

République Islamique de la Mauritanie

Honneur-Fraternité-Justice



Ministère de la santé

Rapport d'évaluation de la première phase du PNDS (2012-2015)



Union Européenne



International Consulting Expertise GEIE

www.ice-org.eu

Le contenu de cette publication relève de la seule responsabilité de ICE GEIE et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis du Ministère de la santé ni celui de l'Union Européenne

Remerciements

L'équipe de la mission d'évaluation (ME), remercie chaleureusement Monsieur le Ministre de la Santé et l'ensemble du personnel aussi bien au niveau central que dans les Wilayas, régions, Moughataas et structures de soins, pour l'accueil et la disponibilité qui lui ont été accordés pour favoriser l'exécution de la présente mission.

Les remerciements vont également à l'ensemble des partenaires techniques et financiers et particulièrement à la Délégation de l'Union européenne à Nouakchott pour toute la disponibilité dont ils ont fait preuve durant le déroulement de la mission.

L'équipe remercie enfin les populations et toutes les personnes qui ont contribué à l'atteinte des objectifs de la mission.

Sommaire

Sommaire	4
Acronymes et abréviations	6
Résumé exécutif	9
I. Introduction	17
II- Contexte général	21
II.1- Contexte socioéconomique et démographique	21
II.1.1- Données physiques et administratives.....	21
II.1.2- Contexte démographique et socioculturel.....	22
II.1.3- Données structurelles et conjoncturelles de l'économie mauritanienne	24
II.2- Contexte sanitaire	24
II.2.1- Aperçu sur l'état de santé de la population	24
II.2.2- Disponibilité de l'information sanitaire	26
III- Offre de services de soins : Évolution et disparités au cours de la mise en œuvre du PNDS1	29
III.1- Gouvernance et leadership	29
III.1- Principaux constats.....	29
III.2- Etat d'avancement de la mise en œuvre des réformes prévues par le PNDS	31
III.2- Structures publiques de santé: infrastructure et équipement	33
III.2.1- Évolution et répartition au cours de la mise en œuvre du PNDS1	33
III.2.2- L'accessibilité géographique	35
III.2.3- Équipement: Matériel roulant.....	37
III.2.4- Offre de services de soins de base	38
III.3- Les ressources humaines dans le secteur public de santé	41
III.4- Médicaments, vaccins et consommables	45
III.5- Forces et faiblesses de l'offre de services de soin	46
IV- Financement de la santé	47
IV.1- Conjoncture économique et impact budgétaire	47
IV.2- Évolution des principaux indicateurs de financement de la Santé	49
IV.2.1- Évolution des dépenses totales de santé au cours de la mise en œuvre du PNDS1	50
IV.2.2- Structure des DTS selon la source financement.....	52
IV.3- Le financement public du PNDS1: Prévisions et réalisations	55

IV.4- Rôle des PTF dans le financement de la Santé	60
IV.5- La CNAM et le financement de la santé	63
IV.6- Forces et faiblesses.....	66
V- Réalisations du PNDS 2012-2015 : Évaluation à travers l'analyse des indicateurs	68
V.1- Analyse des indicateurs : Identifications et indications	68
V.2- Les indicateurs d'impact	70
V.3- Axe 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale :	71
V.4- Axe 2 : Lutte contre la mortalité infanto - juvénile :	76
V.5- Axe 3 : Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	82
V.6- Indicateurs d'effet et de prise en charge	82
V.7- Axe 4 : Lutte contre les maladies non transmissibles (MNT).....	84
V.8- Axe 5 : Renforcement du système de Santé	86
VI- Stratégie de suivi et évaluation du PNDS1	90
VII- Conclusions et recommandations	93
VII.1- Conclusions préliminaires	93
VII.2- Recommandations	94
Recommandations générales.....	95
Recommandations spécifiques.....	95
VII.3- Conclusions/recommandations/plan d'action/IOV-cible.....	96
Annexes	100
Annexe i : Liste des tableaux.....	i
Annexe ii : Liste des graphiques	i
Annexe iii : Liste des figures.....	i
Annexe iv : Liste des personnes rencontrées	ii
Annexe V : Documents consultés	iii
Annexes vi : Tableaux	v
Annexe vii : Termes de références	xvi

Acronymes et abréviations

AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement
AFD	Agence Française de Développement
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
BDD	Base des données
CAMEC	Centrale d'achat des Médicaments et Consommables
CCSC	Communication pour le Changement Sociale et de Comportement
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CdS	Comité de Santé
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNC	Centre National de Cardiologie
CNO	Centre National d'Oncologie
CNORF	Centre National d'Orthopédie et Réadaptation Fonctionnelle
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CONAP	Comité National de Pilotage du PNDS
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation postnatale
CS	Centre de santé
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSM	Circonscription Sanitaire de Moughataa (District)
CSU	Couverture Santé Universelle
CTA / ACT	Combinaison thérapeutique antipaludéenne
DAF	Direction des Affaires Financières
DIMM	Direction des Infrastructures, du Matériel et de la Maintenance
DMH	Direction de la Médecine Hospitalière
DPCIS	Direction de la Planification, de La Coopération et de l'Information Statistiques
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DPS	Dépenses publiques de santé
DRAS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Dépenses de santé
DTS	Dépenses totales de santé
E. SMART	Enquête nutritionnelle "Standardized monitoring and assessment of relief and transition"
EDSM	Enquête démographique et de santé en Mauritanie
EMIP	Enquête mortalité infantile et paludisme
EPA	Établissement public à caractère administratif
EPCV	Enquête pérennante sur les conditions de vie des ménages
FBCF	Formation brut du capital fixe
FBR	Financement basé sur les résultats
FMI	Fonds Monétaire International
GAVI	Alliance Mondiale pour la Vaccination et les Vaccins
GRH	Gestion des ressources humaines
HA	Hôpital de l'Amitié
HME	Hôpital Mère - Enfant
HPV	Virus du papillome humain
HR	Hôpital régional
HTA	Hypertension artérielle
IDE	Infirmier diplômé d'État
IEC	Information éducation communication

IHP+	Partenariat International pour la Santé
IMS	Infirmier médico-social
INRSP	Institut National de Recherche et de Santé Publique
IRA	Infections respiratoires aiguës
IST	Infections sexuellement transmissibles
LCMIJ	Lutte contre la mortalité infanto - juvénile
LCMMNN	Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale
LCMNT	Lutte contre les maladies non transmissibles
LCMT	Lutte contre les maladies transmissibles
LNCQM	Laboratoire National de Contrôle de Qualité du Médicament
LNME	Liste nationale de médicaments essentiels
MASEF	Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille
MBB	Marginal budgeting for bottlenecks
ME	Mission d'Évaluation
MEF	Ministère de l'Enseignement Fondamental
MI	Mortalité infantile
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MIJ	Mortalité infanto - juvénile
MILD	Moustiquaire imprégnée de longue durée
MM	Mortalité maternelle
MNN	Mortalité néo-natale
MS	Ministère de la Santé
ND	Non disponible
NP	Niveau primaire
NS	Niveau secondaire
NT	Niveau tertiaire
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation de la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ON	Ordonnateur National du Fed
ONG	Organisation non gouvernementale
ONS	Office National de la Statistique
ONUSIDA	Programme Conjoint des Nations Unies de Lutte Contre le Sida
PAO	Plan d'action opérationnel
PC	Participation communautaire
PCA	Paquet Complémentaire d'activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant
PDM	Plan de développement de la Moughataa
PEC	Prise en charge
PEH	Projet d'établissement Hospitalier
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNAM	Programme National d'Allaitement Maternel
PNB	Produit national brut
PNDN	Politique Nationale de Développement de la Nutrition
PNDS	Plan National de Développement de la Santé
PNDS1	Première Phase Du PNDS
PNDS2	Deuxième Phase Du PNDS
PNEVG	Programme National d'éradication du Ver de Guinée
PNLB	Programme National de Lutte contre les Bilharzioses
PNLC	Programme National de Lutte contre la Cécité
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PNS	Politique Nationale de Santé
PNSBD	Programme National de Santé Buccodentaire
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PPP	Partenariat Public Privé
PS	Poste de Santé
PSDRH	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la transmission mère – enfant
RC	Relais communautaire
RDPS	Revue des dépenses publiques
RDPS	Revue des dépenses publiques de la santé
RGPH	Recensement général de la population et de l’habitat
RHS	Ressources humaines de la santé
RSS	Renforcement du système de santé
SCAPP	Stratégie de Croissance et de Prospérité Partagée
SFE	Sage-femme d’état
SG	Secrétaire Général
SIDA	Syndrome de l’immunodéficience acquise
SIG	Système d’information géographique
SMIR	Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SNIS	Système National d’Information Sanitaire
SOUB	Soins obstétricaux urgents de base
SOUC	Soins obstétricaux urgents complets
SR	Santé de la reproduction
SRC	Système de recouvrement des coûts
SRO	Solution de réhydratation orale
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSP	Soins de santé primaires
TB	Tuberculose
TMI	Taux de mortalité infantile
TMM	Taux de mortalité maternelle
TMM5	Taux de mortalité infanto - juvénile
TOM	Taux d’occupation moyen (des lits)
UE	Union Européenne
UM/UMRO	Ouguiya
UNDAF	Cadre des Nations Unies pour l’Aide au Développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour L’enfance
USAID	United States Agency for International Development
USB	Unité de sante de base
VAR	Vaccin anti rougeole
VAT	Vaccin antitétanique
VIH	Virus de l’immunodéficience humaine
ZR	Zone rurale
ZU	Zone urbaine

Résumé exécutif

I- Introduction

Les interventions dans le secteur de la santé en Mauritanie sont régies par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2020 élaboré en 2011. Ce plan est conçu en deux phases : une première phase couvrant la période 2012-2015 et une deuxième phase pour la période 2016-2020. Dans le dispositif de Suivi-Évaluation de ce plan, il est prévu de réaliser une revue à mi-parcours en 2015-2016, revue qui consisterait à l'évaluation de la première phase et à l'adaptation de la seconde phase.

Selon les Termes de Référence, l'évaluation à mi-parcours, objet du présent rapport, a comme objectifs : (i) d'examiner et d'apprécier les différents résultats d'impact établis par la première phase du Plan National de Développement Sanitaire – PNDS (2012-2015) et les autres documents stratégiques, notamment les OMD, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté en Mauritanie (CSLP), la Politique Nationale de la Santé 2006-2015 (PNS), et (ii) d'en tirer des conclusions et des recommandations qui doivent servir à la revue de la deuxième phase du PNDS (2016-2020).

Le but principal de cette évaluation est de dégager les succès et les faillites, tant de la mise en œuvre que de l'opérationnalisation du PNDS1 (2012 – 2015).

Pour la réalisation des buts de l'évaluation, on offre une approche basée sur l'analyse du degré d'accomplissement des objectifs et des résultats du plan en termes de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de viabilité, tout en visant la forte dimension partenariale que ce Plan semble avoir, telle que la participation et l'implication des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), des acteurs de la société civile et du secteur privé, ainsi que de la population touchée par le PNDS.

II- Contexte général

II.1- Contexte socioéconomique et démographique

La Mauritanie a longtemps vécu de ses ressources naturelles en minerai de fer, en pétrole et en produits de la pêche. Elle a connu plusieurs années de forte croissance grâce aux cours élevés des matières premières. La croissance économique a tendance au fléchissement à cause de la baisse des cours du minerai de fer, de l'essoufflement de la production pétrolière couplé à l'impact négatif de la crise économique mondiale sur la baisse des exportations minières de la Mauritanie ainsi que son secteur touristique.

Avec une population totale estimée à 3 720 000 habitants en 2015, la Mauritanie a une densité moyenne de moins de 4 habitants par km². Cette moyenne cache la grande dispersion de la population sur le territoire national. En effet, à l'exception du Grand Nouakchott (958h/km²), la densité démographique est inférieure à 26 h/km² dans tous les autres Wilayas. Elle est même inférieure à 1 h/km² dans 4 wilayas. Cette réalité rend la tâche de la couverture de la population en services publics très difficile à réaliser surtout en matière d'éducation, de santé et de télécommunications.

Malgré l'effort déployé par les autorités nationales et l'appui incessant des PTF sur les facteurs déterminants de la fécondité, les principaux indicateurs de natalité restent très élevés. Ce qui se traduit

par un taux d'accroissement démographique annuel moyen à 2.77% en 2013. L'amélioration de l'accessibilité géographique et financière (1/3 de la population vit sous le seuil de pauvreté et à peine 10 % de la population dispose d'une assurance maladie) aux services de soin de la mère et de l'enfant nécessitera obligatoirement un effort exceptionnel en matière de financement de la santé et des modalités de couverture contre le risque maladie.

Les taux de mortalité infantile (65‰), infanto-juvénile (84‰) sont encore élevés en dépit des progrès enregistrés. Le ratio de mortalité maternelle est l'un des plus élevés de la région. Il s'agit tout d'abord des objectifs 4 et 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la mortalité infanto-juvénile et maternelle.

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.

La malnutrition reste très importante chez les enfants. La prévalence de la malnutrition chronique globale observée sur l'ensemble du territoire est de 15,9%.

II.2- Contexte sanitaire

II.2.1- Aperçu sur l'état de santé de la population

La situation sanitaire de la Mauritanie reste marquée par une morbidité générale liée en priorité aux maladies infectieuses et parasitaires quoi que l'ampleur des maladies non transmissibles grandisse aussi de manière inquiétante. L'espérance de vie à la naissance est de 60,3 ans (RGPH 2013).

Malgré tous les efforts entrepris au cours des dernières années, la Mauritanie semble avoir des difficultés pour faire baisser les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile suffisamment et ainsi parvenir à accomplir les OMD à la fin de 2015.

II.2.2- Disponibilité de l'information sanitaire

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) a aussi contribué à cet état des lieux à cause de sa systématique sous-performance et de son manque de fiabilité. Or le SNIS est immergé dans un processus de rénovation de ses structures et de ses capacités pour le rendre plus efficace et fiable, bien qu'il doive subir des enjeux encore considérables.

En effet, le système se montre encore lourd, lent et handicapant à cause de la multiplicité de collectes de données – en plus du SNIS, on trouve plusieurs sous-systèmes appartenant tant au Ministère de la Santé -MS- (les programmes verticaux de santé) qu'à ses partenaires techniques et financiers et chacun avec son propre circuit d'information sanitaire souvent indépendant du système officiel – et sa lourde dépendance des enquêtes sanitaires réalisées par les organismes internationaux – l'OMS, l'UNICEF – dont les buts semblent ne pas toujours coïncider avec ceux du MS.

III- Offre de services de soins :

III.1- Structures publiques de santé

III.1.1- Évolution au cours de la mise en œuvre du PNDS1

En 2015, la Mauritanie, comptait 764 formations sanitaires publiques contre 612 en 2010, soit 152 institutions de prestations de soin additionnelles en un intervalle de 5 ans et une augmentation globale de 25%. Cependant, au niveau régional, les Wilayas de la République n'ont pas profité de cette augmentation d'une manière égalitaire que ce soit en nombre ou en taux de croissance. Certaines Wilayas ont vu leurs structures de soin se renforcer à un degré relativement élevé, comme c'est le cas des Wilayas de Nouadhibou (44%), Hodh El Gharbi (42%), Hodh El Chargui (36%), alors que d'autres régions n'ont pas pu profiter de cet effort public, notamment Tagant, Inchiri, Adrar (3%) et Gorgol (10%).

III.1.2- L'accessibilité géographique

L'amélioration de l'accessibilité s'est étendue à toutes les régions permettant ainsi réduire la distance moyenne à parcourir par les usagers pour avoir accès à une formation publique de santé. On peut inférer que la Mauritanie mène une politique de santé qui a pour objectif de réduire l'écart entre les régions en matière de prestation de soins. Mais si on fait l'analyse sur le nombre de personnes à plus de 5 km l'iniquité persiste surtout dans les régions les plus peuplées du Sud.

III.1.3- Équipement en matériel roulant

Pour donner plus d'efficacité à l'activité sanitaire, en plus de l'équipement en lits d'hospitalisation et en plateau technique, le secteur de Santé a renforcé ses capacités en matériel roulant au niveau de l'effectif et de la diversification pour mieux l'adapter à l'environnement mauritanien.

En effet, au cours des 4 premières années de la mise en œuvre du PNDS, avec un appui soutenu des PTF, les services de santé ont renforcé leur équipement par du matériel roulant supplémentaire : 93 ambulances, 18 véhicules TT et 402 motos TT.

III.1.4- Offre de services de soins de base

Santé maternelle et infantile (SMI)

Lorsque l'offre des services SMI par rapport à la situation en 2013 a montré des améliorations, la capacité opérationnelle de 50% des formations à offrir des soins telles que la PCIME et la CPN est restée très limitée à cause de la non disponibilité des médicaments, d'équipements et de la rupture des produits (contraceptifs surtout).

Aucun des indicateurs d'impact et des niveaux de prise en charge de la santé maternelle et infantile n'a atteint la cible attendue, à l'exception peut-être du taux de césariennes et celui des accouchements assistés par personnel qualifié.

Lutte contre les maladies

Maladies transmissibles : La capacité opérationnelle des structures offrant des services tels que la prise en charge de la TB et le paludisme a diminué par rapport à 2013, particulièrement en matière de diagnostic (pour TB) et médicaments pour le paludisme.

Maladies non transmissibles : La faible disponibilité des médicaments spécifiques ainsi que des directives et des agents formés semblent tirer les scores vers le bas. Cette évaluation n'a pas réussi à obtenir des données qui pourraient éclaircir la performance du PNDS concernant les MNT.

Réforme hospitalière :

Hormis la faible participation de quelques hôpitaux à la collecte des données statistiques, il semblerait que la réforme hospitalière n'ait pas été une réussite. Rien ne semble avoir changé par rapport aux soucis exprimés depuis le début de la mise en œuvre du PNDS : (i) Pas de validation de la politique hospitalière élaborée en 2005, (ii) Absence d'activités de normalisation et régulation, (iii) Inexistence d'un système de référence et contre référence hospitalier, (iv) Insuffisance de la capacité managériale, et (v) Pas de politique de tarification des actes et des médicaments.

Participation communautaire :

La participation communautaire a été une matière jamais tout à fait réussie par le ministère de la Santé mauritanien. Initiée durant les années 1990 avec une forte collaboration des ONG internationales, elle passait par le développement d'un réseau d'agents de santé communautaires (ASC) fortement liés aux infirmiers des centres et postes de santé, ensemble avec la construction d'une chaîne d'unités de santé de base (USB) où les ASC réaliseraient leurs activités sous la supervision des comités de santé communautaires. Cependant, la plupart des rares USB existantes n'est pas fonctionnelle en raison du manque des ASC. De plus, les relais qui devaient s'impliquer dans l'information et la sensibilisation communautaire sont peu nombreux et manquent assez d'appui institutionnel.

III.2- Les ressources humaines dans le secteur public de Santé

L'effort fait par le MS dans la période 2012–2016 a été indéniable : l'effectif des infirmiers médicaux sociaux (IMS) a presque doublé, en passant de 1049 à 1988 agents, bien que le nombre d'IMS recensés en 2015 ne couvre que 73% des besoins estimés par le PNDS1. Les meilleurs résultats ont été enregistrés au niveau des sages-femmes diplômées d'État (SFE), qui ont vu leur effectif croître de plus de 2/3 et dépassant ainsi les besoins du pays estimés pour la fin du PNDS1 avec un taux de 133%.

Le défi majeur est désormais posé par la disparité de la distribution de ces RHS dans les régions du pays : plus de 75% du personnel est au niveau des zones urbaines, en particulier, à Nouakchott et à Nouadhibou (42% de l'effectif global est à Nouakchott).

III.3- Médicaments, vaccins et consommables

Les problèmes de disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et d'autres intrants sont toujours en situation critique ; situation qui n'a pas été renversée au cours des dernières années de mise en œuvre du PNDS (de 28% en 2013 à 26% en 2016), malgré la chaîne de mesures initiées.

III.4- Leadership et gouvernance

Malgré un engagement au plus haut niveau de l'état en faveur de la santé, le PNDS n'a pas été toujours utilisé comme référence unique pour le choix des priorités et l'allocation des ressources du MS. À cela ont contribué sans doute les changements fréquents des hauts responsables (Ministres et Secrétaires Généraux), la faible application des textes juridiques et réglementaires, ainsi que de faibles capacités opérationnelles.

Peu de réformes à caractère organisationnel et institutionnel prévues dans le cadre du PNDS semblent avoir été mises en œuvre et le pari du MS pour la déconcentration vers les DRAS et les CSM ne s'est réalisé que d'une façon très limitée.

Les niveaux de couverture des interventions continuent d'être très défavorables aux quintiles pauvres et très pauvres.

IV- Financement de la Santé

IV.1- Évolution des principaux indicateurs de financement de la Santé

On peut retenir de l'analyse du financement de la Santé en Mauritanie au cours d'une partie de la période de la mise en œuvre du PNDS1, que les DTS par habitant (DTS/h) ont connu une très forte progression en accusant une augmentation annuelle moyenne de 7,95% et en passant de 12 442 MRO en 2011 à 15 843 MRO en 2013.

En effet, les ménages ne constituent plus la principale source de financement de la Santé au niveau national depuis 2013, bien que leurs dépenses aient augmenté d'une année sur l'autre. En un intervalle de 2 ans, l'Administration publique a vu ses dépenses en Santé quasiment doubler, passant de 12 814 millions MRO en 2011 à 24 211 millions MRO en 2013.

L'apport des PTF au secteur de la Santé s'est traduit par une forte augmentation de leur part dans le financement des dépenses globales de ce secteur : de 7% en 2012 à 12% en 2013.

Par ailleurs, les pouvoirs publics ont une place prépondérante dans le financement de la santé en Mauritanie (50%); alors que ce ratio atteint à peine 34% au Maroc et 23% au Mali.

Concernant la Mauritanie, l'analyse des sources de financement de la DTS montre que les évolutions positives décrites ci-dessus proviennent davantage d'efforts déployés par l'Administration publique et plus particulièrement le ministère de la Santé (MS). En effet, les dépenses du MS ont enregistré une forte augmentation : de 9,7 milliards MRO en 2011 à 19,2 milliards MRO en 2013 soit un taux de croissance annuel moyen de **40,4%**.

IV.2- Le financement public du PNDS1: *Prévisions et réalisations*

Selon les informations disponibles, l'État a mis à la disposition du MS des fonds budgétaires à la mise en œuvre du PNDS1 que l'on peut qualifier de satisfaisants dans l'ensemble ; surtout dans un contexte macroéconomique qui n'est pas très favorable et dont les déterminants sont essentiellement exogènes.

En 2012, l'écart entre prévisions et réalisations en matière du budget du MS était de 3 372 millions de MRO soit un taux de réalisation de 81%. Mais très vite l'écart s'est rétréci et le taux de réalisation s'est amélioré pour atteindre 100% en 2014 (92% en 2013). L'année 2015 est marquée par un ralentissement du rythme de l'effort public en matière d'appui au budget du MS. Ce fléchissement s'explique par le recul de la FBCF caractérisé par la diminution du budget consolidé d'investissement (BCI). Par contre, les subventions destinées à couvrir les dépenses courantes de l'administration centrale et régionale, et en partie celles des établissements publics de soins, ont continué à croître à un taux soutenu.

Au cours de la période de la mise en œuvre du PNDS1, le total des investissements du MS dans le secteur s'est élevé à 16 424 millions de MRO, dont presque les 2/3 ont été consacrés à l'acquisition de matériel et d'équipements biomédicaux (63%). L'acquisition des ambulances a absorbé 9% du budget du MS et a permis de renforcer le parc roulant dans les régions qui en ont le plus besoin.

Par contre, le projet « construction, réhabilitation des structures de santé, locaux PEV 2013 » n'a bénéficié que de 5% du total du BCI et il a connu une forte chute (de 82%) entre 2014 et 2015. Il se peut que ce projet soit en fin d'exécution.

