont aussi membres du CONAP, à savoir les directeurs centraux.

Enfin la bonne préparation des réunions en termes de convocation à temps et de transmission des documents dans des délais raisonnables aiderait à améliorer la qualité du travail de ces deux instances.

En théorie chaque programme dispose d'un comité de pilotage ce qui permet en principe de se concentrer sur le domaine considéré, d'approfondir la réflexion, de rendre les orientations et les décisions plus pertinentes. Cependant le défi est d'établir des ponts avec les autres programmes pour assurer l'harmonisation et la coordination au niveau central et l'intégration au niveau périphérique.

Deux approches pourraient aider à aller dans cette direction :

- ✓ Faire en sorte que les directions centrales, y compris les coordonnateurs des programmes fonctionnent comme de véritables équipes avec des réunions de coordination régulières, axées sur la mise en œuvre du PNDS, une planification et des revues communes et une mutualisation des ressources ;
- ✓ Etablir des liens fonctionnels entre l'ensemble des comités de pilotage des programmes, le CONAP et le CT du PNDS auxquelles ils doivent faire rapport sous couvert des directeurs centraux sur la mise en œuvre coordonnée du PNDS et dont les orientations doivent leur servir de référence pour la planification et le suivi et l'évaluation.

Les partenaires au développement notamment ceux qui soutiennent des programmes spécifiques devraient faciliter une telle approche en application des principes du Compact¹³ signé en 2012.

Au niveau de wilayas et des Moughataas, les comités régionaux et départementaux de développement sanitaire qui ont une composition intersectorielle existent depuis plusieurs années et l'arrêté No 0236/2014 du 27 janvier 2014 confirme à nouveau leur existence. Cependant leur fonctionnement est très limité et inégal selon l'intérêt qui leur est accordé par les responsables administratifs et sanitaires. Dans la majorité des cas on peut dire qu'ils sont tombés en désuétude et il est difficile d'envisager leur revitalisation véritable en dehors d'un processus national de décentralisation qui fasse des Wilayas et des Moughataas des entités de développement et pas seulement d'administration. Le fait que le SNIS n'inclue pas des informations sur le fonctionnement de ces structures confirme leur faible niveau de fonctionnement et l'intérêt limité qu'elles suscitent.

¹³ Voir <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/> et le chapitre suivant traitant la collaboration intersectorielle et le partenariat pour la santé

La collaboration entre les DRAS et les Directeurs des Centres hospitaliers régionaux (CHR) semble en grande partie dépendre de facteurs personnels plus que de lignes directrices claires. Les DRAS, bien que membres des conseils d'administration des CHR expriment certaines frustrations estimant que ces derniers ne sont pas suffisamment intégrés dans le système de santé régional. Il en est de même pour les écoles de santé publique établies dans quatre capitales régionales et dans la capitale. Comme on peut le comprendre ces réserves ne sont pas partagées par les Directeurs des EPA concernés. Une clarification par circulaire en attendant une révision des décrets et arrêtés pertinents serait appropriée. Elle devrait réaffirmer le rôle du DRAS en tant que représentant du Ministre pour les questions de santé publique, y compris le suivi de la mise en œuvre des orientations nationales, la coordination de la planification et du système d'information sanitaire ainsi que le suivi des liens fonctionnels entre le CHR et les autres institutions de soins au sein de la Wilaya. De même, elle confirmera l'autonomie du CHR en termes de gestion de ressources humaines, matérielles et financières conformément au décret le mettant en place.

Il a été indiqué plus haut que qu'un organigramme descriptif sans précision des modalités de communication et de coordination demeure incomplet.

Cependant ces modalités sont elles-mêmes insuffisantes si elles ne s'appuient pas sur une culture managériale et un style de travail appropriés.

Encadré 4 : Résultats de l'enquête

- ✓ Une proportion de 53,7% des répondants déclarent être partiellement satisfait par rapport à la collaboration des membres de leur équipe ;
- ✓ L'internet est souvent utilisé par 60,8% des répondants ;
- ✓ Selon 55% des répondants, les supérieurs hiérarchiques donnent plus ou moins un appui aux agents ;
- ✓ 56,9% des répondants ont déclaré avoir bénéficié d'une passation de service formelle avec leur prédécesseur ;
- ✓ La forme de la passation est principalement un procès-verbal (88,1%) ou une remise de documents (38,8%) ;
- ✓ 55,1% des répondants sont parfois sollicités pour des requêtes personnelles hors service.

Lors de l'atelier de restitution du présent audit, les participants ont retenu un certain nombre d'éléments qu'il importe de promouvoir et de mettre en œuvre pour créer une « culture managériale » propice à l'implication des acteurs et à la performance organisationnelle (voir encadré).

Une culture organisationnelle favorable à la performance :

- ✓ Esprit d'équipe, Partage d'information, Collaboration, Coordination ;
- ✓ Motivation, Responsabilité, Discipline, Application des règles et des procédures établies;
- ✓ Transparence et équité dans l'évaluation, la sanction, la récompense des responsables et du personnel en général;

- ✓ Délégation de l'autorité, supervision et contrôle ;
- ✓ Leadership et notamment leadership par l'exemple.

C'est seulement si le leadership adéquat est assuré qu'une telle culture peut se développer de manière durable

Il faudrait :

- ✓ Inclure un/des indicateur(s) de fonctionnalité des structures de pilotage et de coordination dans le cadre du suivi du PNDS et des Plans d'Action de chaque entité ;
- ✓ Fonder le CONAP sur un décret et non un arrêté pour une meilleure implication des autres secteurs et des partenaires ;
- ✓ Former les membres des comités de coordination au niveau déconcentré et décentralisé sur leurs fonctions ;
- ✓ Elaborer des manuels de gestion et de procédures pour les institutions de soins et les organes de coordination ;
- ✓ Renforcer la supervision systémique qui suit le fonctionnement global du système de santé et pas seulement la supervision par programme ;
- ✓ Renforcer les capacités en Gestion Axée sur les Résultats (GAR).

Tout au long des interactions qui ont eu lieu durant le processus d'audit, un véritable défi a été identifié par les différents acteurs à savoir la non mise en œuvre de recommandations des études antérieures et parfois mêmes des textes règlementaires et des actions planifiées. Cela a été considéré comme une question institutionnelle et traité comme tel lors de l'atelier de restitution. Les principales recommandations retenues figurent dans l'encadré ci-dessous :

Pour une meilleure mise en œuvre des recommandations et une meilleure application des textes:

- ✓ Eviter les objectifs trop ambitieux (faisabilité) ;
- ✓ Impliquer les acteurs concernés dès les premières étapes ;
- ✓ Prévoir les textes d'application des lois et décrets dès la conception de ces derniers ;
- ✓ Prévoir et rendre disponibles les ressources adéquates ;
- ✓ Définir clairement les responsabilités pour la mise en œuvre ;
- ✓ Prévoir les modalités pratiques de mise en œuvre ;
- ✓ Prévoir les mécanismes du suivi et évaluation ;
- ✓ Instaurer à tous les niveaux des mécanismes de récompense et de sanction transparente et équitable ;
- ✓ Veiller à ce que l'exemple en termes de respect des procédures gestionnaires et d'application des textes règlementaires soit donné par les responsables avant d'être exigé des subordonnés.

6.1.6. Collaboration intersectorielle et partenariat pour la santé

Le PNDS prévoit le renforcement de la collaboration intersectorielle. Il existe quelques mécanismes de collaboration intersectorielle concernant la santé comme par exemple le CONAP, le Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN), la Commission de Surveillance Epidémiologique, et certains comités de pilotage.

Cependant, du point de vue de la mise en œuvre, la collaboration intersectorielle est encore limitée et cette faiblesse est liée en partie à l'insuffisance managériale au sein du secteur de la santé lui-même, car la capacité d'entraînement est liée à la performance du secteur responsable.

Le CONAP, du point de vue de sa composition, assure une assez bonne représentation des différents secteurs à l'exception des parlementaires et des ordres et/ou syndicats professionnels. En élevant son profil (création par décret) et en assurant sa présidence au plus haut niveau, on doit pouvoir améliorer la contribution des autres secteurs à la santé.

De même en participant activement aux activités des autres secteurs et notamment à celles liées à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du CSLP, on doit pouvoir faire en sorte que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques de développement.

Le suivi de ces deux approches doit faire partie du suivi global de la mise en œuvre du PNDS grâce à des indicateurs appropriés.

La Mauritanie adhère à l'IHP+ et le Compact/IHP depuis le 9 mai 2012, signé par 16 partenaires multilatéraux, bilatéraux et de la société civile. Il s'agit d'un document instaurant un partenariat fondé sur les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement à savoir :

- ✓ L'appropriation nationale ;
- ✓ L'alignement sur les stratégies, procédures et systèmes nationaux ;
- ✓ L'Harmonisation entre organismes intervenant dans le secteur ;
- ✓ La gestion axée sur les résultats ;
- ✓ La responsabilité mutuelle.

L'application de ces principes se fait sur la base des approches suivantes :

- ✓ Un plan unique de développement du secteur ;
- ✓ Un processus unique de concertation et de coordination ;
- ✓ Un cadre budgétaire unique ;
- ✓ Une matrice unique de réformes sectorielles ;
- ✓ Un système unique de suivi et d'évaluation ;
- ✓ Un cadre fiduciaire unique.

Une partie importante de ces principes est mise en œuvre notamment la référence au PNDS et à son système de suivi évaluation.

Cependant, la cohérence et l'harmonisation entre les mécanismes et procédures demeurent limitées en raison de la double contrainte externe et interne. Les procédures de certains PTF ne permettent pas un

alignement suffisant sur les procédures nationales et celles-ci ne sont pas encore assez éprouvées et transparentes pour satisfaire aux exigences du Compact.

Par ailleurs le Compact n'est pas suffisamment vulgarisé et notamment au niveau des DRAS et MCM et son application au niveau déconcentrée reste à parfaire.

Certaines ONG ont des contrats avec la DPCIS mais ceux-ci ne sont pas suffisamment diffusés en particulier dans les zones où elles travaillent.

Le système UNDAF¹⁴ aide à l'harmonisation de l'appui des organisations du système de Nations Unies, mais il n'a pas encore éliminé toutes les incohérences entre les agences.

Les PTF santé ont un mécanisme interne de coordination et ont désigné un chef de file.

Encadré 5 : Résultats de l'enquête

- ✓ Aux niveaux central et intermédiaire, la collaboration avec PTF est régulière selon 39,4% des sondés contre 27,3% qui estiment qu'elle est rare. Un tiers des enquêtés estime qu'elle a lieu de temps en temps ;
- ✓ Au niveau périphérique, la collaboration avec le maire est plutôt rare selon plus de la moitié des répondants (53,2%) et considérée régulière avec le Hakem par 40,8%.

En raison des contraintes objectives rencontrées par la partie nationale et les partenaires, il est souhaitable que soit élaborée une feuille de route réaliste pour la mise en œuvre graduelle du Compact en fonction de l'amélioration des capacités du ministère et de la modification des procédures des partenaires.

Il est également souhaitable d'inclure le suivi du Compact et du partenariat dans le suivi du PNDS.

6.1.7. Cadre légal et régulation

Il existe de nombreux textes réglementaires mais ils ne sont pas répertoriés et classés pour une utilisation appropriée.

La cohérence entre les différents textes juridiques n'est pas toujours assurée, comme par exemple la cohérence entre les décrets et arrêtés (Niveau déconcentrés, programmes)

Dans certains cas il est difficile de faire adopter les textes à l'Assemblée nationale (Loi anti-tabac), et dans d'autres, la loi est fortement modifiée par rapport aux exigences de la santé publique (Loi pharmaceutique) en raison de l'influence de groupes d'intérêts.

L'Inspection Générale de la Santé (IGS) procède à des inspections sur tout le territoire national dans les domaines financier, pharmaceutique et sanitaire. Des manuels d'inspection existent pour le sous-secteur pharmaceutique, ce n'est pas le cas pour les inspections sanitaires, administratives et financières. Cependant les constats et recommandations de l'IGS sont rarement suivis d'effet, ce qui limite la crédibilité de l'institution et du département en général.

¹⁴ United Nations Development Assistance Framework

La réglementation de l'exercice privé des professions de santé est à la fois ancienne et peu appliquée. Un grand nombre de cabinets médicaux, paramédicaux et de pharmacies sont ouverts sans autorisation ou ne satisfont pas aux conditions prescrites. La collaboration entre le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens-dentistes n'est satisfaisante pour aucune des deux parties. Les activités de santé publique comme la vaccination, le dépistage et la prise en charge des Personnes vivant avec le VIH (PvVIH) ou la planification familiale ne sont pas intégrées de manière systématique dans le secteur privé.

On a cependant noté récemment une implication importante des institutions privées, notamment des cliniques dans la préparation face au risque de survenue de cas de Maladie à Virus Ebola.

L'utilisation massive du personnel du secteur public par le privé qui a fait l'objet de circulaires et d'instructions diverses reste un grand problème et le demeurera tant que la pénurie de personnel se fera sentir et que le niveau des salaires du public ne connaîtra pas un accroissement significatif.

Régulation, contrôle et partenariat sont des attentes fortement exprimées par les acteurs privés rencontrés.

6.1.8. Déconcentration, décentralisation et santé communautaire

Le «Livre Blanc sur la décentralisation¹⁵» a fait le constat que la tendance centralisatrice a prévalu en Mauritanie et que le processus de décentralisation progresse très lentement. A l'heure actuelle, seule les communes sont légalement décentralisées mais peu d'entre elles sont en mesure d'exercer leurs prérogatives en raison de leurs faibles capacités, de l'absence de ressources¹⁶ et des pesanteurs administratives qui limitent leurs pouvoirs réels.

La politique nationale de décentralisation est en cours d'élaboration mais les perspectives de sa finalisation et de sa mise en œuvre demeurent incertaines.

Le Ministère de la santé devra donc, pendant un certain temps, prendre en compte cette situation et la considérer comme une limite objective à toute décentralisation dans le secteur. Il s'agira donc pour l'essentiel de déconcentration et cette question a été abordée dans le chapitre qui traite de l'organisation du Ministère de la santé et notamment de l'organigramme.

Une réelle déconcentration implique un transfert des ressources humaines et matérielles vers la DRAS puis vers les CSM.

Elle implique également l'amélioration des compétences des équipes cadres des Wilayas et des Moughataas.

L'organisation du système de santé au niveau local doit être adaptée à la carte sanitaire, aux besoins réels de la population et aux ressources disponibles. Trois paramètres sont à prendre en compte : (a) la taille de la population (b) l'accessibilité et (c) la superficie. Sur 55 Moughataas qui sont officiellement

¹⁵ Livre blanc sur la décentralisation en Mauritanie, 2009 <http://www.dgct.mr/doc11/LIVRE%20BLANC.pdf>

¹⁶ En 2012, le budget total des communes était de 7 394 006 134 MRO, dont 3 429 999 711 MRO provenant du Fonds Régional de Développement (Dotations État FRD) et 3 964 006 423 MRO de ressources hors FRD (assimilables peu ou prou à des « ressources propres »). Ceci revient à un plus que 2000 MRO ou 5 Euros par habitant pour tous leur tâches

considérées comme des districts sanitaires, 10 (soit 18 %) ont moins de 15 000 habitants, 14 (25 %) ne dépassent pas 30 000 habitants et 18 (33%) ont moins de 40 000 habitants¹⁷.

En dessous d'un certain seuil (par exemple 15 000-30 000 habitants), à définir selon les ressources disponibles, il faut procéder au regroupement des districts sanitaires et la mise en commun des ressources humaines et matérielles. Cela signifiera la mise en place d'une seule équipe cadre pour les districts regroupés pour assurer une planification conjointe en collaboration avec le Hakems concernés et une mise commun des ressources en particulier les ressources humaines et logistiques. Il n'est pas recommandé que la taille de regroupements de Moughataas en districts sanitaires soit la même car il faut également prendre en compte les facteurs de superficie et d'enclavement qui augmentent la charge de travail des équipes et la consommation des ressources. Il faut par ailleurs considérer des alternatives comme les agents de santé et les relais communautaires, la stratégie avancée et dans certains cas spéciaux, les équipes mobiles pour assurer une couverture de l'ensemble de la population tout en garantissant une utilisation optimale de ressources.

Enfin au niveau des communes, seules entités formellement décentralisées du pays, le ministère de la santé doit procéder à une dévolution progressive des compétences reconnues par la loi (gestion de la santé de base) sur la base d'une appréciation au cas par cas des capacités de chaque commune.

Le Ministère de la santé doit contribuer à l'élaboration de la politique de décentralisation afin de s'assurer de la prise en compte des spécificités et des besoins du secteur

Il faudrait également appuyer l'intégration du volet santé dans les plans de développement des régions (ou de lutte contre la pauvreté), des Moughataas et des communes là où ils existent.

La mise en œuvre effective de la Stratégie Communautaire en Santé élaborée en 2012 contribuera à l'amélioration de la performance des services en raison d'une meilleure prise en compte des besoins et de la demande des bénéficiaires.

6.1.9. Equité et genre

Le CSLP, le PNDS, la Stratégie de survie de l'Enfant et la Stratégie Nationale de Protection sociale prennent en compte les questions d'équité et de genre

Le Ministère des affaires sociales, de l'enfance et des femmes (MASEF) fournit une subvention forfaitaire aux hôpitaux pour compenser partiellement la prise en charge des indigents, rembourse les dialyses rénales et finance les évacuations des indigents et des personnes non assurées à l'étranger

On note depuis plusieurs années une importante augmentation de la proportion de femmes au sein du personnel de santé.

La question de l'équité est prise en considération dans la mise en œuvre du PNDS mais pas de manière assez systématique ; la question du genre l'est beaucoup moins.

Les responsables des institutions de soins ont tendance à souligner les contraintes liées à l'augmentation de la proportion de femmes dans le secteur, sans voir aucun avantage.

¹⁷ Source : Office National des Statistiques, Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2013

La dimension du genre n'est pas institutionnalisée dans le processus de gestion du personnel de santé car pour des raisons culturelles les femmes ne peuvent pas travailler partout avec rendement dans les formations sanitaires du niveau périphérique, les sites de stage sont limités et les moyens d'encadrement limités.

S'assurer que l'équité et le genre sont pris en compte dans la planification et les revues du PNDS.

Mettre en place une commission de réflexion sur la « féminisation du secteur de la santé » pour en tirer les meilleurs avantages et en limiter les inconvénients.

Conformément à la Stratégie nationale d'institutionnalisation du genre (SNIG du MASEF), créer un groupe genre/santé sous l'égide de la DRH ou du SG pour entre autres adapter le système d'affectation du personnel (par exemple privilégier les postes dans les hôpitaux pour les femmes).

6.2. Composante 2 : Financement

Ce chapitre est abordé sous l'angle de la collecte, de la mobilisation, de l'allocation et de la gestion des ressources financières.

6.2.1. Politiques, stratégies et plans relatifs au financement

Il existe un Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) associé au PNDS, des Revues des dépenses publiques en santé (RDPS) et des Comptes nationaux de la santé (CNS) sont élaborés. Cependant, ils ne sont pas actualisés de manière régulière, les derniers CNS publiés concernent l'année 2008 et les CNS pour 2011/2012 n'ont pas encore été rendus publics.

La part du budget national consacrée à la santé est insuffisante (autour de 5% du budget national).

Le financement de la santé provient des sources suivantes : les ménages, le budget de l'état (Ministère de la santé, MASEF, MDN ...), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), le CNSS, autres assurances, secteur privé, et les PTF.

Les ménages paient plus de 50% des coûts de santé ce qui pose des problèmes d'équité (CNS 2008)

Le passage à la couverture universelle semble faire l'objet d'un consensus mais n'est pas encore traduit par une politique, une stratégie et un plan couvrant les différents mécanismes et sources possibles de financement (CNAM, CNSS, assurances privées, mutuelles tout en prenant en compte la « solidarité traditionnelle »).

Le Ministère de la santé n'a pas les mécanismes appropriés pour générer de l'information sur l'ensemble des ressources disponibles du secteur et leur allocation précise. C'est ainsi qu'il est obligé de faire recours aux PTF pour avoir cette information.

Il faudrait :

- ✓ Mettre en place un sous-comité 'financement' dépendant du CONAP avec la participation de toutes les parties prenantes (MS, MAED, MF, CNAM, CNSS, Secteur privé) ;
- ✓ Créer une unité pour la coordination du financement de la santé qui doit être coordonnée au niveau du MS/DPCIS (économie et financement de la santé) ;

- ✓ Elaborer une politique/stratégie/ plan de couverture sanitaire universelle incluant toutes les sources et mécanismes d'assurance-maladie ;
- ✓ Mettre en place un système robuste d'information financière au sein de la DAF qui soit coordonné avec le SNIS ;
- ✓ Mettre à jour régulièrement les CNS et CDMT sur la base du Système d'information financière.

6.2.2. Mobilisation des ressources financières

La CNAM couvre les fonctionnaires de l'état, y compris les militaires, les parlementaires, les employés du secteur para public, les retraités issus de ces groupes et une part croissante du secteur privé formel, soit entre 7 et 10% de la population.

La CNAM a commencé, sur une échelle encore réduite, des contrats de performance avec certains hôpitaux.

Il existe une grande solidarité sociale informelle avec les malades, qui n'a pas encore fait l'objet d'une étude descriptive complète. Une telle étude permettrait pourtant d'apprécier le volume de la solidarité, sa contribution relative à la prise en charge des coûts des soins et ses perspectives futures.

Il faudrait :

- ✓ Optimiser la solidarité sociale informelle sur la base d'un état des lieux en collaboration avec MASEF ;
- ✓ Renforcer la capacité de régulation du Ministère de la santé pour permettre à la CNAM de se consacrer à sa fonction originelle de collecte, de remboursement et de soutien à l'amélioration de la qualité des soins.

6.2.3. Allocation des fonds

Au niveau macro, le PNDS donne des orientations pour l'allocation par niveau au niveau national. Cependant les critères d'allocation par niveau et par institutions ne sont pas précis.

Environ 50% du budget de la CNAM est alloué aux évacuations vers l'étranger qui concerne une frange minoritaire des assurés.

En dépit du fait que le PNDS donne la priorité aux soins de santé primaires, en pratique le secteur tertiaire bénéficie des investissements les plus importants.

De l'avis des acteurs, on investit beaucoup dans les infrastructures et les équipements et pas assez dans les dépenses de fonctionnement, y inclus la maintenance.

Depuis l'autonomisation des hôpitaux, le budget a augmenté de manière significative¹⁸, ce qui est n'est pas le cas pour les centres et postes de santé qui ont bénéficié d'augmentation de crédits beaucoup plus limitées.