IV.3- Rôle des PTF dans le financement de la Santé

D'après les données fournies par la Direction des affaires financières (DAF) du MS, entre 2012 et 2015, l'ensemble des PTF a injecté 2 015 millions de MRO, soit une moyenne annuelle de 504 millions de MRO et 130 MRO/h et par an (soit l'équivalent de 0,33 euros/h et par an). Ce montant ne reflète pas la totalité de l'appui étranger au secteur de la Santé. Il est attribué qu'aux fonds qui sont gérés directement par la DAF.

A la lumière des données exploitées, il ressort que l'OMS constitue le principal soutien à la promotion de la Santé de la population et de la modernisation du secteur au niveau du montant (1 482 millions MRO soit 74%) ; suivi par l'AFD avec 384 millions MRO, soit 19% du total, et GAVI/BCI/CREDIT avec 140 millions.

L'écart annuel entre les prévisions et les décaissements correspondants est chronique et relativement important. En outre, il n'a pas diminué d'une manière sensible au cours de la période, objet de ce rapport. En effet, sur les 4 années et pour l'ensemble des partenaires, seulement 80% des fonds ont été absorbés. Cette moyenne cache des disparités sensibles de ce ratio d'une année à une autre et d'un partenaire à un autre. En effet, simplement 1/3 des fonds prévus par GAVI/BCI/ CREDIT ont été utilisés. La faiblesse relative d'absorption de l'aide étrangère est attribuée en partie à des problèmes liés à l'appropriation des procédures par les gestionnaires et la lenteur administrative d'une part, et d'autre part à la complexité des procédures des modes et modalités d'encaissement du côté des PTF. La riche expérience acquise par les administrateurs et les gestionnaires du MS dans le traitement des projets financés par l'OMS a facilité le traitement des requêtes et le décaissement des montants alloués (98% des fonds prévus ont été décaissés).

Il est à préciser que les montants indiqués ci-dessous ne représentent qu'une partie de l'aide apportée chaque année par les PTF à titre bilatéral et multilatéral en termes financier, en nature et en assistance technique. La publication attendue des résultats des CNS 2014-2015 va apporter plus d'éclairage sur cette question. Déjà les données relatives à la période 2011-2013 montrent que l'apport total des PTF sous toutes ses formes n'a pu atteindre que 12% des DTS effectuées en Mauritanie. Ce taux reste de loin inférieur à ce qui est alloué aux autres pays de la région à économie comparable.

IV.4- La CNAM et le financement de la Santé

Créée en 2007, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est une récente source de financement de la Santé qui vise à renforcer la politique nationale en vue de moderniser le secteur de la santé et les soins apportés à la population.

En 6 ans, le nombre d'affiliés (assurés principaux) qui était de 39 000 personnes s'est multiplié par 253% pour atteindre 98 000 ce qui s'est traduit en définitive par 356 000 assurés soit presque 1/10 de la population qui bénéficie des divers avantages du régime l'AM. Les soins à l'étranger sont très coûteux pour le pays en général et la CNAM en particulier que ce soit en montant ou en proportion des dépenses médicales totales assurées par la CNAM.

V- Réalisations du PNDS 2012-2015 : Évaluation à travers l'analyse des indicateurs

En raison du manque de concordance entre les différentes sources que fournissent les indicateurs choisis pour nourrir le PNDS et de l'excessive dispersion de ces sources – multiplicité de la collecte de données réalisée pas seulement par le MS mais aussi par les Directions générales qui s'occupent

du déroulement des programmes verticaux, les partenaires (PTF) internationaux, etc. Les agences des NU ont systématisé l'utilisation des enquêtes pour définir le profil épidémiologique de la Mauritanie.

On devrait se demander si ces très coûteuses enquêtes sont toujours compatibles avec les besoins statistiques pratiques de la Mauritanie. Le manque absolu d'un cadre logique du PNDS a signifié un vrai problème pour son analyse.

En outre, le fait que à chaque indicateur choisi on fasse correspondre une multiplicité de données et de sources souvent discordantes, a provoqué la difficulté de réaliser une analyse en détail des atteintes obtenues par le PNDS au cours des derniers 4 ans. Si l'on ajoute qu'une bonne partie des indicateurs n'a reçu réponse d'aucune source, cette difficulté devient impossibilité.

Malheureusement, le PNDS a eu une performance très faible dans la plupart de ces indicateurs.

VI- Conclusions et recommandations

VI.1- Conclusions préliminaires

- Manque de correspondance et de concordance entre les statistiques issues des différentes sources.
- Impossibilité d'accomplir une analyse fiable sur l'efficacité et l'efficience du PNDS.
- Absence de cadre logique du PNDS.
- L'accessibilité améliorée ne s'est pas traduite en une même amélioration de la qualité des soins.
- Le leadership et la gouvernance du MS par rapport à la mise en œuvre du PNDS offrent beaucoup d'espace pour être améliorés.
- Le SNIS n'a pas réussi à devenir un centre d'analyse et d'étude de l'information sanitaire – conjointement avec l'INRSP – sans évoluer à être le pilier fondamental du suivi et de l'évaluation du PNDS.
- Le choix des cibles / projections des indicateurs telles qu'attendues pour la fin 2015 semblent être trop optimistes par rapport aux apparentes potentialités du PNDS et frôlent l'irréalité. La plupart des indicateurs mis à disposition des évaluateurs parlent d'une faiblesse presque généralisée des résultats obtenus dans tous les axes d'action par rapport à ceux escomptés.
- Insuffisant effort déployé pour assurer les indicateurs d'impact.
- Manque du développement d'un plan de suivi et d'évaluation.
- L'achat, l'approvisionnement, le stockage, la distribution, la réception et la gestion globale de médicaments, vaccins et d'autres intrants ont montré leur faiblesse malgré des efforts notables faits pour les renforcer.
- L'État a fait déjà un effort substantiel pour mettre à la disposition du MS assez de fonds budgétaires au PNDS. Par contre, la contribution faite par les PTF a été jusqu'à maintenant plutôt décevante.
- Ni le MS ni les PTF ne sont parvenus à assurer un appui technique suffisant pour donner au PNDS toutes ses potentialités et ils ont montré une faiblesse remarquable pour assurer un suivi et une supervision du PNDS.
- Le SRC ne garantit ni l'accès aux soins de base ni les soins hospitaliers.

- Couverture de la CMAM limitée à une faible proportion de la population du pays. Soins à l'étranger très onéreux.
- Le budget d'investissement géré par le MS ne reflète pas l'ensemble de l'investissement dans le secteur.
- Le MS ne dispose quasiment pas de données sur l'activité et la situation financière des hôpitaux.
- La prime de motivation est loin d'atteindre les objectifs pour lesquels a été instituée.

VI.2- Recommandations

Recommandations générales

- Développer l'approche selon le genre
- Elaborer plus d'indicateurs d'équité et d'efficacité
- Approfondir plus l'analyse de la malnutrition

Recommandations spécifiques

- Le MS et les PTF doivent d'urgence arriver à un accord pour unifier les différentes statistiques issues tant des données officielles – SNIS – que des enquêtes de partenaires institutionnels.
- Limiter le nombre d'indicateurs d'effet. Ils doivent être mesurables, vérifiables, faciles à construire et peu onéreux.
- Il est absolument nécessaire d'y placer une unité épidémiologique ou de santé publique faisant partie de l'équipe d'analyse actuelle au niveau central du SNIS.
- Il faut définir des priorités et échelonner les activités escomptées au cours de la deuxième phase du PNDS, ainsi que rédiger un cadre logique exigeant et minutieux.
- Le MS doit s'appliquer très intensément à renforcer sa gouvernance pour réussir à devenir le vrai leader du complexe institutionnel (les PTF, le secteur privé, etc.).
- La CAMEC doit être secouée mais aussi chacune des lignes de transmission du système de provision des médicaments et d'autres intrants, à travers une approche très décidée.
- Il faut réviser l'accord officiel entre le MS et les PTF pour le développement du PNDS – « compact » – afin de lui conférer un lien plus obligeant.
- Exiger des rapports périodiques sur l'activité et la situation financière des établissements hospitaliers au moins à la préparation du budget.
- Le budget d'investissement devrait être rattaché au budget du MS.
- Toute intervention extérieure doit passer obligatoirement par une cellule centrale pour coordination, orientation et suivi.
- Élargir l'assurance maladie à d'autres catégories socioprofessionnelles en vue d'une CSU.
- Limiter les transferts pour soins à l'étranger en s'impliquant plus dans la modernisation des équipements hospitaliers et la formation des professionnels de la santé.

I. Introduction

Élaboré dans sa version finale, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012 -2020, a été publié en novembre 2011 par le ministère de la Santé (MS), suite à un long processus participatif qui a impliqué en plus de l'acteur principal – le MS –, la plupart des acteurs du secteur de la Santé à savoir le secteur privé, la société civile et les partenaires techniques et financiers (PTF). Ce plan trace les perspectives de la mise en œuvre de la politique sanitaire du pays selon cinq piliers stratégiques à partir des résultats d'une étude approfondie des besoins de la population en matière de soin de santé.

Le PNDS retient cinq axes qui ont pour but de (i) baisser le poids de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) diminuer le taux de la mortalité infanto-juvénile, (iii) contrôler les principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) continuer la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les accidents de la voie publique et enfin (v) renforcer les différentes composantes du système de santé dans le but d'un soutien aux quatre axes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

Contexte de l'évaluation

Selon les Termes de référence de cette étude, cette évaluation à mi-parcours, objet du présent rapport, a comme objectifs (i) d'examiner et d'apprécier les différents résultats d'impact établis par la première phase du PNDS (2012-2015) et les autres documents stratégiques, notamment les OMD, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté en Mauritanie (CSLP), la Politique Nationale de la Santé 2006-2015 (PNS), et (ii) d'en tirer des conclusions et des recommandations qui doivent servir à la revue de la deuxième phase du PNDS (2016-2020).

Déroulement sur le terrain

Composée de deux experts dans les domaines de la santé publique et un expert en économie de la santé, la mission originelle avait commencé ses activités à Nouakchott le 23 de mai 2016. Plusieurs contacts, entretiens et réunions ont eu lieu au cours des premiers jours avec des responsables du MS et de la Délégation de l'Union européenne (DUE) afin de préparer la feuille de route, prévue dans les TdR, et planifier des rendez-vous, autant avec les PTF qu'avec les premiers responsables des différents directions générales du MS.

Malgré certaines difficultés, la mission a pu effectuer des visites ciblées sur le terrain qui ont permis aux experts d'obtenir des informations et de collecter des données d'un grand intérêt sur plusieurs aspects et dimensions du processus de la mise en œuvre du PNDS¹. Ces visites s'avèrent très limitées par rapport aux besoins en matière d'appui pour justifier certaines conclusions et recommandations, du fait que le cadre contractuel n'avait pas prévu suffisamment de temps pour les réalisations des investigations de terrain.

Le premier draft du rapport d'évaluation devait être délivré le 6 juin mais il fût successivement ajourné pour le 13 et le 20 du même mois. Finalement il fût délivré le 2 juillet 2016, presque un mois après la date d'échéance initialement accordée.

Entraves et limites

Cette évaluation devait nécessairement s'adapter aux limitations imposées par le contexte. La planification de la mission, telle que communiquée aux consultants, allouait très peu de temps et de ressources à la collecte en profondeur de données primaires au sein des établissements de santé.

Finalement, un manque d'accessibilité aux données les plus significatives dans ce que comporte l'analyse de l'impact et de la performance – notamment l'enquête MICS¹ 2015² – a diminué sensiblement l'ambition de cet exercice d'aboutir à des conclusions plus nuancées sur le progrès et les atteintes du PNDS1. Ces données ont été rendues disponibles à l'équipe d'évaluation que très tardivement. En outre, tous les indicateurs d'impact, de prévalences et d'incidences des maladies transmissibles et non transmissibles ne figuraient pas dans les résultats de cette enquête.

Méthodologie adoptée

L'objectif principal de cette évaluation est de dégager les succès et les échecs, tant de la mise en œuvre que de l'opérationnalisation du PNDS1 (2012 – 2015).

Cette évaluation devra nécessairement mettre l'accent sur la qualité des processus d'implémentation ainsi que le dessin du plan. Il faudra mettre en évidence l'appréciation sur la pertinence, l'effectivité, la dimension partenariale, la durabilité et l'efficacité des actions entreprises.

Il faudra aussi souligner la convergence de vues sur les finalités du PNDS et la concertation d'une stratégie de mise en œuvre dans une complémentarité des compétences et des moyens des PTF.

Cette évaluation aura comme objectifs spécifiques de :

- Dégager les points forts et les points faibles du PNDS 1 en analysant à la fois les résultats atteints et les processus suivis.
- Proposer des recommandations pour la poursuite du plan par les différents PTF une fois la révision et la réédition du PNDS finalisées, jusqu'à la fermeture escomptée de ce plan en 2020.

L'évaluation proposée aura comme cibles prééminentes de :

- Connaître la relation existant entre les résultats prévus ou attendus et ceux qui ont été effectivement atteints. Puis analyser la façon dont ceux-ci ont contribué à atteindre la consécution des objectifs du plan, et si cela a été fait moyennant l'utilisation appropriée des ressources disponibles.
- Souligner les forces de la stratégie mise en œuvre par le PNDS ainsi que l'encaissement du dessin opérationnel dans le cadre des stratégies et des priorités nationales.
- Déterminer la contribution réelle que les actions ont eu vis à vis de la réalisation des objectifs établis.
- Analyser les perspectives de durabilité de façon à ce que l'expérience acquise puisse être prise en considération tant dans une probable évolution que dans des futures actualisations. Apprécier les points forts et les faiblesses du système de gestion et d'opérationnalisation.

¹ « Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS « Multiple indicators Clusters Survey ») 2011 ». Juin 2012

² « MICS 5 Key Findings Report 2015 »

- Accroître la transparence vers les populations bénéficiaires, les autorités locales et les PTF.
- Élargir l'apprentissage du MS et le partager avec les PTF.
- Optimiser la capacité de gestion du MS afin d'arriver à obtenir un composant d'apprentissage pour l'amélioration des futurs plans de santé.

Ayant obtenu l'accord sur la méthodologie d'évaluation proposée par l'équipe de mission¹ et présentée au MS, à la DUE et aux PTF faisant parti de Comité Technique (CT) du PNDS en date du 31 mai 2016, et validé par eux-mêmes, les fondements de cette méthodologie se présentent ainsi :

- « Briefing et rencontres / premières discussions avec le comité technique »
- « Revue, analyse documentaire et exploitation des résultats d'autres enquêtes, contenus dans des documents de référence mis à disposition »
- « Rédaction des questions d'évaluation, feuille de route, aide-mémoire de démarrage, planification des rencontres »
- « Visites de terrain : services, infrastructures, organisations de la société civile, entretiens avec les bénéficiaires, les utilisateurs, les partenaires techniques et financiers, aussi bien en zones urbaines que rurales (transport local pour les experts en dehors de Nouakchott, selon calendrier à établir avec le comité technique) »
- « Collecte, traitement et analyse des données quantitatives et qualitatives (entretiens, enquêtes); l'analyse sera basée sur le système de santé porté par les six piliers définis par l'OMS et devra aussi apprécier la mise en œuvre des réformes institutionnelles prévues ainsi que le degré de collaboration intersectorielle et intra sectorielle »
- « Rédaction récurrente des rapports (fiches bihebdomadaires, aide-mémoire, rapport provisoire) »
- « Restitution générale et rédaction du rapport provisoire et ensuite final »

Cette évaluation à mi-parcours devait couvrir toute la période de mise en œuvre du PNDS1 depuis 2012 jusqu'à fin 2015. Pour l'atteinte des objectifs de l'évaluation, l'approche s'est basée sur l'analyse du degré d'accomplissement des objectifs et des résultats du plan en termes de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de viabilité, tout en visant la forte dimension partenariale que ce Plan semble avoir, telle que la participation et l'implication des PTF et de la population touchée par le PNDS.

Variables	Sources	Informateurs clés
Sources d'information	Données primaires (entretiens semi structurés)	• Autorités du MS impliquées dans l'implémentation du PNDS (directions générales, responsables administratifs et financiers, etc.)

¹ « Méthodologie Révisée Version 2.pdf »

		<ul style="list-style-type: none"> • Responsables du secteur de la Santé de la Délégation de l'Union européenne • Partenaires techniques et financiers • Personnel sanitaire en charge des prestations de soins • Bénéficiaires • Visites aux établissements de provision de soins (CS, PS, hôpitaux régionaux, etc.)
	Données secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation apportée par MS / DUE / PTF
Techniques de l'évaluation	Entretiens avec des informateurs clés	<ul style="list-style-type: none"> • Entités administratives et financières du MS • Entités régionales de gestion et d'administration sanitaire (DRAS, Moughataa) • Préfectures et autorités administratives
	Réunions semi structurées (groupes focaux)	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes de prestataires et de bénéficiaires • Groupes de mères et de femmes enceintes
	Observation participative	<ul style="list-style-type: none"> • Visites aux établissements de santé
	Données collectées sur le terrain (Matrice de l'évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> • Check-lists, formulaires, etc.

Cette équipe d'évaluation s'est efforcée d'établir des recommandations précises et concrètes aux PTF pour assurer une continuité réussie de la deuxième phase du PNDS (2016–2020).

II- Contexte général

Ce chapitre a pour objectif de donner un aperçu global de l'environnement censé déterminer la politique de santé du pays et l'état de santé de population. Il s'agit ainsi de présenter les principales données relatives au contexte socioéconomique et sanitaire de la Mauritanie en privilégiant la période de la mise en œuvre de la première phase du PNDS qui est l'objet du présent rapport.

II.1- Contexte socioéconomique et démographique

Dans ce rapport, nous sommes amenés à traiter plusieurs questions ayant pour objet les disparités spatiales des indicateurs. Il est ainsi important de présenter en premier lieu des indications sur les principales caractéristiques géographiques et sur la division administrative du pays. L'intérêt de ces informations est de permettre au lecteur de mieux suivre certaines analyses développées dans ce document qui font références aux disparités spatiales ou à la diversité géographique et qui pourraient expliquer certains constats.

II.1.1- Données physiques et administratives

Située sur un territoire de plus d'un million (1 031 580) de km², la Mauritanie est bordée au nord par le Sahara occidental et l'Algérie, à l'est et au sud-est par le Mali, au sud par le Sénégal et s'ouvre à l'ouest sur l'océan Atlantique (cf. Figure1)

Figure 1 : Carte de la Mauritanie



C'est un pays saharien dans sa grande majorité et sahélien dans le sud. C'est le désert, de sable et de pierres, qui prédomine (80% du territoire). Les terres arables ne dépassent pas 0,2% de la superficie totale.

La plus haute « montagne » du pays, avec ses 915 m d'altitude, se trouve dans le nord, à côté de Zouerate. L'Adrar et le Tagant sont les principaux massifs rocheux, avec des altitudes dépassant rarement 600 m. Au pied de ces reliefs tabulaires s'étendent les immenses plateaux qui forment la partie nord et est de la Mauritanie.

Cette vaste étendue sablonneuse est plate dans l'extrême nord du pays. Plus au sud, c'est le royaume des dunes à perte de vue. Plus au sud encore, voilà le Sahel où se pratique l'élevage. La vallée du fleuve Sénégal connaît un climat bien plus humide. C'est une région agricole (riz, fruits, etc.). Au niveau administratif, le pays est divisé en 15 Wilayas subdivisées elles-mêmes en 55 Moughataas et 218 communes, respectivement dirigées par des Walis, des Hakems et des maires.

II.1.2- Contexte démographique et socioculturel

En 2015, la population totale de la Mauritanie était estimée à 3,72 millions d'habitants¹, soit une densité moyenne de moins de 4 habitants par km². Les spécificités naturelles de ce pays telles que le relief, le climat et le développement socioéconomique au cours de ces dernières décennies ont déterminé la répartition de la population sur le territoire national qui se caractérise par une forte dispersion.

A l'exception du Grand Nouakchott (958h/km²), la densité démographique est inférieure à 26 h/km² dans tous les autres Wilayas. Ce ratio est inférieur à 10 h/km² dans 10 Wilayas, dont 4 sont occupées par moins d'un habitant au km². Cette réalité rend la tâche de la couverture de la population en services publics très difficile à réaliser surtout en matière d'éducation, de santé et de télécommunications.

Concernant le bilan démographique, d'après le RGPH de 2013, la population mauritanienne est quasiment équilibrée ; avec une légère supériorité des femmes (50,7%) contre 49,3% d'hommes soit un taux de masculinité de 97,2%. Elle est majoritairement rurale mais la tendance à l'urbanisation s'est accélérée au cours de ces deux dernières décennies. Le taux d'urbanisation est actuellement de 42,3%.

Comme la quasi-totalité des pays en développement, la ville attire de plus en plus les habitants de la campagne qui ont l'espoir d'une vie meilleure et se rapprochent par là-même davantage des services publics.

Malgré l'effort déployé par les autorités nationales et l'appui technique et financier incessant des PTF pour agir sur la procréation et la fécondité, le taux de natalité reste très élevé en Mauritanie (32‰ en 2013; RGPH 2013).

Ceci s'explique en partie par l'importance relative des mariages précoces (16% des femmes en âge de procréation se sont mariés avant l'âge de 15 ans et 35% parmi celles de 20-49 ans ont effectué un mariage avant l'âge de 18 ans; MICS5 2015) et la faible utilisation des moyens contraceptifs (le taux de prévalence se situe à 17,8%; MICS5 2015).

¹Selon les calculs de l'Office national de la statistique (ONS) sur la base des données du recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2013

Le taux d'accroissement démographique annuel moyen, calculé par l'ONS sur la base des résultats du dernier recensement s'élève à 2.77% en 2013. A ce rythme la population doublerait dans 25 ans. La population mauritanienne est de type jeune. La transition démographique n'est pas pour demain. En effet, plus d'un habitant sur 6 (17,4%) est âgé de moins de 5 ans, soit 645 000 enfants que le secteur de la Santé doit prendre en charge en soins préventifs et curatifs.

En outre, en se référant aux données de 2013, il est à suivre la grossesse et à assurer les accouchements de 165 000 femmes et de disposer des moyens de protection de 136 000 nouveaux nés. Le tableau 1, ci-dessous présente les principaux indicateurs démographiques de la Mauritanie à la lumière des résultats du RGPH de 2013.

Tableau 1 : Indicateurs démographiques ; année 2013

Indicateurs	Valeur
Taux d'accroissement annuel moyen de la population (%)	2,77
Taux brut de natalité (‰)	32
Densité de la population (habitants/ km2)	3,4
% population de moins d'un an	3,4
% population de moins de 5 ans	17,4
% population de 6-11 ans	16,2
% population de 6-14 ans	23,1
% population de moins de 15 ans (0-14 ans)	44,2
% population de 15-59 ans	50,2
% population de 65 ans et plus	3,9
% population de 60 ans et plus	5,6
% population de 18 ans et plus	49,5
% population de moins de 18 ans	50,5
% femmes en âge de procréer (15-49 ans)	46,4%
Âge moyen de la population	22 ans
Âge médian de la population	17 ans

Sources : ONS – Recensement général de la population 2013.

En 2015, plus d'une naissance sur trois n'est pas enregistrée (34,4%; MICS5 2015) ; d'où l'effet négatif direct sur le niveau de scolarisation comme l'indique les résultats de la dernière enquête MICS. En effet, seulement un enfant sur trois (34%) parmi ceux en âge d'aller à l'école entre en première année de l'école primaire.

Le taux de fréquentation du primaire n'est que de 59,6% et celui du secondaire arrive à peine à 33,5%. Ce qui explique en partie l'étendue de l'analphabétisme qui touche même les tranches les plus jeunes de la population.

Presque la moitié (48%) des femmes âgées entre 15 et 24 ans sont quasiment analphabètes. Ce taux est de 32,2% chez les hommes (MICS5 2015).

II.1.3- Données structurelles et conjoncturelles de l'économie mauritanienne

Vaste territoire de plus d'un million de km² à plus de 80% désertique, bordé à l'Est par l'Atlantique sur 700 km et au Sud par le Fleuve Sénégal et peuplé de 3,7 millions d'habitants, la Mauritanie a longtemps vécu de ses ressources en minerai de fer et en produits de la pêche. La production pétrolière s'est essoufflée depuis 2010.

La Mauritanie a connu plusieurs années de forte croissance grâce aux cours élevés des matières premières. La croissance a diminué (4,1%) en 2015 à cause de la baisse des cours du minerai de fer, sa principale ressource (cf. Annexe vi ; tableau 1).

La baisse de la demande extérieure a eu un impact négatif sur l'économie du pays et l'a rendue plus vulnérable aux chocs économiques extérieurs. Ainsi, la crise économique mondiale a touché de plein fouet les exportations minières de la Mauritanie. L'activité économique est portée par les secteurs de mines et de la de pêche (plus de 20% du PIB).

Sur le plan macroéconomique, le secteur tertiaire (commerce et secteur financier) prend une place croissante. Le déficit budgétaire s'est amélioré en 2015 grâce à une meilleure collecte des taxes. Cependant, il devrait augmenter si les recettes issues des matières premières baissaient.

La modernisation du pays, sa diversification industrielle seront nécessaires afin de réduire la dépendance de l'économie du pays aux aléas des fluctuations des cours des matières premières (fer, cuivre, or, quartz, phosphates, élevage et poissons).

Afin de soutenir l'effort national en matière de développement économique et social, l'aide internationale reste primordiale comme pour le cas pour plusieurs pays de niveau de développement équivalent. En Mauritanie, plus du 1/3 de la population vit sous le seuil de pauvreté, plus particulièrement dans les zones urbaines. Le chômage reste très élevé et touche essentiellement les jeunes.

II.2- Contexte sanitaire

II.2.1- Aperçu sur l'état de santé de la population

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont encore élevés en dépit des progrès enregistrés et le ratio de mortalité maternelle est l'un des plus élevés de la région. Il s'agit tout d'abord des objectifs 4 et 5 des OMD relatifs à la mortalité infanto-juvénile et maternelle.

Les progrès enregistrés laissent augurer des résultats encore éloignés des cibles retenues dans les OMD en matière de mortalité infantile (122‰ en 2007, alors que la cible est de 45‰ en 2015¹) et maternelle (686 pour 100 000 naissances vivantes en 2007, alors que la cible est de 232²). Il en va de même en matière de santé de la reproduction, alors que le taux de prévalence de la contraception chez les femmes mariées de 15 à 49 ans était de 9% en 2008, elle n'est seulement que de 17,8 % en 2015, soit un taux de progression bien faible.

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.

Les dix premières causes de consultation sont celles d'un pays en développement dans un environnement tropical, avec une prédominance écrasante des maladies transmissibles. Selon l'Annuaire statistique de santé (ASS) de 2015, on trouve l'ordre suivant : les infections respiratoires aiguës (IRA 29,94 %), le paludisme (16,93 %), la diarrhée simple (13,23 %), les plaies (4,99 %), les conjonctivites (4,82 %), les otites (4,16 %), les diarrhées sanglantes (4,05 %), l'hypertension artérielle (3,22 %).

Les populations mauritaniennes souffrent également d'autres types de maladies, qui ne sont pas toutes documentées dans l'ASS, comme (i) la tuberculose dont les données ne sont pas complètes pour certaines régions en raison notamment du retard de transmission des rapports trimestriels et des difficultés pour le niveau central d'effectuer des supervisions régulières, (ii) la schistosomiase, 5 556 cas rapportés (tout âge confondu), (iii) les cas suspects de rougeole, de méningite et de tétanos néonatal (TNN).

La malnutrition, un boulevard pour les maladies infectieuses, reste très importante chez les enfants. La prévalence de la malnutrition chronique globale observée sur l'ensemble du territoire est de 15,9%.

En 2015, on dénombre 792 550 consultations hospitalières dans le pays. Le centre hospitalier de l'Amitié enregistre 26,11% de ces consultations. Dans les centres hospitaliers, le taux d'occupation moyen des lits est de 44,47% en 2015. Le niveau de l'indicateur varie de 8,2% à l'hôpital de Tidjikdja à 87,7% à l'hôpital de l'Amitié. 11 hôpitaux ont enregistré des taux d'occupation supérieurs à la moyenne nationale.

Les causes de mortalité ne sont pas bien connues du fait que les décès ne sont pas systématiquement enregistrés. Plusieurs indicateurs restent encore des résultats d'estimation et/ou d'enquêtes spécifiques. Les décès enregistrés par les hôpitaux ne reflètent qu'une partie de la réalité au niveau du nombre que de la qualité de l'information sur la cause de l'évènement. Notons à titre d'exemple que les cinq premières causes déclarées ne figurent pas dans l'ASS 2015.

¹ PNDS (2012-2020)

² Ibid

II.2.2- Disponibilité de l'information sanitaire

Selon le PNDS (page 87), l'information sanitaire devrait s'occuper de rendre accessibles les données sur : (i) l'état de santé des populations, (ii) leurs comportements vis-à-vis de la santé et de la maladie, et (iii) l'utilisation des services de santé.

Malgré les limites et les critiques du SNIS par la presque totalité des partenaires internationaux et même par de nombreux nationaux, une révision bien que nécessairement peu approfondie, de l'état des lieux du SNIS central semble relever un horizon plus encourageant.

Le SNIS semble être dans un processus évident de changement et, même si le manque de ressources humaines et financières continue de menacer son avenir, l'effort que l'on est en train de faire mérite tout de même une reconnaissance.

Ressources humaines

- Le « nouveau » SNIS semble avoir trouvé sa place dans un bâtiment moderne où travaillent le coordinateur, un ingénieur informaticien, 2 statisticiens, 2 techniciens statisticiens, un administrateur / comptable, une sage-femme (?) et une secrétaire en plus du personnel d'appui.
- En dépit de la perte systématique de professionnels informaticiens et statisticiens – de 14 à l'époque ils sont passés à 12 puis à 6 et enfin à 2 qui sont ceux dont on dispose maintenant sur le terrain - on compte dans chaque Direction Régionale des Affaires Sanitaires (DRAS) (Wilaya) sur un « service de l'information sanitaire » à temps plein – avant dénommé « point focal » – dont la plupart a été formée par le SNIS central, les 2 statisticiens professionnels restant étant inclus.

Il y a 55 chargés du SNIS, un dans chaque Moughataa (district), placés au centre de santé chef du Moughataa –et aussi formés par le SNIS central. Finalement, chaque établissement de santé – Centre de santé (CS) et Poste de santé (PS) – a un responsable SNIS – communément le médecin-chef du centre et l'infirmier chef du poste qui sont chargés d'élaborer un rapport mensuel sur la base des consultations réalisées.

Équipement et outils

- Des 55 Moughataas qui comptent un responsable SNIS, seules 30 disposent d'un ordinateur relativement moderne (datés de 2013 et 2014) et sont maintenant performants – 8 ordinateurs de certaines Moughataas ont cessé de fonctionner après plusieurs réparations. Chaque « service d'information » de la DRAS possède un ordinateur moderne connecté en permanence au réseau internet tandis que toutes les Moughataas dont le responsable SNIS ne disposent pas d'ordinateur avec connexion Internet.
- Finalement au SNIS central, on dispose de 4 ordinateurs – 2 portables – et depuis 2015 de 4 serveurs connectés en permanence avec les ordinateurs des DRAS et des Moughataas qui ont cette fonction.

Les serveurs sont enfermés dans une salle climatisée en permanence et disposent de régulateurs de voltage avec une capacité de stockage électrique valable 6 heures. Le SNIS central ne possède pas de groupe électrogène.

Outils de collecte de l'information

- En ce moment, les seuls outils au format papier qui demeurent sont les registres de collecte de données chez les établissements de santé et sont au nombre de 12 – 9 registres généraux, 2 sur la malnutrition et 1 sur le PTME (quoique seulement dans les 7 CS qui offrent ce service) – et ceux des programmes spécifiques de soins – PEV, TB, VIH, etc. Le SNIS a publié en 2016 l'« Annuaire Statistique Sanitaire 2015 » où les données collectées par le SNIS sont compilées avec celles des programmes spécifiques.
- Maurisis est le logiciel de choix pour le SNIS depuis 2002. Il est périodiquement actualisé – Windev5.5 en 2002 ; Windev10 en 2008 et finalement Webdev17 en 2013. On a commencé des études pour remplacer Maurisis par un logiciel plus performant et dynamique (DHIS2) développé et offert par l'Université d'Oslo (Norvège).

En plus, on a introduit un système d'information rapide « rapide SMS » moyennant des cellulaires pour transmettre des données sur la malnutrition dans les wilayas endémiques.

Circuit de l'information

- Le point de départ du système est l'établissement de santé où le professionnel de la santé transcrit les activités journalières dans un des registres SNIS. Avec une périodicité mensuelle le chargé du SNIS de la Moughataa visite les CS et PS relevant de sa compétence territoriale et note les données collectées dans un cahier où sont compilées toutes les activités du mois.
- Ensuite, si la Moughataa possède un ordinateur avec connexion Internet, ces données sont transmises à la DRAS directement sur le logiciel « Maurisis en ligne » ; sinon, le responsable SNIS de la Moughataa les emmène à la DRAS pour son rassemblement. C'est alors la tâche du SNIS central de compiler et d'analyser les données pour leur publication.
- Néanmoins, le système est encore loin d'être tout à fait fiable. Ces changements ont eu lieu très récemment (2015) et maintenant le système est en train d'analyser les indicateurs PNDS pour arriver à offrir des informations mieux élaborées.
- Lorsque la couverture actuelle du SNIS est de 87%, la promptitude frôle encore les 50% et la complétude demeure inconnue même par le SNIS¹. Ces PS dont les infirmiers chefs n'ont pas encore terminé leur formation au PMA², ne remplissent que les registres dont ils sont chargés.
- En conséquence, les goulots que le SNIS subit ne sont pas forcément la conséquence de sa faiblesse intrinsèque mais aussi d'une faiblesse des capacités de quelques prestataires de soins. Quelques-uns peinent à différencier les symptômes des diagnostics.
- Bien qu'il ne semble pas sûr que l'actuel SNIS puisse arriver à délivrer les informations qu'on attend de lui pour répondre à tous les besoins de cette évaluation, il est très possible qu'il réussisse à offrir une information beaucoup plus fiable dans un avenir prochain.

Assurance–qualité

¹Entretien avec le SNIS central 14 juin 2016

²Paquet Minimum d'Activités

- Le SNIS a introduit dans son système un logiciel (DQ / OMS) pour l'assurance – qualité des données récoltées et qui prévient l'acceptation des données qui pourraient contenir des écarts et des erreurs. Au niveau intermédiaire – Moughataa et Wilaya – le SNIS a bâti 2 filtres : avant de passer au niveau supérieur – la Wilaya – où les données sont aussi validées avant d'être remises au SNIS central, les données transmises par le responsable Moughataa doivent d'abord être validées sur leur qualité et fiabilité par lui-même.
- La confection de ces statistiques devient la mission du SNIS qui, dans son annuaire 2015¹, n'arrive pas encore à délivrer celles sur les indicateurs établis pour mesurer l'impact de la performance du PNDS dont on a besoin pour une bonne gestion : mortalité, prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles, statistiques sur les axes d'action pour élaborer les indicateurs qui définissent la lutte contre la mortalité maternelle et néo-natale, la lutte contre la mortalité infanto-juvénile, etc. En plus, l'introduction officielle de la SIMR² au-delà des 4 régions sur les 15 régions du pays (31%) planifiée en 2011 ne semble pas s'être produite jusqu'à aujourd'hui.

Il semble que le SNIS est finalement arrivé à faire la vérification des données fournies aux différents niveaux de collecte – Moughataas et DRAS – moyennant la mise en œuvre du « Maurisis en ligne » où les responsables SNIS sont obligés de valider les données avant de les transmettre au niveau supérieur. Cependant, l'analyse et l'interprétation de ces données restent encore une discipline à revoir. Après conversations avec quelques interlocuteurs, elles semblent se limiter aux tableaux bruts et synthèses de données sans être accompagnées de commentaires. Les rapports ne semblent pas être analysés, non plus, ni à la Moughataa ou ni à la Wilaya³ : « ... *les informations de base nécessaires à toute planification ne sont pas toujours disponibles, puis leur fiabilité ne fait surtout pas l'unanimité* »⁴.

Il semble aussi qu'un audit annuel de qualité des données vient d'être intronisé au SNIS. Cette évaluation n'en connaît pas des détails sur cet audit.

¹Le seul « Annuaire Statistique Sanitaire » disponible pour cette évaluation a été celui de 2015 donc toutes les mentions en font référence (note des auteurs)

²Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte

³« ... source de 59% des 97 indicateurs calculés dans Maurisis », « Analyse de situation secteur de santé 2011 VF.pdf » (page 62)

⁴Ibid (page 60)

III- Offre de services de soins : Évolution et disparités au cours de la mise en œuvre du PNDS1

Le système de la Santé en Mauritanie se compose de 3 principaux sous-secteurs : le premier est le **secteur public** qui couvre les différentes dimensions des services gérés par le MS. Le deuxième est le secteur privé, émergent et très actif, implanté essentiellement à la Capitale. Le troisième est celui dont les activités sont destinées aux militaires et au personnel des forces de l'intérieur (gendarmerie nationale et police). Le présent rapport se focalise sur le premier sous-secteur, à savoir le secteur public, du fait que :

- Les données sur le secteur privé sont quasiment inexistantes, à l'exception de quelques informations sommaires sur l'effectif des formations de santé, de médecins, de pharmaciens et de dentistes (cf. annexe vi, tableau 2).
- Les données sur le troisième sous-secteur ne sont pas disponibles car considérées comme confidentielles.
- Le PNDS1 s'intéresse essentiellement au secteur public sous tutelle du MS.

L'offre de services de soin est appréhendée ici à travers trois grandes composantes des moyens dont dispose le secteur de la santé publique à savoir (i) les ressources en infrastructures et équipement, (ii) les ressources humaines et (iii) les ressources financières.

Étant donné l'importance du financement de la Santé pour son développement, son élargissement, l'équipement des structures de santé et le développement des ressources humaines en nombre et en qualifications, nous avons préféré réserver un chapitre à part entière sur le diagnostic des moyens financiers mis à la disposition du secteur au cours de la première phase de la mise en œuvre du PNDS.

III.1- Gouvernance et leadership

Il existe en Mauritanie un engagement au plus haut niveau de l'État en faveur de la santé avec un cadre institutionnel et organisationnel qui précise les attributions des différents acteurs (décret N°090-2011) et qui a eu comme l'expression la plus visible le PNDS adopté en 2011. Il semble que le PNDS n'ait pas été toujours utilisé comme référence unique pour le choix des priorités et l'allocation des ressources du MS, avec une inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel face aux défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines, coordination et animation intra-ministérielle).

III.1- Principaux constats

- La stabilité institutionnelle et l'établissement d'une communication efficace entre les niveaux techniques et politico-administratifs n'ont pas été favorisés par les changements fréquents des hauts responsables (Ministres et Secrétaires Généraux). La durée moyenne du mandat d'un ministre de la santé a été d'un an et demi environ pour la période 2008- 2014¹.
- Il semble y avoir eu une faible application des textes juridiques et réglementaires (la mise en application de l'arsenal réglementaire notamment dans les domaines du système de recouvrement des coûts (SRC), de l'hygiène publique, de la pharmacie et enfin d'un partenariat public / privé (PPP) non formalisé².
- Il existe aussi de très faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements), une absence d'articulation opérationnelle entre les structures de régulation (DRAS) et les hôpitaux de leur juridiction, une faiblesse dans la conception et l'appui technique, particulièrement au niveau du premier échelon de contact et d'entrée pour les utilisateurs des soins.
- Peu de réformes à caractère organisationnel et institutionnel prévues dans le cadre du PNDS semblent avoir été mises en œuvre. Parmi celles qui ont été réalisées on doit remarquer le Document National de Stratégie Communautaire en Santé (2012), la Carte Sanitaire (2014), et la redynamisation récente (2016) du système d'information sanitaire qui commence à renseigner sur les activités des hôpitaux. Par contre, le statut particulier des personnels de santé, adopté en 2008, n'a pas encore été mis en œuvre (Cf. tableau n° dans les annexes).
- Le pari du MS pour la déconcentration vers les DRAS et les CSM ne s'est réalisé que d'une façon très limitée. Les compétences des équipes cadres des Wilayas et des Moughataas ont peu de ressources et d'autorité, pas même pour affecter des personnels là où ils se sont avérés en défaut.
- Les niveaux de couverture des interventions à haut impact, par rapport au niveau de pauvreté continuent d'être très défavorables aux quintiles pauvres et très pauvres. Rien ne semble avoir été fait pour réformer le système de recouvrement des coûts (SRC) sur la base d'une étude de l'impact du système actuel sur la qualité et l'équité des soins. Il n'est pas prévu dans le suivi du PNDS d'indicateurs explicites relatifs à l'accès équitable aux soins³.
- Le Comité technique de suivi du PNDS qui doit normalement traiter de questions techniques et préparer les réunions du CONAP ne semble pas jouer suffisamment ce rôle en raison de la difficulté de réunir ses membres qui sont aussi membres du CONAP, à savoir les directeurs centraux. On n'a pas trouvé des comptes rendus de ces réunions mais des efforts ont été faits très récemment pour assurer la présence de la plupart des membres du comité technique du PNDS aux réunions de suivi de cette mission⁴.

¹ « Audit Institutionnel Secteur de la Santé Rapport final.pdf » (page 30)

² À l'heure de rédiger ce rapport d'évaluation, le premier document stratégique de la SCAPP (« Stratégie de et de la Prosperité Partagée » devrait être issu (note des auteurs)

³ Op cit « Audit Institutionnel ... Rapport final.pdf » (page 40)

⁴ Lors du début de la mission sur le PNDS, de laquelle ce rapport est le premier produit, on a commencé à structurer les réunions de suivi de la mission, de laquelle formaient part les membres du comité technique du PNDS (note des auteurs)

III.2- Etat d'avancement de la mise en œuvre des réformes prévues par le PNDS

Le tableau décrit l'état d'avancement de la mise en œuvre des réformes prévues par le PNDS. Il apparaît clairement qu'au cours du PNDS1, le degré de la mise en œuvre des réformes était relativement faible.

Tableau 2 : l'état d'avancement de la mise en œuvre des réformes prévues par le PNDS

Composante	Mesures et réformes nécessaires	Degré de réalisation	A mettre en œuvre
Prestations de services	1. Carte sanitaire sous forme de loi avec des articles précisant (i) les critères d'implantation de nouvelles structures, (ii) les plans types de structures, (iii) les normes en équipements et (iv) les PMA et PCA par niveau et par type de structure de santé, y compris les USB	Carte sanitaire élaborée en 2014 Absence de données sur le secteur pharmaceutique	
	2. Code National de santé publique, des protocoles thérapeutiques pour les maladies prioritaires et des référentiels de qualité pour les structures de soins	Inconnu	
	3. Décentralisation effective des services de santé et leur opérationnalisation à travers (i) les systèmes locaux de santé (système de santé de district), (ii) la gestion décentralisée de ces services basée sur la performance et (iii) l'institution de contrats de performance	Très partiellement réalisé : Budgétisation du district sanitaire (CSM) en 2014 [arrêté 0236/2014]	PNDS (2016–2020)
	4. Schéma directeur d'organisation des soins avec normes et procédures par niveau et type de structure, y compris les normes et procédures de référence et contre-référence	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	5. Stratégie d'amélioration de la qualité des soins	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	6. Micro-plans régionaux et de Moughataa d'activités avancées et mobiles garantissant l'accès universel à un paquet minimum d'activités	Très partiellement réalisée	PNDS (2016–2020)
Développement des ressources humaines	7. Réactualisation et adoption de normes en personnels de santé par type de structure et par catégorie de personnel	Non réalisée	
	8. Répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux	Non réalisée	
	9. Réactualisation et adoption du plan stratégique national de développement des RHS	Statut particulier des personnels de santé en 2008	PNDS (2016–2020)
	10. Libéralisation (autorisation et encadrement) de la formation privée des cadres de la santé	Inconnu	
	11. Décentralisation du recrutement et promotion du recrutement sur poste	Non réalisée	
	12. Définition et application de critères d'affectation, de développement de carrière et de formation continue	Inconnu	
	13. Réactualisation et mise en œuvre du plan directeur de la formation continue	Partiellement réalisée	
	14. Révision et meilleur suivi de l'application des primes de zones et de technicité en vue de fixer les personnels en périphérie	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	15. Mise en place de mécanisme d'évaluation des performances individuelles et collectives du personnel	Non réalisée	
	16. Amélioration/informatisation du système d'information et de gestion à tous les niveaux y compris l'instauration de passerelles avec le système d'information et de gestion du Ministère des Finances	En cours	
	17. Adoption et vulgarisation du projet de politique pharmaceutique nationale (PPN)	Inconnu	

Accès au médicament et consommation de qualité	18. Révision et renforcement de la loi cadre existante et sa mise en œuvre pour prendre en compte l'évolution du secteur pharmaceutique et permettre l'exercice correct de la profession	Non réalisée	
	19. Mise en place d'un cadre visant l'unicité du système national d'approvisionnement pharmaceutique	Non réalisée	
	20. Adoption de normes et procédures à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, de distribution et de délivrance	Non réalisée	PNDS (2016–2020)
	21. Renforcement du système de contrôle des importations des médicaments et autres intrants médicaux publics et privés	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	22. Adoption d'une tarification nationale des médicaments et intrants médicaux (public et privé) et un mécanisme de sécurisation des fluctuations de la parité ouguiya/devises	Non réalisée	PNDS (2016–2020)
	23. Révision du cadre législatif, réglementaire et organisationnel de la structure nationale d'approvisionnement	À réaliser	
	24. Développement et renforcement du système national d'assurance qualité à tous les niveaux	En cours	
	25. Renforcement des capacités en passation des marchés et adoption d'un bordereau national de prix pour la santé	Non réalisée	
Information, recherche et gestion de la connaissance	26. Révision et adoption de normes et procédures de collecte, d'analyse, de transmission et de synthèse des données du SNIS de routine	En cours	PNDS (2016–2020)
	27. Généralisation de la SIMR à toutes les Moughataas impliquant les principaux acteurs	En cours	
	28. Adoption d'une politique nationale de recherche pour la santé impliquant d'autres secteurs et adoption de textes régissant la recherche pour la santé dans le Pays	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	29. Renforcement des capacités en recherche et analyse des données à tous les niveaux	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	30. Renforcement du rôle et des capacités de l'INRSP afin qu'il joue le rôle d'institution de référence pour la recherche pour la santé	À réaliser	PNDS (2016–2020)
Leadership et coordination	31. Révision de l'organigramme pour l'adapter aux grandes orientations du PNDS, et faciliter ainsi sa mise en œuvre et son suivi-évaluation	Apparemment encore en cours	PNDS (2016–2020)
	32. Intégration effective des Programmes de santé dans l'organisation et le fonctionnement du Département	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	33. Adoption de textes réglementaires mettant en place les entités de coordination intra et intersectorielle	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	34. Adoption et mise en application d'une réelle stratégie de décentralisation jusqu'au niveau périphérique (PS et CS)	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	35. Élaboration, 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	Document National de Stratégie Communautaire en Santé (2012)	
	36. Mise en place de manière formelle du Comité National de Pilotage du PNDS	Arrêté CONAP 2012	
	37. Édition et diffusion des différents documents analytiques et programmatiques du Secteur	Partiellement réalisée	
	38. Élaboration et adoption d'un plan national de suivi et évaluation qui sera adopté lors de la signature du Compact	Non réalisée	PNDS (2016–2020)
	39. Adoption de la nouvelle PNS sous forme de loi et adoption du PNDS 2012-2020 par décret	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	40. Institutionnalisation d'une supervision intégrée à tous les niveaux	À réaliser	PNDS (2016–2020)
	41. Partage régulier de l'ensemble des informations relatives à l'allocation, à l'exécution et au décaissement des ressources financières tant nationales qu'extérieures	Non réalisée	PNDS (2016–2020)
	42. Intégration du secteur santé dans la loi nationale sur la régulation et adoption de texte réglementant cette régulation « santé »	Non réalisée	PNDS (2016–2020)

III.2- Structures publiques de santé: *infrastructure et équipement*

Il est à évaluer dans cette section l'évolution des principales dimensions de structures de santé au cours de la première phase du PNDS, en fonction des données et des informations que la Mission a pu obtenir.