Il faudrait donc :

- ✓ Instaurer des critères d'allocation des ressources précis fondés sur les priorités du PNDS et les

¹⁸ Jusqu'à 10 fois, selon certains directeurs.

adopter au plus haut niveau.

6.2.4. Utilisation et gestion des fonds

Le transfert des fonds des partenaires se fait selon des modalités différentes : (a) à la DAF, (b) aux programmes concernées, (c) au niveau déconcentré.

Il n'y aurait aucun retard de transfert de subvention en 2014 et les fournisseurs sont payés à temps. Par contre les feed-back du niveau déconcentré sur l'utilisation des ressources manquent.

Il y a un problème de communication et de coordination entre la DAF et la DPCIS dans le processus de budgétisation y inclus l'imputation budgétaire.

Encadré 6 : Résultats de l'enquête

- ✓ La base d'élaboration du budget la plus répandue est celle du budget historique selon 30,4% des répondants, suivie des critères prédéfinis (27,7%), le plan d'action approuvé et l'arbitrage venant étant évoqués respectivement par 22,3% et 19,6%
- ✓ Selon 55,1% des répondants, le rythme des dépenses suit plus ou moins bien les prévisions du plan d'action alors que 26,2% des répondants déclarent que ce rythme ne suit pas du tout les prévisions
- ✓ Pour 61,7% des répondants, le processus d'ordonnancement du budget de leur institution constitue une contrainte contre 38,3% qui ont une opinion contraire. Ce processus est perçu comme lent par 42,9%, complexe par 31,0% et non conforme aux prévisions par 23,8%

Les EPA, y compris les Centres hospitaliers, disposent de l'autonomie de gestion.

Les services centraux et déconcentrés gèrent le budget sur la base de procédures administratives classiques.

Les programmes disposent d'une semi- autonomie de fait y compris sur le plan financier, sur la base d'arrêtés pris par le Ministère de la santé et non de décrets.

Il y a un grand nombre d'unités de gestion avec pour corollaire l'importance des frais de gestion, les doubles emplois et les difficultés de suivi et de contrôle.

L'autonomie de gestion n'est pas accompagnée par les mesures qui assurent la transparence et l'efficacité :

- ✓ Outils de gestion ;
- ✓ Audits réguliers ;
- ✓ Personnel compétent en comptabilité.

Les arrêtés ne spécifient pas clairement qui est l'ordonnateur du budget des programmes

En pratique, les signatures du coordonnateur et de son comptable suffisent pour engager les dépenses.

Il faudrait donc :

- ✓ Harmoniser les procédures de transfert des ressources des partenaires sur la base de la

transparence et de la souplesse ;

- ✓ Assurer une collaboration étroite entre la DPCIS, la DAF et les directions techniques concernées pour la budgétisation (signature conjointe du DAF, DPCIS et Direction technique concernée) ;
- ✓ Elaborer un ou des manuels de procédures financières pour le secteur sur la base des règles communes de l'état et incluant le recouvrement des coûts ;
- ✓ Clarifier la situation de la gestion des fonds par les programmes du point de vue juridique, tout en assurant le maximum de souplesse et de transparence.

6.3. Composante 3 : Infrastructures et logistique

6.3.1. Politiques, stratégies et plans relatifs aux infrastructures et à la logistique

Le plan de développement des infrastructures n'est pas actualisé.

De nombreuses implantations d'infrastructures ne répondent pas aux normes du PNDS et de la carte sanitaire.

Il n'y a pas une adéquation entre d'une part les infrastructures et les équipements et d'autre part les ressources humaines et les budgets de fonctionnement requis.

Il n'y a pas de procédures de gestion et de maintenance des équipements bio-médicaux et l'on note un manque de ressources humaines compétentes dans ce domaine.

Les locaux du Ministère de la Santé sont inadéquats et de nombreuses composantes du département au niveau central, dont pratiquement tous les programmes, sont dispersées dans la capitale et souvent en location¹⁹ (voir annexe 4).

Il existe un programme national de télémédecine, mais l'utilisation de technologie de l'information de la communication (SNIS, télémédecine, téléformation, management) est encore insuffisante. Il existe un réseau téléphonique interne commun mais il n'y a ni réseau informatique commun, ni disponibilité de la connexion sans fil.

Il faudrait donc :

- ✓ Actualiser le plan de développement des infrastructures en cohérence avec le PNDS et la carte sanitaire et y inclure un volet ressources humaines ;
- ✓ Construire un grand ministère de la santé destiné à regrouper le maximum de structures du niveau central ;
- ✓ Elaborer un plan national de développement des NTIC pour la santé en collaboration avec les structures compétentes du gouvernement ;
- ✓ Mettre en place un réseau informatique dédié au MS y compris au niveau décentralisé ;
- ✓ Promouvoir l'utilisation de l'informatique dans tous les domaines en plus de la télémédecine : gestion/administration, SNIS, formation.

¹⁹ Le Ministère de la santé et ses programmes, cellules occupent trois bâtiments publics et 10 bâtiments privé en location

6.4. Composante 4 : Ressources humaines

Un Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines (PSDRH) couvrant la période 2006-2015 a été élaboré mais il n'a pratiquement pas été mis en œuvre et n'a pas encore été actualisé sur la base du PNDS 2012-2020.

Un Observatoire National des Ressources Humaines a été mis en place en 2009 mais ces productions n'ont pas été régulièrement actualisées.

Une évaluation des Primes de Zone et de Technicité (PZT) a été conduite en 2011, avec des recommandations relatives à la motivation globale des personnels de santé.

Une nouvelle stratégie de délégation des tâches a été élaborée en 2013 avec pour objectif d'améliorer la couverture en soins de qualité en transférant des tâches traditionnellement effectuées par des catégories de personnel de « niveau supérieur » vers des catégories de « niveau inférieur » et plus disponibles dans les institutions de soins.

Enfin il est important de noter que la marge de manœuvre du ministère de la santé en matière de gestion des ressources humaines est limitée car d'autres départements sont impliqués comme la fonction publique, les finances et l'administration territoriale.

Le statut particulier des personnels de santé, adopté en 2008 n'a pas encore été mis en œuvre et la plupart des acteurs sont d'avis que les rémunérations et la classification des personnels de santé sont très peu motivants compte tenu de la charge de travail et des responsabilités qu'ils sont censés assumer. Le personnel retraité n'est pas suffisamment pris en charge.

Le partenariat avec les ordres et syndicats professionnels n'est pas caractérisé par une crise aiguë, mais la confiance réciproque et la collaboration méritent d'être renforcées par un dialogue permanent à travers la commission paritaire et la commission nationale des affectations ainsi que par une plus grande implication dans les différentes structures de coordination.

Les écoles de formation ont été érigées en EPA et sont donc autonomes sur les plans administratif et financier. Cependant la coordination et le respect de normes nationales en matière de programmes et de diplômes ne sont pas complètement assurés²⁰. Il n'existe pas de conseillers et d'inspecteurs pédagogiques.

Enfin après l'interruption du diplôme de santé publique soutenu par la coopération espagnole, le besoin d'une formation destinée à améliorer les compétences gestionnaires des responsables et notamment des équipes cadres de CSM et des DRAS se fait d'autant plus sentir.

Encadré 7 : Résultats de l'enquête

60,7% des enquêtés affirment être rarement impliqués dans la sélection de leurs collaborateurs, 54,1% estiment avoir rarement l'autorité et les moyens pour récompenser la bonne performance de leurs collaborateurs et 61,3% disent avoir rarement les pouvoirs pour sanctionner la sous-performance de leurs collaborateurs.

²⁰ Deux programmes de formation différents sont actuellement utilisés et les examens de sortie sont organisés séparément.

Les propositions faites pour améliorer la situation des ressources humaines sont formulées selon les fréquences suivantes:

- ✓ Développer un plan de formation continue : 83,6% ;
- ✓ Introduire une politique transparente de recrutement : 72,1% ;
- ✓ Définir/redéfinir et appliquer des critères d'affectation : 70,5% ;
- ✓ Lier la rémunération aux performances : 65,6% ;
- ✓ Développer des plans de carrière transparents : 63,1% ;
- ✓ Définir/redéfinir des profils de poste : 62,3%.

Il faudrait :

- ✓ Réactualiser le PSDRH en conformité avec du PNDS en prenant en compte la carte sanitaire et le développement des infrastructures ;
- ✓ Veiller à ce que le service de la Programmation et des Normes de la DRH fasse une gestion prévisionnelle transparente et optimale en utilisant une base de données actualisée et liée au SNIS ;
- ✓ Veiller à l'élaboration des descriptions de postes et à l'adéquation entre les profils de postes et les qualifications des candidats ;
- ✓ Renforcer les missions du service de la formation pour assurer le soutien et l'encadrement pédagogique des institutions de formation et l'harmonisation de la formation initiale et continue de personnels ;
- ✓ S'assurer de la fonctionnalité de la Commission nationale des affectations ;
- ✓ Créer dans la DRAS une unité ou un point focal en charge des RH éventuellement associé au service administratif et financier ;
- ✓ Appliquer le Décret n°2008-104/PM portant statut particulier des corps de la santé et de l'action sociale ou prendre des mesures alternatives ;
- ✓ Définir un système global de motivation du personnel lié à la performance (incitation financière, matérielle, morale, sociale etc...).

6.5. Composante 5 : Médicaments, vaccins et technologies médicales

Une évaluation externe du secteur pharmaceutique a été conduite et validée en 2011 et contient un grand nombre de recommandation pour l'amélioration du secteur. De même une loi pharmaceutique a été votée, même si elle suscite certaines réserves de la part des professionnels du secteur.

Le cadre politique et légal existe donc, même s'il est encore incomplet, le problème principal étant sa mise en œuvre.

On note encore des faiblesses dans la coordination entre les acteurs clé que sont la Direction de la pharmacie et des laboratoires (DPL) du Ministère de la santé, l'Inspection générale de la santé (IGS) et les deux institutions autonomes, le Laboratoire national de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM) et la Centrale d'achat de médicaments essentiels et de consommables (CAMEC).

Les acteurs pour l'approvisionnement et la distribution sont le secteur privé lucratif dominant²¹, le secteur privé non lucratif, et le secteur public faiblissant (la CAMEC, ses dépôts régionaux et les pharmacies des formations sanitaires) à cause de la chute du système de recouvrements des coûts depuis quelques années.

La planification, la régulation et le contrôle ressort de la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL), l'inspection de la pharmacie et du médicament de l'Inspection Générale de la Santé, et l'Institut national de contrôle de qualité des médicaments (LNCQM) créé en 2007 comme EPA. L'Institut national de recherche en santé publique (INRSP) pourrait faire le contrôle de qualité des tests rapides de laboratoires.

Comme il a été remarqué dans l'analyse de situation du secteur effectuée en 2011, le sous-secteur pharmaceutique en particulier sa composante privée, souffre de lacunes très graves en termes de gouvernance, ce qui contribue considérablement à la baisse de confiance dans le système des soins.

L'application effective des recommandations de l'étude de 2011 pourrait améliorer considérablement cette situation.

Il n'existe pas de politique en technologie médicale, alors que les coûts d'investissement et de fonctionnement dans ces technologies pèsent lourd sur le budget de la santé.

Il faudrait :

- ✓ Développer et appliquer un plan de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du secteur pharmaceutique ;
- ✓ Inclure, en collaboration avec la DIMM, le volet technologies de la santé et tout particulièrement les équipements dans la Politique de développement des infrastructures actualisée et harmonisée avec le PNDS.

6.6. Composante 6: Prestations des soins

6.6.1. Politique et stratégie

Le PNDS a prévu des objectifs et un certain nombre de normes en termes d'infrastructures et de ressources humaines au niveau national et le cadre sanitaire a été élaboré. Des paquets minimums et complémentaires d'activités (PMA et PCA) sont disponibles mais leur mise en œuvre n'est pas systématique.

²¹ Le chiffre d'affaires pharmaceutique annuel total du secteur privé s'élèverait selon certains à 50 milliards MRO, un chiffre bien plus important que les déclarations douanières d'importation. Par contre le chiffre d'affaire de la CAMEC est estimé à environ 3 milliards MRO. En théorie, la CAMEC sert non seulement le secteur public, mais également en partie le secteur privé puisque légalement, tous les antibiotiques et certains psychotropes devraient être importés exclusivement par la CAMEC.

Il n'existe pas de référentiel en matière de procédures ni de protocoles de diagnostic et de traitement élaborés selon une approche globale mais plutôt des guides par maladie ou par programme.

6.6.2. Organisation y compris le système de référence /contre-référence

Le PNDS prévoit l'élaboration d'un schéma directeur d'organisation des soins avec un véritable système d'orientation/recours qui n'a pas encore été réalisé.

Il existe une compétition entre les hôpitaux d'une part, et entre les hôpitaux et les centres de santé d'autre part. Cette situation est liée au statut de ces institutions (EPA) et à la forme actuelle de motivation liée au recouvrement des coûts qui est lui-même centré sur le volume des prestations curatives dans les hôpitaux et sur la vente des médicaments dans les centres de santé.

Le rôle de régulation du Ministère de la Santé notamment celui de la direction chargée des hôpitaux et des établissements de soins doit être renforcé dans ce domaine avec l'appui de la tutelle des EPA. La contractualisation des hôpitaux autonomes peut contribuer considérablement à l'application de la régulation dans le domaine des soins.

La motivation des personnel devrait être liée aux soins de santé globaux et pas seulement aux prestations curatives.

Il faudrait :

- ✓ Réformer le système de RC sur la base d'une étude de l'impact du système actuel sur la qualité des soins, l'accès aux services et l'équité ;
- ✓ Mettre en place l'approche contractuelle avec les hôpitaux autonomes sur la base de la gestion axée sur les résultats en coordination avec l'approche de financement basé sur les résultats programmée avec l'appui de la Banque Mondiale et de l'UNICEF.

6.6.3. Qualité des soins

Le PNDS prévoit l'élaboration de référentiels de qualité pour les structures de soins qui n'a pas encore été réalisée. De tels référentiels permettraient au Ministère de la santé d'évaluer, de certifier et d'accréditer les institutions de soins. Dans certains pays il existe une agence indépendante d'accréditation, mais en Mauritanie cette fonction pourrait être confiée à la Direction en charge des hôpitaux ou des établissements de soins.

En 2013, l'indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA)²² était de 28%, soit un score plus bas que celui de beaucoup de pays à revenu similaire ou moins élevé.

La capacité opérationnelle générale des services fait référence à la capacité d'ensemble des établissements de soins à fournir des services de santé généraux. La capacité opérationnelle se définit comme la disponibilité des éléments requis pour la prestation des services dans les cinq domaines

²² Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA), OMS, 2013. Cet indice est basé sur un échantillon représentatif au niveau national de 232 formations sanitaires. Les résultats ont été pondérés en fonction de la distribution des formations par type (hôpital/clinique, CS/Cabinet & PS) et instance gestionnaire (public & privé). Période de collecte des données du 14 au 29 mars 2013.

suivants : aménagements et éléments de confort indispensables, équipements essentiels, précautions standard pour la prévention des infections, capacité de diagnostic et médicaments essentiels.

Il faudrait :

- ✓ Développer des référentiels de qualité pour les structures de soins par structure ;
- ✓ Lier l'allocation des ressources à la performance, y compris par le biais de l'approche contractuelle.

6.6.4. Couverture et équité

Selon l'analyse de la situation du secteur effectuée en 2011, les niveaux de couverture des interventions à haut impact, par rapport au niveau de pauvreté sont très défavorables aux quintiles pauvres et très pauvres.

Le MASEF alloue une subvention aux hôpitaux à titre de contribution à la prise en charge des personnes indigentes et finance les évacuations à l'étranger pour soins médicaux des personnes prises en charge par la CNAM ou d'autres sources. Cependant la prise en charge des pauvres est encore très partielle.

Il n'est pas prévu dans le suivi du PNDS d'indicateurs explicites relatifs à l'accès équitable aux soins.

La stratégie de santé communautaire qui concerne en premier lieu les populations pauvres et les zones rurales n'est pas encore mise en œuvre à l'échelle nationale.

L'élaboration et la mise en œuvre progressive de la stratégie de couverture universelle, l'introduction d'indicateurs d'équité dans le suivi du PNDS et la mise en œuvre de la stratégie communautaire, devraient contribuer à instaurer plus d'équité dans l'accès aux soins et l'état de santé.

6.7. Composante 7 : Information sanitaire, recherche et gestion des connaissances

Une évaluation du SNIS a été conduite en 2011 et sur cette base, un plan de développement du SNIS a été élaboré pour la période 2012-2015. En 2014, un programme national du SNIS a été créé avec un Comité de Pilotage sous l'égide du DPCIS. Un annuaire statistique est produit régulièrement.

Cependant :

- ✓ Le SNIS actuel couvre peu les hôpitaux qu'il est en train d'intégrer progressivement ;
- ✓ Certains autres domaines ne sont pas couverts ou ne le sont que partiellement : activités de supervision, fonctionnement des structures de coordination et de gestion, ressources pour la santé (humaines, matérielles et financières) ;
- ✓ L'indice d'utilisation du SNIS objectif par l'évaluation de 2011 est de 32%²³.

²³ La méthode d'évaluation utilisée est celle préconisée par le Réseau de Métrologie Sanitaire (RMS) - Health Metrics Network (HMN), dont l'OMS est membre, et fondée sur un cadre théorique et utilisant un outil d'évaluation conçu à cet effet. Voir <http://www.who.int/healthmetrics/en/>

La recherche en santé est principalement menée par l'IRSP dans ses composantes biologique et épidémiologique. La recherche sur les programmes et systèmes de santé est en général réalisée par les programmes et institutions concernés sous forme d'analyses de situation ou d'évaluations. D'une manière générale elle demeure limitée en pertinence, en quantité et en qualité.

Il n'y a pas de plan de développement, ni comité d'éthique, ni organe de coordination de la recherche

Enfin au-delà de l'information et de la recherche, il faut rappeler que la gestion des connaissances était associées aux deux premières comme axe fondamental du PNDS.

La gestion des connaissances concerne aussi bien l'information sanitaire, la recherche en santé que l'ensemble des approches qui assurent la création, la préservation, le partage et l'application des connaissances. Cela permettrait en définitive d'avoir un Ministère de la Santé et des personnels « apprenants », c'est dire qui accumulent les connaissances, les partagent et en tirent effectivement profit en évitant de répéter les erreurs du passé et en profitant pleinement des connaissances accumulées tant au niveau national qu'international, aussi bien dans la documentation écrite que dans l'expérience partagée.

Ces trois composantes devraient être associées et coordonnées à un niveau et selon des approches appropriées.

Chapitre 7 : Propositions de renforcement des missions du Ministère de la santé

Sur la base de l'analyse de situation qui précède, on propose un certain nombre de réformes et de mesures pratiques pour l'amélioration de la performance du Ministère de la santé. Elles sont présentées sous la forme de défis à relever, de résultats attendus avec des indicateurs de suivi, et d'activités à réaliser. Les hypothèses sont également signalés. Enfin, les besoins en appui attendu des PTF sont précisés pour chaque domaine d'intervention.

7.1.1. Leadership

DEFI :

L'engagement au plus haut niveau de l'état en faveur de la santé est réel. Il faut cependant encore améliorer la gouvernance et le leadership du secteur, en particulier s'assurer que le PNDS devienne la référence essentielle pour le développement sanitaire. La stabilité du leadership est également nécessaire.

RESULTAT ATTENDU :

Le rôle de leadership en matière de santé du gouvernement et du Ministère de la santé renforcé.

INDICATEUR :

Le PNDS est suivi en utilisant un tableau de bord fonctionnel.

ACTIVITES :

- i) Renforcer les capacités de leadership et de gestion stratégique des cadres supérieurs du Ministère de la santé par la formation continue et la mise à disposition d'outils de gestion (tableau de bord, information stratégique, notes synthétiques) ;
- ii) Mener un plaidoyer systématique auprès des plus hautes autorités pour la promotion du PNDS comme référence pour l'ensemble du gouvernement ;
- iii) Impliquer davantage les Conseillers et les Chargés de mission de la présidence et de la Primature et les parlementaires dans la réflexion stratégique sur la santé et sur le suivi de la mise en œuvre du PNDS (p. ex. CONAP) ;
- iv) Communication en Conseil des ministres suite à l'audit pour valider les réformes institutionnelles nécessaires.

APPUI TECHNIQUES ET FINANCIERS :

- i) Un expert de haut niveau ayant au moins 10 ans d'expérience en pays de niveau de développement comparable pour une durée de deux ans éventuellement renouvelable pour un appui institutionnel ;
- ii) Expertise mixte pour une formation qui concernera 60 personnes par groupes de 20 environ sur une période de 6 mois.

HYPOTHESE :

Engagement soutenu au plus haut niveau de l'état (Présidence et PM) y compris du Ministère en faveur du PNDS et des réformes du secteur de la santé.

7.1.2. Planification et gestion

DEFIS :

Le PNDS et les politiques sous-sectorielles sont relativement complets et cohérents, y inclus avec le CLSP, bien que certaines politiques sous-sectorielles manquent ou n'ont pas été adoptées (RH, Médecine Hospitalière, ...). Ces plans et politiques sont cependant peu mis en œuvre. L'élaboration des plans d'actions et les revues à tous les niveaux sont parfois formels et le niveau de participation n'est pas toujours satisfaisant.

La culture organisationnelle et les méthodes de gestions qui jouent un rôle essentiel dans la performance sont caractérisés par des faiblesses significatives dans les domaines suivants: respect des règles, des procédures et des délais prescrits, mise en œuvre des recommandations adoptées, respect de la déontologie administrative et professionnelle, esprit d'équipe/collaboration/coordination, partage de l'information, équité et transparence dans la motivation, la récompense et la sanction, exemple des bonnes pratiques donné par les niveaux hiérarchiques supérieurs.

RESULTAT ATTENDU

Capacités des principaux managers aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel renforcées en planification et gestion participative, basée sur les résultats.

INDICATEURS :

- i) Nombre de réunions du Conseil de Direction consacré au suivi du PNDS sur la base d'un tableau de bord, et en coordination avec le CONAP ;
- ii) Proportion des Plans d'actions élaborés et de revues réalisées conformément aux normes aux niveaux central et déconcentré ;
- iii) Niveau de satisfaction des acteurs et notamment au niveau intermédiaire et opérationnel vis-à-vis des méthodes de gestion et de la culture organisationnelle (enquêtes d'opinion périodiques).