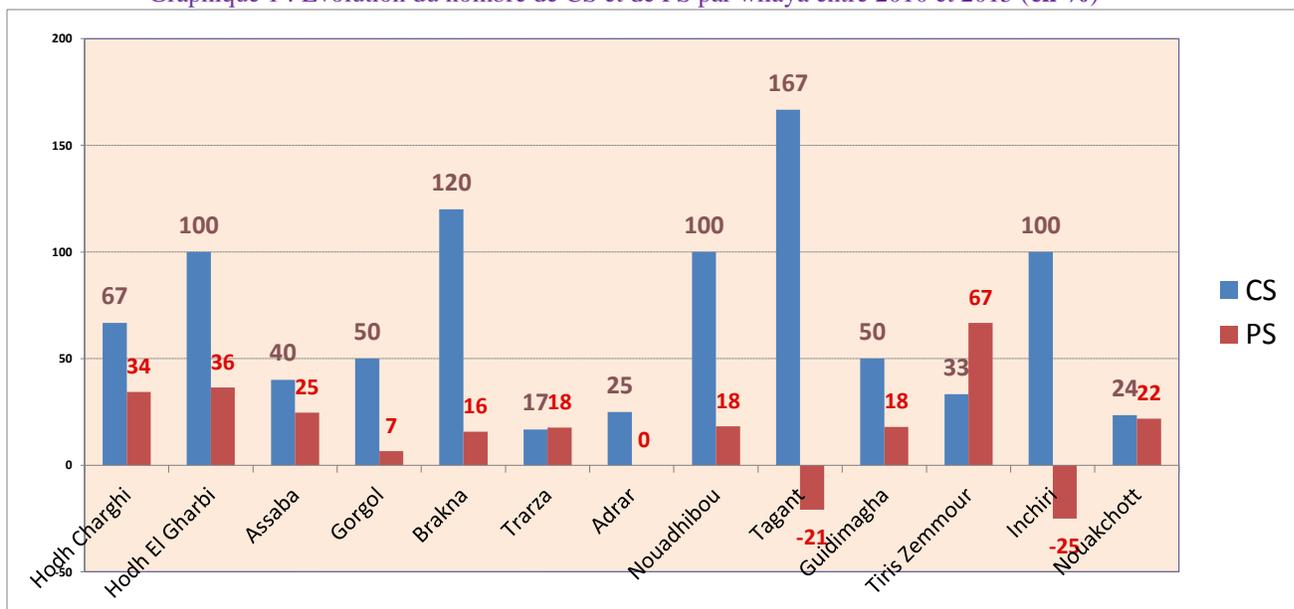
III.2.1- Évolution et répartition au cours de la mise en œuvre du PNDS1

En 2015, la Mauritanie comptait 764 formations sanitaires publiques contre 612 en 2010 soit 152 institutions de prestations de soin additionnelles en un intervalle de 5 ans et une augmentation globale de 25% (cf. *annexe vi, tableau 2*). Ce résultat reflète la forte volonté des pouvoirs publics d'élargir le réseau de santé pour le rendre plus accessible à la population. Il est à rappeler que cet important effort a été déployé dans une conjoncture économique peu favorable et dont les causes sont principalement exogènes (cf. *contexte économique*).

Bien que le nombre d'hôpitaux soit resté constant (25 structures), au cours de la période considérée, les établissements de santé de première ligne se sont multipliés à travers l'ensemble du territoire national. En effet, on a enregistré la création de 104 PS venus s'ajouter aux 530 déjà en activité en 2010. Durant la même période, le nombre de CS est passé de 67 à 105 unités (cf. *annexe vi, tableau2*)

Cependant, au niveau régional, les Wilayas n'ont pas profité d'une manière égalitaire que ce soit en nombre ou en taux de croissance comme le montre le graphique suivant. Si le nombre d'unités de soins pourrait s'expliquer par des considérations liées à la démographie ou à l'étendue du Wilaya, par souci d'équité, le taux d'augmentation devrait être plus important dans les régions les moins pourvues en offre de services de soins.

Graphique 1 : Évolution du nombre de CS et de PS par wilaya entre 2010 et 2015 (en %)



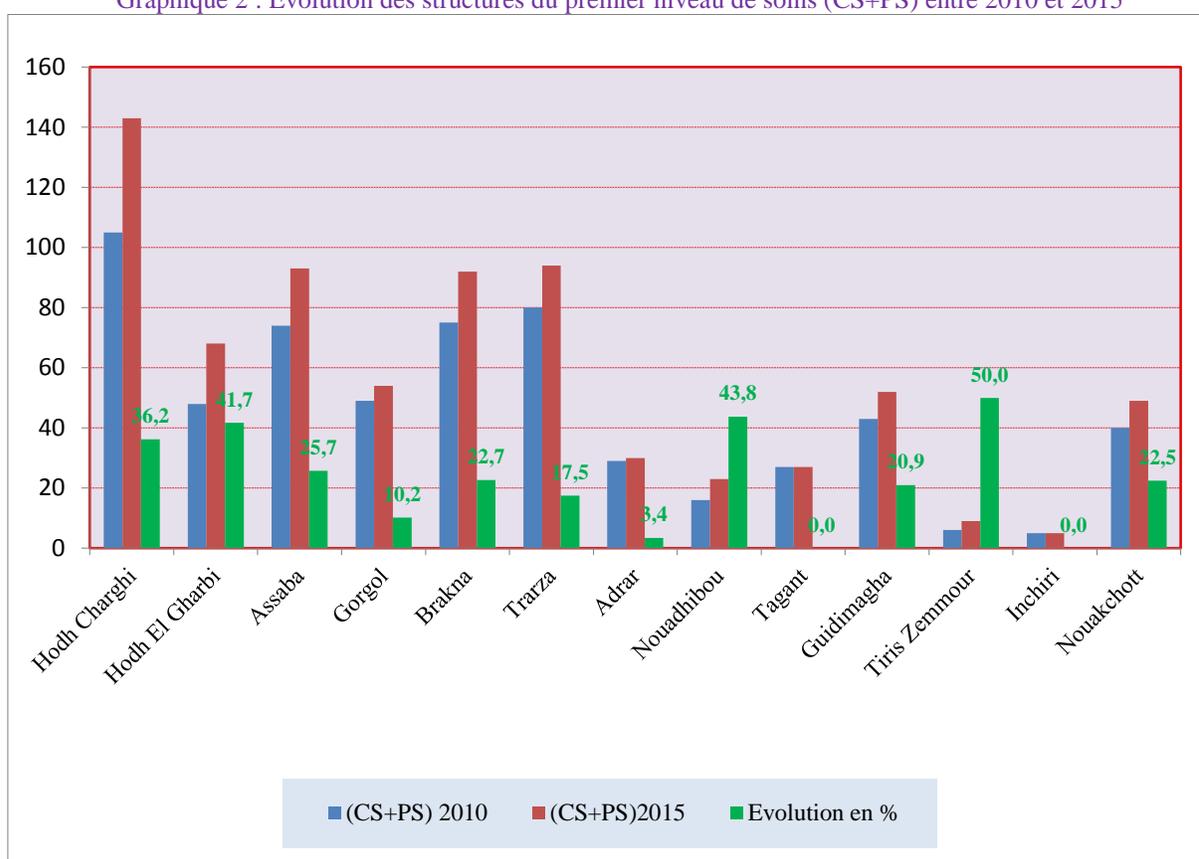
Sources : Données cf. annexe vi, tableau 2. Élaboration de la ME

L'élargissement des structures de santé du niveau opérationnel a permis de doubler l'effectif des CS dans 5 Wilayas¹. En outre, 3 autres Wilayas ont vu leur capacité en CS augmenté de plus de la moitié. Les 105 PS supplémentaires ont connu une distribution très inégale au niveau régional. La baisse du nombre de PS dans la Wilaya de Tagant s'explique par la transformation de 5 PS en 5 CS.

Bien que les CS et les PS ne soient pas homogènes du fait qu'ils n'ont pas les mêmes vocations et surtout qu'ils ne disposent pas des mêmes moyens, leur regroupement pourrait aider à mieux apprécier le renforcement des structures de soin de santé de base.

Le graphique ci-dessous, illustre quantitativement les disparités régionales, mais surtout que les régions n'ont pas profité de cet effort au niveau national.

Graphique 2 : Évolution des structures du premier niveau de soins (CS+PS) entre 2010 et 2015



Sources : Données, DPCIS/MS. Élaboration de la ME

Il ressort de ce graphique que certaines Wilayas ont vu leurs structures de soin se renforcer à un degré relativement élevé. C'est le cas des Wilayas de Nouadhibou (44%), Hodh El Gharbi (42%), Hodh El Chargui (36%). Alors que d'autres régions n'ont pas pu profiter de cet effort public, notamment

¹ Afin de permettre la comparaison entre 2010 et 2015, les 3 gouvernorats de Nouakchott (Nord, Ouest et Sud) ont été regroupés en un seul.

Tagant, Inchiri (évolution nulle) ou d'une évolution relativement timide comme c'est le cas d'Adrar (3%) et de Gorgol (10%).

Conformément à l'organisation indiquée ci-dessus, au niveau du secteur public, un paquet minimum d'activités est défini pour les PS et les CS. Il reste à voir si ces structures sont suffisamment dotées d'équipements, de moyens humains et financiers pour jouer leur rôle convenablement de prévention et de lutte contre les maladies.

La première phase du PNDS est marquée par la construction et la rénovation de plusieurs structures de santé, ainsi que des centres de formation de personnel paramédical (École de Santé Publique). Il s'avérerait très utile d'actualiser la récente carte sanitaire du pays avec les structures construites et rénovées.

Il est à noter que les données présentées par les bilans annuels sont souvent difficiles à discerner car les indicateurs présentés ne sont pas toujours basés sur les mêmes données. A titre d'exemple, dans le cas du bilan 2015, les indicateurs sont pris du rapport SARA 2016, alors que le texte de ceux-ci mène à confusion :

- « Ne dispose pas de latrine » (Bilan 2015) ≠ « Installations sanitaires améliorées » (SARA)
- « Pas lié au réseau de l'eau » (Bilan 2015) ≠ « Source d'eau améliorée » (SARA)

Une question évidente se pose alors : ces différents indicateurs sont-ils construits sur les mêmes définitions ?

	2013	2014	2015
Ne dispose pas de latrine	38%	37%	?
Pas lié au réseau de l'eau	59%	64%	23%
Pas doté d'une source d'énergie	52%	58%	50%

En tout cas, en se basant sur ces données, arriver en 2015 à augmenter de 50% le raccordement des établissements de santé au réseau de l'eau – améliorée ou pas – entre 2014 et 2015 semble être une réalisation que l'on peut qualifier d'« exploit exceptionnel » pour un pays comme la Mauritanie.

III.2.2- L'accessibilité géographique

Pour le cas de la Mauritanie, l'accessibilité aux services de santé peut être approchée à travers un indicateur souvent utilisé pour identifier la distance entre le domicile du demandeur de soin et la formation sanitaire la plus proche. Les statistiques disponibles fournies par le MS permettent d'utiliser le % de la population ayant à parcourir moins de 5 km pour avoir accès à une structure de santé publique.

Mesuré en 2015, le taux national moyen a atteint 82,2% contre simplement 73,5% en 2012, soit une amélioration de 8,7 points. Ce résultat s'explique par la forte croissance du nombre de CS et de PS entre 2010 et 2015 (cf. tableau2, ci-dessous).

Tableau 3 : Évolution du taux d'accessibilité entre 2010 et 2015 par Wilaya

Wilaya	Taux de couverture (rayon de 5 km) 2012 (en %) (i)	Taux de couverture (rayon de 5 km) 2015 (en %) (ii)	Évolution en %
Hodh Echargui	67,2	74,4	10,7
Hodh ElGharbi	57,8	75,8	31,2
Assaba	61,1	70,2	14,9
Gorgol	57,3	77,7	35,6
Brakna	65,3	73,2	12,0
Trarza	73,3	83	13,2
Adrar	66,9	99,8	49,3
D. Nouadhibou	100,0	92,4	-7,6
Tagant	49,1	66	34,4
Guidimakha	66,3	70,5	6,3
Tirs Zemmour	97,2	98,6	1,5
Nouakchott	100,0	98,8	-1,2
National 2015 sans Inchiri	73,5	82,0	11,6
Moyenne	71,8	81,7	16,7
Écart type	16,8	11,9	16,5
Coefficient de variation	0,23	0,15	0,99

(i) DPCIS/MS 2015.
Élaboration

Sources :
(ii) ASS

de la ME
Comme
moyenne,
cache la
disparité

toute
le taux de
couverture
forte

géographique souvent constatée dans les pays en développement et qui tire ses origines de facteurs divers : historiques, géographiques, économiques et parfois sociopolitiques. A notre sens, l'évaluation de la politique d'un pays ne doit pas s'arrêter aux constats de ses disparités. Il est plus judicieux d'analyser l'évolution dans le temps. En d'autres termes, l'écart se creuse-t-il ou se rétrécit-il entre les Wilayas ?

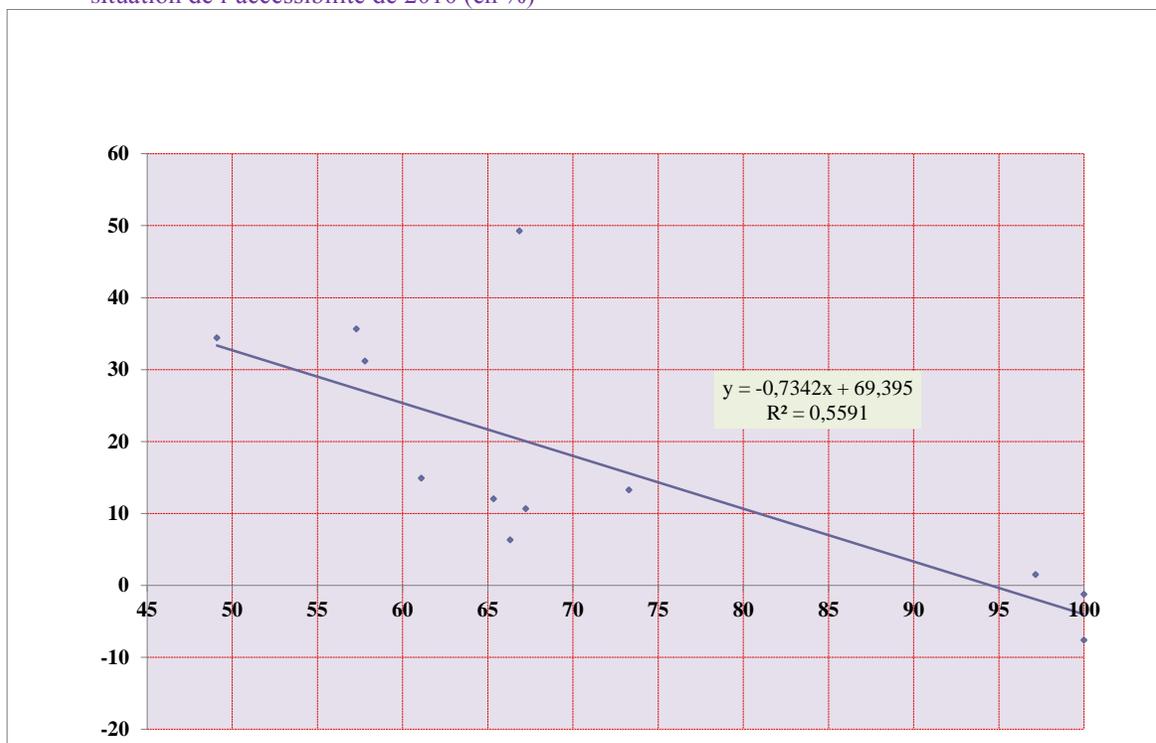
Comme le montre le tableau ci-dessus, en comparant la situation de 2015 à celle de 2012, l'accessibilité s'est améliorée sensiblement à l'exception de la Wilaya du Tirs Zemmour.

L'amélioration de l'accessibilité s'est étendue à toutes les régions réduisant ainsi la distance moyenne à parcourir par les usagers pour avoir accès à une formation publique de santé. Les données de 2015 relatives à la région de Nouakchott et de la Wilaya du Nouadhibou semblent poser problème en comparaison du même indicateur en 2014.

Le coefficient de variation souvent utilisé pour mesurer l'ampleur des disparités d'une variable à un moment donné, montre clairement que la Mauritanie mène une politique de santé qui a réussi à réduire l'écart entre les régions en matière de prestations de soins de base. En effet, ce paramètre statistique est passé de 0.23 en 2010 à 0.15 en 2015.

En plus, il est à noter que cela concerne les populations qui étaient les moins favorisées en 2010 en matière d'accessibilité. Le graphique ci-dessous illustre cette tendance caractérisée par l'équation de la courbe (pente négative) et avec un coefficient de corrélation acceptable ($R^2=0,56$) :

Graphique 3 : Corrélation entre l'évolution de l'accessibilité géographique entre 2010 et 2015 (en %) et la situation de l'accessibilité de 2010 (en %)



Sources : Données cf. Tableau 1, ci-dessus. Élaboration ME

Au niveau géographique, l'accessibilité aux services de santé de base reste globalement faible en raison :

- De l'insuffisance quantitative des structures de soins de base au regard de l'étendue du pays.
- Des contraintes liées aux moyens de transport particulièrement en milieu rural.
- L'accessibilité financière apparaît cruciale au regard du niveau de pauvreté et du coût des prestations notamment des médicaments et des actes. Ce constat milite en faveur de l'octroi de la gratuité totale pour d'autres actes en dehors du forfait obstétrical, qui est payant.
- La mise en place de nouvelles structures de santé est certes un atout. Toutefois la multiplication excessive du nombre structures finalement très peu fonctionnelles pour certaines d'entre elles est un écueil du système de Santé en Mauritanie, cet aspect ne doit pas être occulté dans cette évaluation.

III.2.3- Équipement: Matériel roulant

Pour donner plus d'efficacité à l'activité sanitaire, les services de santé en plus des équipements en lits d'hospitalisation et en plateau technique se sont dotés de moyens pour transférer les malades d'un niveau de soin à un niveau plus élevé ou à utiliser un certain type de matériel roulant adapté aux conditions socio-sanitaires, démographiques et géographiques (exemple les motos TT) afin de fournir des soins curatifs ou préventifs aux populations éloignées ou dispersées. Ces moyens ont un grand intérêt pour un pays aussi vaste que la Mauritanie où la population se trouve très dispersée dans

certaines Moughataas. Le tableau ci-dessous décrit l'effort déployé par le secteur de Santé en matière d'acquisition du matériel roulant au cours des 4 premières années de la mise en œuvre du PNDS, à partir des données que la mission a pu obtenir.

Tableau 4 : Évolution de l'acquisition du matériel roulant par type de 2012 à 2015

Année Type de matériel	2012	2013	2014	2015	Total PNDS1
Ambulance TT	17	43	15	18	93
Moto TT	40	162	200		402
VEH TT		12	6		18
Financement	La part de l'aide internationale est prépondérante. Cf. détails ; annexe vi, tableau 4				

Sources : Cf. Annexes, tableau n°4

Malgré ces efforts, certaines Wilayas et Moughataas ne disposent pas encore de véhicules de supervision et d'approvisionnement.

III.2.4- Offre de services de soins de base

Il faudrait remarquer que le manque de fiabilité des données issues des différentes sources du MS-ASS, bilans annuels, SNIS de routine, etc. – ainsi que des limitations éprouvées par les enquêtes menées à terme par quelques partenaires entravent la scrupuleuse analyse des atteintes réalisées par le PNDS. Ces limitations sont dues à une démographie dont le système d'enregistrement régulier des naissances et des décès semble être extrêmement faible.

C'est pour cela que l'évaluation des réalisations au cours de la première phase du PNDS peut se heurter à une dépendance excessive des indicateurs qui semblent ne pas être assez affinés.

III.2.4.1- Santé maternelle et infantile (SMI)

Bien qu'à la fin de 2015¹ (SARA 2016), il semble que l'offre des services SMI ait montré des améliorations par rapport à la situation en 2013, la capacité opérationnelle de 50% des formations à offrir des soins telles que la PCIME et la CPN est restée très limitée à cause de la non disponibilité des médicaments et des directives. Ce manque de capacité avait déjà été reporté en 2014 : la moitié des structures de santé n'offraient pas d'espaces de naissances, de CPN et d'accouchement assisté en raison du manque d'équipements et de la rupture des produits (contraceptifs) surtout.

Finalement, aucun des indicateurs d'impact et des niveaux de prise en charge de la santé maternelle et infantile ne sont arrivés aux cibles attendues, avec l'exception du taux de césariennes – selon l'ASS mais pas la MICS5 – et celui des accouchements assistés par personnel qualifié – 63,8% par l'ASS et 18,6% par la MICS5, mais celle-ci offre aussi un indicateur légèrement différent : « *accouchements en Centre de santé* » avec 69,2% (cf. chapitre V.1- « Analyse des indicateurs: Identifications et indications » ci-dessous).

¹Selon les résultats de l'enquête SARA 2016

III.2.4.2- Lutte contre les maladies

- Maladies transmissibles :

La capacité opérationnelle des structures offrant des services tels que la PEC de la TB et le paludisme a diminué par rapport à 2013, particulièrement en matière de diagnostic (pour la TB) et de médicaments pour le paludisme. Seulement la moitié des structures de santé offre le TPI à cause de la rupture de médicaments. Il en est de même, pour la capacité opérationnelle des services de PEC thérapeutique et de suivi des PVVIH qui a fortement régressé en 2016 par rapport à 2013, à cause du manque de disponibilité des ARV, touchant aussi la disponibilité des médicaments pour la PTME¹. Tous les indicateurs associés aux services thérapeutiques et de suivi des PVVIH ont montré des taux assez décevants par rapport aux résultats escomptés².

En ce qui concerne la PEC diagnostic de la TB, c'est un peu étonnant de constater que l'une des raisons pour expliquer cette régression est celle du manque d'équipement (microscopes et laborantins). L'ONG Médicos del Mundo–Espagne avait accompagné le PNLTL³ depuis 1996 jusqu'en 1998 et de 2004 à 2010 avec un ambitieux programme de détection et traitement de la TB et semble avoir développé un réseau d'au moins 21 CDT⁴ avec des succès très encourageants. Des laborantins avaient été formés pour assurer le bon fonctionnement des CDT dans l'avenir.

- Maladies non transmissibles :

Il y a encore un long chemin à parcourir pour arriver à donner une réponse efficace aux maladies non transmissibles. La faible disponibilité des médicaments spécifiques ainsi que des directives et des agents formés semblent tirer les scores vers le bas. Cette évaluation n'a pas réussi à obtenir des données qui pourraient éclaircir la performance du PNDS aux MNT.

- Réforme hospitalière

Hormis la faible participation de quelques hôpitaux à la collecte des données statistiques, il semblerait que la réforme hospitalière n'ait pas été une réussite. Il existe une implication de quelques hôpitaux – injustifiée à l'avis des auteurs – dans le PEV.