ACTIVITES :

- i) Développer/actualiser les politiques et stratégies sous-sectorielles (ressources humaines, hôpitaux, infrastructures et matériel, cadre juridique et de régulation, ...);
- ii) Organiser des cycles de formation en planification/ gestion des systèmes et programmes de santé et la culture organisationnelle ;

Cette formation concernera les principaux domaines de management des programmes, service et institutions de santé. Elle couvrira les équipes cadres des Directions, Programmes, EPA, DRAS, MCM soit environ 300 personnes sur une période de 24 mois ;
- iii) Développer ou actualiser des procédures gestionnaires claires (manuels de procédures pour les différentes institutions) ;

- iv) Lier la Gestion axée sur les résultats au système d'inspection, et de motivation (voir résultats respectifs).

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :

Expertise mixte 200 Hommes jours.

HYPOTHESES :

- i) Un engagement politique soutenu au plus haut niveau ;
- ii) Stabilité du personnel formé.

7.1.3. Cadre réglementaire et régulation

DEFIS :

- i) Un grand effort a été fourni en matière d'élaboration de textes réglementaires. Les textes manquent cependant parfois de cohérence et de textes d'application. Ils ne sont pas répertoriés et parfois pas appliqués. Il arrive que des groupes d'intérêt interfèrent de manière négative dans leur adoption ou leur application (loi pharmaceutique, tabac) ;
- ii) Il existe une Inspection Générale en Santé (IGS) avec trois sections. Cependant les inspections sont faites plus à la demande que de manière systématique. Les rapports d'inspection sont rarement suivis d'effet.

RESULTATS ATTENDUS :

La capacité régulatrice du Ministère de la santé renforcée en matière d'élaboration et d'application des normes, des procédures et des textes réglementaires.

INDICATEURS :

- i) Un répertoire actualisé des textes réglementaires régissant le secteur ;
- ii) Proportion des textes réglementaires prévus dans le PNDS adoptés ;
- iii) Le nombre d'inspections systématiques et planifiées réalisé par l'IGS ;
- iv) Proportion des recommandations émises par l'IGS suivies d'effet.

ACTIVITES :

- i) Développer un répertoire actualisé des textes réglementaires régissant le secteur ;
- ii) Elaborer les textes réglementaires prévus par le PNDS ;
- iii) Elaborer et/ou mettre en œuvre un plan annuel d'inspection ;
- iv) Instruire les DRAS sur leur rôle de surveillance et d'alerte dans le respect de la réglementation en précisant les modalités de mise en œuvre et les mesures d'accompagnement ;
- v) Veiller à ce que les recommandations émises par l'IGS soient suivies d'effet en collaboration avec les autorités administratives et judiciaires.

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :

- i) Appui par une consultation nationale 3 H/Mois ;

- ii) Fournir les moyens logistiques pour les inspections.

HYPOTHESES :

- i) Un engagement au plus haut niveau ;
- ii) Dialogue politique des PTF.

7.1.4. Collaboration intersectorielle et partenariat

DEFIS :

- i) Les comités de pilotage sont peu fonctionnels : faible taux de présence et niveau hiérarchique des participants peu élevé ;
- ii) Le Ministère de la santé exerce peu de leadership et d'influence sur les autres secteurs dans le domaine de la santé ;
- iii) Le Compact est insuffisamment mis en œuvre et suivi.

RESULTAT ATTENDU :

La collaboration entre le Ministère de la santé, les autres secteurs de développement et les PTF renforcée en vue de la mise en œuvre efficiente du PNDS.

INDICATEURS :

- i) Nombre de réunions du CONAP où $\frac{3}{4}$ des membres hors MINISTÈRE DE LA SANTÉ participent ;
- ii) Nombre de programmes des autres secteurs auxquels le Ministère de la santé participe ;
- iii) Proportion de décisions prises par le CONAP mises en œuvre dans les délais prévus ;
- iv) Niveau de mise en œuvre du Compact.

ACTIVITES :

- i) Transformer l'arrêté sur le CONAP en décret, limiter le nombre de réunions, améliorer la préparation et le suivi des réunions et faire en sorte qu'il se limite aux questions stratégiques liées à la mise en œuvre du PNDS ;
- ii) Revoir les arrêtés relatifs aux différentes structures de coordination (CONAP, CT/PNDS, CP des programmes) pour une meilleure cohérence et complémentarité de ces organes et une périodicité adéquate des réunions ;
- iii) Assurer la participation active du Ministère de la santé aux activités intersectorielles impactant sur la santé et qui sont pilotés par d'autres secteurs ;
- iv) Elaborer une feuille de route pour la mise en œuvre graduelle du Compact en fonction de l'amélioration de la capacité du secteur et de la modification des procédures des bailleurs de fonds ;
- v) Inclure le suivi du Compact et du partenariat dans le suivi du PNDS.

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :

L'appui technique au leadership inclura la collaboration intersectorielle

HYPOTHESES :

- ✓ Capacité de plaider et de leadership du Ministère de la santé auprès des autres Ministères, des hautes autorités de l'Etat et des PTF ;
- ✓ Pour conclure le leadership, le management, et la gouvernance sont corrélés et interagissent avec les autres composantes du système de santé. Les recommandations portant ces diverses composantes sont passées en revue ci-dessous

7.2. Gestion des Ressources humaines en santé

DEFIS :

- i) L'absence d'un plan de développement des RH conforme aux options et exigences du PNDS ;
- ii) L'inadéquation du statut du personnel actuellement en vigueur et la non-application du statut adopté en 2008 compromettent la performance du système de santé ;
- iii) Une évaluation des primes de zone et de technicité (PZT) a été conduite en 2011, et les recommandations qui couvrent de nombreux aspects de la motivation n'ont pas été mis en œuvre.

RESULTAT ATTENDU :

Le Ministère de la santé est en mesure d'assurer la production, la gestion, la motivation et la rétention des RHS.

INDICATEURS :

- i) Plan de développement des ressources humaines conforme au PNDS ;
- ii) Système global de motivation lié à la performance du personnel de santé ;
- iii) Organe de coordination interministériel.

ACTIVITES

- i) Améliorer les capacités d'appui pédagogique aux écoles de formation, harmonisation des programmes) ;
- ii) Coordonner et harmoniser la formation continue (Directions, Programmes et PTF) ;
- iii) Décentraliser la gestion des RHS par la création d'un service ou d'une unité RHS et la délégation de pouvoirs supplémentaires aux DRAS dans le cadre d'une éventuelle décentralisation ;
- iv) Mettre en place la commission interministérielle de coordination prévue par le PNDS ;
- v) Développer un modèle national de motivation des personnels de santé par catégorie d'institutions.

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER

Assistance technique intermittente de trois hommes / mois.

HYPOTHESE :

La volonté existe de gérer les RH d'une façon transparente et selon les besoins du système de santé.

7.3. Mobilisation, allocation et gestion des ressources financières

DEFIS :

- i) La part du budget national consacrée à la santé est insuffisante (autour de 5% du budget national). Les ménages paient plus de 50% des coûts de santé ce qui pose des problèmes d'équité (CNS 2008). L'assurance maladie (CNAM et assurance privée) couvre environ 10% de la population. Il n'existe pas un système formalisé de prise en charge des indigents ;
- ii) Le passage à la couverture universelle des soins de santé est inscrit dans le programme du Chef de l'Etat. Elle ne s'est pas encore traduite par une politique, une stratégie et un plan couvrant les différents mécanismes et sources possibles de financement (CNAM, CNSS, assurances privées, mutuelles tout en prenant en compte la « solidarité traditionnelle ») ;
- iii) La majorité des fonds de l'Etat sont dirigés vers le secteur tertiaire, à l'encontre du PNDS ;
- iv) Le Ministère de la santé n'a pas les mécanismes appropriés pour générer de l'information sur l'ensemble des ressources disponibles du secteur et leur allocation précise ;
- v) La CNAM assume à la fois un rôle de collecte, de régulation, de contrôle et de paiement. Elle souhaite clarifier cette situation dans le sens d'une plus grande transparence ;
- vi) Les Programmes disposent d'une semi-autonomie de fait y compris sur le plan financier, sur la base d'arrêtés pris par le Ministère de la santé et non de décrets ;
- vii) Le Ministère de la santé a des critères d'allocation de ressources par niveau, décrit dans le CDMT. En réalité, ces critères ne sont pas toujours respectés, et les allocations ne sont pas basées sur la performance.

RESULTAT ATTENDU :

Les capacités du Ministère de la santé renforcées pour mobiliser les fonds requis et assurer leur allocation et gestion adéquate en vue d'une couverture universelle.

INDICATEURS :

- i) Une stratégie de couverture universelle développée en partenariat avec le MF, MASEF, la Primature ;
- ii) Une entité d'économie et de financement de santé fonctionnelle existe au sein du Ministère de la santé et opère en réseau avec les Ministères appropriés ;
- iii) Le financement basé sur la performance mis en œuvre.

ACTIVITES :

- i) Créer une entité d'économie et de financement de santé ayant entre autres tâches d'assurer la fonction de régulation de l'assurance contribuant ainsi à la séparation des fonctions de paiement, régulation et de contrôle qui fait l'objet d'une certaine confusion actuellement ;
- ii) Réviser le CDMT sur la base des derniers Comptes nationaux de Santé et faire une communication en conseil des ministres pour l'adoption du CDMT révisé en s'assurant que les priorités du PNDS sont bien prises en compte ;
- iii) Entreprendre un audit de la gestion financière pour déterminer la transparence et l'efficacité du système de financement de la santé ;
- iv) Introduire l'approche contractuelle et de financement basé sur la performance / résultats ;
- v) Elaborer un plan de couverture universelle fondé sur une étude actuarielle.

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :

- i) 2 hommes mois d'expertise mixte pour faire une étude de faisabilité de la couverture universelle ;
- ii) Le financement basé sur les résultats fait l'objet de la formulation de projet avec l'appui de la Banque Mondiale et de l'UNICEF. D'autres partenaires pourraient s'y associer dans un esprit harmonisation.

HYPOTHESES ET RISQUES :

- i) La volonté politique d'une couverture universelle existe ;
- ii) Les effets pervers potentiels du financement basé sur les résultats doivent être anticipés (risque de déséquilibres liés aux incitations et aux choix des indicateurs).

7.4. Gestion des infrastructures, des équipements et de la logistique

DEFIS :

- iii) Les locaux du Ministère de la santé sont inadéquats et de nombreuses composantes du département au niveau central sont dispersées et souvent en location. L'utilisation de technologie de l'information de la communication (SNIS, télémédecine, téléformation, management) est encore insuffisante ;
- i) Plan de développement des infrastructures non actualisé. Il n'y a pas une adéquation entre d'une part les infrastructures et les équipements et d'autre part les ressources humaines et les budgets de fonctionnement requis ;
- ii) Procédures non actualisées et ressources humaines insuffisante pour la gestion et la maintenance des équipements.

RESULTAT ATTENDU :

Une meilleure adéquation entre les infrastructures, les équipements et les besoins des services.

INDICATEURS :

- i) Un terrain sécurisé et des plans de construction pour le siège du Ministère de la santé finalisés.
- ii) Un plan NTIC adopté ;
- iii) Une politique d'infrastructure et d'équipement actualisée

ACTIVITES :

- i) Construire et équiper un nouveau siège pour le Ministère de la santé ;
- ii) Informatiser et mettre en réseau le Ministère de la santé ;
- iii) Elaborer un plan national des Nouvelles technologies en information et communication (NTIC) et santé (télémédecine, éducation, système d'information) ;
- iv) Actualiser la politique d'infrastructures et équipements avec un plan d'action, incluant un volet ressources humaines (ingénieurs et techniciens).

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :

- ✓ Expertise pour l'élaboration d'un projet d'établissement d'un nouveau ministère, y inclus les besoins de surface. Expertise 2 hommes/mois à confirmer avec le Ministère en charge des Bâtiments/Habitat
- ✓ Expertise pour l'informatisation et la mise en réseau du Ministère de la santé et le plan NTIC et santé. Expertise 3 hommes/mois en collaboration avec le Ministère chargé de la modernisation de l'administration

HYPOTHESES :

- i) Les fonds sont mobilisés pour la construction d'un nouveau ministère ;
- ii) Disponibilité d'une politique/plan de développement des infrastructures et équipements conforme au PNDS.

7.5. Prestation de soins

DEFIS :

- i) En 2013, l'indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA) était de 28%, soit un niveau significativement inférieur à celui de plusieurs pays à revenu similaire ou moins élevé²⁴ ;
- ii) Il n'existe pas un schéma directeur d'organisation des soins décrivant la référence et la contre-référence comme prévu par le PNDS et la définition des Paquets d'activités minimum et complémentaires sont restés théoriques ;
- iii) Il n'existe pas de référentiels de qualité pour les structures de soins, ni un programme, ni une

²⁴ Cet indice est basé sur un échantillon représentatif au niveau national de 232 formations sanitaires. Les résultats ont été pondérés en fonction de la distribution des formations par type (hôpitaux/clinique, CS/Cabinet & PS) et instance gestionnaire (public & privé). Période de collecte des données du 14 au 29 mars 2013.

structure principalement dédiée à la définition des normes de qualité et au suivi de ces normes ;

- iv) Il y a une compétition entre les hôpitaux d'une part, et entre les hôpitaux et les centres de santé d'autre part. Cette compétition est liée au statut de ces institutions (EPA) et à la forme actuelle du recouvrement des coûts centré sur la vente des médicaments dans les centres de santé ;
- v) La motivation du personnel à travers le recouvrement des coûts est liée aux prestations curatives plutôt qu'aux soins de santé globaux (préventifs, curatifs et promotionnels) ;
- vi) Progrès des indicateurs de santé et de qualité de soins pas utilisé pour allouer les subventions / budgets aux formations sanitaires ;
- vii) Le niveau de participation communautaire à la santé s'est dégradé au fil des ans, et la mise en œuvre de la stratégie communautaire en santé élaborée en 2012 n'a pas vraiment progressé.

RESULTAT ATTENDU :

Le Ministère de la santé est en mesure d'organiser et de réguler un système des soins globaux en vue d'une offre équitable, de qualité, cohérente, échelonnée et intégrée du niveau primaire au niveau tertiaire.

INDICATEURS :

- i) Un système d'assurance qualité établi et opérationnel ;
- ii) Une entité d'assurance qualité existe au niveau central ;
- iii) Approche contractuelle en place.

ACTIVITES

- i) Développer un schéma directeur d'organisation des soins selon les principes du PNDS ;
- ii) Actualiser les normes basées sur l'évidence portant sur les infrastructures, équipements, RH, prestations, en vue d'une offre efficace et efficiente de soins de qualité ;
- iii) Renforcer la capacité de la Direction du Ministère en charge des établissements de soins pour assumer son rôle d'assurance et d'évaluation de la qualité des soins, avec l'option de créer à moyen terme une agence d'évaluation, certification / accréditation ;
- iv) Elaborer des systèmes contractuels avec les structures sanitaires sur la base de leurs mandats respectifs utilisant l'approche de financement basée sur la performance. Cette approche devrait concerner en priorité les CHR ayant un statut d'EPA, et être étendue de manière graduelle en lien avec les résultats de la recherche action ;
- v) Appuyer les EPA pour qu'ils développent, mettent en œuvre, et évaluent leurs plans pluriannuels de développement (projet d'établissement) ;
- vi) Promouvoir la mise en réseau des hôpitaux dans les grandes villes en vue de la mutualisation des ressources et de l'efficacité ;
- vii) Mettre en œuvre la stratégie communautaire en santé.

APPUI TECHNIQUES ET FINANCIERS :

- i) Mutualiser les ressources des PTF pour développer et piloter des projets de renforcement des

soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

- ii) Un expert en gestion hospitalière 3 Hommes /mois pour développer la capacité nationale dans la gestion hospitalière y inclus dans les domaines suivants : diagnostic organisationnel, qualité des soins, élaboration de projets d'établissement, élaboration d'un modèle national de manuel de procédures ;
- iii) Voyages d'études (Maroc et Sénégal).

HYPOTHESES :

Il faut que l'esprit de respect des normes, de coordination, de synergie, et de mutualisation des ressources prédomine sur la base d'une régulation adéquate, plutôt que la compétition anarchique.

7.6. Approvisionnement et gestion des médicaments, vaccins et technologies médicales

DEFIS :

- i) l'analyse du secteur pharmaceutique n'a pas été suffisamment appropriée, et les recommandations ne sont majoritairement pas mises en œuvre ;
- ii) La régulation du secteur est inadéquate et peu appliquée ;
- iii) La compétition anarchique et non réglementée au sein du secteur pharmaceutique ;
- iv) Les groupes d'intérêts financiers exercent une grande influence négative sur le secteur ;
- v) Il n'existe pas une politique de technologies médicales même si des grands investissements ont eu lieu dans ce domaine ces dernières années.

RESULTATS ATTENDUS :

Les recommandations de l'étude du secteur pharmaceutique de 2011 sont mises en œuvre selon un plan et une politique de technologies médicales est développée et mise en œuvre.

INDICATEURS :

Proportion des recommandations mises en œuvre.

ACTIVITES :

- i) Elaborer et exécuter un plan de mise en œuvre par étapes de l'étude pharmaceutique ;
- ii) Elaborer une politique et stratégie de technologie médicale.

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :

AT intermittent 3 mois.

HYPOTHESES ET RISQUES :

Il faut une très forte volonté politique, notamment pour faire face aux groupes d'intérêts et appliquer la réglementation.

7.7. Système d'information, recherche et gestion des connaissances

DEFIS :

- iii) La non couverture par le système national d'informations de domaines tel que la disponibilité des ressources pour la santé, des processus de gestion, des activités de supervision et sa faible utilisation ;
- iv) L'absence d'une politique et de mécanismes de coordination et de recherche et le manque de ressources adéquates ;
- v) L'absence d'une approche globale en termes de gestion de la connaissance comprenant la documentation et la capitalisation des expériences nationales et internationales, la préservation des documents, et la dissémination des connaissances, le tout lié à un système d'information fonctionnel et à une recherche opérationnelle pertinente ;

RESULTATS ATTENDUS :

Le Ministère de la santé dispose des outils nécessaires à la planification et à la prise de décision basées sur l'évidence.

INDICATEURS :

- i) Système global d'informations opérationnel et coordonné (interopérable) ;
- ii) Politique de recherche élaborée ;
- iii) Organe de coordination de la recherche en santé en place ;
- iv) Approche de gestion des connaissances élaborée.

ACTIVITES :

- i) Etablir un système global d'informations avec des liens fonctionnels et une interopérabilité entre tous les sous-systèmes d'informations du système de santé (SNIS, RHS, finances, matériel, programmes) ;
- ii) Elaborer une politique de la recherche ;
- iii) Etablir un organe de coordination de la recherche ;
- iv) Définir et appliquer une approche globale de la gestion de la connaissance ;
- v) Explorer la possibilité d'exploiter le système d'informations sanitaires www.DHIS2.org.

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER

- i) Expertise mixte 6 mois en missions perlées ;
- ii) Voyage d'étude.

HYPOTHESES :

- i) Coordination entre les différentes directions et programmes ;
- ii) La qualité des données est adéquate.

Chapitre 8 : Proposition de réorganisation du Ministère de la santé

Quatre aspects principaux du système de santé doivent être considérés dans la réforme organisationnelle, à savoir :

- i) L'ensemble des organisations qui fournissent les soins de santé ;
- ii) La division du travail parmi ces organisations ;
- iii) Les interactions entre ces organisations et leurs relations avec le reste du système politique et économique, en particulier comment ils perçoivent leurs ressources ;
- iv) Les structures administratives internes de ces organisations.

Le gouvernement peut intervenir directement ou indirectement pour modifier ces caractéristiques. L'autonomie des hôpitaux ou la création d'agents de santé communautaire sont des exemples d'interventions directes. Favoriser l'émergence d'hôpitaux privés par l'instauration de nouveaux modes de paiement entre autres par le biais des assurances maladies, est une illustration d'une intervention indirecte.

Trois types d'interventions organisationnelles peuvent être identifiées à partir de ces caractéristiques organisationnelles, à savoir :

- i) Les **stratégies « Qui-fait-quoi »**, qui relèvent des deux premiers aspects organisationnels, à savoir l'ensemble des organisations et la division du travail entre eux. Ces modifications peuvent changer le mixte de propriété publique / privée, ou l'ampleur et la portée d'organisations nouvelles ou existantes ;
- ii) Les **stratégies de « motivation »**, qui relève du troisième aspect organisationnel, à savoir la motivation créée par les connections entre les organisations et le reste du système. Deux options peuvent être explorées : augmenter la compétition ou favoriser la contractualisation ;
- iii) Les **stratégies de « gestion »**, qui relève du quatrième aspect organisationnel, notamment changer ce qui se passe au sein de l'organisation. Il peut s'agir de la gestion de la qualité totale, la privatisation ou l'amélioration de la gestion du secteur public, y inclus la décentralisation

Finalement, la **performance organisationnelle** dépendra des incitations pour l'organisation, la motivation pour les gestionnaires, les compétences et attitudes des gestionnaires, l'autorité des gestionnaires, la motivation du personnel, et les compétences et attitudes du personnel. Ces facteurs clés sont détaillés dans l'annexe 5²⁵.

La majorité des hôpitaux ont déjà acquis une autonomie de gestion et le Ministère de la santé envisage, en partenariat avec la Banque Mondiale et UNICEF la contractualisation des prestations de service. Ceci est un pas en direction de l'autonomisation et devrait atteindre à court ou moyen terme les centres de santé et à long terme même les postes de santé. Le Ministère de la santé est à ce jour encore le

²⁵ Voir Getting Health Reform Right : a guide to improve performance and equity, Marc J. Roberts *et al.*, 2008

pourvoyeur principal des financements de l'Etat pour la santé. Il est cependant probable que dans le futur les assurances maladies assumeront davantage le rôle de financeur à l'instar d'autres pays.

Dans le cadre de ces réformes, le Ministère de la santé au niveau central et intermédiaire est appelé à jouer de plus en plus son rôle d'administrateur général ou de régulateur.

Dans un tel système, l'organisation et les missions des acteurs doivent être ajustées en tenant compte des nouvelles répartitions des responsabilités, des nouvelles interactions, des préoccupations et des mandats différents des uns et des autres (voir figure 4) :

- ✓ Le **régulateur** a surtout des responsabilités en termes de définition de politiques, d'orientations stratégiques, de définition de priorités et de garantie de l'équité. ;
- ✓ Le **prestataire** se soucie principalement d'offrir des soins de qualité à la population dont il est responsable ;
- ✓ Le **financeur** sera plus préoccupé par l'efficacité (rapport qualité prix), la rationalisation des coûts et le contrôle des dépenses.