Mais rien ne semble avoir changé par rapport aux soucis exprimés depuis le début par les bilans annuels suivants :

- Manque de validation de la politique hospitalière élaborée en 2005.
- Absence d'activités de normalisation / régulation du sous-secteur hospitalier.
- Inexistence d'un système de référence et contre – référence hospitalier bien fondé.
- Insuffisance de la capacité managériale de plusieurs hôpitaux avec l'absence de l'approche « projet d'établissement ».
- Absence d'une politique de tarification des actes et des médicaments.

¹Op cit« Bilan 2015 et plan... »

² Voir chapitre V- ci-dessous

³Programme National de Lutte contre la Tuberculose et la Lèpre

⁴Centres de Détection de la Tuberculose

III.2.4.3- Participation communautaire

Cette évaluation a entendu parler assez fréquemment de l'effort fait par le PNDS pour relancer la participation communautaire active à la gestion des affaires sanitaires à travers les comités locaux de santé et le recrutement et la formation des ASC / RC^{1,2}. Étonnamment pas un mot sur la participation communautaire n'a été décelé dans les plans d'action 2015 et 2016. En outre, seulement deux indicateurs dans le PNDS concernent les questions communautaires³ et aucun des deux n'a trouvé de données pour y répondre.

Cette stratégie communautaire avait été initiée durant les années 90, avec la collaboration d'ONG qui ont porté de considérables efforts et ressources dans le développement d'un réseau d'agents de santé communautaires, consciencieusement formés et fortement liés aux infirmiers des centres et postes de santé, ensemble avec la construction d'une chaîne d'unités de santé de base (USB) ou ASC.

De même, les sages-femmes traditionnelles sont devenues le point d'assemblage autour duquel les activités du village gravitent. On avait même initié des approximations pour que le MS considère l'intégration des ASC et des RC dans la pyramide sanitaire et la prise en charge financière de ces agents communautaires.

Selon le bilan 2014, seulement 9% des comités de santé communautaires étaient enregistrés comme fonctionnels⁴. Les rares comités mis en place se plaignent de l'absence de supervision et de formation sur leurs rôles propres.

La « Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant », adoptée en Mai 2008, envisageait un nombre d'interventions et de stratégies pour arriver à un taux de mortalité infantile de 69 pour 1.000 en 2015 – la Baseline 2011 du PNDS donnait une MI de 77 pour 1.000 et espérait arriver à 38 pour 1.000 fin 2015. Pas de mention non plus sur la participation communautaire dans cette stratégie.

La publication d'un « Document National de stratégie communautaire en santé » juin 2012 semble avoir commencé à paver la route pour le développement de ce réseau d'accès aux soins. Cependant, sauf quelques initiatives menées par la Direction de la Santé de Base et de la Nutrition (DSBN) dans cette direction, nous n'avons pas trouvé d'indications sur l'efficacité de cette stratégie.

La communication pour un changement de comportement constituant la pierre angulaire de l'intervention au niveau des ménages/communautés ne semble pas avoir très bien réussi non plus. La plupart des rares USB existantes ne sont pas fonctionnelles à cause du manque d'ASC / RC.

Les relais communautaires devaient, entre autres, prendre en charge des volets d'information/sensibilisation et effectuer des visites dans les ménages pour s'assurer de l'application effective des pratiques familiales essentielles. La stratégie⁵ parlait aussi de l'établissement de contrats de

¹Agents de santé communautaires / Relais communautaires

²Entretiens avec la DSSBN (note des auteurs)

³« % des enfants respirant difficilement sans soins cliniques traités aux antibiotiques par un agent de santé communautaire et suivi à domicile », et « Disponibilité des intrants communautaires »

⁴La stratégie communautaire exige la tenue de 4 réunions par an comme critère de fonctionnalité

⁵« Stratégie communautaire juin 2012 »

performance basés sur les résultats entre les différents niveaux des villages et des relais communautaires.

Cette évaluation n'a pas su trouver de données qui pourraient éclaircir la situation actuelle du volet communautaire.

Il semble exister quelques incohérences et contradictions dans les données sur les USB. On a estimé¹ que 50 USB fonctionnelles existaient dans les 11 régions couvertes, ce qui confirme la forte régression déjà signalée par plusieurs observateurs. Les raisons qui expliquent le non fonctionnalité des USB sont variées :

- Le manque de ressources, de médicaments et de consommables et le financement intérieur et extérieur ;
- Le manque de motivation ;
- La faiblesse du suivi et de l'évaluation ;
- Le manque de formation ;
- La stratégie communautaire propose de mettre en place un système d'information et de surveillance épidémiologique à base communautaire intégré au SNIS. Rien de cela ne semble avoir été atteint au cours du PNDS1 ou, tout du moins, nous n'avons pas trouvé des preuves que cela ait été achevé.

III.3- Les ressources humaines dans le secteur public de santé

C'est la seule information systématique sur le déroulement du PNDS au cours de sa première phase (2012-2015) que l'on peut trouver dans les successifs rapports annuels sur le bilan de l'année dernière et le plan d'action de la suivante².

Les recrutements des professionnels de santé qui ont eu lieu entre de 2010 à 2015 ont été différents d'une catégorie à une autre en termes d'effectif, d'accroissement ou en ce qui concerne le degré de réalisation par rapport aux prévisions des besoins du secteur.

A titre d'exemple, l'effectif des infirmiers médicaux sociaux (IMS) a presque doublé au cours de ce quinquennat en passant de 1049 à 1988 agents. Cependant, malgré cet effort, le nombre d'IMS recensés en 2015 ne couvrait que 73% des besoins estimés par le PNDS1.

Cette insuffisance est constatée chez les techniciens supérieurs de santé (61%) et la catégorie regroupant les aides infirmiers, accoucheuses et auxiliaires en nutrition (70%). Le tableau ci-dessous résume les besoins estimés en ressources humaines par catégorie selon le PNDS à la fin de 2015.

Tableau 5 : Évolution des ressources humaines dans le secteur public par catégorie au cours du PNDS

¹Op cit« Bilan 2015 et plan... »

²« Bilan 2013 et plan d'action 2014 du MS » ; « Bilan 2014 et plan d'action opérationnel 2015 Dernière version » ; « Bilan-2015 et plan d'action opérationnel 2016-Version Finale » (page 3)

Effectif Catégorie	Effectif Base 2010 (i)	Effectif 2015 (ii)	Besoins prévus pour 2015 (iii)	Évolution entre 2010 et 2015 iv=(ii)-(i)		Écart entre prévisions et réalisations v=(ii)/(iii)	
				Nombre	en %	Nombre	en %
Aides Infirmiers et accoucheuses auxiliaires et auxiliaires en nutrition	737	1 049	1498	312	42%	449	70%
Infirmiers médico-sociaux	1 049	1 988	2 716	939	90%	728	73%
IDE	672	1 229	1 304	557	83%	75	94%
SFE	345	581	438	236	68%	-143	133%
Techniciens supérieurs de santé	215	311	512	96	45%	201	61%
Médecins généralistes / Dentistes/ Pharmaciens	338	619	474	281	83%	-145	131%
Médecins spécialistes	209	266	344	57	27%	78	77%

Sources: (i) DPCIS/MS (ii) ASS 2015 (iii) PNDS. Élaboration ME.

Les meilleurs résultats ont été enregistrés au niveau des sages-femmes diplômées d'État (SFE), qui ont vu leur effectif croître de plus de 2/3, dépassant ainsi les besoins du pays estimés pour la fin du PNDS1 avec un taux de 133%. Les médecins généralistes et les paramédicaux ont aussi connu une augmentation très importante (83%) au cours de la même période, dépassant ainsi les prévisions de 31%.

Il est à noter que malgré la politique d'incitation des médecins spécialistes à exercer dans le secteur public, ces derniers semblent attirés surtout par l'exercice de leur activité dans le privé. En moyenne, on arrive à peine à recruter 12 médecins par an. Les besoins en cette catégorie de personnel de santé ne sont couverts qu'à 77%. En outre, ils sont concentrés à Nouakchott où ils exercent essentiellement dans les hôpitaux nationaux (cf. annexe vi).

Au niveau régional, la répartition des différentes catégories du personnel est très inégale si l'on compare Nouakchott et Nouadhibou avec les autres régions ; ainsi Nouakchott et Nouadhibou disposent d'un médecin spécialiste pour 9 000 habitants contre 56 000 dans les autres régions, d'un médecin généraliste pour 12 000 habitants et d'une SFE pour 5 000 habitants contre, respectivement, 30 000 et 20 000 dans les autres régions.

S'ajoute à cela une autre disparité encore plus grave entre les régions du pays. Ainsi, on a un spécialiste pour 180 000 habitants au Hodh El Chargui, pour 75 000 habitants au Gorgol et pour 22 000 en Adrar. Le Gorgol dispose d'un médecin généraliste pour 60 000 habitants contre un pour 18 000 habitants au Tagant, un pour 5 000 en Adrar. En Assaba, on a une SFE pour 38 000 habitants contre une pour 12 000 au Trarza. Il faut cependant rappeler la différence de densité de la population entre ces régions, ce qui expliquerait – jusqu'à un certain degré – des différences de ratios pour un accès universel aux soins (cf. annexe vi, tableau 6).

Dans le même sens, plus de 75% du personnel est au niveau des zones urbaines, en particulier, à Nouakchott et à Nouadhibou (42% de l'effectif global est à Nouakchott).

Pour remédier à cette situation, le ministère de la Santé a mis en place un mécanisme d'incitation qui vise à favoriser une répartition géographique plus équitable du personnel en particulier, dans des régions dites pauvres et/ou enclavées. Instaurées en 2003¹, ces primes n'ont pas amélioré la répartition du personnel comme l'indiquent les paragraphes précédents.

Par ailleurs, les différentes revues du secteur ont insisté sur la nécessité de stimuler la motivation du personnel, afin de mieux renforcer l'efficacité des différents niveaux du système de prestation de soins.

L'enquête réalisée auprès de 278 fonctionnaires du MS pour mesurer l'impact des PZT² a révélé qu'environ 80% du personnel n'ont pas pris connaissance de l'arrêté instituant les normes. Sur l'appréciation du montant des primes, de manière quasi unanime, celui-ci est considéré comme insuffisant ou très insuffisant par 96% des personnes interrogées.

En termes de satisfaction de travail, l'enquête a révélé que 32% des personnes interrogées seraient satisfaites et expriment leur satisfaction par des mots tels que "servir le pays, l'aspect humain du métier, la morale ou l'amour du prochain".

Viennent ensuite (i) les relations avec la hiérarchie et le travail d'équipe (13%), (ii) les conditions de vie (13%), (iii) l'accueil et l'encouragement des populations (12%), (iv) les conditions de travail (3%), (v) l'épanouissement (3%), (vi) la qualité de la supervision et la transparence (3%) et (vii) la motivation (3%).

Il y a lieu de noter ici que l'enquête a mesuré la motivation du personnel à 3%. Donc 97% des fonctionnaires affirment ne pas être motivés par leur travail.

Cet état de fait pose plusieurs défis qu'il faut relever afin d'améliorer la disponibilité des RHS indispensables pour le renforcement de la qualité, de l'efficacité et de l'équité en matière de couverture des soins et des services de santé. Les défis liés à la rétention se résument comme suit :

- L'absence d'une description claire des responsabilités et des tâches.
- Le manque de rigueur et d'équité dans la répartition du personnel :
 - manque d'équité dans l'affectation (absence de critères et fréquence des notes individuelles), le développement de la carrière (avancements arbitraires) et la formation continue,
 - manque de rigueur dans la gestion des ressources humaines avec une non application des normes et prise de décisions d'affectation, suite aux fortes pressions sociales et politiques.
- L'instabilité du personnel est aussi due aux mauvaises conditions de travail et de vie : insuffisance du plateau technique, surcharge de travail, conditions difficiles de vie (hébergement, communication, éducation des enfants, loisirs, etc.).
- La faiblesse de la rémunération (salaires et primes) par rapport au niveau réclamé ; il faut noter qu'il existe une forte disparité entre les rémunérations de personnel de même catégorie, aux dépens des zones éloignées, alors que les primes de zone et de technicité avaient pour objectif de créer un

¹ l'Arrêté 072/MS/MF du 16 janvier 2003

² Enquête sur les PZT, DRH/MS, 2011

gradient salarial "positif" en faveur de ces zones éloignées et difficiles ; "équitable" en récompenses et sanctions.

- Le manque de suivi efficace et l'absentéisme fréquent du personnel – plus prononcé dans les zones les moins favorisées – et l'absence d'un système efficace et équitable de récompenses et de sanctions.

Cependant, même en prenant en considération la croissance démographique naturelle, on n'arrive pas bien à comprendre les taux reflétés dans les indicateurs issus dans l'ASS 2015 qui parlent d'une diminution des effectifs sanitaires par unité populationnelle au cours de ces dernières quatre années. Cela relèverait de l'incapacité à surmonter le déficit systématique des RHS par rapport aux taux de croissance populationnelle.

Tableau 6 : Indicateurs d'offre en ressources humaines

	Indicateurs	Base 2010	Proj 2015	ASS/MICS5	Calcul 2015*
24	Nombre de médecins pour 10.000 hab	1,6 [‡]		1,13 /	1,86
25	Nombre de sages-femmes pour 10.000 hab	1.2 [‡]		0,95 /	1,56
26	Nombre d'infirmières par 10.000 hab	6 [‡]		7,81 /	8,65
27	Nombre de pharmaciens pour 10.000 hab	0.3 [‡]		2,15 [†] /	0,22
28	Nombre de dentistes pour 10.000 hab	0.3 [‡]		0,31 /	0,30
29	Nombre de pers. admin. pour 1.000 hab	3.7 [‡]		3,67 /	

‡ Source : DRH ; † Source : « Bilan 2015 et plan d'action opérationnel 2016 », DPCIS, MS ; * Source : calculs faits par les auteurs par rapport à la population escomptée et extraits des données de l'ASS 2015

En plus, les statistiques présentées à l'ASS 2015 ne correspondraient pas avec celles calculées par les évaluateurs en utilisant les données démographiques telles qu'exposées au même ASS 2015.

Si l'on se focalise sur les données présentées à l'ASS 2015, il ne semble pas que les résultats correspondant à la fin 2015 présentent d'amélioration en ce que concerne le taux de personnel de santé disponible en Mauritanie par titre, excepté le taux d'infirmières et de pharmaciens pour 10.000 hab. Ce dernier ayant plus que septuplé depuis 2010.

Par contre, les taux des médecins et des sages-femmes pour 10.000 hab. ont chuté, même les disparités régionales chez les médecins étant énormes¹ (cf. ci-dessous) :

- Le bilan 2015 parle de 2 volets où l'amélioration de la gestion des RHS a été remarquable² :
 - La réduction du taux d'absentéisme.

¹Op cit ASS 2015

²« Bilan-2015 et plan d'action opérationnel 2016-Version Finale » (page 5)

- La révocation de la fonction publique d'un nombre de fonctionnaires en état d'abandon continu de leur poste.

Par contre, le rapport n'offre pas l'évidence que cela ait été ainsi : aucune donnée sur le taux d'absentéisme des années précédentes n'est comparée à l'actuel. De même, la révocation de 77 RHS en 2015 est peu explicite si l'on ne peut pas comparer avec les années précédentes.

Dans le bilan 2013¹, on a reporté l'absence d'un plan directeur de formation continue. Le bilan 2014 parlait de la création de 4 écoles de formation de paramédicaux en plus de celle de Nouakchott, alors que le bilan 2015 reportait « *l'introduction d'une nouvelle approche de la formation continue basée sur l'utilisation des écoles de paramédicaux comme lieux de formation* »². Tout cela semble révéler des efforts continus pour renforcer la formation des RHS mais n'arrive pas à atteindre la mise en œuvre de ce plan directeur de formation continue annoncé depuis le début du PNDS.

III.4- Médicaments, vaccins et consommables

Les problèmes de disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins – chaine de froide incluse – et d'autres intrants demeurent et la situation est critique. Cette disponibilité était de 28% en 2013³ et a subi une régression de deux points en 2016 pour atteindre 26%⁴.

Tant en 2013 que 2014, des ruptures assez fréquentes ont été enregistrées concernant des produits stratégiques tels que les antipaludéens dans la plupart des formations sanitaires, et ce bien que le MS acheva l'acquisition de 500.000 tests de Diagnostic Rapide du paludisme en 2014.

Les ruptures récurrentes en antibiotiques et en psychotropes dont la CAMEC est en charge se sont poursuivies tout au long de 2013 et 2014.

En ce que concerne l'approvisionnement des vaccins, la situation a peu évolué : fin 2014, 53% des PS au niveau national n'offraient pas de vaccination faute de disponibilité de chaînes de froid et par manque d'un circuit formel d'approvisionnement des vaccins entre le PEV central et les régions et entre la région et les Moughataas⁵. Le bilan 2015 ne donne pas de détails sur le PEV.

En 2013, une grosse part du Budget de l'État consacré aux médicaments fut absorbée par les consommables d'hémodialyse. Cette portion est plutôt faible et ne dépasse pas 5% du budget.

Cependant, le bilan 2015 retint quelques mesures mises en place dans la lutte du MS pour atteindre une meilleure gestion des médicaments⁶ :

- Révision de la Loi pharmaceutique en renforçant le volet pénal ;

¹ « Bilan 2013 et plan d'action 2014 du MS »

² Op cit « Bilan-2015 et plan... » (page 4)

³ Selon les résultats de l'enquête SARA 2013

⁴ Selon les résultats de l'enquête SARA 2016

⁵ Op cit « Bilan 2014 et plan... » (page 12)

⁶ Op cit « Bilan 2015 et plan... » (page 8)

- Exclusivité d'importation de certaines classes de médicaments à la CAMEC (antibiotiques, psychotropes, insulines, médicaments pour pathologies cardiovasculaires, médicaments pour pathologies endocriniennes et les médicaments pour le glaucome) ;
- Mise aux normes de tous les grossistes, pharmacies et dépôts pharmaceutiques au niveau de Nouakchott et Nouadhibou, pour le reste du pays cela est en cours ;
- Création de nouvelles antennes de la CAMEC au niveau de certaines Wilayas.

Les problèmes liés à la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins, et d'autres intrants se sont fait quasi-permanents malgré ces efforts réalisés afin de surmonter cette situation. Pas moins de quatre études sur la problématique de la CAMEC – parmi celles-ci, une évaluation très complète en 2011 – semblent avoir été réalisées au cours des dernières années, bien que cette évaluation n'en ait pas eu accès. En tout cas, il est de force constater qu'une action déterminée sur ce sujet s'avère prioritaire.

III.5- Forces et faiblesses de l'offre de services de soin

• Points forts

- Existence d'une politique de santé (PNS) et d'un plan stratégique (PNDS) fixant les objectifs et les moyens nécessaires pour les atteindre.
- Un réseau de structures de santé organisé en système pyramidal. Les structures de santé de base accroissent à un rythme très satisfaisant. L'accessibilité géographique est en nette amélioration.
- L'équipement en matériel roulant est de mieux en mieux renforcé et diversifié.
- Un effort important en matière de recrutement du personnel de la santé.
- Redynamisation du système d'information sanitaire (SNIS).

• Points faibles

- L'offre de soins reste globalement insuffisante, aussi bien en quantité qu'en qualité.
- Cette offre est très inégalement répartie entre zones urbaines et zones rurales.
- L'accès aux soins reste insuffisant pour la majorité de la population en raison du contexte de pauvreté, du contexte physique, du faible niveau de développement des infrastructures routières et des moyens de communication.
- La qualité de l'offre est jugée peu satisfaisante aussi bien par les prestataires que par les utilisateurs. La continuité des soins est faible en raison des chevauchements entre les fonctions des structures. L'intégration reste faible en raison de l'insuffisance en ressources humaines et des mécanismes de supervisions intégrées.
- L'insuffisance de personnel notamment au niveau des CS et des PS (1 seul agent qualifié par structure dans un nombre important de structures du niveau opérationnel) de même que l'absence de bonnes conditions de travail satisfaisantes entraînant ainsi l'irrégularité de l'offre de soins pour la prise en charge des urgences ; la faiblesse des capacités d'accueil notamment au niveau des hôpitaux par insuffisance de salles et de lits hospitalisation, mais aussi en raison des conditions d'accueil dans certaines structures (absence de latrines et d'eau, absence de salles compartimentées etc.).
- La qualité de la formation et la supervision formative du personnel paramédical reste insuffisante.
- La faible implication des communautés dans l'organisation et la gestion des structures de sante au niveau opérationnel.
- L'inexistence de la notion d'équipe cadre de district sanitaire pour la gestion du système de santé de la Moughataa et l'encadrement des structures de sante périphériques.
- Les ruptures de médicaments sont fréquentes.

IV- Financement de la santé

Avant d'aborder la question du financement de la Santé en Mauritanie, il est primordial de donner un aperçu sur l'environnement économique du pays car le développement du secteur de la Santé est en grande partie tributaire des choix sociopolitiques d'une nation qui sont eux-mêmes dépendants des contraintes imposées par le niveau de croissance économique et de l'arbitrage budgétaire aussi bien au niveau de l'État qu'au niveau des ménages.

IV.I- Conjoncture économique et impact budgétaire

La Mauritanie dispose d'abondantes ressources naturelles, en particulier minières, et a affiché cette dernière décennie une croissance vigoureuse (plus de 5%) alors que les matières premières enregistraient une période de prix remarquablement élevés sur les marchés internationaux. Elle est le deuxième exportateur africain de minerai de fer. Elle exporte aussi de l'or et du cuivre, deux métaux offrant un important potentiel de croissance. De plus, elle produit un peu de pétrole et possède de très vastes gisements de gaz naturel offshore. Ses eaux sont parmi les plus poissonneuses au monde.

Le taux de croissance moyen a été de 5% sur la période 2001-2015. Le PIB par tête a doublé entre 2000 et 2014, en particulier du fait de l'exploitation du secteur primaire (minerai de fer et pêche). Cependant, la croissance économique a commencé à subir les effets de la fin du « super-cycle » des matières premières et de l'effondrement des cours du minerai de fer au second semestre 2014. Alors que la production minière chutait de 10,3 %, l'activité économique a poursuivi son ralentissement en 2015. La croissance du PIB réel s'est tassée à 3 % à la fin de l'année, contre 6,4% en 2014 (*cf. tableau 5, ci-dessous*)

La Mauritanie est confrontée à des problèmes macroéconomiques étroitement liés les uns aux autres sous l'effet de facteurs exogènes (chute spectaculaire des prix de minerais, du gaz, du pétrole ; ralentissement de l'économie mondiale et environnement régional et international peu favorable, etc.). La Mauritanie risque d'entrer dans une spirale économique préoccupante qui pourrait se traduire par une instabilité macro-économique difficile à juguler en l'absence d'importantes mesures correctives (FMI Rapport, mai 2016).

Les secteurs de l'agriculture et de la pêche, qui emploient la majeure partie de la main-d'œuvre et qui offrent un potentiel significatif, sont encore peu productifs et restent cependant particulièrement vulnérables aux fluctuations pluviométriques et aux effets du changement climatique.

Durant la période correspondant à la mise à jour du PNDS1, tous les secteurs produisant des biens non exportables (services publics, transports et télécommunications notamment) et qui avaient auparavant tiré parti du boom minier ont également montré des signes de ralentissement (*cf. tableau5, ci-dessous*)

Même le secteur du bâtiment, qui a pourtant bénéficié des dépenses d'investissement public, a lui aussi été affecté, avec une baisse de 3,8 % des importations de matériaux de construction et devrait

être stimulé par les activités de construction et de travaux publics dans le cadre d'un programme d'investissement structurant.