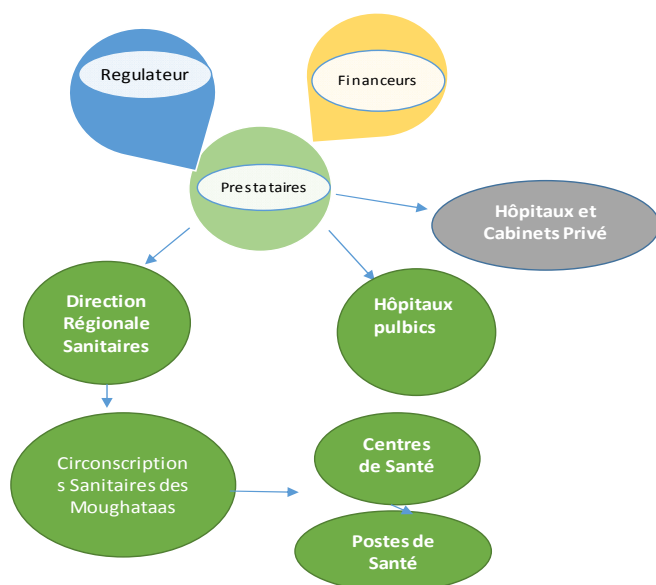


Figure 4 : Répartition des rôles de régulateur, de prestataire et de financeur

8.1. Niveau central

DEFIS :

- i) Le dernier organigramme relatif au niveau central datant de 2011 constitue un progrès en termes de fonction et d'organisation du Ministère. Cependant, les changements successifs de l'organigramme ont été introduits sans une analyse organisationnelle préalable ;
- ii) Cinq directions (DSBN, DLM, DMH, et DHP et la DLP) et les programmes sous leur tutelle sont directement impliqués dans les prestations de soins avec des chevauchements et des lacunes dans l'ensemble de leurs missions ;

- iii) La coordination entre la DAF et la DPCIS en matière de planification financière nécessite une meilleure communication ;
- iv) Les organes de coordination / orientation sont peu fonctionnels ;
- v) Les attributions, rôles et liens des parties prenantes dans la mise en œuvre des diverses politiques et stratégies ne sont pas toujours spécifiés.

RESULTAT ATTENDU :

L'organisation du Ministère de la santé et la coordination entre les différentes directions et programmes et avec le niveau déconcentré sont renforcées en vue de son rôle de régulateur.

INDICATEURS :

- i) Le Décret N°090-2011 du 26 mai 2011 fixant les attributions du Ministère de la santé et l'organisation de l'administration centrale de son département révisé et adopté.

ACTIVITES :

- ii) Réviser le Décret N°090-2011 du 26 mai 2011, fixant les attributions du Ministère de la santé et l'organisation de l'administration centrale de son département en collaboration avec le Bureau d'organisation et de méthodes de BOM ;
- iii) Harmoniser les différents Comités techniques au sein du Ministère en vue d'une meilleure cohérence avec le PNDS ;
- iv) Clarifier les relations entre le Conseil de Direction qui assume le rôle de pilotage du Ministère de la santé, et le CONAP qui assure le rôle de pilotage de la mise en œuvre du PNDS ;
- v) Renforcer le rôle régulateur du Ministère de la santé vis-à-vis des prestataires (hôpitaux autonomes et les DRAS et CMC) et les financeurs (la CNAM, et si nécessaire une nouvelle agence dans le futur pour les indigents).

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER

L'aspect organisation et coordination du Ministère de la Santé sera inclus dans l'expertise portant sur le leadership.

HYPOTHESE :

Un bon plaidoyer et une bonne collaboration avec la Direction de la Législation et le BOM pour la révision des organigrammes.

8.2. Niveaux déconcentré et décentralisé

DEFIS :

- i) La politique nationale de décentralisation est en cours d'élaboration. Les DRAS et les MCM ont peu de pouvoir décisionnel en termes financiers et ressources humaines ; la planification régionale transversale et la planification sectorielle verticale ne sont pas formellement coordonnées ;

- ii) Les Moughataas sont de taille très inégale en terme de population et de superficie et très diverses en terme d'enclavement et de dispersion ;
- iii) Les communes ne parviennent pas à assurer de manière satisfaisante les compétences dévolues par la loi, car pour la plupart, elle n'en ont pas les ressources matérielles et humaines nécessaires ;
- iv) Les prestations des services au niveau des MCM n'ont encore pas d'autonomie.

RESULTAT ATTENDU :

Le Ministère de la santé est prêt à mettre en œuvre la nouvelle politique nationale de décentralisation dès son adoption.

INDICATEURS :

- i) L'arrêté N° 236/2014 portant organisation des structures sanitaires au niveau régional révisé et adopté ;
- ii) Le volet santé incorporé dans la nouvelle politique de décentralisation ;
- iii) Le Décret relatif au regroupement des districts à population limitée signé et diffusé.

ACTIVITES :

- i) Réviser le décret N°236-2014 portant organisation des structures sanitaires au niveau régional ;
- ii) Elaborer la contribution du secteur de la santé à la politique nationale de décentralisation pour qu'elle prenne en compte les spécificités et les besoins du secteur ;
- iii) Revoir le découpage en districts sanitaires en tenant compte des facteurs clés que sont la population, la dispersion et l'accessibilité, soit par une redéfinition complète des districts, soit un regroupement des districts avec des arrangements inter-districts notamment pour la mutualisation des moyens matériels et logistiques et la référence ;
- iv) Appuyer l'intégration du volet santé dans les plans de développement des régions, Moughataas, communes là où ils existent.

APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :

Développer une approche graduée liée à la recherche-action, en commençant par un petit nombre de districts dans une ou deux régions avec l'assistance technique déjà présente en Mauritanie.

HYPOTHESES ET RISQUES :

La politique nationale de décentralisation est effectivement adoptée et mise en œuvre.

8.3. Propositions d'organigramme

ij) Conditions préalables

Quoiqu'un organigramme soit important et utile en soi, il ne peut être efficace que dans la mesure où des conditions essentielles sont observées au préalable, à savoir :

- ✓ L'existence d'une culture organisationnelle, des méthodes de gestion et une sélection des responsables adéquates ;

- ✓ L'obtention d'un consensus et d'une appropriation par l'institution concernée ;
- ✓ La validation par les niveaux appropriés du gouvernement, en particulier le Bureau Organisation et Méthodes (BOM) du Bureau du Premier ministre, et par le législatif.

ii) Principes

Une fois ces conditions remplies, un organigramme doit répondre aux principes suivant :

- i) La cohérence entre l'organisation et la mission et les attributions telles que définies dans les politiques en matière de développement ;
- ii) L'existence de liens administratifs appropriés avec les ministères homologues et les institutions (para-) publiques intervenant dans le secteur ;
- iii) L'existence d'un contexte organisationnel favorisant la synergie, la collaboration et la coordination techniques entre les unités et les cadres professionnels ;
- iv) La décentralisation, la délégation des pouvoirs et l'introduction des approches contractuelles méritent une attention spécifique.

iii) Constats

Les missions et fonctions du Ministère sont relativement claires. Leur classification selon les composantes du système de santé et la prise en compte des principes énoncés ci-dessus méritent d'être examinés attentivement. Les constats dressés précédemment dans le rapport (voir chapitre 5.1.4) mettent en avant les principales contraintes organisationnelles qui limitent le fonctionnement du ministère : i) l'excès de centralisation, ii) le manque de coordination et iii) la fragmentation. Rappelons également que les fonctions primordiales du Ministère au niveau central sont le leadership, la planification stratégique, la régulation, la mobilisation et l'allocation des ressources, et le suivi-évaluation. La mise en œuvre des programmes et plans d'actions doit pour l'essentiel être du ressort des entités et niveaux opérationnels, dans l'esprit d'une approche de décentralisation et de contractualisation.

iv) Options

Eu égard aux conditions préalables, les principes évoqués et les constats, des options d'organigramme ont été développées basées sur une revue des missions du Ministère tout en évitant les chevauchements et les lacunes des diverses fonctions et en tenant compte des constats (voir annexe 6) :

AU NIVEAU CENTRAL

Option limitée :

Cette option conserve pour l'essentiel la structure actuelle du ministère avec quelques aménagements et un renforcement des mécanismes de coordination :

- ✓ Limiter le nombre de conseillers à quatre : juridique, économique, actions sanitaire et ressources pour la santé ;

- ✓ Mettre en place une unité²⁶ de coordination des DRAS au niveau du secrétariat général ;
- ✓ Transformer les services de traduction en service de traduction et de documentation conformément aux fonctions actuelles de ces services ;
- ✓ Transformer le Service d'Information sanitaire en Service d'information sanitaire, de coordination de la recherche et de la gestion de la connaissance ;
- ✓ Créer un service d'économie et de financement de la santé au sein de la DPCIS ;
- ✓ Mettre en place par arrêté ministériel deux commissions de coordination :
 - Un comité composé des directions chargées de l'action sanitaire (DHP, DMH, DLM, DPL et DSBN) dont le but est d'harmoniser les plans et le soutien aux DRAS tout en mutualisant les moyens ;
 - Un comité composé des directions chargé des ressources sanitaires (DAF, DIM, DRH) dont le but est d'optimiser l'utilisation des ressources avec les mêmes objectifs.

Ces comités sont présidés par le Secrétaire général et comprendront également le Conseiller du Ministre de la Santé responsable du domaine. Le Chef de la Cellule d'appui au DRAS participe aux réunions des deux comités.
- ✓ Limiter le nombre de programmes eu égard aux priorités nationales et désigner des points focaux pour les autres problèmes de santé significatifs.

Option avancée :

Il s'agit d'une réorganisation plus importante nécessitant un large consensus au sein du Ministère et une concertation avec la Direction de la Législation, le Bureau Organisation et Méthodes, le Ministère de la Fonction Publique chargée de la modernisation de l'administration, ainsi que le Ministère des Finances, en raison des implications juridique, organisationnelles et financières.

En plus des modifications proposées sous l'option de base, cette option propose la création de :

- ✓ Une Direction Générale de l'Action sanitaire qui coordonne les cinq directions chargées des prestations de soins curatifs, préventifs et promotionnelles et la DPL ;
- ✓ Une Direction Générale de ressources, regroupant la DAF, DIM et la DRH ;
- ✓ Une Direction Générale des Etudes et de la planification, en charge de la planification sanitaire, de l'économie et du financement de la santé, le système d'information sanitaire, la recherche en santé et la gestion de connaissance et de la coopération.

Le décret fixant les attributions du Ministère de la santé et l'organisation de l'administration centrale de son département devra détailler les fonctions, les modalités de travail, de collaboration et de coordination. Il précisera les relations fonctionnelles entre les EPA d'une part et les Directions Techniques et/ou les DRAS, et ceci selon leur niveau central ou décentralisé.

Il est à noter que l'option limitée pourrait être privilégiée en vue d'un passage à l'option avancée à moyen terme.

²⁶ La dénomination sera adaptée aux modèle national et le chef de la cellule aura un rang de Directeur

AU NIVEAU DECENTRALISE

Les missions et fonctions de la DRAS sont définies par l'arrêté 2036-2014, abrogeant et remplaçant l'arrêté 1968-2007 qui décrit relativement bien les fonctions. En vue de faciliter les relations entre le DRAS et le niveau central en termes de gestion et de supervision, il est proposé de réorganiser le DRAS selon le modèle suivant :

- ✓ Un service de l'action sanitaire, couvrant les systèmes de prestations de soins (curatifs, préventifs, et promotionnels) du niveau régional jusqu'au niveau communautaire, ainsi que les programmes de santé ;
- ✓ Un service de planification et d'information sanitaire ;
- ✓ Un service des ressources de la santé (humaines, financières et matérielles)

AU NIVEAU CSM

Le même arrêté définit les attributions et la mission au niveau de la Moughataa.

L'organisation du système au niveau local doit être adaptée à la carte sanitaire et être conforme aux besoins de la population et aux ressources disponibles. Trois paramètres sont à prendre en compte : i) la taille de la population, ii) l'accessibilité et iii) la superficie.

En dessus d'un certain seuil (par exemple 15.000 habitants) il est recommandé de regrouper les districts sanitaires et de mettre en commun les ressources humaines et matérielles. Il faut également considérer des alternatives comme les agents de santé communautaires, les relais communautaires, la stratégie avancée et dans certains cas les équipes mobiles.

8.4. Ebauches de descriptifs et profils indicatifs de postes

Les différents niveaux de gestion dans le secteur de la santé doivent satisfaire à des critères précis. En annexe 7 on trouvera un certain nombre de propositions de description de fonctions et de critères pour la sélection aux postes de responsabilité correspondants.

L'application de normes de sélection pertinentes et des processus de sélection transparents sont en effet de nature à améliorer la performance du département et en particulier la motivation du personnel.

Chapitre 9 : Feuille de route

Comme pour toute réforme, la réorganisation du Ministère de la santé revendique une appropriation des leaders et une bienveillance des personnes affectées, puisqu'il y aura toujours des gagnants et des perdants. Certaines activités/recommandations, comme la construction d'un nouveau ministère, demandent des investissements considérables en termes de ressources financières et/ou humaines. Par ailleurs, les délais entre la mise en œuvre des activités et les résultats peuvent être considérables.

Il est donc non seulement opportun mais nécessaire d'établir une stratégie de priorisation et de mise en œuvre des recommandations afin d'éviter qu'elles ne demeurent une fois de plus une lettre morte.

Il est suggéré d'accorder priorité aux activités qui :

- ✓ présentent un potentiel de gains immédiats et visibles en terme d'amélioration de la performance du Ministère ;
- ✓ bénéficient de l'appui de leaders de changement dans le secteur sanitaire ;
- ✓ ne sont pas assujetties à de fortes oppositions ou des contraintes majeures ;
- ✓ ont un potentiel d'action levier sur d'autres réformes ;
- ✓ constituent des préalables pour la mise en œuvre d'autres activités prioritaires.

Ainsi, trois niveaux de priorités ont été retenues : les activités à mettre en œuvre à court terme, dès la première année, à moyen terme entre la deuxième et troisième année, et à long terme, à partir de la troisième année jusqu'à six ans. Il est cependant évident que cette séquence peut changer au fur et à mesure que des opportunités au sein du ministère ou externes se présentent, ou au contraire que des imprévus surgissent qui pourraient anéantir le désir de réussir les réformes. Les réformes sont ainsi classées dans les tableaux qui suivent.

9.1. Missions du Ministère de la santé

i) Gouvernance

Leadership

| Activité | 1 | 2-3 | 4-6 |
|---|----|-----|-----|
| 1 Renforcer les capacités de leadership et de gestion stratégique des cadres supérieurs du Ministère de la santé par la formation continue et la mise à disposition d'outils de gestion | □□ | □□ | |
| 2 Mener un plaidoyer systématique auprès des plus hautes autorités pour la promotion du PNDS comme référence pour l'ensemble du gouvernement | □□ | □□ | □□ |
| 3 Impliquer davantage les Conseillers et les Chargés de mission de la présidence et de la Primature et les parlementaires dans la réflexion stratégique sur la santé et sur le suivi de la mise en œuvre du PNDS (p. ex. CONAP) | | □□ | □□ |
| 4 Communication en Conseil des ministres suite à l'audit pour valider les réformes institutionnelles nécessaires | □□ | | |

[APPUI TECHNIQUES ET FINANCIERS](#)

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Assistant technique international (ATI) long terme, éventuellement à prolonger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Expertise mixte pour une formation (60 H/J) | <input type="checkbox"/> | |

Planification et gestion

| Activité | 1 | 2-3 | 4-6 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Développer/actualiser les politiques et stratégies sous-sectorielles (ressources humaines, hôpitaux, infrastructures et matériel, cadre juridique et de régulation, ...). | <input type="checkbox"/> | | |
| 2 Organiser des cycles de formation en planification / gestion des systèmes et programmes de santé et la culture organisationnelle. | <input type="checkbox"/> | | |
| 3 Développer ou actualiser des procédures gestionnaires claires (manuels de procédures pour les différentes institutions). | | <input type="checkbox"/> | |
| 4 Lier la gestion axée sur les résultats au système d'inspection, et de motivation (voir résultats respectifs). | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER</u> | | | |
| Expertise mixte perlée 200 H/j | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Cadre réglementaire et régulation

| Activité | 1 | 2-3 | 4-6 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Développer un répertoire actualisé des textes réglementaires régissant le secteur | <input type="checkbox"/> | | |
| 2 Elaborer les textes réglementaires prévus par le PNDS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Elaborer et/ou mettre en œuvre un plan annuel d'inspection | | <input type="checkbox"/> | |
| 4 Instruire les DRAS sur leur rôle de surveillance et d'alerte dans le respect de la réglementation en précisant les modalités de mise en œuvre et les mesures d'accompagnement | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 Veiller à ce que les recommandations émises par l'IGS soient suivies d'effet en collaboration avec les autorités administratives et judiciaires | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER</u> | | | |
| 1 Appui par une consultation nationale 3 H/Mois | <input type="checkbox"/> | | |
| 2 Fournir les moyens logistiques pour l'inspection d'inspection | <input type="checkbox"/> | | |

Collaboration intersectorielle et partenariat

| Activité | 1 | 2-3 | 4-6 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Transformer l'arrêté sur le CONAP en décret, limiter le nombre de réunions, améliorer la préparation et le suivi des réunions et faire en sorte qu'il se limite aux questions stratégiques liées à la mise en œuvre du PNDS. | | | <input type="checkbox"/> |
| 2 Revoir les arrêtés relatifs aux différentes structures de coordination (CONAP, CT/PNDS, CP des programmes) pour une meilleure cohérence et complémentarité de ces organes et une périodicité adéquate des réunions. | <input type="checkbox"/> | | |
| 3 Participation active du Ministère de la santé aux activités intersectorielles impactant sur la santé et qui sont pilotés par d'autres secteurs. | | <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|---|----|
| 4 | Elaborer une feuille de route pour la mise en œuvre graduelle du Compact en fonction de l'amélioration de la capacité du secteur et de la modification des procédures des bailleurs de fonds. | □□ |
| 5 | Inclure le suivi du Compact et du partenariat dans le suivi du PNDS. | □□ |

APPUIS TECHNIQUE ET FINANCIER :

L'appui technique au leadership inclura la collaboration intersectorielle

ii) Gestion des Ressources humaines en santé

| Activité | 1 | 2-3 | 4-6 |
|--|----|-----|-----|
| 1 Améliorer les capacités d'appui pédagogiques aux écoles de formation et harmonisation des programmes) | □□ | | |
| 2 Coordonner et harmoniser la formation continue (Directions, Programmes et PTF) | □□ | | |
| 3 Décentraliser la gestion des RHS par la création d'un service ou d'une unité RHS et la délégation de pouvoirs supplémentaires aux DRAS dans le cadre d'une éventuelle décentralisation | | □□ | |
| 4 Mettre en place la commission interministérielle de coordination prévue par le PNDS | □□ | | |
| 5 Développer un modèle national de motivation des personnels de santé par catégorie d'institutions | | □□ | |

APPUIS TECHNIQUE ET FINANCIER

Assistance technique intermittente de trois hommes / mois. □□

iii) Mobilisation, allocation et gestion des ressources financières

| Activité | 1 | 1-3 | 4-6 |
|--|----|-----|-----|
| 1 Créer une entité d'économie et de financement de santé ayant entre autres tâches d'assurer la fonction de régulation de l'assurance contribuant ainsi à la séparation des fonctions de paiement, régulation et de contrôle qui fait l'objet d'une certaine confusion actuellement. | | □□ | □□ |
| 2 Réviser le CDMT sur la base des derniers Comptes nationaux de Santé et faire une communication en conseil des ministres pour l'adoption du CDMT révisé en s'assurant que les priorités du PNDS sont bien prises en compte. | □□ | | |
| 3 Entreprendre un audit de la gestion financière pour déterminer la transparence et l'efficacité du système de financement de la santé. | | □□ | |
| 4 Introduire l'approche contractuelle et de financement basé sur la performance / résultats. | | □□ | |
| 5 Elaborer un plan de couverture universelle fondé sur une étude actuarielle. | □□ | | |

APPUIS TECHNIQUE ET FINANCIER :

Deux hommes mois d'expertise mixte pour faire une étude de faisabilité de la couverture universelle. □□

Le financement basé sur les résultats fait l'objet de la formulation de projet avec l'appui de la Banque Mondiale et de l'UNICEF. D'autres partenaires pourraient s'y associer dans un esprit harmonisation. □□ □□

iv) Gestion des infrastructures, des équipements et de la logistique

| ACTIVITES : | <u>1</u> | <u>2-3</u> | <u>4-6</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Construire et équiper un nouveau siège pour le Ministère de la santé. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Informatiser et mettre en réseau le Ministère de la santé. | <input type="checkbox"/> | | |
| 3 Elaborer un plan national des Nouvelles technologies en information et communication (NTIC) et santé (télémédecine, éducation, système d'information). | <input type="checkbox"/> | | |
| 4 Actualiser la politique d'infrastructures et équipement avec un plan d'action, incluant un volet ressources humaines (ingénieurs et techniciens). | <input type="checkbox"/> | | |
| <u>APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :</u> | | | |
| Expertise pour l'élaboration d'un projet d'établissement d'un nouveau ministère. | <input type="checkbox"/> | | |
| Expertise pour l'informatisation et la mise en réseau du Ministère de la santé et le plan NTIC et santé. | <input type="checkbox"/> | | |

v) Prestation de soins

| ACTIVITES | <u>1</u> | <u>2-3</u> | <u>4-6</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Développer un schéma directeur d'organisation des soins selon les principes du PNDS. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 Actualiser les normes basées sur l'évidence portant sur les infrastructures, équipements, RH, prestations, en vue d'une offre efficace et efficiente de soins de qualité. | <input type="checkbox"/> | | |
| 3 Renforcer la capacité de la Direction du Ministère en charge des établissements de soins pour assumer son rôle d'assurance et d'évaluation de la qualité des soins, avec l'option de créer à moyen ou long terme une agence d'évaluation, certification / accréditation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Elaborer des systèmes contractuels avec les structures sanitaires sur la base de leurs mandats respectifs utilisant l'approche de financement basée sur la performance. Cette approche devrait concerner en priorité les CHR ayant un statut d'EPA, et être étendue de manière graduelle en lien avec les résultats de la recherche action. | | <input type="checkbox"/> | |
| 5 Appuyer les EPA pour qu'ils développent, mettent en œuvre, et évaluent leurs plans pluriannuels de développement (projet d'établissement). | <input type="checkbox"/> | | |
| 6 Promouvoir la mise en réseau des hôpitaux dans les grandes villes en vue de la mutualisation des ressources et de l'efficience. | | <input type="checkbox"/> | |
| 7 Mettre en œuvre la stratégie communautaire en santé. | <input type="checkbox"/> | | |
| <u>APPUI TECHNIQUES ET FINANCIERS :</u> | | | |
| Mutualiser les ressources des PTF pour développer et piloter des projets de renforcement des soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. | | <input type="checkbox"/> | |
| Un expert en gestion hospitalière 3 Hommes /mois pour développer la capacité nationale dans le domaine de la gestion hospitalière. | <input type="checkbox"/> | | |
| Voyage d'étude | <input type="checkbox"/> | | |

vi) Approvisionnement et gestion des médicaments, vaccins et technologies médicales

| ACTIVITES : | <u>1</u> | <u>1-3</u> | <u>4-6</u> |
|-------------|----------|------------|------------|
|-------------|----------|------------|------------|

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Elaborer et exécuter un plan de mise en œuvre par étapes de l'étude pharmaceutique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :</u> | | | |
| AT intermittent 3 mois | <input type="checkbox"/> | | |

Systeme d'information, recherche et gestion des connaissances

| Activité | 1 | 2-3 | 4-6 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Etablir un système global d'informations avec des liens fonctionnels et une interopérabilité entre tous les sous-systèmes d'information du système de santé | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Elaborer une politique de la recherche | | <input type="checkbox"/> | |
| 3 Etablir un organe de coordination de la recherche | | <input type="checkbox"/> | |
| 4 Définir et appliquer une approche globale de la gestion de la connaissance | | | <input type="checkbox"/> |
| 5 Explorer la possibilité d'exploiter le système d'informations sanitaires www.DHIS2.org | <input type="checkbox"/> | | |
| <u>APPUI TECHNIQUES ET FINANCIERS</u> | | | |
| Expertise mixte 6 mois en missions perlées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Voyage d'étude | <input type="checkbox"/> | | |

9.2. Organisation du Ministère de la santé

i) Au niveau central

| ACTIVITES : | <u>1</u> | <u>2-3</u> | <u>4-6</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Réviser le Décret N°090-2011 du 26 mai 2011, fixant les attributions du Ministère de la santé et l'organisation de l'administration centrale de son département en collaboration avec le BOM | | <input type="checkbox"/> | |
| 2 Harmoniser les différents Comités techniques au sein du Ministère en vue d'une meilleure cohérence avec le PNDS. | <input type="checkbox"/> | | |
| 3 Clarifier les relations entre le Conseil de Directions qui assume le rôle de pilotage du Ministère de la santé, et le CONAP qui assure le rôle de pilotage de la mise en œuvre du PNDS. | <input type="checkbox"/> | | |
| 4 Renforcer le rôle régulateur du Ministère de la santé vis-à-vis des prestataires (hôpitaux autonomes et les DRAS et CMC) et les financeurs (la CNAM, et si nécessaire une nouvelle agence dans le futur pour la couverture universelle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :</u> | | | |
| L'aspect organisation et coordination du Ministère de la Santé sera inclus dans l'expertise portant sur le leadership | | | |

ii) Au niveau déconcentré et décentralisé

| ACTIVITES : | <u>1</u> | <u>2-3</u> | <u>4-6</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|
| 1 Elaborer la contribution du secteur de la santé à la politique nationale de décentralisation pour qu'elle prenne en compte les spécificités et les besoins du secteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 | Réviser le décret N°236-2014 portant organisation des structures sanitaires au niveau régional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | Revoir le découpage en districts sanitaires en tenant compte des facteurs clés que sont la population, la dispersion et l'accessibilité, soit par une redéfinition complète des districts, soit un regroupement des districts avec des arrangements inter-districts notamment pour la mutualisation des moyens matériels et logistiques et la référence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Appuyer l'intégration du volet santé dans les plans de développement des régions (ou de lutte contre la pauvreté), Moughataas, communes là où ils existent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :</u> | | | | |
| | Développer une approche graduée liée à la recherche-action, en commençant par un petit nombre de district dans une ou deux régions avec l'assistance déjà présente en Mauritanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Chapitre 10 : Conclusion

- i) L'audit organisationnel et institutionnel a permis d'élaborer un certain nombre de recommandations qui impliquent des réformes significatives au sein du ministère de la santé ;
- ii) Le principal constat de cet audit est que les fonctions et les structures en place correspondent pour l'essentiel aux besoins du secteur mais qu'elles nécessitent certaines améliorations. Par contre les méthodes de management et la culture organisationnelle constituent des facteurs clés pour toute amélioration véritable de la performance du secteur. Changer les structures est plus aisé que changer les méthodes de travail et la culture au sein de toute organisation ;
- iii) Comme pour toute transformation de caractère institutionnel, le leadership joue un rôle clé pour motiver, mobiliser et engager tous les acteurs concernés, convaincre les autorités nationales au plus haut niveau, et assurer une gestion adéquate et avisée du changement ;
- iv) Il est donc fondamental que les réformes nécessaires à entreprendre au sein du secteur bénéficient d'un consensus national et d'un agrément au plus haut niveau sous la forme d'un forum regroupant tous les acteurs concernés et d'une décision gouvernementale au niveau approprié ;
- v) Dans ce contexte, les PTF peuvent jouer un rôle important de catalyseur en entrant en dialogue avec les divers niveaux du leadership et de la gouvernance, en promouvant les bonnes pratiques et le développement de la gestion des connaissances, et en facilitant l'échange d'expériences dans la sous-région et au niveau international dans une optique de renforcement des capacités nationales, y compris la capacité nationale en matière de leadership, en conformité avec l'esprit du COMPACT.

Chapitre 11 : Annexes

11.1. Annexe 1 : Termes de Référence de l'audit

1. INFORMATIONS GENERALES

Éléments d'information concernant le pays

La République Islamique de Mauritanie compte une population de plus de 3,4 millions d'habitants selon le dernier recensement de 2013 répartis inégalement sur un vaste territoire de 1 030 700 km². La densité démographique est la plus faible de la sous- région (< 3 habitants/km²). Le taux de croissance démographique annuel est de 2,4%, d'où une proportion élevée de jeunes (42%). Au cours des dernières décennies, le taux d'urbanisation a connu une augmentation considérable pour atteindre près de 70% de la population, les trois quart de la population urbaine se concentrant dans la capitale.

Le pays est désertique à 90% et ses principales ressources proviennent de la pêche, du secteur minier et du commerce. Il fait partie des pays les moins avancés (PMA) et se situe au 155ème rang sur les 187 pays classés par le rapport mondial sur le développement humain 2012 (Indice de développement humain).

Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) adopté en 2000 reflète la volonté du Gouvernement mauritanien de faire de la lutte contre la pauvreté son objectif prioritaire pour le développement du pays. Le CSLP reconnaît la nature multidimensionnelle de la pauvreté (dimensions économique, sociale et politique). Il se fixe également l'objectif politique de «promouvoir un réel développement institutionnel appuyé sur une bonne gouvernance et sur la pleine participation de tous les acteurs à la lutte contre la pauvreté».

Situation dans le secteur de la santé

Les progrès de la Mauritanie dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé sont lents. En effet, le ratio de mortalité maternelle estimé à 626 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes est l'un des plus élevés de la sous-région. Le taux de mortalité infanto-juvénile reste très élevé avec 118 décès dont 77 au cours de la première année pour 1.000 naissances vivantes. Si la tendance actuelle se poursuit, le pays ne pourra atteindre les OMD 4 et 5 en 2015.

L'analyse de situation du secteur de la santé réalisée dans le cadre de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020 (PNDS) a permis d'identifier les principales contraintes qui limitent la performance du système de santé mauritanien:

- ✓ Une gestion et gouvernance limitée des ressources humaines pour la santé aboutissant à un déficit qualitatif, quantitatif et à une répartition inappropriée des personnels de santé,
- ✓ Une régulation du secteur pharmaceutique très insuffisante et un système d'approvisionnement/distribution déficient ayant pour conséquence une disponibilité non garantie de produits pharmaceutiques de qualité à moindres couts,
- ✓ Un secteur hospitalier qui souffre de nombreux dysfonctionnements, sans vision explicite des réformes à engager,
- ✓ Un système de soins qui ne privilégie pas les Soins de Santé Primaires, une faible régulation du

secteur privé de soins,

- ✓ Une faible qualité des soins à tous les niveaux,
- ✓ Un financement de la santé globalement insuffisant. L'absence de système national de protection de la population vis-à-vis des risques financiers liés à la maladie et par voie de conséquence une accessibilité limitée des plus pauvres aux services de santé,
- ✓ Des systèmes de suivi-évaluation, d'information sanitaire et de surveillance des maladies à potentiel épidémique peu performants,
- ✓ Un développement très faible de la recherche opérationnelle et de la gestion des connaissances et enfin,
- ✓ Un leadership et une gouvernance perfectibles à tous les échelons du système de santé.

Le Gouvernement s'est également engagé depuis plus de deux décennies dans un processus de réforme de son système de santé axé sur la décentralisation en vue d'une couverture universelle de la population. Durant cette période, l'organigramme du ministère de la santé a été révisé et ajusté plusieurs fois. Le cadre organisationnel actuel répond au décret 90/2011/PM du 16 juin 2011.

Malgré les réformes entreprises, la performance de l'administration sanitaire reste limitée. Les capacités institutionnelles sont très faibles et le cadre organisationnel actuel ne permet au ministère de la santé ni de mener à bien ses missions, ni de garantir une mise en œuvre efficace du PNDS 2012-2020. Force est de constater qu'il n'y a pas eu une analyse approfondie et solide des forces et des faiblesses du système permettant de concevoir une restructuration. Une analyse du profil du système de santé a été réalisée en 2010 en préparation du PNDS 2012-2020 et une évaluation du secteur pharmaceutique en 2011. Ces deux éléments serviront de point de départ à cet audit.

Globalement, l'organigramme du niveau central du ministère de la santé n'est pas adapté aux enjeux actuels du secteur. Les domaines prioritaires d'interventions du PNDS et les grandes réformes sectorielles à mener n'ont pas toujours une traduction appropriée dans l'organigramme, soit parce que les sections concernées sont atrophiées, soit parce que leurs missions ne sont pas suffisamment explicites, soit parce que les groupes homogènes de fonctions dépendent d'entités séparées. Les liens organiques et fonctionnels entre les différentes directions/services doivent être revus et renforcés. Il en est de même de ceux entre le département et les autres ministères et institutions impliquées dans la santé.

La prédominance de programmes verticaux, souvent dotés de moyens conséquents, a un effet déstructurant sur le ministère de la santé. Leur rattachement institutionnel doit être clarifié, la coordination entre ces programmes est quasi inexistante et l'intégration des interventions très faible. Les modalités d'appuis des partenaires techniques et financiers favorisent souvent la verticalisation des interventions.

La décentralisation du secteur n'est pas achevée. Les Directions Régionales de l'Action Sanitaire (DRAS) et des Circonscription Sanitaire de Moughataa (CSM) restent sous l'autorité respective des Wali et des Hakem. La délégation de crédits et l'autonomie de gestion des personnels de santé ne leurs sont pas acquises. Les responsabilités, organigrammes et attributions de l'administration sanitaire déconcentrée doivent être remis à plat dans une perspective de décentralisation visant l'opérationnalisation des districts sanitaires et la complémentarité des missions. Les liens organiques et fonctionnels entre ces différentes structures (niveau central, DRAS et CSM) doivent être redéfinis. L'autonomie des hôpitaux doit être renforcée.

Le renforcement institutionnel et la réorganisation du département constitue un des axes prioritaires du PNDS 2012-2020 dont la mise en œuvre s'effectue dans le cadre d'un partenariat formalisé par la

signature du Compact National en mai 2012 entre le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers. Ce compact vise à améliorer l'efficacité de l'aide et à promouvoir un développement sanitaire durable en renforçant le leadership du ministère de la santé dans la définition, le pilotage et le suivi évaluation de la politique nationale en matière de santé. Spécifiquement, le Compact vise à définir:

- ✓ Le cadre programmatique de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 (un plan unique de développement du secteur, un processus unique de concertation et de coordination, un cadre budgétaire unique, un cadre unique de suivi-évaluation, une matrice unique des réformes sectorielles et un cadre fiduciaire harmonisé) ;
- ✓ Les modalités de gestion de l'appui au PNDS 2012-2015 ;
- ✓ Les mécanismes de mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 ;
- ✓ Les engagements du Gouvernement de la Mauritanie et des PTFs dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015.

Ce renforcement s'inscrit par ailleurs dans les recommandations formulées par la mission conjointe des partenaires HHA réalisée en Mauritanie en mai 2011.

Compte tenu de cette situation, le Ministère de la Santé de la Mauritanie a décidé de procéder à un audit organisationnel de son département afin d'identifier les goulots d'étranglement et proposer des mesures correctrices dans une optique de décentralisation du secteur, d'intégration et de contractualisation des interventions. Ceci permettra d'élaborer une feuille de route d'amélioration de la performance du MS, entre autres en dotant le MS d'une structure organisationnelle appropriée. Le MS pourra ainsi mener à bien ses missions et assurer une mise en œuvre efficiente et intégrée du PNDS 2012-2020 et notamment des programmes prioritaires à haut impact selon les axes stratégiques du PNDS

2. DESCRIPTIONS DES OBJECTIFS

Objectif général

L'objectif général de l'audit est de fournir au Ministère de la Santé les analyses et informations nécessaires pour optimiser son organisation administrative et opérationnelle, afin de mener à bien ses missions et d'assurer une mise en œuvre efficiente et intégrée du PNDS 2012-2020, notamment des programmes prioritaires à haut impact selon les axes stratégiques du PNDS.

Objectifs particuliers

Cet audit a pour objectifs spécifiques :

- ✓ D'approfondir l'étude de la capacité institutionnelle entamée lors de la préparation du PNDS, et d'analyser l'organisation administrative et opérationnelle du Ministère de la Santé (administrations centrales et déconcentrées) au regard de ses missions et de ses moyens globaux.
- ✓ Proposer des recommandations visant à améliorer la performance (efficacité, efficience, pertinence, et viabilité) du Ministère de la Santé dans une optique de renforcement de la décentralisation du secteur, d'intégration et de contractualisation des interventions de santé, pour permettre d'atteindre les objectifs du PNDS.

- ✓ Proposer un plan de mise en œuvre des recommandations issues de l'analyse (feuille de route),
- ✓ Evaluer les besoins d'appuis techniques et financiers pour la mise en œuvre des recommandations formulées.

La mission devra prendre stock des études récentes, telles que l'analyse du secteur pharmaceutique de 2011, les comptes nationaux de santé de 2012, l'enquête sur la disponibilité et les capacités opérationnelles des services (SARA) de 2013, ainsi que d'autres études mentionnées en annexe.

Une attention particulière sera donnée aux mesures et réformes mentionnées dans le PNDS comme nécessaires pour sa mise en œuvre.

2.3 Services demandés

Méthodologie : l'audit se fondera sur le principe que la performance du secteur santé est fonction du contexte porteur, de sa capacité fonctionnelle et de sa motivation organisationnelle, tel que par exemple décrit dans le modèle d'évaluation institutionnelle et organisationnelle d'Universalialia ou un autre modèle approprié proposé par les consultants.

Les aspects à examiner pourraient inclure :

- ✓ La capacité : leadership stratégique, structure, gestion des ressources humaines, gestion financière, gestion des programmes et mécanismes, infrastructure, moyens technologiques, liens inter-institutionnels
- ✓ La motivation : antécédents, mission, culture, valeurs, récompenses, priorités
- ✓ Le rendement : efficacité, efficience, utilité, viabilité financière
- ✓ Les contraintes extérieures seront mentionnées dans la mesure où elles conditionnent la faisabilité des solutions proposées.

Des expériences similaires d'autres pays de la sous-région seront étudiées.

Les **techniques** suivantes sont suggérées :

- ✓ La revue documentaire ;
- ✓ Les entretiens individuelles et en groupes avec les différentes parties prenantes ;
- ✓ L'administration d'un questionnaire d'audit organisationnel et institutionnel sur base d'outils génériques adaptés aux besoins du secteur santé en Mauritanie;
- ✓ Des ateliers/réunions de validation et de restitution.

Le **pilotage** de l'audit organisationnel se fera sous le leadership du Ministre de la santé à travers le Comité national de pilotage du PNDS (CONAP), et sous la supervision directe du Secrétaire Général du Ministère de la Santé, assisté d'un Point Focal technique de la Direction de la Programmation de la Coopération et de l'Information Sanitaire (DPCIS)

La mission veillera à une appropriation nationale du processus. Elle privilégiera une approche participative garantissant une large implication des parties prenantes publiques et privées. Une vision consensuelle autour des recommandations formulées sera également recherchée.

Dans cette optique, la mission effectuera les activités suivantes:

- ✓ Elle prendra connaissance des textes législatifs et réglementaires, rapports d'études et

documents se rapportant à l'organisation et au fonctionnement du Ministère de la Santé. La liste non limitative de ces documents est annexée aux présents termes de référence.

- ✓ Sur base des premières rencontres, un outil d'enquête sera développé et testé. Il sera administré auprès des responsables des Directions Centrales, de toutes les DRAS, de toutes les CSM et de tous les EPA. Cette approche permettra d'obtenir des données objectives et représentatives de l'état des lieux des capacités institutionnelles et organisationnelles et servira à mobiliser les parties prenantes autour des réformes envisagées.
- ✓ Elle rencontrera les principaux cadres du niveau central du Ministère de la Santé (Ministre, Conseillers, Secrétaire Général, Directeurs Centraux, Chefs de services, Chef de Divisions, Coordinateurs des principaux programmes spécifiques) afin de recueillir leurs analyses et propositions visant à améliorer la performance de l'administration sanitaire. Les interviews individuelles seront privilégiées, mais des ateliers et des focus groups pourront être organisés à cet effet.
- ✓ Elle interviewera des représentants de la société civile, des syndicats des agents de santé ainsi qu'avec des représentants des ordres professionnels du secteur,
- ✓ Elle visitera un échantillon de Directions Régionales à l'Action Sanitaire (DRAS) et de Circonscriptions Sanitaires de Moughataa (CSM). Au minimum 3 DRAS seront visitées en dehors de Nouakchott et de Nouadhibou, et dans chaque région au moins deux CSM.
- ✓ Elle rencontrera les responsables d'un échantillon de structures de soins (publiques, privées et à but non lucratif) afin de recueillir les analyses des cadres sur les forces et faiblesses du département ainsi que leurs propositions pour en améliorer la performance.
- ✓ Elle rencontrera les directeurs de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables (CAMEC), de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), des instituts/écoles de formation des agents et techniciens de santé ainsi que les doyens de la faculté de médecine et de pharmacie.
- ✓ Elle rencontrera des représentants du Ministère des Affaires Economique et du Développement, du Ministère des Finances, du Ministère de l'Intérieur ainsi que des représentants du Ministère de la Fonction Publique afin de prendre connaissance des processus de réforme de l'administration publique et de la programmation budgétaire engagés par le gouvernement. Elle s'informerà à cette occasion de la nature et de l'effectivité de la coordination intersectorielle.
- ✓ Elle s'entretiendra avec des représentants des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) du secteur santé (OMS, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, PNUD, Banque mondiale, UE, AFD, Coopération Espagnole, Ambassade des Etats-Unis, Japon, GAVI, ...) y inclus les chargés de projets mis en œuvre à travers ces institutions et agences.

Ces activités se dérouleront en trois phases:

Phase I : *Ebauche de l'audit institutionnel et organisationnel*

A. Approfondissement de l'analyse institutionnelle

- ✓ Analyse des institutions selon les composantes du système de santé, en prenant appui sur les analyses existantes.

- ✓ Analyse des facteurs qui affectent le rendement du secteur : efficacité, efficience, utilité, viabilité financière. Les contraintes extérieures seront analysées si elles sont utiles pour orienter les solutions.
- ✓ Analyse des facteurs qui affectent la motivation des acteurs de la santé: antécédents, mission, culture, valeurs, récompenses, priorités. Les évolutions informelles par rapport aux textes existants seront également prises en compte.
- B. **Elaboration d'un questionnaire et d'un guide d'enquête** permettant de collecter des renseignements sur la capacité organisationnelle du Ministère de la Santé (administrations centrales et déconcentrées).
- ✓ Un questionnaire et un guide d'enquête portant sur l'appréciation de la capacité institutionnelle et organisationnelle sera adapté au divers niveaux du secteur santé Mauritanien (les directions centrales, les DRAS, les CSM et les EPA) et administré par des enquêteurs recrutés par l'équipe de consultants .
- C. **Aide-mémoire** présentant les principaux résultats de la phase I, le questionnaire, le guide d'enquête et une méthodologie pour la suite de l'audit.
- D. **Discussion de l'aide-mémoire** avec le Ministre ou son représentant

Phase II : Conduite de l'enquête de la capacité organisationnelle du Ministère de la Santé (administration centrale et déconcentrées).

Conduite de l'enquête par des enquêteurs expérimentés et qualifiés embauchés par la firme de consultants auprès des directions centrales, des DRAS, des CSM et des EPA). Encodage, traitement des données et production des tableaux de résultats.

Phase III : Elaboration et Finalisation des recommandations portant sur la réforme institutionnelle et organisationnelle

- A. Continuation de l'analyse institutionnelle
- B. Analyse des résultats de l'enquête
- C. Présentation des résultats préliminaires et des options de réformes institutionnelles et organisationnelles

L'étude de situation portera sur le mandat, les rôles et fonctions du Ministère de la santé aux niveaux central et déconcentrés. Les liens organiques et fonctionnels entre les sections et les niveaux central et déconcentrés du Ministère de la santé et avec les autres ministères et institutions impliqués dans la santé seront également étudiés, tant aux niveaux central et déconcentrés ;

Une analyse critique de la performance (efficacité, efficience, pertinence et viabilité financière) du secteur sera faite aux niveaux central et déconcentrés. Cette performance inclura d'une part les processus de leadership, de planification technique et financière, de coordination, de régulation, de suivi et monitoring pour la mise en œuvre du PNDS 2012-2020, et d'autre part les prestations de services dans les formations sanitaires ;

Les modes de gestion (financière et technique) et des ressources humaines, et leur adéquation avec leurs missions seront décrits et analysés aux différents niveaux ;

La faisabilité, la cohérence et les nécessités de la planification stratégiques de chaque niveau sont analysées en identifiant les contraintes, les besoins de renforcement en ressources financières et humaines, et d'appui technique ;

Le système de référence des patients et le découpage / la couverture géographique des services de santé seront analysés en vue de les optimiser.