Tableau 7 : Évolution de la structure du PIB par branche d'activités de 2010 à 2015. En millions de MRO¹

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
1. Agriculture élevage, pêche	242 864	248 240	278 240	288 059	325 985	339 158
2. 1 Extraction de produits pétroliers	39 777	46 041	37 077	34 447	29 054	15 206
2. 2 Extraction de minerais métalliques	254 892	421 825	358 474	349 337	152 595	57 683
3. Activités manufacturières	90 781	98 714	114 244	124 456	114 062	125 027
4. Bâtiment et travaux publics	71 772	81 387	99 134	112 279	162 760	137 946
5. Transports et télécommunications	53 403	61 103	81 407	89 252	96 688	102 790
6. Commerces, restaurants, hôtels	86 825	98 734	112 243	126 821	142 104	152 841
7. Autres services	171 293	184 308	200 464	224 731	249 954	267 451
Correction SIFIM	-19 813	-23 227	-26 221	-28 605	-32 075	-33 275
Total des activités marchandes	1 001 470	1 226 992	1 266 213	1 333 505	1 255 893	1 181 402
8. Administrations publiques	120 179	132 375	142 856	156 500	166 663	180 102
P.I.B. au coût des facteurs	1 121 649	1 359 367	1 409 069	1 490 005	1 422 557	1 361 504
P.I.B. aux prix du marché (prix courant)	1 196 771	1 452 353	1 551 695	1 655 594	1 598 994	1 539 125

Sources : Banque Centrale de Mauritanie ; Bulletin Trimestriel des Statistiques Quatrième trimestre 2015 ; mars 2016.
Le marquage en couleur de certaines cellules est fait par la ME

L'activité dans le secteur manufacturier devrait ralentir, et le secteur minier, dominé par la production de cuivre mais surtout de minerai de fer, continuerait à souffrir d'une demande extérieure peu porteuse et de l'absence de rebond du prix de ces matières premières après la baisse observée en 2015.

S'agissant du secteur tertiaire celui-ci devrait poursuivre son expansion pour devenir le premier contributeur à la formation du PIB.

Les industries extractives, qui sont le moteur de la croissance du pays, créent très peu d'emplois. Il est donc impératif que l'État mauritanien adopte un régime fiscal approprié qui lui permette à la fois de recouvrer une proportion équitable des bénéfices financiers liés aux ressources naturelles et de promouvoir des politiques bien structurées, axées sur le réinvestissement de ces bénéfices ainsi que sur l'investissement, de façon à générer des rendements pérennes et mieux répartis.

La dégradation des termes de l'échange (-11 % en 2015) a contraint les autorités mauritaniennes à dévaluer l'ouguiya, qui a enregistré une dépréciation de 5 % par rapport à 2014.

Malgré le maintien d'une croissance vigoureuse, l'économie mauritanienne demeure vulnérable aux chocs extérieurs. En cause, sa forte dépendance à l'égard des exportations minières qui occupent une place prépondérante dans le total des exportations. Ainsi, on assiste à la détérioration des termes de l'échange causée par la chute des cours des minerais et du déclin de la demande chinoise (cf. annexe vi, tableau 3).

¹Ouguiya mauritanien (MRO).

Le déficit budgétaire du pays s'est amélioré en 2015 grâce à une meilleure gestion de la collecte fiscale. Mais, il risquerait de se creuser en 2016 en raison de l'effondrement fort probable des recettes non fiscales, principalement lié à la tendance à la chute des revenus issus de l'exploitation minière et du secteur pétrolier (*cf. annexe vi, tableau 3*).

Enfin, le niveau de la dette publique mauritanienne demeurerait élevé malgré les annulations de dettes dont le pays a bénéficié. La dette publique mauritanienne est essentiellement extérieure, contractée et garantie par l'État. Le pays est fortement endetté envers le fonds souverain koweïtien (Kowait Investment Authority) et des accords d'allégement de la dette avec le Koweït sont en cours de négociation.

L'intérêt de cette analyse macroéconomique et conjoncturelle est de présenter des indications sur la structure de l'économie mauritanienne que l'analyse du secteur de la Santé doit prendre en compte, notamment dans l'explication de l'évolution du budget alloué à la Santé. Il va de même que les recommandations formulées et les propositions des scénarii du financement de la Santé doivent être réalistes, faisables et en cohérence avec le développement économique et social du pays.

A la lumière de ces constats et analyse relatifs au contexte macroéconomique et de la conjoncture, des points forts et des points faibles peuvent être identifiés.

• **Points forts**

- Richesses minérales et halieutiques.
- Perspectives énergétiques (pétrole, gaz, énergies renouvelables).
- Stabilité politique et sécuritaire.
- Volonté politique pour des réformes en vue de la modernisation du pays.
- Soutien des bailleurs de fonds et des organisations internationales.

• **Points faibles**

- Instabilité de l'environnement géopolitique et sécuritaire régional.
- Économie peu diversifiée, vulnérable aux fluctuations des cours des minerais (fer, cuivre, or, quartz, phosphates), des prix des denrées alimentaires et du cours des hydrocarbures.
- Croissance peu inclusive, précarité de l'emploi, chômage élevé notamment chez les jeunes.

IV.2- Évolution des principaux indicateurs de financement de la Santé

Comme dans la quasi-totalité des pays à faible revenu, le système de Santé en Mauritanie est financé par les sources publiques, les sources privées (paiements de prestations / recouvrement des coûts, fonds employeurs, mutuelles de santé, ONG) et les sources extérieures (bilatérales et multilatérales). Mais l'estimation annuelle des dépenses totales de santé (DTS) et la part de chaque intervenant est extrêmement complexe à établir en l'absence de données annuelles sur les Comptes Nationaux de la Santé (CNS).

Dans le cadre limité de cette analyse des estimations de dépenses de santé, on ne dispose que de données sur les deux premières années de la mise en œuvre du PNDS1, données établies à travers le rapport des comptes de la santé relatifs aux années 2011, 2012 et 2013 (CNS 2011-2013). Toutefois, les données annuelles sur l'exécution du budget du ministère de la Santé et les dépenses de la Caisse

Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) sont disponibles et sont ventilées selon des classifications classiques. La Direction des Affaires Financières (DAF) au MS dispose d'informations et de données statistiques détaillées sur l'utilisation des fonds extérieurs qui sont mis à la disposition du MS. Plusieurs activités des intervenants étrangers dans le secteur de la Santé n'apparaissent pas dans les statistiques de la DAF. Donc le financement extérieur est évalué selon les sources disponibles.

IV.2.1- Évolution des dépenses totales de santé au cours de la mise en œuvre du PNDS1

Entre 2011 et 2013, la dépense totale de santé (DTS) a connu une forte progression en enregistrant une augmentation totale de 14 milliards MRO au prix courant, soit un accroissement annuel moyen de 15,5% (cf. tableau 7 ci-dessous).

Tableau 8 : Évolution des dépenses totales comparées au PIB

Année	2011	2012	2013
Désignation			
DTS (millions MRO courant)	42 028	48 212	56 038
DTS/h (MRO)	12 442	14 048	15 843
DTS/h (MRO constant)	12 442	13 392	14 508
DTS /h (US\$)	44	48	53
PIB (millions MRO courant)	1 196 771	1 440 197	1 437 173
% DTS/PIB	3,5%	3,3%	3,9%
Inflation (IHPC)	5,7%	4,9%	4,1%

Sources : (i) CNS 2011-2013, p16 et (ii) Banque Centrale de Mauritanie - Bulletin Trimestriel des Statistique. Quatrième trimestre 2015; mars 2016

En tenant compte de l'accroissement démographique et de l'évolution de l'indice général des prix, la DTS par habitant (DTS/h) a connu une très forte amélioration en termes réels en passant de 12 442 MRO en 2011 à 15 843 MRO en 2013, soit une augmentation annuelle moyenne de 7,95%.

Le rapport de la DTS en pourcentage du PIB est resté quasiment stable avec une légère régression en 2012. Ce ratio est passé de 3,5% à 3,9% entre 2011 et 2013. Notons à cet effet qu'il reste de loin inférieur à ce qui était prévu par le PNDS pour subvenir aux besoins du secteur. En vue d'améliorer l'état de santé de la population en général, de la femme et de l'enfant en particulier, et d'atteindre les objectifs des OMD 4-5-6, le PNDS prévoyait une part de la santé de 8,2% dans le PIB en 2015.

Au rythme enregistré au cours des deux premières années de la mise en œuvre du PNDS, et en vue des conditions socioéconomiques des pays, il est peu probable que la place de la Santé dans le revenu national puisse s'améliorer d'une manière sensible comme il était prévu pour l'année 2015. Nous reviendrons à cette question avec plus de détails dans les paragraphes suivants. Le tableau ci-dessous décrit l'évolution de la part de la santé dans le PIB entre 2012 et 2015.

Tableau 9 : DTS en % du PICB – Comparaison entre pays ; année 2014

Pays	Mauritanie	Algérie	Maroc	Mali	Sénégal
Désignation					
DTS en % du PIB	3,8	7,2	6	5,9	4,7
DTS/h ((\$ US PPA)	148	932	447	108	107

Sources : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?display=default>
<http://wdi.worldbank.org/table/2.15>

Du côté des DTS moyennes par an et par personne (DTS/h), on observe une amélioration très sensible entre 2011 et 2013. En effet, la DTS/h a accusé une augmentation de 2 066 ouguiyas soit un taux d'accroissement annuel moyen de 8% en terme réel. Ce qui est relativement important pour un pays comme la Mauritanie. Mais le montant consacré à la dépense de santé reste relativement faible en comparaison avec les besoins de la population et les moyens dont elle dispose pour se défendre contre la maladie et avec l'acquisition des biens et services de soins de santé (forte mortalité maternelle et infantile, étendue élevée de la pauvreté, difficulté d'accès aux services de soins, iniquité de l'offre de soins, etc.).

Avant de passer à l'examen d'autres aspects de la DTS, il serait intéressant de comparer certains indicateurs relatifs au financement de la santé en Mauritanie avec ceux des pays voisins. Pour ce faire, on s'est référé aux données disponibles les plus récentes et les plus homogènes (source fiable pour la même année). D'autre part, dans cette revue, on a préféré choisir les pays voisins de la Mauritanie qui ont eu leur indépendance quasiment à la même date et qui ont été sous la même colonie (la France).

Les statistiques les plus récentes publiées par l'OMS sur les indicateurs des comptes nationaux de la Santé, montrent que la Mauritanie a beaucoup de retard par rapport à ses voisins et en particulier les pays maghrébins en matière des ressources allouées à la santé. Exprimés dans le tableau ci-dessous, les indicateurs utilisés montrent clairement le bas niveau de la place de la Santé dans le revenu du pays.

En effet, en dépit du grand effort déployé par les pouvoirs publics au cours de ces dernières années, la part du revenu national de la Mauritanie consacrée à la santé (3,8%) est la plus faible comparée à tous ses voisins : Algérie (7,2%), Maroc (6%), Mali (5,9%) et Sénégal (4,7%) (cf. tableau ci-dessus).

D'autres indicateurs sont souvent retenus comme outils de mesure du financement de la Santé pour identifier l'évolution dans le temps et/ou dans l'espace sur un territoire donné ou pour effectuer des comparaisons internationales. Il s'agit notamment des DTS par personne.

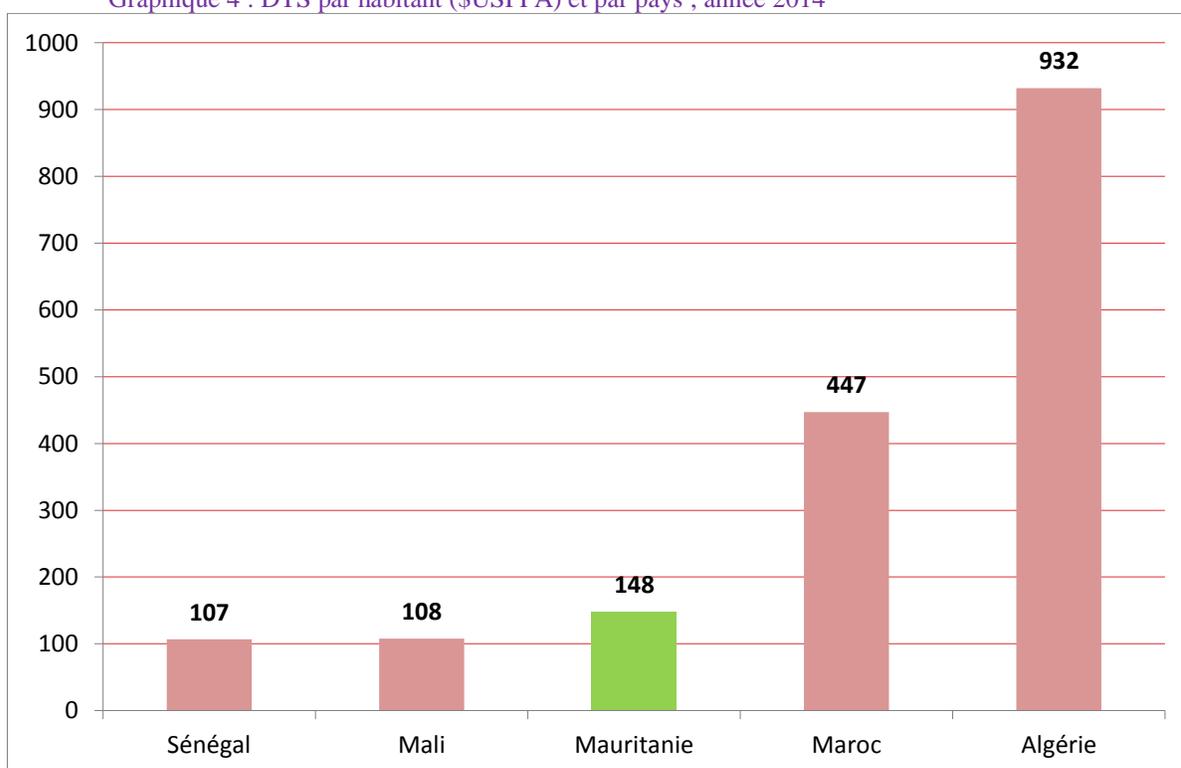
Si la comparaison dans le temps doit tenir compte essentiellement de l'évolution de l'indice général du prix (inflation), la comparaison entre pays en termes de montant de dépenses par personne doit impérativement tenir compte du niveau de vie dans ces pays, plus précisément du pouvoir d'achat de la monnaie nationale exprimée en une monnaie unique qui est généralement le dollar américain (\$US). L'unité monétaire de mesure des DTS/h qui sera considérée ici est le \$US pondéré au pouvoir d'achat. Ce dernier est couramment désigné comme ainsi : \$USPPA ; soit dollar US, en parité avec le pouvoir d'achat (PPA).

Sur cette base, en termes de dépenses par personne et par an, avec 148 \$USPPA, la Mauritanie se trouve en meilleure situation par rapport au Mali (108 \$USPPA) et au Sénégal (107 \$USPPA). Par contre, en comparaison avec ses voisins maghrébins, un habitant mauritanien ne dispose que de 148 \$USPPA, soit 3 fois moins que ce que dépense un marocain (447 \$USPPA) et plus de 6 fois moins que ce que dépense un algérien (932 \$USPPA).

Les résultats portés sur le graphique ci-dessous s'expliquent en partie par le développement socioéconomique de chacun de ces pays et de leur politique respective de promotion de la santé entamée depuis plusieurs décennies, grâce à la mise en œuvre de profondes réformes des systèmes de santé aussi bien au niveau du financement que des prestations.

Nous reviendrons sur ces questions dans la revue du PNDS2 à la lumière des grandes orientations prévues dans la nouvelle stratégie de la santé (PNS 2016-2030).

Graphique 4 : DTS par habitant (\$USPPA) et par pays ; année 2014



Sources: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?display=default> <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>. Élaboration de la ME

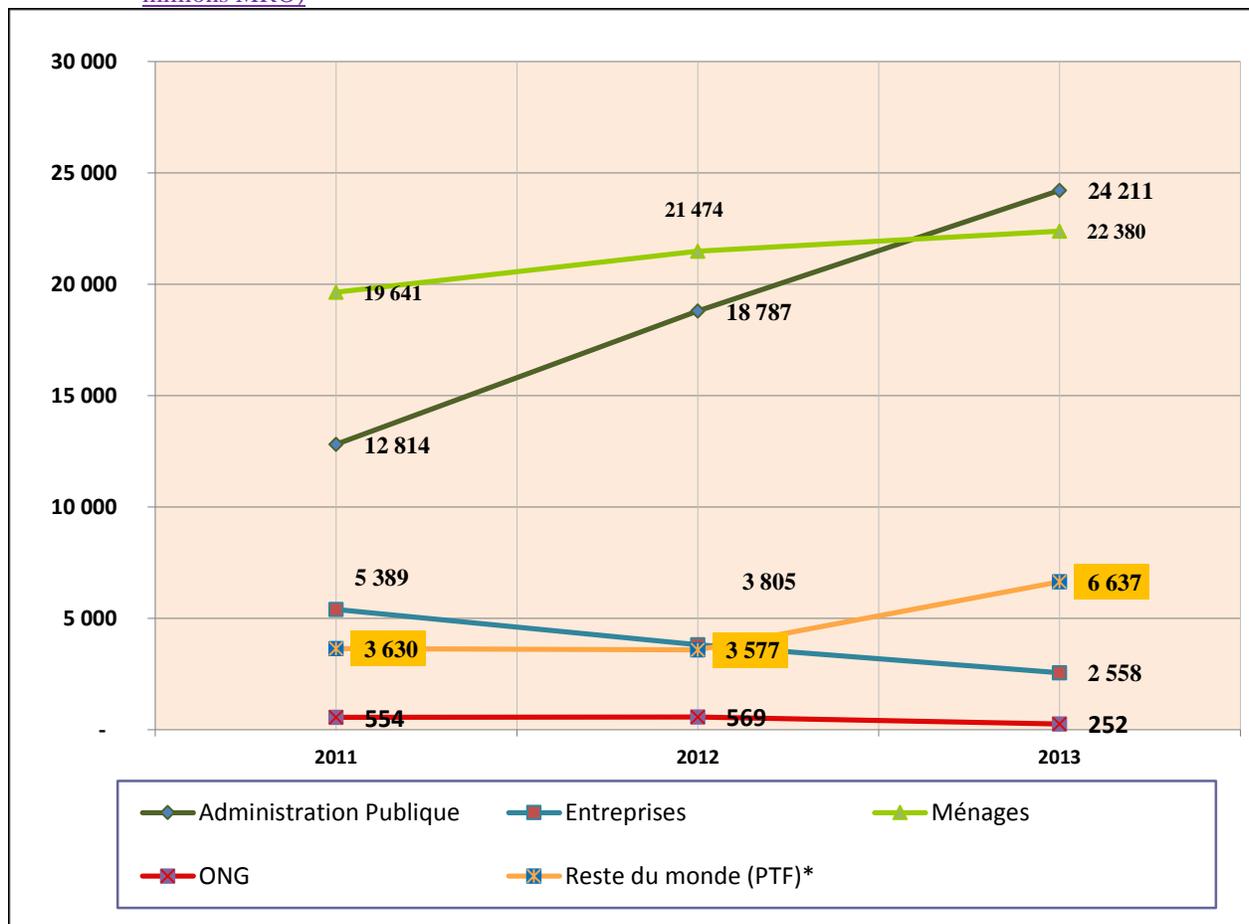
IV.2.2- Structure des DTS selon la source financement

La répartition des charges de la Santé selon les principaux intervenants dans le secteur, révèle qu'entre 2011 et 2013, le secteur de la Santé a connu le soutien de tous les acteurs. Cependant, les efforts déployés par source n'ont pas suivi le même rythme dans le financement de la Santé comme l'indique le graphique ci-dessous.

En effet, les ménages ne constituent plus la principale source de financement de la Santé au niveau national depuis 2013, bien que leurs dépenses aient augmenté d'une année à l'autre. La deuxième année de la mise en œuvre du PNDS est marquée par la très forte augmentation des fonds publics destinés au secteur de la Santé

En un intervalle de 2 ans, l'Administration publique a vu ses dépenses en santé quasiment doubler, passant de 12 814 millions MRO en 2011 à 24 211 millions MRO en 2013. Le graphique 5, ci-dessous présente l'évolution de la structure des DTS selon la source de financement.

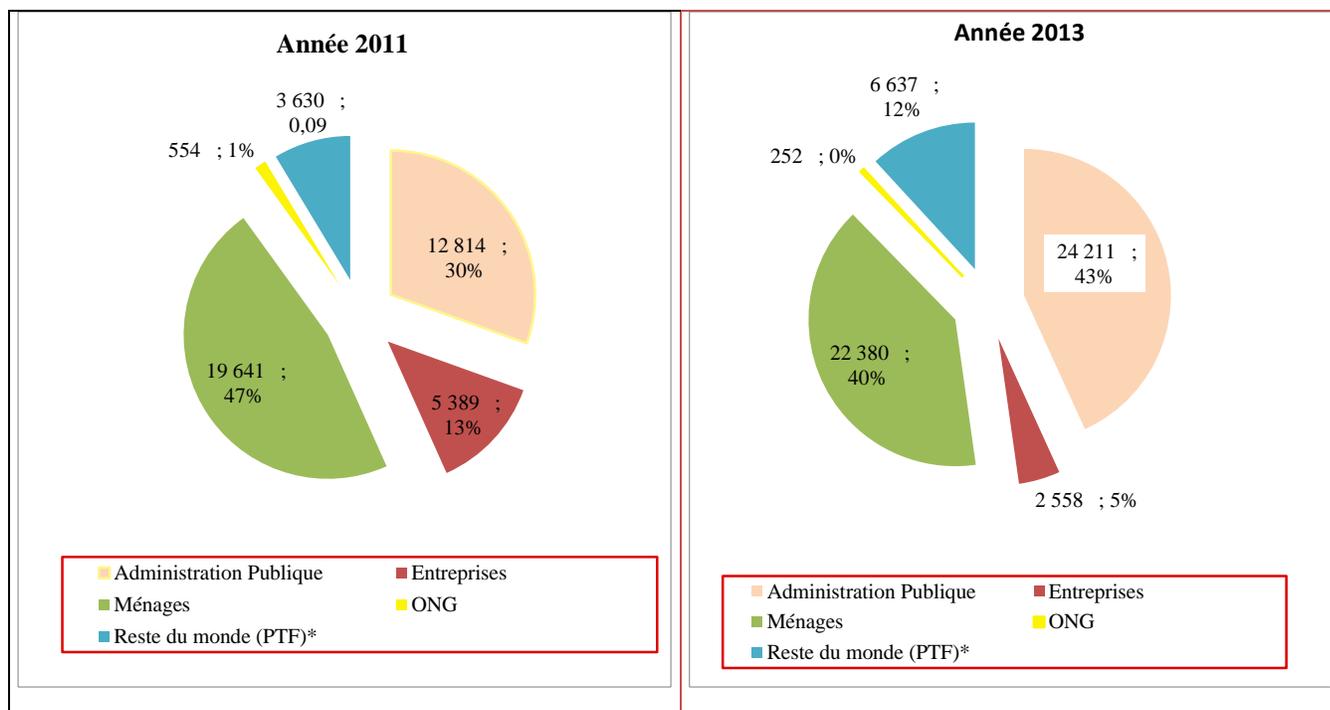
Graphique 5 : Évolution de la structure du financement de la santé selon la source de 2012 à 2013 (en millions MRO)



Sources : Données CS 2011-2013. Élaboration ME

Les graphiques suivants mettent en relief la comparaison de la situation de la structure des DTS en Mauritanie selon la source de financement entre 2011 et 2013. Il est à rappeler que cette illustration s'est basée sur les données les plus récentes, tirées des résultats du CNS 2011-2013.

Graphique 6 : Évolution de la répartition des DTS selon la source de financement en (millions MRO) et en %.