Les capacités du département à mettre en œuvre les grandes fonctions ou groupes homogènes d'activités classiques de l'administration sanitaire seront analysées par niveaux ;

Des ébauches de descriptifs et profils indicatifs de postes aux niveaux central et déconcentrés seront passés sous revue ;

La liste des emplois en vigueur dans le système de prestations de soins éventuellement révisée,

Des possibilités et domaines de contractualisation seront étudiés

D. Restitution et consultation des parties prenantes

E. Elaboration des recommandations et développement d'une feuille de route pour leur mise en œuvre

Ces recommandations viseront à améliorer l'organisation et le fonctionnement du ministère de la santé dans une optique de décentralisation, d'intégration et de contractualisation des interventions

F. Validation des recommandations et de la Feuille de Route avec le comité de pilotage

2.4 Résultats attendus

2.4.1 Analyse de la situation

- ✓ Une analyse critique approfondie et pertinente de l'organisation et du fonctionnement actuels du ministère de la santé tenant compte du contexte sanitaire global, régional et national actuel et des implications du PNDS.

Recommandations

- ✓ Un plan d'amélioration de la performance du secteur sera élaboré, avec si nécessaire, un projet de révision des missions et attributions des différentes sections et organes du département. Les missions et attributions des nouvelles structures proposées seront détaillées jusqu'au niveau division.
- ✓ Des recommandations concrètes seront formulées portant sur l'amélioration des grandes fonctions du Ministère de la Santé. Les propositions porteront sur les objectifs, les processus, les organes, procédures et outils, ainsi que les responsabilités, ressources nécessaires et système de suivi.
- ✓ Le même exercice sera fait pour les DRAS et les CSM dans une optique de décentralisation et d'intégration des activités. Des profils de postes seront élaborés. pour chaque nouvelle structure/ organe proposés.
- ✓ Un organigramme révisé du Ministère de la santé sera proposé. Les évolutions par rapport à la situation antérieure seront explicitées. L'organigramme sera détaillé par directions/services et divisions du niveau central. Il concernera également les DRAS et les CSM. Le rattachement institutionnel des DRAS sera revu si nécessaire.
- ✓ Une attention particulière sera portée sur les programmes verticaux afin de renforcer la coordination et l'intégration des interventions.

- ✓ Une attention particulière sera également portée sur la pertinence et la possibilité de rationalisation des cadres et instances de coordination/concertation.
- ✓ Les liens organiques et fonctionnels entre les différents secteurs et niveaux du ministère de la santé seront détaillés. Il en est, dans la mesure du possible, de même entre le ministère de la santé et les autres ministères et institutions impliqués y compris les PTFs.
- ✓ Un projet de cadre organique et fonctionnel sera proposé pour les niveaux central et déconcentrés.
- ✓ Une attention particulière sera portée sur la faisabilité des recommandations proposées au regard des moyens humains et financiers disponibles.

2.4.3 **Plan de mise en œuvre des recommandations (Feuille de route)**

- ✓ Une feuille de route réaliste pour la mise en œuvre de ces recommandations sera proposée, précisant les étapes éventuelles préconisées, et éventuellement les variantes possibles.

2.4.4 **Estimation des appuis nécessaires**

- ✓ Les appuis techniques et financiers nécessaires seront estimés. Le rapport précisera pour quels départements et pour quelles fonctions l'assistance technique sera nécessaire.
- ✓ Enfin des recommandations seront formulées à l'égard des PTFs afin que leurs modalités d'interventions facilitent les missions du Ministère de la Santé.

2.5 **Langue du contrat**

Le rapport doit être établi en français.

2.6 **Sous-traitance**

La sous-traitance n'est pas autorisée.

3 **EXPERTISE REQUIS**

Nombre d'experts requis

La mission sera composée d'une équipe de 4 personnes, deux experts Senior et deux experts junior.

Profil des experts

Chef de mission - Expert en santé publique - Catégorie I, senior

Qualifications et compétences

- ✓ Diplôme universitaire de niveau Master en santé publique ou autre discipline pertinente
- ✓ Excellente maîtrise de la langue française

Expérience professionnelle générale

- ✓ 12 ans minimum d'expérience en santé publique à haut niveau

Expérience professionnelle spécifique

- ✓ une expérience confirmée dans l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement de Ministères de la Santé en Afrique sub-saharienne, et en particulier les services décentralisés et

les soins de santé primaires.

- ✓ Expérience avérée en tant que chef de mission d'au moins deux audits organisationnels de ministères de la santé en Afrique sub-saharienne.

Atouts supplémentaires

- ✓ Expérience en Mauritanie

Expert Senior n°2 - Expert en organisation/gestion – Catégorie I, senior

Qualifications et compétences

- ✓ Diplôme universitaire de niveau Master en économie, gestion, organisation ou autre discipline pertinente
- ✓ Excellente maîtrise de la langue française

Expérience professionnelle générale

- ✓ 12 ans minimum d'expérience en organisation des structures publiques
- ✓ ans d'expérience en audits organisationnels

Expérience professionnelle spécifique

- ✓ excellente connaissance des problématiques organisationnelles des institutions publiques en santé.
- ✓ Participation en tant qu'expert senior à au moins deux audits organisationnels de ministères de la santé en Afrique sub-saharienne
- ✓ Expérience de l'administration et de l'exploitation d'enquêtes dans ce domaine

Atouts supplémentaires

- ✓ Expérience en Mauritanie

Expert n°3- expert en conduite, gestion et traitement statistique d'enquêtes dans le domaine de la santé – Catégorie III, expert junior

Qualifications et compétences

- ✓ Diplôme universitaire en économie, gestion, organisation, économie de la santé, santé publique ou autre discipline pertinente
- ✓ Excellente connaissance de la langue française
- ✓ Excellente connaissance du Hassaniya

Expérience professionnelle générale

- ✓ 3 ans minimum d'expérience dans la conduite, gestion et traitement statistique d'enquêtes dans le domaine de la santé

Expérience professionnelle spécifique

- ✓ Bonne connaissance des problématiques organisationnelles de la santé en Mauritanie.

- ✓ Expérience de l'administration et de l'exploitation d'enquêtes dans ce domaine en Mauritanie.

Atouts supplémentaires

- ✓ Connaissance d'autres langues nationales en Mauritanie

Expert n°4 - expert en Santé Publique connaissant très bien le système de santé Mauritanien.- **Catégorie III, –Expert junior**

Qualifications et compétences

- ✓ Diplôme universitaire en santé publique, économie de la santé ou autre discipline pertinente
- ✓ Excellente connaissance de la langue française
- ✓ Excellente connaissance du Hassaniya

Expérience professionnelle générale

- ✓ 3 ans minimum d'expérience en santé publique en Mauritanie.

Expérience professionnelle spécifique

- ✓ Bonne connaissance du fonctionnement du système de santé en Mauritanie.

Atouts supplémentaires

- ✓ Une expérience professionnelle à un poste de cadre de l'administration sanitaire, de direction de programmes de santé, ou de management dans la fonction publique
- ✓ Connaissance d'autres langues nationales en Mauritanie

4 CALENDRIER ET LIEU DES PRESTATIONS

La base opérationnelle du projet sera située à Nouakchott.

La durée indicative des prestations par postes (en homme/jour prestés) figure dans le tableau suivant.

| Postes | Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 | Total (h/j) |
|--------------------|-----------|-----------|------------|-------------|
| Chef de mission | 13 | 0 | 30 | 43 |
| Consultant No 2 | 12 | 0 | 27 | 39 |
| Consultant No 3 | 10 | 20 | 27 | 57 |
| Consultant No 4 | 10 | 0 | 27 | 37 |
| Total (h/j) | 45 | 20 | 111 | 176 |

Avant la mission sur place: 3 jours de préparation à domicile pour le chef de mission et 2 jours pour le consultant No 2

Phase 1 : *Ebauche de l'audit institutionnel et organisationnel* - 10 jours sur place

Phase 2 : *Conduite de l'enquête et traitement des données sous la direction du consultant No 3 (20 jours)*

Phase 3 : *Finalisation des recommandations portant sur la réforme institutionnelle et organisationnelle. 25 jours sur place, 5 jours pour finalisation à domicile pour le Chef de Mission, et 2 jours pour finalisation à domicile pour les autres experts.*

L'utilisation des jours de mission se ferait suivant le calendrier indicatif suivant

| Activités | Dates |
|------------------------------|------------------------|
| Préparation à Domicile | Fin Mai 2014 |
| Voyage à Nouakchott | Fin Mai 2014 |
| Phase 1 | Mai-Juin 2014 |
| Phase 2 | Juin à Aout 2014 |
| Phase 3 | Septembre-Octobre 2014 |
| Remise du rapport provisoire | Octobre 2014 |
| Révision du rapport | Novembre 2014 |
| Remise du rapport final | Novembre 2014 |

5. Reporting

Rapports à présenter :

Aide-mémoire 1: la mission présentera un premier aide-mémoire à la fin de la première phase, avec le questionnaire et le guide d'enquête finalisés, et incluant une proposition de méthodologie pour la suite de l'audit.

Aide-Mémoire 2: Un deuxième aide-mémoire avec des conclusions préliminaires sera présenté lors de la troisième phase pour l'atelier de consultation, il sera ensuite révisé pour inclure des recommandations plus formelles et une feuille de route, pour l'atelier de validation.

Le rapport provisoire: sera présenté dans un délai de 2 semaines après la fin de la mission sur place. Ce rapport provisoire rédigé en français intégrera un résumé exécutif d'une dizaine de pages qui reprendra 4 sections séparées:

1- Analyse de la situation

2- Recommandations

3- Plan de mise en œuvre des recommandations (feuille de route)

4- Appuis techniques et Financiers nécessaires

Un format plus détaillé pour ce rapport sera fourni par l'autorité contractante en début de mission.

Ce rapport est à remettre en dix exemplaires et sous forme électronique au Ministère de la Santé de la Mauritanie qui en assurera la diffusion aux services concernés, et à la Délégation de l'Union Européenne.

Les commentaires de l'administration sur le rapport provisoire seront fournis par écrit dans un délai d'une semaine à partir de la réception du rapport provisoire.

Rapport Final: la mission présentera son rapport final dans un délai d'une semaine après la réception des commentaires des parties intéressées. Le rapport final sera adressé en 10 exemplaires papier et en version électronique au Ministère de la Santé de la Mauritanie et à la Délégation de l'Union Européenne.

L'approbation finale des rapports et du rapport final incombe au point focal désigné par le ministère de la santé (DPCIS) et à la Délégation de l'Union Européenne.

Le prestataire doit observer le « Manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'UE » en ce qui concerne la reconnaissance du financement du projet par l'UE. (Voir http://ec.europa.eu/europeaid/work/visibility/index_fr.htm).

Pendant toute la durée de la prestation et après, les consultants sont tenus de respecter une stricte confidentialité vis-vis des tiers, pour toutes les informations relatives à la mission ou collectées à son occasion (aucune reproduction/diffusion des rapports de mission n'est admise sans autorisation préalable des parties concernées).

6 DEPENSES ACCESSOIRES

Les dépenses accessoires du contrat incluent les frais de visa des experts, les frais de vols internationaux, les frais de transport aussi bien aériens que terrestres en Mauritanie (maximum 4 vols intérieurs), les frais de traduction, les frais des ateliers ainsi que les copies des documents à livrer lors des ateliers. Tous les frais potentiels des ateliers doivent être budgétisés, pour éviter tout problème au cas où le Ministère ne serait pas en mesure de les organiser comme prévu. Concernant les transport, il est rappelé que minimum 3 DRAS seront visitées par l'équipe en dehors des grandes villes (Nouakchott et Nouadhibou), et dans chaque région au moins deux CSM.

Les frais d'enquête feront l'objet d'un prix forfaitaire à proposer par le contractant. Il comprendra le recrutement d'enquêteurs expérimentés et qualifiés, leurs salaires, leurs frais de transport, logement et autres, ainsi que les frais de traitement informatique des données, leur vérification et encodage. Les enquêteurs doivent se rendre physiquement dans chacune des institutions de santé jusqu'au niveau des moughataa. Ce forfait ne comprendra pas les tâches de supervision, de production et de présentation des résultats de l'enquête par le consultant N° 3

7. SUIVI ET EVALUATION

Vu l'importance, la complexité et la sensibilité de l'exercice, un engagement au plus haut niveau du Ministère de la Santé Publique et d'autres institutions impliquées est jugé obligatoire. A cet effet, l'exercice sera piloté par le Comité National de Pilotage du PNDS. Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé sera le premier interlocuteur de l'équipe et premier responsable du bon déroulement de la mission à toutes les étapes.

La partie mauritanienne facilitera le déroulement de la mission à toutes les étapes.

- ✓ Elle mettra à disposition des experts un bureau climatisé pendant toute la durée de la mission.
- ✓ Elle assurera également l'organisation des réunions liées à l'audit (ateliers de consultation et de validation).
- ✓ Le Ministère veillera à assurer la disponibilité des documents au démarrage de la mission et facilitera la consultations de tous autres documents demandés par les experts.

La DPCIS du Ministère de santé sera le point focal responsable de la mission au sein de l'administration mauritanienne et la Délégation de l'Union Européenne (DUE), le point focal coordonnateur et gestionnaire de la mission. Les deux points focaux devront retransmettre les documents transmis par la mission dès que reçus à l'ensemble des parties prenantes.

Le point focal de la DUE sera le gestionnaire affaires administratives liées au contrat.

11.2. Annexe 2: Répartition des structures publiques de santé

i) Structures administratives par niveau

| Niveau | Structure administrative |
|-----------|--|
| Central | Cabinet du Ministre |
| | Inspection Générale |
| | 9 Directions Centrales |
| Wilaya | 13 DRAS |
| Moughataa | 54 Circonscriptions sanitaires de Moughataa (CSM) avec 81 Centres de santé |

ii) Répartition des structures publiques de santé par wilaya

| Wilaya | Centres de santé | Postes de santé | Hôpitaux | Autres structures | Total |
|--------------------------|------------------|-----------------|----------|-------------------|-------|
| HEC Hod El Chargi | 8 | 113 | 1 | 1 | 123 |
| HEG Hodh El Gharbi | 6 | 60 | 1 | | 67 |
| ASS Assaba | 5 | 77 | 1 | 1 | 84 |
| GOR Gorgola | 5 | 53 | 1 | | 59 |
| TRA Trarza | 7 | 87 | 2 | 1 | 97 |
| BRA Brakna | 7 | 79 | 1 | | 87 |
| TAG Tagant | 3 | 24 | 1 | | 28 |
| GUID Guidimakha | 5 | 42 | 1 | 1 | 49 |
| ADR Adrar | 4 | 27 | 2 | | 33 |
| NDB Nouadhibou | 8 | 7 | 1 | | 16 |
| INCH Inchiri | 1 | 6 | 1 | | 8 |
| TIRI Tiris Zemmour | 3 | 1 | 1 | | 5 |
| NKTT Nouakchott | 19 | 29 | 9 | 5 | 62 |
| Total | 81 | 605 | 23 | 9 | 718 |

Source : BDD structures sanitaires 2013, SEP/DPCIS

iii) Structures autonomes (EPA) : en total 24

| Entités | STATUT | TYPE |
|------------------------------------|--------|--------------------|
| ENSP | EPA | EPA |
| INRSP | EPA | EPA |
| Institut Hépatoviral | EPA | EPA |
| LNCQM | EPA | EPA |
| CNTS | EPA | EPA |
| Centre Hospitalier des Spécialités | EPA | Hôpital Spécialisé |
| Centre des urgences | EPA | Hôpital Spécialisé |
| CNORF | EPA | Hôpital Spécialisé |
| CNO | EPA | Hôpital Spécialisé |
| CNC | EPA | Hôpital Spécialisé |
| CHN | EPA | Hôpital Général |

| | | |
|---------------------|------|----------------------|
| HCZ | EPA | Hôpital Général |
| CHME | EPA | Hôpital Général |
| Hôpital de l'Amitié | EPA | Hôpital Général |
| CH NEMA | EPA | Centre Hospitalier |
| CH AION | EPA | Centre Hospitalier |
| CH KIFFA | EPA | Centre Hospitalier |
| CH KAEDI | EPA | Centre Hospitalier |
| CH ALEG | EPA | Centre Hospitalier |
| CH ROSSO | EPA | Centre Hospitalier |
| CH ATAR | EPA | Centre Hospitalier |
| CH NDB | EPA | Centre Hospitalier |
| CH TIDJIKJA | EPA | Centre Hospitalier |
| CH SEILIBABY | EPA | Centre Hospitalier |
| HR ZOUERATT | DRAS | Hôpital Régional |
| HR AKJOUJET | DRAS | Hôpital Régional |
| HM CHINGUITY | DRAS | Hôpital de Moughataa |
| HM BOULTILIMITT | DRAS | Hôpital de Moughataa |
| ESP KIFFA | EPA | EPA |
| ESP Néma | EPA | EPA |
| ESP Seilibaby | EPA | EPA |
| ESP Rosso | EPA | EPA |

iv) Nombre d'hôpitaux par statut ou tutelle

| STATUT (Tutelle) | TYPE | NOMBRE |
|------------------|----------------------|-----------|
| DRAS | | 4 |
| | Hôpital de Moughataa | 2 |
| | Hôpital Régional | 2 |
| EPA | | 28 |
| | Centre Hospitalier | 10 |
| | EPA | 9 |
| | Hôpital Général | 4 |
| | Hôpital Spécialisé | 5 |
| | Total général | 32 |

11.3. Annexe 3 : Les organes de coordination

LES ORGANES DE COORDINATION PERMANENTS

1. Comité national de pilotage du PNDS (CONAP) établi par l'arrêté du 6 février 2012 N° 202 portant création, organisation et fonctionnement de la structure chargée du pilotage, de la coordination et de la mise en œuvre du PNDPS. Le CONAP de composition est multisectorielle est présidé par le Ministre de la santé. Son secrétariat est assuré par la DPCIS et il est prévu qu'il se réunisse trimestriellement.
2. Comités techniques du PNDS présidé par le DPCIS
3. Commission paritaire pour les avancements du personnel et la titularisation présidée par le SG et le Secrétariat assuré par la DRH :
4. Commission d'affectation présidée par le Conseiller Technique chargé de la Médecine Hospitalière et le Secrétariat assuré par la DRH:
5. Chacun des 16 programmes dispose d'un comité de coordination présidé par l'un des chargés de mission ou des conseillers du Ministre ou un directeur.

LES ORGANES DE COORDINATION CREEES EN 2013

| DATE | Description de l'organe | REFERENCES |
|--------------------------|---|---------------------------|
| 25 Décembre 2013 | Comité technique de la carte score sanitaire (DPCIS : président) | Note de service N° 327/SG |
| 08 Décembre 2013 | Equipe centrale de planification pour l'opérationnalisation du PNDS charge de conduire le processus d'évaluation du plan opérationnel 2013 et l'élaboration des plans opérationnels 2014 (DPCIS : président) | Note de service N° 295/SG |
| 08 Décembre 2013 | Comité technique charge de l'élaboration des outils de sensibilisation à l'intention des personnes vivants avec le VIH/SIDA (président : chef service EPS) | Note de service N° 287/SG |
| 14 Novembre 2013 | Commission chargée du suivi de l'exécution et des décisions et des recommandations des réunions, des congrès et propositions des usagers et du personnel (Président :SG) | Note de service N° 274/SG |
| 04 Novembre 2013 | Comite charge de l'élaboration du référentiel des supervisions intégrées, (DPCIS : Président) | Note de service N° 246/SG |
| 01 Octobre 2013 | Comite charge de préparer une proposition des normes en équipements, infrastructures et RH (Président : DPCIS) | Note de service N° 219/SG |
| 30 Septembre 2014 | Commission chargée des NTIC (président : le conseiller charge du suivi et évaluation) | Note de service N° 216/SG |
| 29 Septembre 2014 | Comité technique charge de l'étude et de détermination des montants de rémunération des fonctionnaires et agents au ms suivant les travaux spéciaux (Président : Conseiller juridique) | Note de service N° 212/SG |
| 26 Septembre 2014 | Sous-comité du comité technique du secteur chargé de recevoir les propositions budgétaires des centres de dépense, de les consolider, de préparer le projet de budget et de remplir les fiches de projet BCI (DPCIS : Président, Membres : DAF, Contrôleur Financier, Chef service comptabilité ...), | Note de service N° 210/SG |

| | | |
|--------------------------|---|---------------------------|
| 25 Septembre 2014 | Dans le cadre des réformes entreprises par le département, qui visent à adopter la supervision intégrée comme politique d'échange entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, une commission départementale chargée de la préparation et du suivi des résultats des dites supervisions (présidente conseillère chargé des infrastructures et 6 directeurs sont membres), | Note de service N° 209/SG |
| 24 Septembre 2014 | Sous-comité du comité technique du secteur, chargé d'initier le processus de planification au niveau des districts et de conduire le monitoring décentralisé (DPCIS ; président) | Note de service N° 207/SG |
| 08 Aout 2014 | Commission de réflexion sur l'organisation des bureaux de l'administration centrale du Ministère de la S (Président : conseiller hadi) | Note de service N° 172/SG |
| 21 AOUT 2013 | Comité technique de rédaction de la note conceptuelle pour la composante paludisme dans le cadre du nouveau modèle de financement du fond global (DLM : président), | Note de service N° 159/SG |
| 21 AOUT 2013 | Comité technique de rédaction de la note conceptuelle pour la composante VIH/SIDA dans le cadre du nouveau modèle de financement du fond global (Elhadj Abdellahi ONUSIDA: Président) | Note de service N° 157/SG |
| 21 AOUT 2013 | Comité technique de rédaction de la note conceptuelle pour la composante RSS dans le cadre du nouveau modèle de financement du fond global (DSBN: Président), | Note de service N° 156/SG |
| 21 AOUT 2013 | Comité technique de rédaction de la note conceptuelle pour la composante tuberculose dans le cadre du nouveau modèle de financement du fond global (Président : ONG AMPF) | Note de service N° 155/SG |
| 22 JUILLET 2013 | Commission d'achat pour l'amélioration des conditions d'acquisition des biens et service inférieurs au seuil des marchés publics (président : DAF), | Note de service N° 123/SG |
| 22 JUILLET 2013 | Groupe national technique charge de la finalisation et de la mise en œuvre du document national d'adaptation de la sante publique au changement climatique (DHP : président), | Note de service N° 120/SG |
| 14 JUILLET 2013 | Commission de réflexion sur le projet du centre hospitalier des spécialités (Président : Chargé de mission Kane), | Note de service N° 113/SG |
| 10 JUILLET 2013 | Groupe technique issu de CCIA, qui est l'organe de coordination du PEV, pour l'élaboration du plan national de communication (DSBN : président), | Note de service N° 109/SG |
| 12 JUIN 2013 | Comité technique d'élaboration des compte nationaux de la période 2011-2012 (DPCIS : Président), | Note de service N° 84/SG |
| 11 JUIN 2013 | Comite charge de l'élaboration de l'annuaire statistiques sanitaires 2011 (DPCIS: président) | Note de service N° 83/SG |
| 24 FEVRIER 2013 | Commission chargée de la gestion des stocks sloutes massifs (Chargé de mission Zeyn : Président) | Note de service N° 30/SG |
| 12 FEVRIER 2013 | Comite technique de l'enquête de SARA (évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de sante), (DPCIS :Président) | Note de service N° 28/SG |