Années 2011 et 2013

Sources : CS 2011-2013. Élaboration ME

D'autre part, les premières années de la mise en œuvre du PNDS ont vu l'appui des PTF se confirmer. En effet, le montant global de l'apport des PTF a presque doublé en passant de 3 577 millions de MRO à 6 637 millions de MRO de 2012 à 2013. Cet élan s'est traduit par une forte augmentation de leur part dans le financement des dépenses globales dans le secteur de la Santé : de 7% en 2012 à 12% en 2013. Cependant, la part de l'aide étrangère dans le financement du secteur de la Santé en Mauritanie reste en deçà du niveau enregistré dans certains pays voisins. Le tableau ci-dessous présente une comparaison entre pays en matière d'apport budgétaire public à la santé et d'appui financier extérieur.

Tableau 10 : Répartition des DTS selon la source de financement ; année 2014

	% DT publiques / DTS	% sources externes/DTS
Algérie	72,8	0
Mali	22,9	27,8
Maroc	33,9	1,6
Mauritanie	49,6	11,9
Sénégal	51,8	20,6

Sources : <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> . Élaboration de la ME

Ce tableau indique que la Mauritanie est de loin un pays peu soutenu par le financement extérieur du secteur de la Santé (12%), en comparaison avec le Sénégal (21%) et le Mali (28%). D'autre part, les pouvoirs publics ont une place prépondérante (50%) dans le financement de la santé en Mauritanie ;

alors que ce ratio atteint à peine 34% au Maroc et 23% au Mali. En outre, en termes absolus, l'effort public dans le secteur de la Santé est beaucoup plus important en Mauritanie (73 \$USPPA) en comparaison avec le Sénégal (55\$USPPA) et le Mali (25\$USPPA).

Concernant la Mauritanie, l'analyse des sources de financement de la DTS montre que les évolutions positives décrites ci-dessus proviennent davantage d'efforts déployés par l'administration publique¹ et plus particulièrement le ministère de la Santé (MS). En effet, les dépenses du MS ont enregistré une forte augmentation : de 9,7 milliards MRO en 2011 à 19,2 milliards MRO en 2013, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 40,4%.

Mais au vu des facteurs exogènes (forte baisse du cours des matériaux, principale composante d'exportation) très défavorables à la croissance économique en général et aux recettes budgétaires en particulier, l'État ne serait pas en mesure de continuer à appuyer sur ce rythme le secteur de la Santé dans les prochaines années. Ainsi, une revue des modes de financement et des modalités d'accès aux soins s'avère nécessaire en vue d'une meilleure efficacité économique et sociale du secteur de la Santé dans sa globalité (public/privé, prestataires, utilisateurs, financeurs, couverture contre le risque maladie, etc.).

IV.3- Le financement public du PNDS1: *Prévisions et réalisations*

Comme il a été déjà signalé plus haut, les données collectées sur la période 2012-2015 viennent essentiellement des sources administratives, notamment des différents départements du Ministère de la Santé (DPCIS, DAF, DMM, etc.) et des institutions qui lui sont rattachées (CNAM, CAMEC). Ces données ne seraient pas à la disposition de la ME sans l'appui incessant et efficace de tous les dirigeants et personnels des différentes directions et institutions que les experts ont eu l'occasion de rencontrer lors de multiples reprises.

La maîtrise des systèmes d'information et de gestion dont disposent ces directions et le dévouement du personnel, en dépit des conditions de travail en ce mois saint, ont facilité l'accès aux données dans des délais très satisfaisants. Cependant, certaines requêtes sont restées sans réponse malgré les rappels.

L'examen de l'évolution du financement du PNDS1 reste tributaire de la qualité de données et d'informations obtenues par la ME au cours de son séjour au Pays. Notons à cet effet, que les données fournies par les différentes directions et institutions ne permettent guère de faire une analyse exhaustive de tous les volets évoqués par le texte initial du PNDS.

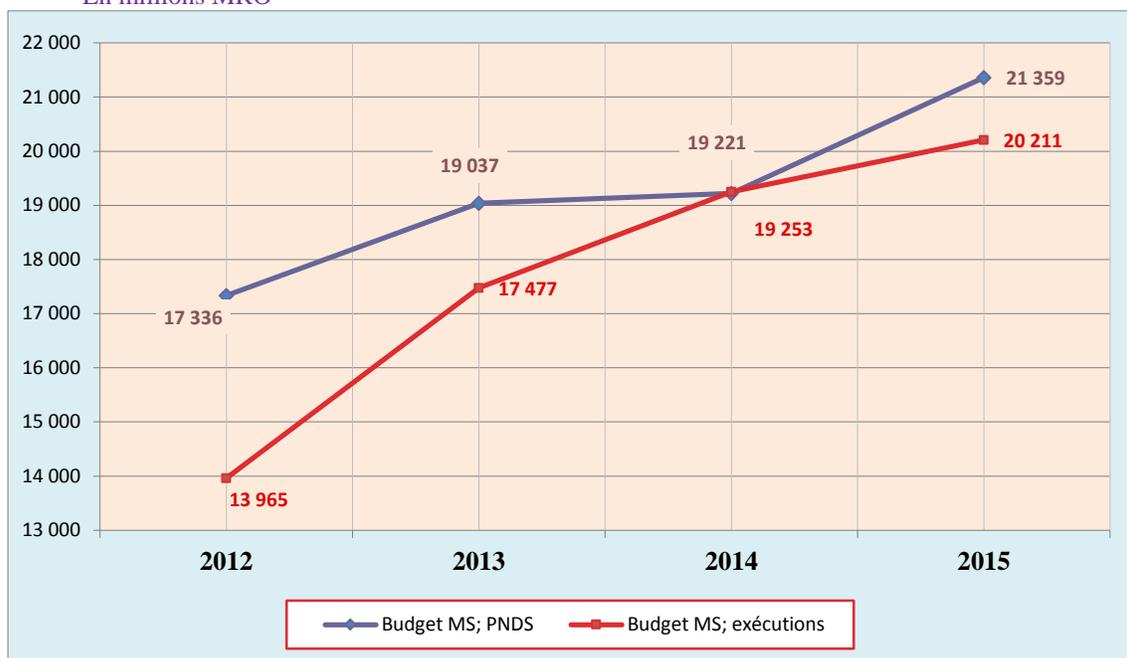
L'objectif fondamental du PNDS est d'améliorer l'état de santé de la population apprécié à travers quatre indicateurs d'effet choisis en fonction des spécificités de la Mauritanie. Il s'agit du (i) taux de la mortalité infantile, (ii) taux de mortalité juvénile, (iii) taux de mortalité maternelle et (iv) taux de mortalité néo-natale. Pour ce faire, plusieurs mesures et programmes sont à mettre en œuvre durant la période considérée. Pour permettre la comparaison et l'évaluation de ces différents aspects de la politique de santé, le PNDS a établi une grille de variables qui sont supposées couvrir l'ensemble des variables d'impact. Un travail approfondi a été effectué afin de déterminer les coûts respectifs des

¹Administration publique comporte: le ministère de la Santé, les autres départements ministériels et la Caisse nationale d'assurance maladie.

différentes interventions et mesures prévues pour chaque étape de la mise en œuvre du PNDS en procédant à des estimations et à de simulations pour chaque scénario.

Graphique 7 : Évolution du budget prévu par le PNDS et le budget alloué effectivement au MS de 2012 à 2015.

En millions MRO



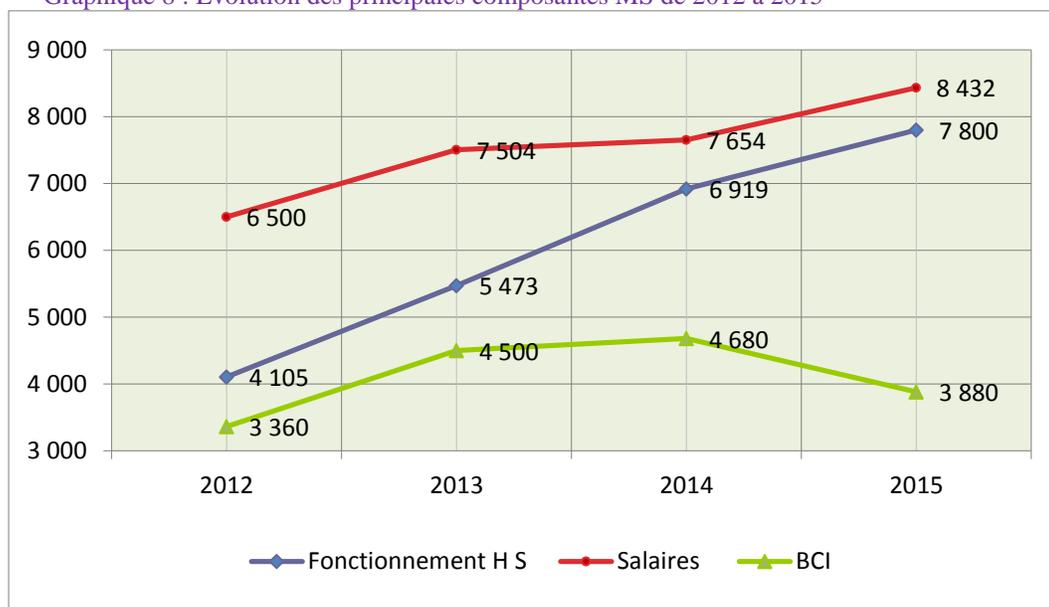
Sources : DPCIS/MS. Élaboration ME

Selon les informations disponibles, l'État a mis à la disposition du MS des fonds budgétaires nécessaires à la mise en œuvre du PNDS¹ qu'on peut qualifier de satisfaisants dans l'ensemble ; surtout dans un contexte macroéconomique qui n'est pas très favorable et dont les déterminants sont essentiellement exogènes. Le tableau ci-dessus décrit l'évolution du budget prévu par le PNDS et le montant alloué effectivement par l'État au MS entre 2012 et 2015.

En 2012, l'écart entre prévisions et réalisations en matière du budget du MS était de 3 372 millions de MRO soit un taux de réalisation de 81%. Mais très vite l'écart se rétrécit et le taux de réalisation s'améliore pour atteindre 100% en 2014, en passant par 92% en 2013. L'année 2015 est marquée par un ralentissement du rythme de l'effort public en matière d'appui au budget du MS. Ce fléchissement s'explique par le recul de la FBCF caractérisé par la diminution du budget consolidé d'investissement (BCI).

Par contre, les subventions destinées à couvrir les dépenses courantes de l'administration centrale et régionale et en partie celles des établissements publics de soins ont continué à croître à un taux soutenu (cf. graphique 8, ci-dessous).

Graphique 8 : Évolution des principales composantes MS de 2012 à 2015



Sources : DPCIS/MS. Élaboration ME

Dans un pays où le réseau de santé souffre encore de sous équipements, en particulier les structures de première ligne, il est plutôt préférable de consolider le budget destiné aux investissements, notamment l'acquisition des équipements et du matériel roulant (ambulance en particulier), réhabiliter les structures et élargir leurs capacités d'accueil.

Il est à préciser que les dépenses budgétaires de l'État destinées à l'élargissement du réseau de santé publique en hôpitaux (nouvelle création et élargissement) n'apparaissent pas dans le BCI du MS. En Mauritanie, les budgets de construction sont attachés directement au budget Ministère de l'habitat, de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire.

En outre, plusieurs autres composantes de l'investissement dans le secteur de la santé ne figurent pas dans le montant respectif du BCI pour toutes les années objet de notre analyse. A titre d'exemple pour l'année 2015, la situation présentée concerne uniquement le budget du Ministère de la Santé au titre de la Loi de finances. Par conséquent, ne sont pas pris en compte certains budgets et dotations tels que (*source DAF/MS*) :

- Le budget de construction et réhabilitation de bâtiments logés au niveau du Ministère de l'Habitat.
- Les projets sur financement extérieur.
- Les financements extérieurs sur requêtes.
- Le marché 171/CCM/2010 (pour 5 ans) relatif aux équipements et consommables de dialyse, estimé à plus de 800 Millions d'ouguiyas et payé sur le chapitre commun au Ministère des Finances.
- Le contrat de maintenance (avec la société T2S) d'un montant 1 273 000 \$US pris en charge sur le chapitre commun au Ministère des Finances.
- Le contrat avec le Laboratoire Roche pour 1,2 million \$US payé sur le chapitre commun au Ministère des Finances.
- L'achat de vaccins auprès de l'UNICEF pour un million \$US.

- Les interventions de riposte aux épidémies et catastrophes payées sur le chapitre commun au Ministère des Finances.

Il est à retenir que le recul enregistré au niveau du BCI en 2015 par rapport à 2014, n'a pas touché toutes ses composantes indiquées ici par projets (cf. tableau 10, ci-dessous).

Tableau 11 : Évolution de la répartition du BCI entre 2012 et 2015

Projet	2012	2013	2014	2015	2015/ 2014 (en %)	Total de 2011- 2015	% du total BCI
Acquisition ambulances	240	407	407	407	100	1 461	8,9
Acquisition de matériel et équipements biomédicaux	2 574	3 050	2 492	2 170	87	10 285	62,6
Construction de PS et CS		-	180	-		180	1,1
Construction, réhabilitation des structures de santé , locaux PEV 2013	-	400	400	70	18	870	5,3
Études architecturales	15	15	15	-	0	45	0,3
Études et recherches/santé	25	15	15	-	0	55	0,3
Formation du personnel de la santé	150	200	200	150	75	700	4,3
Lutte contre le palu et TB	80	-	-	-		80	0,5
Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	-	80	120	120	100	320	1,9
Programme national de santé de la reproduction	16	20	-	-		36	0,2
Projet construction du CH ATAR	-	-	188	188	100	375	2,3
Projet d'accélération des OMD	-	-	261	261	100	522	3,2
Projet d'appui institutionnel au MS	-	-	-	25		25	0,2
Projet de construction de CNC	117	150	150	150	100	567	3,5
Projet de formation du personnel de santé de base	-	-	-	30		30	0,2
Projet de l'extension de la CS	-	-	-	-		-	0,0
Projet de redynamisation du SNIS	-	-	-	60		60	0,4
Projet d'élaboration de la carte sanitaire	12	12	12	3	25	39	0,2
Projet suivi de la mise en œuvre du PNDS	-	-	25	40	160	65	0,4
Réduction de la mortalité maternelle infanto-juvenile	80	40	90	90	100	300	1,8
Santé reproduction Trarza	20	16	16	21	131	73	0,4
Sécurisation produits SR	-	-	15	15	100	30	0,2
Télémedecine	20	20	20	36	180	96	0,6
Total	3 364	4 500	4 680	3 880	83	16 424	100

Sources : Données : DPCIS/MS. Élaboration ME

Ceci montre qu'au moins à ce niveau, le choix d'allocation des ressources s'est effectué sur des bases autres que l'historique. Malgré la baisse du BCI de 2015 par rapport 2014, un déploiement a été réalisé en 2015 afin de préserver certains projets considérés comme clefs (acquisition d'ambulances, matériel et équipements médicaux, lutte contre les maladies, projet d'accélération des OMD, etc.).

On a même financé de nouveaux projets ciblés : dynamisation du SNIS (60 millions MRO) et projet de formation du personnel de santé de base (60 millions MRO).

Au cours de la période de mise en œuvre du PNDS1, le total des investissements du MS dans le secteur s'est élevé à 16 424 millions de MRO, dont presque les 2/3 sont consacrés à l'acquisition du matériel

et d'équipements biomédicaux (63%). L'acquisition des ambulances a absorbé 9% du budget du MS et a permis de renforcer le parc roulant dans les régions qui en ont le plus besoin.

Par contre le projet « construction, réhabilitation des structures de santé, locaux PEV 2013 » n'a bénéficié que de 5% du total du BCI et il a vu une forte chute (de 82%) entre 2014 et 2015. Il se peut que ce projet soit en fin d'exécution.

En se rapportant aux données du tableau 10, on peut constater que pendant quatre ans, les programmes de lutte contre les maladie transmissibles et non transmissibles, le paludisme et la tuberculose, n'ont pu obtenir que 400 millions de MRO soit 2,4% de la totalité du BCI de la même période.

Cette analyse reste incomplète du fait que ces programmes bénéficient aussi en partie du budget de fonctionnement du MS, notamment les salaires du personnel affecté à temps complet ou partiel à la mise en œuvre de ces programmes. Afin de permettre au SNIS de jouer son rôle de collecte et d'analyse des données et études, une attention particulière lui a été accordée dès de 2015 à travers une allocation de 60 millions de MRO. Il est prévu que cet appui soit renforcé dans les prochaines années.

Le tableau suivant vient donner quelques appréciations sur l'évolution des principaux indicateurs du PNDS1 en fonction des données qui ont pu être collectées par la ME.

Tableau 12 : Indicateurs du financement du PNDS1

Indicateurs	Base 2011 (i)	PNDS1		
		Objectifs (résultats attendus) Fin 2015 (i)	Réalisations en 2015 (ii) Sources : DPCS/MS	Niveaux de réalisation en % (iii)= (ii)/(i)
% du budget Santé par rapport au budget total de l'État	4,0%	8,2%	4,60%	56,10% (Faible)
Part de la dépense publique de santé du niveau périphérique (postes et centres de santé) en pourcentage des dépenses publiques de santé	17,0%	25,0%	11,2%	45% (Très faible)
Part de la dépense publique de santé du niveau intermédiaire (hôpitaux de Moughataas et régionaux) en pourcentage des dépenses publiques de santé	10,0%	15,0%	21,4%	143% (l'opposé de ce qui est attendu)
Part de la dépense publique de santé du niveau tertiaire (hôpitaux centraux) en pourcentage des dépenses publiques de santé	31,0%	25,0%	51,2%	205% (l'opposé de ce qui est attendu)
Part de la dépense publique de santé du niveau administratif (régional et central)	42,0%	35,0%	16,3	47% (Faible)

Sources : Données : MS-DPCIS- Calcul et élaboration ME

A première vue, les réalisations attendues sont au-dessus de ce qu'espère le PNDS1. A notre sens, au niveau budgétaire, l'État a déployé un effort exceptionnel tout au long des quatre années de sa mise en œuvre. Le montant du budget a quasiment doublé entre 2011 et 2015, malgré une conjoncture peu favorable. Étant donné que l'État a entamé une politique globale de développement économique et

social touchant tous les secteurs, il n'était pas rationnel d'encourager un secteur au détriment des autres.

Cet indicateur ne reflète qu'une partie du financement public de la Santé. Il devrait être complété dans un premier temps par les dépenses globales de la CNAM qui a les moyens humains, techniques et de gestion pour fournir annuellement cette information. En outre, il est aisé de recueillir des données sur les dépenses de santé gérées directement par le ministère de l'Habitat et celui des Finances. Ainsi, nous pourrions disposer d'un outil statistique mesurable qui reflèterait l'effort de l'État et la place qu'il réserve à la Santé.

Pour la répartition du budget selon le niveau de structures, il nous semble que la méthode d'estimation ne tient compte que d'un seul aspect du budget. La DPCIS devrait compléter cette information par des données relatives au budget de fonctionnement (salaires) et le matériel qui est fourni aux différentes structures. Cette tâche n'est peut-être pas facile actuellement. Avec la redynamisation du SNIS, on pourrait s'attendre à des informations croisées qui faciliteraient la construction de nouveaux indicateurs.

Avant de terminer cette analyse, il est à signaler que les visites sur le terrain ont permis à la mission de collecter des données sur l'activité de certains hôpitaux et structures de première ligne. Ces données sont d'un grand intérêt pour apprécier la performance du système de prestation de soins et les questions relatives à l'accès aux soins (tarification, primes de motivation, dépenses importantes), et le rôle du privé. Il faut espérer que la nouvelle équipe utilisera ces informations pour compléter son travail lors de la rédaction de la PNS 2016-2030 et de la revue du PNDS2. Par ailleurs, les questions relatives aux médicaments seront suffisamment étudiées dans ces prochains rapports.

IV.4- Rôle des PTF dans le financement de la Santé

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, un pacte nommé « *Compact* » a été signé dès mai 2012 par le MS, ses PTF multilatéraux et bilatéraux et la société civile. Le Compact n'indique nullement le montant des fonds respectifs à apporter par chacun des signataires au cours de la période d'exécution du PNDS. Il n'est en fait qu'un simple pacte dont le but est de contribuer à l'amélioration de l'efficacité économique et sociale de l'aide et de 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.

Dans ce paragraphe, l'analyse du financement étranger du secteur de la Santé va se limiter à l'examen des données fournies par la DAF au MS du fait que la ME n'ait pas pu contenir les autres aspects d'intervention des PTF. Même si certaines informations ont pu être obtenues, elles restent incomplètes et échappent à toute analyse objective qui pourrait aboutir à des résultats pertinents.

Entre 2012 et 2015, l'ensemble des PTF a injecté 2 015 millions de MRO (*cf. tableau 12; ci-dessous*) soit une moyenne annuelle de 504 millions de MRO et 130 MRO/h et par an (soit l'équivalent de 0,33 euro). Ce montant est insignifiant par rapport aux besoins du pays et des moyens dont disposent les PTF.

Tableau 13 : Apports financier des PTF entre 2012 et 2015. Millions MRO

Partenaires	Requêtes reçues		Requêtes traitées		Prévisions	Taux d'exécution (iii)= (ii)/(i) en %
	Nombre	Montant	Nombre	Montant (i)	Montant (ii)	
OMS	339	1 482	339	1 482	1 511	98%
GAVI/BCI/CREDIT	92	146	90	140	404,188	35%
AFD	110	384	110	384	577,569	67%
Monaco	3	3,673	3	3,673	18,386	20%
UNICEF	1	5,739	1	5,739	20,091	29%
TOTAL	545	2 021	543	2 015	2 531	80%
Écart entre reçues et traitées	Nombre	0	Montant	5,993	Écart entre Prévisions et décaissement	516

Sources: Données, cf. Annexes vi, tableau 5. Elaboration de la ME

A la lumière des calculs portés sur le tableau 12, il ressort que l'OMS constitue le principal soutien à la promotion de la Santé de la population et de la modernisation du secteur au niveau du montant (1 482 millions MRO soit 74%) ; suivi par l'AFD avec 384 millions MRO, soit 19% du total et GAVI/BCI/CREDIT avec 140 millions MRO.

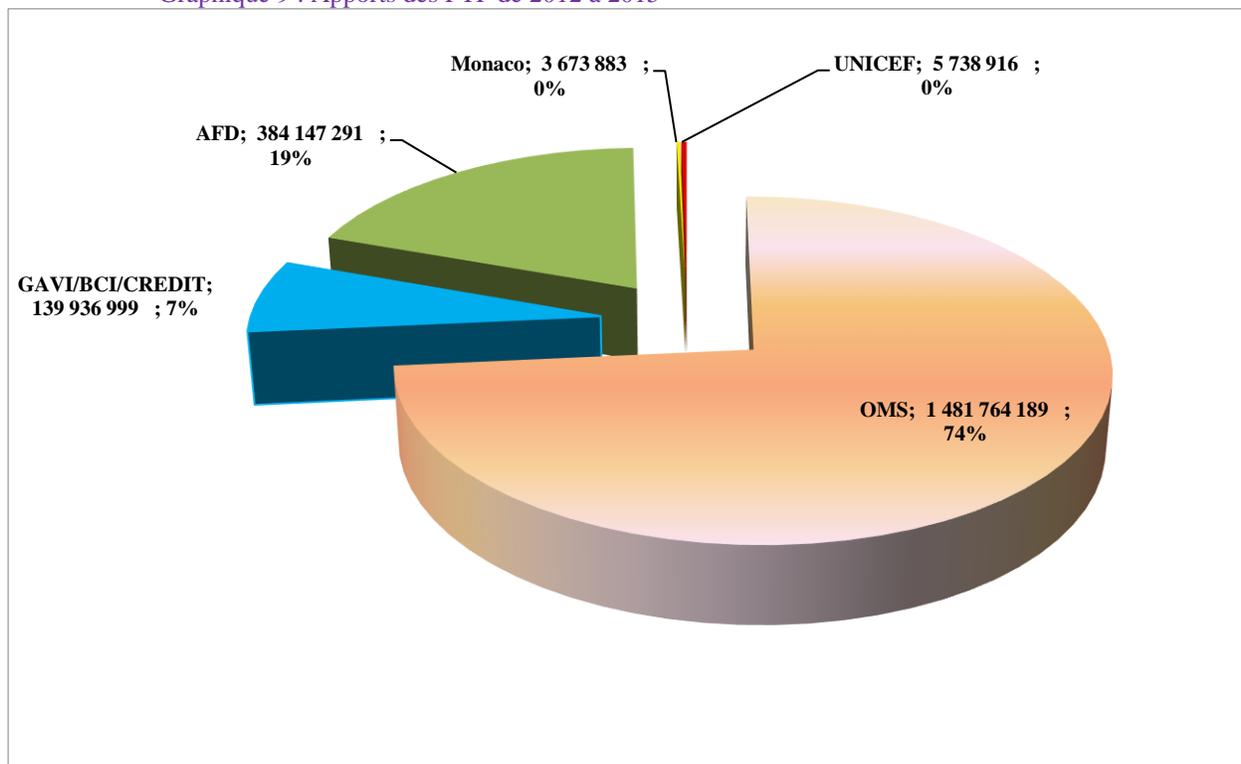
L'écart annuel entre les prévisions et les décaissements correspondants est chronique et relativement important. En outre, il n'a pas diminué d'une manière sensible au cours de la période objet de notre étude (cf. annexe vi, tableau 5).