LES ORGANES DE COORDINATION CREES EN 2012

| | | |
|------------------------|--|---------------------------|
| 04 octobre 2012 | Comité de pilotage de la mise en œuvre et le suivi des stratégies en relation avec la sante de base(y compris la communautaire) et la nutrition (Président : DSBN) | Note de service N° 212/SG |
| 24 SEPTEMBRE | Comité de pilotage de l'étude portant sur l'évaluation de la situation des personnels de la sante lies a la pratique de sage-femme note de service | Note de service N° |

| | | |
|--------------------------|--|---------------------------|
| 2012 | (Président : SG) | 209/SG |
| 24 SEPTEMBRE 2012 | Création d'un groupe de travail technique ressources humaines pour la sante (GTTRHS) charge de la préparation de suivi de l'étude lies a la pratique de sage-femme (Président: DRH) | Note de service N° 208/SG |
| 30 AOUT 2012 | Comité de coordination de l'étude de l'évaluation de la pratique de la profession sage-femme dans le pays (Président : SG) | Note de service N° 184/SG |
| 30 AOUT 2012 | Comité technique de suivi et de mise en œuvre la stratégie nationale de sécurisation des produits SR (Président: DSBN) | Note de service N° 183/SG |
| 27 Aout 2012 | Commission chargé de la désignation des membres de la mission médicale devant accompagner les pèlerins aux lieux saints de l'Islam (Président : conseiller technique chargé médecine hospitalière et RH) | Note de service N° 187/SG |
| 27 Aout 2012 | Comité technique chargé d'élaboration de plan d'élimination de la transmission verticale du VIH/SIDA (Président DLM) | Note de service N° 186/SG |
| 24 JUIN 2012 | Comité de pilotage charge de consolider et de valider les projets soumis avant leur transmission au SCACF « initiative 5% du fonds mondial » , (Président : Conseiller Charge de la Communication) | Note de service N° 137/SG |
| 29 Mai 2012 | Comité technique chargé d'élaboration du rapport des dépenses catastrophiques de santé en Mauritanie (Président : DPCIS) | Note de service N° 136/SG |
| 21 Mai 2012 | Commission d'achat pour les dépenses inférieures au seuil des marchés (DAF : Président) | Note de service N° 131/SG |
| 21 Mars 2012 | Commission techniques chargée des bourses de la formation et de stage a l'étranger (Président : SG) | Note de service N° 87/SG |
| 19 MARS 2012 | Comité de pilotage charge de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (Président : DPCIS) | Note de service N° 86/SG |
| 14 MARS 2012 | Commission technique chargée de la coordination et le suivi de la situation sanitaire des refugies de Fassala (Président : Conseiller Technique Charge de la Prévention), | Note de service N° 82/SG |
| 15 FEVRIER 2012 | Comité technique chargé de suivre la mise en œuvre des activités programmées dans le cadre du projet finance par la coopération italienne (formation des personnel médical et paramédical au CNC et CNO) | Note de service N° 56/SG |
| 12 FEVRIER 2012 | Comité technique charge du suivi de la mise en œuvre des activités programmées dans le cadre du financement GAVI pour le renforcement du système de santé dans les zones cibles d'intervention (Président : DPCIS) | Note de service N° 51/SG |
| 02 FEVRIER 2012 | Comité technique charge du suivi du traitement et élaboration des états de primes des zones et de technicité (Président : SG) | Note de service N° 48/SG |
| 01 FEVRIER 2012 | Commission chargée du suivi des recommandations de la réunion avec son excellence le président de la République (Président : SG) | Note de service N° 46/SG |
| 22 JANVIER 2012 | Comité de pilotage charge de la coordination et du suivi de l'élaboration de la stratégie nationale de sante communautaire (Président : DSBN) | Note de service N° 37/SG |

11.4. Annexe 4 : Répartition des bureaux du Ministère niveau central

| | Entité | Location | Propriété | Tutelle |
|-------------------------------------|--|----------------------|-----------|---------|
| 1. Département Central du MS | | | | |
| Cab | Cabinet du Ministre | Au siège principal | Publique | MS |
| IGS | Inspection | Au siège principal | Publique | MS |
| DPCIS | Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire | Au siège principal | Publique | MS |
| DMH | Direction de la Médecine Hospitalière | Au siège principal | Publique | MS |
| DLM | Direction de la Lutte contre les Maladies | Au siège principal | Publique | MS |
| DSBN | la Direction des Services de Santé de Base | Au siège principal | Publique | MS |
| DPL | Direction de la Pharmacie et des Laboratoires | Auprès de la CAMEC | Publique | MS |
| DRH | Direction des Ressources humaines | Au siège principal | Publique | MS |
| DAF | Direction des Affaires Financières | Ministère Bâtiment 2 | Publique | MS |
| DIMM | Direction des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance | Ministère Bâtiment 3 | Publique | MS |
| DHP | Direction de l'Hygiène Publique | Batiment 5 | Privée | MS |
| 2. Les Programmes de santé | | | | |
| PNSR | Programme National de Santé de la reproduction | Ministère Bâtiment 4 | Privée | DSBN |
| PEV | Programme élargi de vaccination (PEV) | Ministère Bâtiment 5 | Publique | DSBN |
| PNLP | programme national de lutte contre le lepre Paludisme et le ver de Guinée | Batiment 2 | Privée | DLM |
| PNLT | programme national de lutte contre la Lèpre et la tuberculose (PNLT) | Batiment 3 | Privée | DLM |
| UCS | Unité de coordination du SIDA | Ministère | Privée | DLM |
| PLC | Programme de lutte contre la cécité | Batiment 4 | Privée | DLM |
| PLNLHB | Programme de lutte contre HB | Batiment 5 | Privée | DLM |
| PNSBD | Programme National Santé Bucco-dentaire | Batiment 5 | Privée | DLM |
| PNSM | Programme National Santé Mentale | Batiment 6 | Privée | DLM |
| PNLB | Programme National de Lutte contre la Bilharziose (Schistosomiase) | Batiment 6 | Privée | DLM |
| PNTabagisme) | Programme national de lutte contre le tabagisme (PNTabagisme) | Batiment 7 | Privée | DLM |
| (PNTélé) | Programme national de télémédecine (PNTélé) | Batiment 8 | Privée | DMH |
| PSNIS | Programme du Système National d'Information Sanitaire | Batiment 9 | Privée | DPCIS |
| Service DLM | Service de surveillance épidémiologique | Batiment 6 | Privée | DLM |
| 3.cellule d'appui au SG | | | | |
| CSCA/OMD | Cellule Sectorielle de Coordination Pour l'Accélération de l'atteinte des OMD Santé | Batiment10 | Privée | MS |

11.5. Annexe 5 : Clés de la performance organisationnelles

Les six clés de la performance organisationnelles sont :

- i) La motivation pour l'organisation :
 - a. Qu'est-ce que l'organisation doit faire pour acquérir les ressources afin de survivre et de croître ?
 - b. A quelles autres contraintes ou opportunités est-elle exposée de la concurrence, des clients, régulateurs, les responsables de budget, les responsables des subventions ;
- ii) La motivation pour les gestionnaires :
 - a. Comment les gestionnaires sont-ils récompensés ou puni ?
 - b. le cas échéant, comment est-ce lié à la performance de l'organisation ?
 - c. Quelles canaux de rapportage, supervision, et responsabilisation existent ?
 - d. Quelle sont leur possibilités de carrière en dehors de l'organisation actuelle ?
- iii) Les compétences et attitudes des gestionnaires :
 - a. Quelles compétences et attitudes les gestionnaires apportent-ils au lieu du travail ?
 - b. Comment sont celles-ci former par l'éducation, la sélection, la formation, et l'expérience de travail ?
 - c. Comme les gestionnaires voient-ils leur travail ? Comment perçoivent-ils leurs responsabilités ?
- iv) L'autorité des gestionnaires
 - a. Quelles décisions est-ce que les gestionnaires peuvent prendre, à l'interne et l'externe concernant leurs services, les prix, les processus de production, les achats, le personnel, etc. ?
 - b. Est-ce qu'ils peuvent embaucher et congédier, prendre des décisions d'investissement, choisir des stratégies ?
- v) La motivation du personnel
 - a. Comment les récompenses du personnel, le cas échéant, sont-elles sujettes à leur performance et/ou celle de l'organisation globale ?
 - b. Qu'est-ce qui détermine le salaire, l'emploi, la promotion, etc ?
 - c. Est-ce qu'ils ont des motivations significatives non-monétaires ?
- vi) Les compétences et attitudes des employés
 - a. Quelles compétences et attitudes le personnel apporte-il au lieu du travail ?
 - b. Comment sont celles-ci former par l'éducation, la sélection, la formation, et l'expérience de travail ?
 - c. Dans quelle mesure le personnel est-il engagé au « produit » de l'organisation Comme étant une activité désirable ?

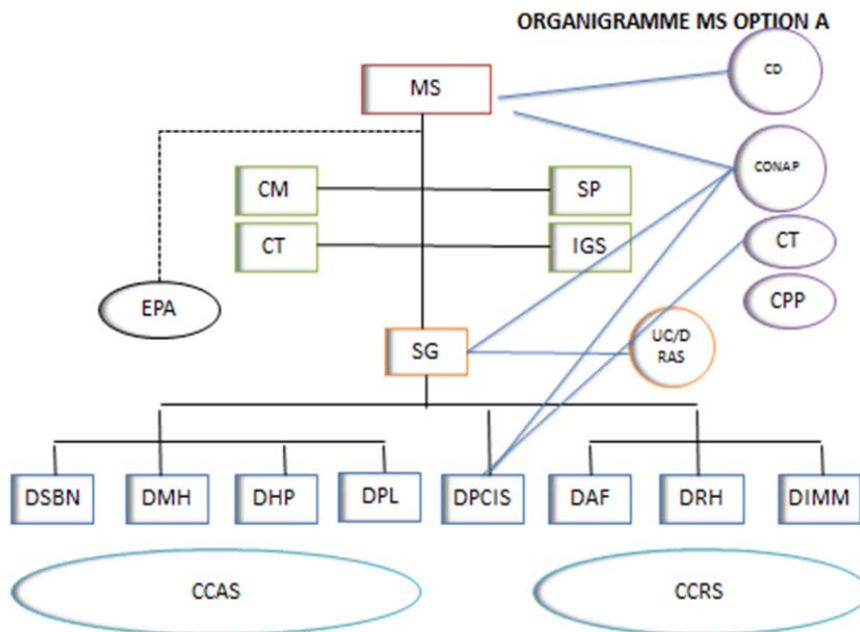
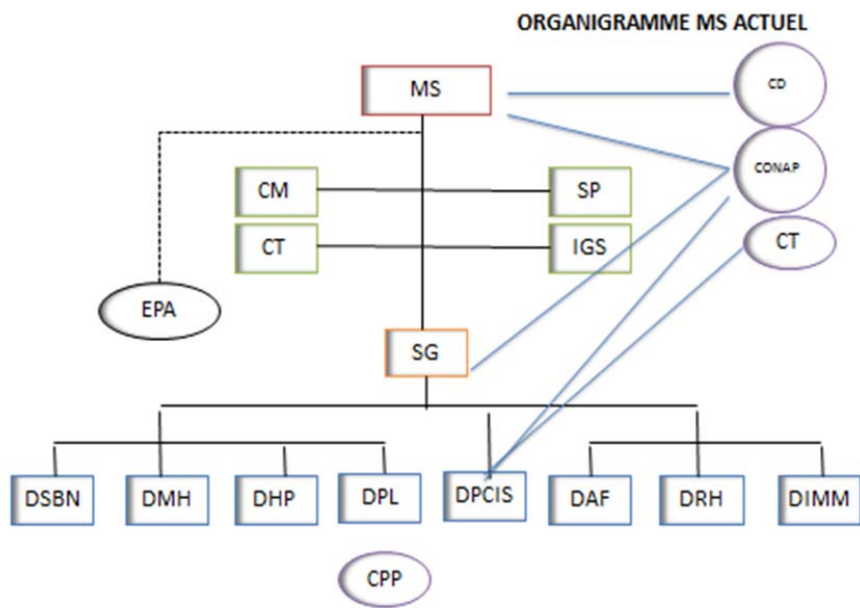
Traduit de « Getting Health Reform Right : A Guide to Improving Performance and Equity ; Marc J. Roberts *Et al.*, Oxford University Press, 2008

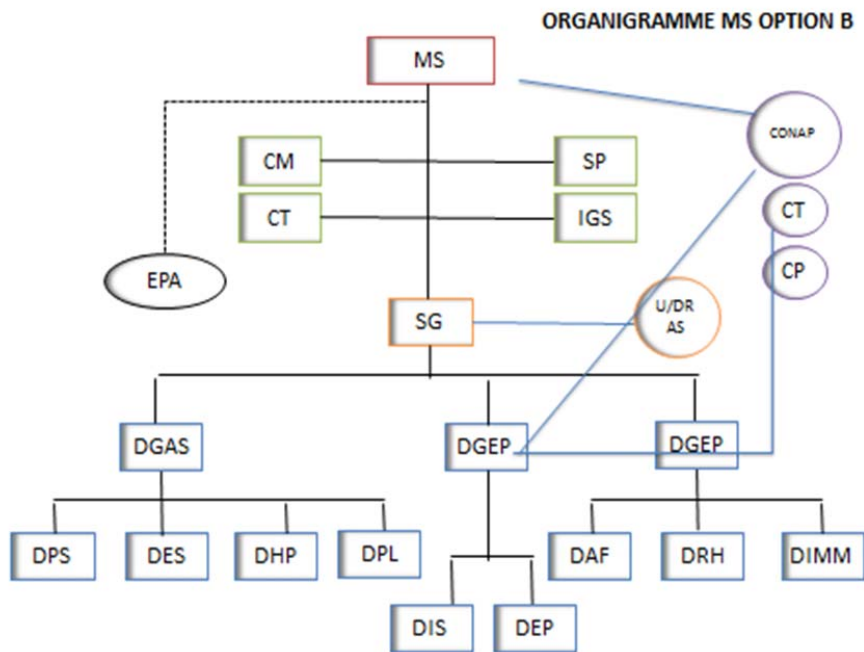
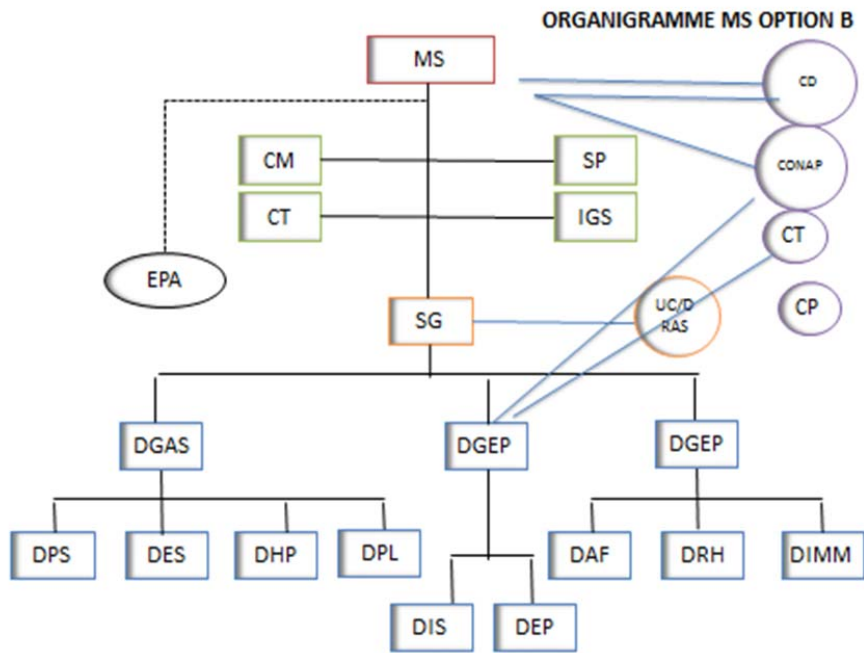
11.6. Annexe 6 : Organigramme

Organigramme: Légende

| | |
|-------|--|
| CD | Conseil de Direction |
| CM | Chargés de Mission |
| CT | Conseillers techniques |
| SP | Secrétariat particulier |
| IGS | Inspection Générale de la santé |
| EPA | Etablissement Public à caractère administratif |
| UC | Unité de Coordination |
| CCAS | Commission de coordination de l'action sanitaire |
| CCRS | Commission de coordination des ressources de la santé |
| DSBN | Direction de la Santé de Base et de la Nutrition |
| DMH | Direction de la Médecine Hospitalière |
| DHP | Direction de l'Hygiène Publique |
| DPL | Direction de la Pharmacie et des Laboratoires |
| DPCIS | Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire |
| DPS | Direction des Programmes de santé, |
| DES | Direction des Etablissements de soins |
| DAF | Direction des Affaires Financières |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DIMM | Direction des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance |
| CONAP | Comité National de Pilotage du PNDS |
| CT | Comité Technique (PNDS) |
| CPP | Comités de Pilotage des Programmes |

| | |
|--------------|-------|
| Tutelle | ----- |
| Coordination | ————— |
| Hiérarchie | ————— |





11.7. Annexe 7 : Proposition des descriptions de postes

| Titre | Fonctions | Critères de nomination | Observations |
|---|--|---|---|
| Directeur général | <p>Sous l'autorité du MS et du SG :</p> <p>Proposition d'une vision,</p> <p>Elaboration de : politiques, normes et stratégies pour le domaine de compétence</p> <p>Coordination des directions placées sous son autorité</p> <p>Suivi et évaluation</p> <p>Gestion du partenariat externe et de la collaboration interne.</p> | <p>Expérience de gestion à un niveau de responsabilité élevé (Directeur ou poste similaire) dans le domaine ou un domaine apparenté (10 ans au moins) de préférence au sein du ministère de la santé</p> <p>Doctorat en médecine ou en discipline apparentée et Diplôme de santé publique pour la DG relative à l'action sanitaire</p> <p>Diplôme supérieur dans le domaine concerné et diplôme de santé publique ou en gestion des organisations pour les DG non techniques (DGEP et DGR).</p> | <p>Fonction inexistante dans l'organigramme actuel, proposée dans l'option d'organigramme B</p> <p>DGAS : Direction Générale de l'Action Sanitaire</p> <p>DGEP : Direction Générale des Etudes et de la Planification</p> <p>DGRS Direction Générale des Ressources pour la Santé</p> <p>Les directeurs généraux adjoints, s'ils sont nommés doivent satisfaire à des critères similaires</p> |
| Directeur Central | <p>Sous l'autorité du MS et du SG (éventuellement du DG) :</p> <p>Proposition d'une vision,</p> <p>Elaboration de : politiques, normes et stratégies pour le domaine de compétence</p> <p>Coordination des services placés sous son autorité</p> <p>Suivi et évaluation</p> <p>Gestion du partenariat externe et de la collaboration interne</p> | <p>Capacité de leadership prouvée et documentée dans le domaine concerné ou un domaine apparenté de préférence au sein du ministère de la santé.</p> <p>Doctorat en médecine ou en discipline apparentée et Diplôme de santé publique pour les directions relatives à l'action sanitaire</p> <p>Diplôme supérieur dans le domaine concerné et diplôme de santé publique ou en management pour les directions non techniques (au sein de la DGEP et de la DGR).</p> | <p>Les directeurs adjoints, s'ils sont nommés doivent satisfaire à des critères similaires</p> |
| Responsables de Cellules et unités de coordination au niveau central : | <p>Sous l'autorité du superviseur :</p> <p>Contribuer à la proposition d'une vision,</p> <p>Collaboration étroite avec les directions et responsables concernés par le domaine d'activité</p> <p>Suivi et évaluation</p> <p>Contribuer à la gestion du partenariat externe et de la collaboration interne</p> | <p>Capacité de leadership prouvée - en particulier le travail en réseau- et documentée dans le domaine de la gestion de la santé publique.</p> <p>Diplôme supérieur dans le domaine concerné et diplôme de santé publique ou en management des organisations pour les domaines non techniques non techniques (non sanitaires).</p> | |
| Chefs de services | <p>Sous l'autorité du Directeur :</p> <p>Contribuer à la proposition d'une vision,</p> <p>Contribuer à l'élaboration de : politiques, normes et stratégies pour le domaine de compétence</p> | <p>Expérience avérée et documentée dans le domaine d'activité (5 ans au moins) concerné par la nomination</p> <p>Doctorat en médecine ou en discipline apparentée</p> | |
| Chefs de divisions | <p>Coordonner des divisions et unités placés sous son autorité</p> <p>Assurer le Suivi et évaluation dans le domaine</p> | <p>Diplôme de santé publique ou diplôme équivalent.</p> | |

| | | | |
|-------------|--|--|---|
| | de compétence | | |
| | Contribuer à la gestion du partenariat externe et de la collaboration interne | | |
| DRAS | <p>Sous l'autorité du MS, du SG et du Waly:</p> <p>Proposition d'une vision pour le développement sanitaire régional,</p> <p>Elaboration de : plans pour la mise en œuvre de la politique nationale et du PNS dan le cadre d'un approche intersectorielle déconcentrée</p> <p>Coordination, animation et supervision de l'ensemble des services et institutions des santés présentes dans la Wilaya.</p> <p>Collecte analyse des informations sanitaires comme outil de décision transmission des informations pertinentes au niveau central dans le cadre du SNIS.</p> <p>Suivi et évaluation des politiques et plans</p> <p>Gestion du partenariat externe et de la collaboration interne</p> <p>Anime le CRDS</p> | <p>Capacité de leadership -notamment la prise de décision autonome et la direction des équipes- prouvée et documentée dans le domaine de la gestion de la santé publique de préférence au niveau déconcentré. (5 ans au moins)</p> <p>Diplôme supérieur dans le domaine concerné et diplôme de santé publique ou en management des organisations pour les directions non techniques (au sein de la DGEP et de la DGR).</p> | <p>La nomination de MCM performants sera l'option privilégiée</p> |
| MCM | <p>Sous l'autorité du DRAS, et du Hakem :</p> <p>Elaboration de : plans pour la mise en œuvre de la politique nationale et du PNS dans le cadre d'un approche régionale intersectorielle déconcentrée</p> <p>Coordination, animation et supervision de l'ensemble des services et institutions des santés présentes dans la Moughataa.</p> <p>Collecte et analyse des informations sanitaires comme outil de décision transmission des informations pertinentes au niveau régional dans le cadre du SNIS.</p> <p>Suivi et évaluation des politiques et plans</p> <p>Animation des CDDS</p> <p>Appui à la santé communautaire</p> | | |

11.8. Annexe 8 : Liste des documents consultés

Liste des actes réglementaires consultés

i) LES REFERENTIELS LEGISLATIFS :

1. Loi N° 2010/022 relative à la pharmacie en Mauritanie
2. Loi N° 2008/ 012 relative au contrôle du marché licite des stupéfiants, substances psychotropes et précurseurs
3. Compendium de la législation en vigueur au sein de la Fonction Publique

ii) MINISTERE DE LA SANTE (ATTRIBUTIONS ET ORGANISATION DE SON ADMINISTRATION CENTRALE)

1. Décret 86-91 du 07 novembre 1991 fixant les attributions du Ministre de la Santé et des Affaires et portant organisation de son administration centrale
2. Décret 046-97 du 05 avril 1997 fixant les attributions du Ministre de la Santé et des Affaires et portant organisation de son administration centrale
3. Décret 009 -98 du 10 janvier 1998 fixant les attributions du Ministre de la Santé et des Affaires et portant organisation de son administration centrale
4. Décret 076-2000 fixant les attributions du Ministre de la Santé et des Affaires et portant organisation de son administration centrale
5. Décret 2005 fixant les attributions du Ministre de la Santé et des Affaires et portant organisation de son administration centrale
6. Décret 087/2007 fixant les attributions du Ministre de la Santé et des Affaires et portant organisation de son administration centrale
7. Décret 2011 fixant les attributions du Ministre de la Santé et des Affaires et portant organisation de son administration centrale

iii) Centres Hospitaliers

1. Décret n°2009-044 du 28 Janvier 2009 Portant création et fonctionnement d'un Etablissement public dénommé «Centre National de Cardiologie».
2. Décret 2009-043 portant changement du statut de l'hôpital régional d'Aioun en établissement public dénommé « Centre Hospitalier d'Aioun »
3. Décret 2009-045 portant changement du statut de l'hôpital régional de Rosso en établissement public dénommé « Centre Hospitalier de Rosso »
4. Décret n 264 du 20/03/2001 portant création et organisation d'un établissement public dénommé «Hôpital Cheikh Zayed »

5. Décret 2005-015 du 15 février 2005 portant création d'un établissement public dénommé Centre Hospitalier de Kiffa
6. Décret n° 2009 – 045 du 28 Janvier 2009 portant changement du statut de l'hôpital régional de Rosso en un Etablissement public dénommé «Centre Hospitalier de Rosso»
7. Décret n° 2009 041 du 28 Janvier 2009 portant création d'un Etablissement public dénommé «Centre Hospitalier Mère et Enfant»
8. Décret n° 2002 - 13 du 20 mars 2002 portant création e établissement public dénommé Centre National de la Transfusion Sanguine (CNTS).
9. Décret 212 -266 portant création d'un établissement public à caractère administratif dénommé Centre Hospitalier de Tidjikdja
10. Décret n°2009-044 du 28 Janvier 2009 Portant création et fonctionnement d'un Etablissement public dénommé «Centre National de Cardiologie»
11. Arrêté 66 du 12 novembre 1999 créant un programme national de santé mentale et neurologique et désignant les membres de son comité de coordination

iv) ECOLES DE SANTE PUBLIQUE

1. Décret n° 2009–042 du 28 Janvier 2009 Portant création et organisation d'un établissement public dénommé Ecole de la santé Publique de Kiffa.
2. Décret n°2000-166 portant création et organisation d'un établissement public dénommé Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)
3. Décret n 2012-003 portant création et organisation d'un établissement public dénommé Ecole de la santé Publique de Sélibaby.
4. Décret n 2012-004 portant création et organisation d'un établissement public dénommé Ecole de la santé Publique de Rosso.
5. Décret n 2012-005 portant création et organisation d'un établissement public dénommé Ecole de la santé Publique de Néma.

v) PROGRAMMES DE SANTE, FORMATIONS SANITAIRES REGIONALES ET COMMISSIONS

1. Arrêté 12 du 21 mars 1998 créant un programme national de lutte contre la cécité
2. Arrêté 112 du 21 mars 1998 portant organisation et fonctionnement des projets et programmes du secteur de la santé et des affaires sociales
3. Décret 140-2000 du 17/12/2000 fixant l'organisation des formations sanitaires régionales
4. Arrêté N 1968 de 2027 portant définition des structures régionales du Ministère de la Santé

5. Arrêté R -067 du 05 septembre 1992 portant création, organisation et fonctionnement du Conseil de Santé (remplacé par le CONAP)
6. Arrêté 077 du 03 mars 2014 créant un programme dénommé : Programme National d'Informations Sanitaires
7. Arrêté No 0236/2014 du 27 janvier 2014 confirmant les comités régionaux et départementaux de développement sanitaire qui existent depuis plusieurs années et ont une composition intersectorielle

vi) AUTRES INSTITUTIONS

1. Décret de 2002 portant créations d'une société d'économie mixte dénommée Centrale d'achat des Médicaments Essentiels Matériels et Consommables Médicaux (CAMEC)
2. Décret n° 2002 - 14 du 20 mars 2002 portant création d'une société d'économie mixte dénommée centrale d'achat des médicaments essentiels matériels et consommables médicaux (CAMEC).
3. Décret 2006-135 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un établissement dénommé Caisse Nationale d'Assurance Maladie
4. Décret 2005-018 du 27 février 2005 portant création d'un Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)

Autres documents consultés

- 1 Brochure sur le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2013)
- 2 Budget national, Mauritanie, 2014
- 3 Burundi : Rapport d'achèvement De Projet 2009
- 4 Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT), Mauritanie 2012-2015
- 5 Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP III)
- 6 Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté Plans d'action 2011-2015 MAED, Mauritanie
- 7 COMPACT, Document National, Mauritanie 2012
- 8 Comptes nationaux de santé, 2008
- 9 Déclaration de Paris, évaluation, Rapport final 2011
- 10 Enquête CAP sur la vaccination Rapport final, Association Mauritanienne de Santé Publique UNICEF, DSBN, 2013

- 11 Enquête de base des SONU 2013
- 12 Enquête de disponibilité des services et produits de la santé de la reproduction
- 13 Enquête LQAS Vaccination et Pratiques Familiales Essentielles, Rapport final MS/AMSP/UNICEF, MS 2013
- 14 Enquête MICS Mauritanie UNICEF,2011
- 15 Étude sur les dispositifs de gestion et de management sanitaire au niveau des
- 16 Evaluation Besoins de Formation Pratique SSF_2013
- 17 Evaluation de l'Hôpital Hamed Bin Khalifa de Boutilimit 2011
- 18 Evaluation de l'impact des Primes de Zone et de Technicité Rapport 2011
- 19 Fonds Africain De Développement : Projet de Renforcement des Capacités Institutionnelles,
- 20 L'étude Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA) en 2013
- 21 Le Diagnostic organisationnel, ISCAE, Université de la Manouba Tunisie
- 22 Le Management, Voyage au centre des organisations, Henri Mintzberg, 2004
- 23 Législation en vigueur au sein de la Fonction Publique
- 24 Liste des décret sur les Etablissement Publics à caractère administratif su secteur de la santé, MS
- 25 Loi Pharmaceutique, 2013
- 26 Manuel de gestion financière Rachad, Mauritanie
- 27 Observatoire Mauritanien des droits de l'Homme et de la Démocratie ; Rapport 2010-11
- 28 Organigramme du Ministère de la Santé 2011
- 29 Partenariat de Busan pour une Coopération efficace au service du Développement :
- 30 Plan d'action triennal Santé 2013- 2015
- 31 Plan de Développement du SNIS VF Août 2013
- 32 Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020
- 33 Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines Mauritanie 2006-15

-
- 34 Politique de Protection Sociale en Mauritanie, MASEF/Unicef 2010
 - 35 Politique Pharmaceutique Nationale
 - 36 Politique Sanitaire Mauritanie 2006-2015
 - 37 Présentation CAMEC
 - 38 Principaux textes règlementaires du secteur de la santé
 - 39 Profil du secteur pharmaceutique Mauritanie, Fonds Mondial 2011
 - 40 Quatrième Forum de Haut Niveau sur l'efficacité De L'aide, Busan,
 - 41 Rapport d'analyse du secteur pharmaceutique, MS/OMS 2011
 - 42 Rapport d'analyse de situation du secteur de la santé – 2011
 - 43 Rapport de Suivi de Mise en Œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvrete : Domaine de Santé
 - 44 Rapport Enquête CAP Vaccination et Pratiques Familiales Essentielles en Mauritanie 2013
 - 45 Rapport LQAS sur les Pratiques Familiales Essentielles en Mauritanie 2013
 - 46 Rapport résumé évaluation Programme de Survie de l'Enfance, MAED/Unicef 2013
 - 47 Réponse au SIDA Mauritanie 2012 UNAIDS
 - 48 République De Corée, 29 Novembre – 1^{er} Décembre 2011
 - 49 Ressources Humaines pour la Santé 2009
 - 50 Revue documentaire sur la Pratique des Soins Sage Femme en Mauritanie 2012
 - 51 Revue externe du PEV Mauritanie, 2014
 - 52 Revue institutionnelle du Secteur Agricole et pastoral en Mauritanie, MDR/DCE 2014
 - 53 Revues des Dépenses Publiques en Santé 2008, 2009, 2010, 2011, et 2012
 - 54 Statut de la CAMEC
 - 55 Stratégie Nationale de Contractualisation dans le secteur de la sante en Mauritanie
 - 56 Stratégie Nationale De Contractualisation dans le Secteur de la Santé n Mauritanie, MS 2009
 - 57 Stratégie Nationale de Contractualisation Mauritanie 2009

-
- 58 Stratégie nationale de délégation des tâches en santé 2012
 - 59 Stratégie Survie de l'Enfant Mauritanie 2008
 - 60 Structures de santé de base de Nouakchott, État des lieux Nouakchott, Juan Luis Domínguez González, Medicus del Mundo, 2013

11.9. Annexe 9 : Liste des personnes rencontrées

| No | Institution | Nom | Fonction |
|----|--|--------------------------------------|---|
| 1 | Premier Ministère | Djibi Sow | Conseiller du Premier Ministre chargé BOM |
| 2 | Ministère de la Santé | Ahmed Ould Sid'Ahmed Dié | Secrétaire Général MS |
| 3 | Ministère de la Santé | Moctar O Hende | Ex Secrétaire Général MS |
| 4 | Ministère de la Santé | Sid'Ahmed O. Teguedi | Chargé de Mission MS |
| 5 | Ministère de la Santé | Yeslem O Mohamed Lemine | Chargé de mission MS |
| 6 | Ministère de la Santé | Lo Baidy | Inspecteur General de la Santé |
| 7 | Ministère de la Santé | Dr Mohamed Lemine Ould Abderrahmane | Conseiller juridique du Ministre |
| 8 | Ministère de la Santé | Dr El Hadi O Ideidbi MS | Conseiller Technique du Ministre |
| 9 | Ministère de la Santé | Mme Roughaya Habott | Conseillère Technique du Ministre |
| 10 | Ministère de la Santé | Dr Abdatt Abba | DG Adjoint de la CNAM |
| 11 | Ministère des Affaires Economiques et du développement | Ishaq Ould Ahmed Cheikh-Sidiya / | DGA DGPS |
| 12 | Délégation de l'Union Européenne en Mauritanie | Robert Hynderick de Theulegoet | Responsable de programme |
| 13 | Délégation de l'Union Européenne en Mauritanie | Michele Nori | Chef de Section Développement Rural Décentralisation et Environnement |
| 14 | Cellule d'appui à l'Ordonnateur National FED/MAED | Diallo Amadou Tidjane | Gestionnaire |
| 15 | Ministère de la Santé | Dr. Abdi Salem Ould Cheikh Saad Bouh | Directeur Général/CAMEC |
| 16 | UNFPA | Dr Koudaogo OUEDRAOGO | Représentant résident de l'UNFPA |
| 17 | OMS | Dr Jean Pierre Baptiste | Représentant en Mauritanie |
| 18 | OMS | Dr Sosthène Zombré | (Systèmes de santé) OMS |
| 19 | AECID/Espagne | Mme Lierni Galdos | Responsable programme secteur social (santé /éducation) |
| 20 | Ministère de la Fonction Publique | Saadna Ould Mohamed Yeslem | DGA Fonction Publique de la Fonction Publique |
| 21 | Ministère de la Santé | Isselmou Ould Mahjoub | Directeur Programmation, Coopération |

| | | | Information Sanitaire |
|----|--|-----------------------------|---|
| 22 | Ministère de la Santé | Mohamed Ould Eleyatt | Directeur Adjoint Programmation, Coopération Information Sanitaire |
| 23 | Ministère de la Santé | Mohamed Mahmoud Khatry | Chef de Service de la Programmation et des Etudes |
| 24 | Ministère de la Santé | Hbibi Ould Mohamed Vall | chef de division S&E/SEP/PCIS |
| 25 | Ministère de la Santé | Mohamed Ould Issa | DPCIS |
| 25 | Ministère de la Santé | Abdallahi Ould Lehib | Directeur de l'Hygiène Publique/MS |
| 26 | Ministère de la Santé | Dr. Ba Mamadou Soumaré | Directeur de la Médecine Hospitalière |
| 27 | Ministère de la Santé | Dr. Niang Saidou Doro | Directeur de la Lutte contre les Maladies |
| 28 | Ministère de la Santé | Sidi Md Lebat | Directeur Adjoint Directeur de la Lutte contre les Maladies |
| 29 | Ministère de la Santé | Mphamed Lemine Ould Ahmedou | Directeur des Ressources Humaines |
| 30 | Ministère de la Santé | Abdellahi O Md Taghi | Service Formation/DRH |
| 31 | Ministère de la Santé | Mr Bouna O El Kotob | Directeur administratif et financier |
| 32 | Ministère de la Santé | Mohamed Lemine Abad | Chef de service comptabilité |
| 33 | Ministère de la Santé | Mohamed Mahmoud O Moussa | Chef de service passation des marchés DAF |
| 34 | Ministère de la Santé | Abdellahi Traoré | PNLTuberculose |
| 35 | Ministère de la Santé | Cheikhne Abe | Centre National de Cardiologie |
| 36 | Comité National de Lutte contre les SIDA | Dr Ndoungou Salla Ba | Comité National de Lutte contre les SIDA |
| 37 | Ministère de la Santé | Dr Ball Aissata | (Cellule Sectorielle de Coordination pour l'Accélération de l'Atteinte des OMD Santé) |
| 38 | Ministère de la Santé | Youssef limame | (Cellule Sectorielle de Coordination pour l'Accélération de l'Atteinte des OMD Santé) |
| 39 | Ministère de la Santé | Dr Amina Ndiaye | Directrice de l'Ecole Nationale de Santé Publique |

| | | | |
|----|---|--------------------------------------|---|
| 40 | Ministère de la Santé | Dr. Brahim Abad | Chef de Service TSA/DPL |
| 41 | Ministère de la Santé | Dr Sidi Mohamed Ould Lebatt | Directeur Adjoint de la Lutte contre les Maladies |
| 42 | Ministère de la Santé | Dr Abderrahmane Ould Jiddou | Directeur Soins de base et de la Nutrition |
| 43 | Ministère de la Santé | Abdellahi Ould Mohamed Taghi | Chef du service de la Formation/ |
| 44 | Ministère de la Santé | Mohamed Ould El Yezid | Directeur des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance |
| 45 | Ministère de la Santé /CAMEC | Dr. Abdi Salem Ould Cheikh Saad Bouh | Directeur général |
| 46 | Ministère de la Santé /Direction Pharmacie et Laboratoire | Dr Brahim Abad | Chef de service à la Direction Pharmacie et Laboratoire |
| 47 | Ministère de la Santé / Hôpital de l'Amitié | Dr. Mohamed Ould Bebaha | Directeur Général |
| 48 | Ministère de la Santé /CSM d'Arafat | Dr. Taleb Ould Taleb | Médecin chef CS d'Arafat et du CS Ibn Sina |
| 49 | Ministère de la Santé /DRAS de Nouakchott | Dr Moustapha Ould Abdellah | Directeur Régional |
| 50 | MSF Belgique | Dr Ramanantsoa Frédéric | Représentant de MSF Belgique |
| 51 | Ambassade des Etats Unis | Alasane Diakhité | Coordinateur, Programmes d'Assistance et de Développement |
| 52 | Bureau d'études DegSta | Sidna Ndah Mohamed-Saleh | Statisticien-économiste-Consultant |
| 53 | AECID | Madame Lierni Galdos | Responsable programme secteur social (santé/éducation) |
| 54 | UNICEF | Dr. Amadou Alassane CISSE | Chef de la section survie de l'enfant |
| 55 | UNICEF | Dr. Andre Yameogo | Santé de la mère et de l'Enfant |
| 56 | UNICEF | Ousseini Mai Maigana | Eau et Assainissement |
| 57 | UNICEF | Mamadou Ndiaye | Nutrition |
| 58 | UNICEF | Mohamed El Kory Boutou | |
| 59 | Ministère de la Santé | Moustapha Ould Abdellah | DRAS de Nouakchott |
| 60 | Ministère de la Santé | Sengott Abdoulaye | Inspecteur administratif et financier |
| 61 | MAED/Cellule d'Appui à | Diallo Amadou Tidjane | Gestionnaire opérationnel |

| l'Ordonnateur National FED | | | |
|----------------------------|---|-----------------------------------|---|
| 62 | Ministère de la Santé | Mohamed-Lemine Abad | Directeur par intérim |
| 63 | Ministère de la Santé | Mohamed Mahmoud Ould Moussa | Chef de service de passation des marchés |
| 64 | Ministère de la Santé | Mahfoudh Boyé | Programme national santé de la reproduction |
| 65 | Ministère de la Santé | Pr Ahmed O. Be | Directeur Centre National de Cardiologie |
| 66 | Institut National de Recherche en Santé Publique | Mohamed Brahim El Kowry | INRSP |
| 67 | Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille | Dr Abdellahi Ould El Vally | Directeur de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale / |
| 68 | Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation/DG collectivités locales | Patrick Pholsena | Conseiller Technique a la DG des Collectivités Locales |
| 69 | Médicos del Mundo (Médecins du Monde – Espagne) | Mr. Raúl Torres Insua | Coordinateur Pays en Mauritanie |
| 70 | Médicos del Mundo (Médecins du Monde – Espagne) | Dr. Veronica Trasancos Buitrago | Coordinatrice médicale |
| 71 | Association Mauritanienne de Santé Publique | Dr Md Lemine Ould Mohamed El Hadj | Responsable des programmes |
| 72 | Commune d'Atar | Sid'Ahmed Ould Hmeimed | Maire de la Commune |
| 73 | Bureau d'Etudes BAC-Santé | Dr Nedhirou Ould Hamed | Directeur, expert en santé publique |
| 74 | Wilaya de l'Adrar | Diallo Amadou Oumar, | Wali Adrar |
| 75 | Ministère de la Santé | Dr Mohamed O Feil | DRAS Adrar ai et MCM Atar |
| 76 | Ministère de la Santé | Cheikhani O. Abdel Kader | Service SSP/DRAS/Adrar |
| 77 | Ministère de la Santé | Ahmed O. Beira | Service Médicaments et consommables/DRAS/Adrar |
| 78 | Wilaya de l'Adrar | Oumar O. Tiyib | Hakem Adjoint Atar |
| 79 | Wilaya de l'Adrar | El Houssein O. Sidi Mohamed | Chef arrondissement Choum |
| 80 | Centre Hospitalier Régional d'Atar | Dr Abdoullah Hmeyyada | Directeur |
| 81 | Centre Hospitalier Régional d'Atar | Mohamed O Sidi | Secrétaire Général CHR Atar |
| 82 | Centre Hospitalier Régional d'Atar | Traore Malik | Chef personnel CHR Atar |

| | | | |
|-----------|--|---------------------------------|--|
| 83 | Centre Hospitalier Régional d'Atar | Melainine O. Saad Bou | Adjoint au Maire d'Atar |
| 84 | Commune d'Atar | Mohamed Mbareck O. Houeibib | SG de la Mairie d'Atar |
| 85 | Moughataa d'Aoujeft | Mohameden O Mohamed Abdellahi | Hakem Aoujeft (Hakem adjoint) |
| 86 | Centre de Santé d'Aoujeft | Slama O. Ahmed Wahenne | Médecin Chef de Moughataa Aoujeft par intérim |
| 87 | Poste de Santé Ain Ehel Taya | Md Yeslem O El Vil | Chef de PS Ain Ehel Taya |
| 88 | ONG Amis du Désert | Mody Ndiaye | |
| 89 | ONG Amis de Chinguitti | Sid'Ahmed Beiba Nemoud | |
| 90 | Programme Elargi de Vaccination | Mbarek O Houmeid | |
| 91 | CNOMPCD | Dr Ahmed O Zein | |
| 92 | CNOMPCD | Mr Bocoum Ousmane | |
| 93 | Syndicat National des Infirmiers et Sages-femmes | Abderrahmane O. Hamoud | Président |
| 94 | Personne Ressource | Dr Sidatt Moustapha | Ancien Directeur de la santé du CNH (INRSP), ancien fonctionnaire de l'OMS prioritaire d'un cabinet médical privé |
| 95 | Personne Ressource | Pr Ba Mohamed Lemine | Pr Ba Mohamed Lemine ancien directeur de la santé, de l'hôpital National (CHN), ancien chargé de mission au MS propriétaire d'un cabinet privé |
| 96 | Clinique Privée | Dr Mohamed Abderrahmane O Tolba | Directeur de la clinique privée Chiva, député à l'Assemblée Nationale |
| 97 | Clinique Privée | Dr Tandia Mantita | Directrice de la Clinique privée Kissi |

Note : Les noms de l'équipe de la CNAM doivent encore être ajoutés.