Sur les 4 années et pour l'ensemble des partenaires, seulement 80% des fonds ont été absorbés. Cette moyenne cache la dispersion de ce ratio d'une année à une autre et d'un partenaire à un autre. En effet, simplement 1/3 des fonds prévus par GAVI/BCI/ CREDIT ont été utilisés (cf. tableau 12).

La relative faiblesse d'absorption de l'aide étrangère est attribuée en partie à des problèmes liés, d'une part, à l'appropriation des procédures par les gestionnaires et la lenteur administrative et d'autre part à la complexité des procédures des modes et modalités d'encaissement du côté des PTF. La longue expérience acquise par les administrateurs et les gestionnaires du MS dans le traitement des projets financés par l'OMS facilite le traitement des requêtes et le décaissement des montants alloués. Ce qui explique l'absorption quasiment totale des fonds prévus par le MS (98%).

Le graphique ci-dessous présente le montant et la part de chaque partenaire dans le financement de la santé de 2012 à 2015.

Graphique 9 : Apports des PTF de 2012 à 2015



Sources : Données, tableau 12. Élaboration ME

Il est à rappeler que les montants indiqués ci-dessus **ne représentent qu'une partie de l'aide apportée** chaque année par les PTF à titre bilatéral et multilatéral en termes financier, en nature et en assistance technique. La publication attendue des résultats des CS 2014-2015 va apporter plus d'éclairage sur cette question.

Déjà, les données relatives à la période 2011-2013 montrent que l'apport total des PTF dans toutes ses formes n'a pu atteindre que 12% des DTS effectuées en Mauritanie. Ce taux reste de loin inférieur à ce qui est alloué aux pays de la région à économie comparable.

Toutefois, il est à prendre le montant des fonds alloués par les PTF à la santé et gérés par la DAF avec beaucoup de précaution. En effet, en se référant aux données fournies par le CNS (2011-2013), il apparaît qu'en fait l'appui des PTF pour 2012 et 2013 s'élèvent à 10,214 millions d'ouguiyas contre simplement 0,712 millions d'ouguiyas pour la même période comptabilisés par la DAF, soit que 7% du total de l'effort financier apporté par l'ensemble des PTF.

Tableau 14 : Apports des PTF en 2012 et 2013 selon le mode et la source de données

Année	2012	2013	Total
-------	------	------	-------

Sources			
Fonds comptabilisés par la DAF/MS (i)	287,5	424,7	712,2
Comptes de la Santé 2011-2013 (ii)	3 577	6 637	10 214
(iii)= (i)/(ii) (en %)	8,0%	6,4%	7,0%

IV.5- La CNAM et le financement de la santé

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est une récente source de financement de la Santé, venue renforcer la politique nationale en vue de moderniser le secteur et d'améliorer la santé de la population.

Créée en 2007, la CNAM est un EPA sous la tutelle du ministère de la Santé. C'est une institution publique chargée de gérer l'assurance maladie (AM) légale fondée sur le principe contributif et sur la mutualisation des risques. Elle gère le régime d'assurance maladie de base obligatoire ayant pour assujettis les parlementaires, les fonctionnaires, les agents de l'État et le personnel des forces armées (actifs et retraités). Elle couvre aussi les salariés des établissements publics et parapublics (actifs et retraités) et plus récemment les travailleurs du secteur privé (actifs et retraités).

En plus de l'assuré principal, sont affiliés au régime de l'AM, le(s) conjoint(s), les ascendants âgés de moins de 21ans. Les enfants handicapés bénéficient de la couverture à vie sans limite d'âge.

A la fin 2015, le nombre d'affiliés atteint à peine 97 665 assurés principaux. En ajoutant les autres bénéficiaires (conjoint : 66 895 et enfants : 191 051), le nombre total d'assurés arrive à 355 608 personnes soit moins du 1/10 de la population qui bénéficie du régime d'AM.

Le tableau ci-dessous décrit l'effort effectué par la CNAM pour étendre sa couverture. En effet, elle a pu plus que doubler l'effectif des assurés (affiliés et leurs ayants droit) entre 2009 et 2015, passant respectivement de 145 978 à 355 608 bénéficiaires de l'AM.

Tableau 15 : Évolution du nombre d'assurés immatriculés entre 2009 et 2015

Sources :
Élaboration ME

Année	2009	2015	Accroissement total en %.
Assurés principaux	38 605	97 662	253%
Assurés conjoints	30 551	66 895	219%
Assurés enfants	76 822	191 051	249%
Total assurés	145 978	355 608	244%

CNAM.

D'après la « une grande de la population ne s'affilie

CNAM, partie assurée que

lorsqu'elle vient pour une prise en charge ». En outre, plusieurs catégories socioprofessionnelles ne sont pas encore assujetties à l'AM obligatoire.

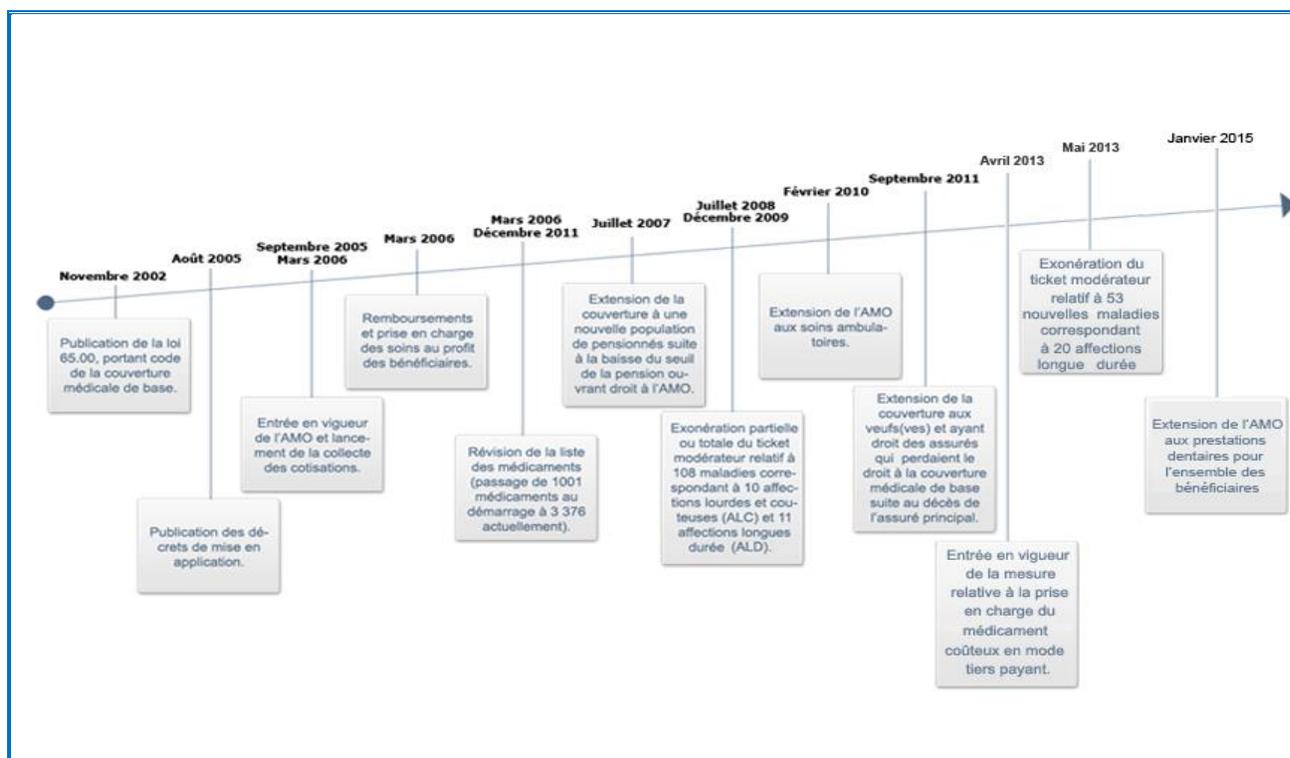
La limitation du champ de couverture de l'AM explique l'ampleur des charges de santé encore supportées par la population en Mauritanie (40%). Dans la conjoncture actuelle, à moyen comme à long terme, on ne doit pas s'attendre à ce que l'État fasse un effort supplémentaire dans le financement de la Santé, à moins qu'il sacrifie d'autres secteurs qui sont eux-mêmes grands demandeurs de soutien public, notamment l'éducation, la lutte contre la pauvreté et la précarité, la sécurité et la protection des frontières.

Il est plutôt à s'orienter vers un système de couverture santé universelle (CSU) qui tiendra compte des moyens et des besoins du pays et qui allègera progressivement les charges de l'État et des ménages en matière de dépenses de soins, tout en assurant les ressources nécessaires au bon fonctionnement du système dans sa globalité.

Notons que certains pays maghrébins, dont le Maroc, étaient jusqu'à quelques années dans une situation comparable à celle de la Mauritanie d'aujourd'hui en matière de couverture contre le risque maladie. La loi de 2002 (loi 65.00) qui a instauré l'assurance maladie obligatoire (AMO) n'est mise en œuvre que partiellement. Les premiers décrets d'application ont mis 5 ans avant d'être publiés (Cf. Annexes ; figure 2).

Cependant, le Maroc a entamé depuis la fin du siècle dernier plusieurs études financées dans leur quasi-totalité par des fonds étrangers, sur la faisabilité et la pérennité des différents régimes de protection sociale en général et de la CSU en particulier. Jusqu'à aujourd'hui, les textes de lois relatifs à l'assurance maladie des indépendants et des professionnels ne sont pas encore publiés (Cf. Figure2); cela montre le long parcours de la mise en œuvre partielle de la loi sur l'AMO au Maroc.

Figure 2 : Étapes de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au Maroc



Même la Tunisie, qui est souvent citée comme un exemple de bonnes pratiques en matière de protection contre le risque maladie, n'a réellement élargi l'AM que depuis ces dernières années (Loi de la réforme de l'AM en 2004 ; textes d'application que vers la fin 2006).

Pour le cas de ces deux pays, les populations non assujetties à l'AMO bénéficient de régimes spéciaux qui n'offrent des soins que dans les structures publiques (AMG en Tunisie et RAMED au Maroc).

En Mauritanie, les régimes d'AM gérés par la CNAM sont plutôt très généreux. A titre d'exemple, sont pris en charge : les médicaments (67%), les frais d'hospitalisation (90%), les actes de laboratoire et de radiologie (80%), les ALD (jusqu'à 100%) et les transferts à l'étranger (100% de tous les frais de soins et de transport).

La facturation se fait à l'acte et aucun plafond limitatif n'est prévu par les textes pour le remboursement des frais de soins et de médicaments dans le secteur public comme dans le secteur privé.

Le mode de couverture, le contenu du panier de soins et les taux de remboursement sont générateurs d'un système d'assurance maladie inflationniste qui a montré son inefficacité dans tous les pays où il a été appliqué. Ces problèmes de déficit chronique ont amené ces pays à engager des séries de réformes en vue de trouver un équilibre financier des organismes de gestion de l'AM.

Dans un environnement comme celui de la Mauritanie, il en résulte des abus et du gaspillage de la part de l'assuré comme de la part du prestataire. Cette réalité n'est pas méconnue par les responsables de la CNAM et les exemples ne sont pas rares.

Actuellement, la CNAM se trouve dans une situation relativement confortable financièrement, mais pas pour longtemps si des mesures adéquates ne sont pas entreprises rapidement. Nous reviendrons sur ces points particuliers dans les prochains rapports.

Les soins à l'étranger sont très coûteux pour le pays en général et la CNAM, en montant et en proportion des dépenses médicales totales assurées par la CNAM. L'ampleur de ces charges est résumée dans le tableau suivant.

Tableau 16 : Évolution des évacuations de 2013 à 2015

Année	2013	2014	2015
Nombre de cas	525	529	477
Coûts en MRO	1 345 119 791	1 881 583 803	1 468 999 502
Coût/Dépenses Médicales Totales	36%	37%	28%

Sources : CNAM

Les dépenses médicales totales de la CNAM en 2015 s'élèvent à 5 401 millions de MRO. Sans compter les autres dépenses de la CNAM (budget de fonctionnement et BCI), les DTS atteindraient 25,6 milliards MRO.

Pour faire face aux dépenses galopantes engendrées par les transferts à l'étranger, la CNAM a entamé une série de mesures qui consistent à améliorer la qualité des soins dans le secteur public et ce, à travers sa participation aux frais d'acquisition du matériel et équipements nécessaires à la mise à niveau du plateau technique.

En outre, il est attendu d'encourager l'échange de compétences avec plusieurs pays. La CNAM constitue un acquis national de grande importance pour la Mauritanie et marque un bon début vers une CMU.

IV.6- Forces et faiblesses

• Points forts :

- Une volonté exprimée des pouvoirs publics à renforcer le secteur de la Santé
- Une forte volonté de la part des dirigeants et du personnel en général à moderniser le secteur de la Santé
- L'existence d'une stratégie et des plans d'action annuels
- Financement budgétaire important du secteur de la Santé
- Appui diversifié de la part des PTF
- Volonté exprimée concernant la mise à niveau du CAMEC
- Création de la CNAM et l'élargissement de son réseau d'agences sur le territoire

• Points faibles :

- Économie dépendante de la conjoncture internationale et des conditions climatiques
- Dispersion des informations sur le financement de la Santé
- Une partie importante du budget alloué à la Santé est gérée par d'autres départements que le MS : difficulté de planifier

- Les fonds extérieurs sont multiples et émanent de plusieurs sources qui ne passent pas toujours par les structures du MS
- Un ensemble non négligeable des indicateurs du PNDS n'est pas facile à construire et à présenter annuellement dont les coûts sont excessivement élevés
- Déséquilibre important des dépenses (investissements) entre les secteurs primaires et tertiaires (au profit du secteur tertiaire), des investissements qui ne sont pas souvent utilisés
- La CNAM couvre une population qui n'a pas plus de problèmes d'accès financiers aux soins que le reste de la population
- Absence d'une stratégie nationale de financement de la santé
- Absence de cadre logique du PNDS

V- Réalisations du PNDS 2012-2015 : Évaluation à travers l'analyse des indicateurs

L'évaluation ne pouvant disposer d'une appréciation plus exhaustive des constats sanitaires et des données collectées auprès des prestataires de soins, l'équipe d'évaluation a dû effectuer une revue détaillée des données sanitaires contenues dans les diverses bases de données et de statistiques apportées par le MS.

Il reste à vérifier jusqu'à quel niveau le profil épidémiologique de la population mauritanienne a atteint une amélioration visible après 4 années complètes d'action du PNDS mais également si les tendances les plus inquiétantes de ce profil ont pu être inversées. Le profil épidémiologique du PNDS s'occupe des pathologies suivantes :

- Les maladies transmissibles, à savoir les endémiques, les plus importantes étant le paludisme, la tuberculose et les ITS/VIH/SIDA, les épidémiques – méningite, paludisme, choléra, rougeole, poliomyélite aigue – 53 cas reportés en 2015 mais non confirmés –, diarrhées sanglantes et tétanos, ainsi que celles à éradiquer, éliminer ou contrôler (ver de guinée, tétanos néonatal, schistosomias, rage, trachome, etc.) et les maladies émergentes comme les fièvres hémorragiques virales avec un caractère épidémique et mortel.
- Les déséquilibres nutritionnels en particulier chez le couple mère–enfant.
- Les pathologies liées à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum.
- Les maladies non transmissibles liées aux facteurs environnementaux et/ou aux changements comportementaux des individus et des collectivités : maladies cardio-vasculaires, cancer, maladies mentales, diabète, effets sanitaires de la consommation de tabac et de substances psycho actives, pathologies bucco-dentaires, ainsi que les maladies professionnelles et accidents de la voie publique. On ajoute ici les séquelles de problèmes de santé tels que la poliomyélite flasque aigue, la lèpre, etc.

V.1- Analyse des indicateurs : Identifications et indications

La révision et l'analyse des indicateurs présentés dans le PNDS permettront de proposer ceux qui pourraient être considérés comme « indicateurs–traceurs » et par conséquent être en mesure d'assurer leur qualité et traçabilité pour devenir une partie fondamentale d'un futur tableau de bord à vocation gestionnaire.

Cependant, à cause de la grande – on pourrait même dire extrême – dépendance du système national d'information sanitaire mauritanien (SNIS) aux données obtenues par les enquêtes mises en œuvre par plusieurs partenaires – particulièrement par l'UNICEF et l'OMS – cette évaluation s'est avérée dépendre largement de l'accès aux données contenues dans la dernière MICS5 2015, étant donné

qu'une bonne partie des indicateurs de référence du PNDS semblent avoir été extraits des enquêtes MICS antérieures.

Il semble aussi discutable que les statistiques vitales d'un pays telles que la mortalité et la morbidité des diverses couches de la population soient entièrement confiées à des enquêtes, même si ces enquêtes ont été conduites avec une méthodologie scientifique rigoureuse alors que toute enquête est, à la fin, une estimation approximative d'une réalité qui échappe au scrutin mathématique.

L'obtention des statistiques nationales en Mauritanie concernant les taux de mortalité maternelle et néonatale, infanto-juvénile, etc. semble être l'objectif des enquêtes menées à terme par les organismes internationaux des NU – l'OMS, l'UNICEF, etc. – et de certaines ONG, pour fournir leurs besoins statistiques.

On devrait se demander fort légitimement si ces très coûteuses enquêtes sont toujours compatibles avec les besoins statistiques réels de la Mauritanie. Par contre, peut-être que le renforcement du système national d'enregistrement des naissances et des décès pourrait devenir une priorité et lorsque cet objectif serait atteint on pourrait choisir des indicateurs d'impact plus faciles à obtenir tels que ceux de la prévalence, de la morbidité, etc.

Les enquêtes MICS comme source d'alimentation de la performance du PNDS sont-elles vraiment cohérentes ? En plus de son hétérogénéité, l'énoncé des indicateurs analysés par la MICS5 ne coïncide pas souvent avec ceux du PNDS et donc les comparaisons deviennent très limitées voire impossibles. Le PNDS plaçait clairement l'accent non seulement sur le fait que le profil épidémiologique national repose sur des enquêtes socio sanitaires nationales – « *Les enquêtes socio sanitaires nationales ont permis de mieux définir le profil sanitaire et de dégager les principaux problèmes de santé...* » (page 27) – mais soulignait aussi le manque d'accessibilité à des « ... *données nationales fiables* »¹.

En raison du manque des données d'impact de la MICS5 – mortalité et prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles – cette étude devra nécessairement analyser les données sur la mortalité et la morbidité que l'on a pu réunir depuis d'autres sources, qui se présentent malheureusement elles-mêmes très fragmentées et incomplètes.

Il semble que le MS a intronisé très récemment un audit annuel de qualité des données mais ces évaluateurs n'ont eu accès à aucune documentation sur cet audit.

Un des premiers problèmes rencontrés par l'équipe est le manque absolu de cadre logique où toutes les composantes d'une proposition de mise en œuvre auraient été étudiées et encadrées, et dont les sources de vérification seraient clairement exposées. Cela a représenté un réel problème pour l'analyse du PNDS.

Le PNDS définit 3 strates d'indicateurs pour l'analyse des résultats : d'effet (couverture), d'impact (morbidité et mortalité) et de produits (besoins en ressources). L'analyse des différents indicateurs se fera à travers les 5 axes du PNDS. Étant donné le grand nombre d'indicateurs utilisés par le PNDS, et dans le but de mieux les identifier, on a procédé à leur numérotation pour faciliter toute opération de référence et/ou de comparaison.

¹Ibid note de bas n° 8(page 27)

V.2- Les indicateurs d'impact

Les indicateurs d'impact sont¹ les suivants :

Tableau 17 : Indicateurs d'impact et leur évolution

Indicateurs		Baseline 2011	PNDS1 fin 2015	ASS
1	Mortalité néo-natale (MNN) pour 1000	43,00	22,04	
2	Mortalité maternelle (MM) pour 100.000 naissances vivantes	550,00	399,40	583,0* / 626 [‡]
3	Mortalité infanto-juvénile (MIJ) pour 1000	122,00	58,31	
4	Mortalité infantile (MI) pour 1000	77,00	38,04	

* Source : RGPH 2013 ; ‡ Méthode indirecte (715 méthode directe)

1. Taux de Mortalité néo-natale :

Nous n'avons pas eu la possibilité d'accéder aux statistiques nationales disponibles sur la mortalité néo-natale – il semble que l'enquête MICS5 s'en occupait, mais finalement elle n'a pas été disponible pour les évaluateurs – mais nous avons trouvé que quelques indicateurs tels que proposés dans le document « COMPACT national 2012- 2015.pdf » différaient de ceux du PNDS, et très particulièrement ce taux qui devient, pas seulement un « *taux de mortalité néo-natale* » mais un « *taux de mortalité néo-natale précoce* » et on le définit comme le « *nombre de morts nés frais / nombre total de nouveau-nés vivants* ».

La source de vérification devait être le « SNIS / SR » mais cette équipe n'a pas pu trouver une mention sur ce taux dans l' « Annuaire Statistique Sanitaire » 2015 ni dans le « Rapport enquête SPSR 2015 VF FINALE 15 02 2016.pdf », ni dans le « Rapport AB SONU RIM 2011 Draft 0 Dahada » ni dans le MICS4 2011 ni, finalement, dans la MICS5 2015.

2. Taux de Mortalité maternelle :

Dans la base de données statistiques issue de l' « Office National de Statistiques » en 2013², on observe un taux de mortalité maternelle de 582 décès pour 100.000 naissances vivantes (taux de mortalité

¹ Les cellules en gris clair des tableaux ci-dessous sur les indicateurs correspondent à ceux pour lesquels nous n'avons pas trouvé de données 2015 (note des auteurs)

² « Tableau Synoptique des indicateurs du RGPH 2013 », Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Office National de la Statistique, ministère des Affaires Économiques et du Développement

maternelle par la méthode indirecte de 626 pour 100.000¹). Ce taux est supérieur à ce qu'on rapporte dans le PNDS comme Baseline en 2011 – 550 décès pour 100.000 naissances vivantes. D'après le MS (DPCIS), la dernière statistique sur la mortalité maternelle à laquelle on peut avoir accès est celle de 2013.

Cela veut dire que la projection proposée dans le PNDS pour la fin 2015 (399,4%) n'aura pas eu la chance d'être évaluée et, en tout cas, reste trop loin du taux indiqué en 2013.

3. Taux de Mortalité infanto-juvénile :

La mortalité infanto-juvénile dans le PNDS en 2011 était de 122‰ contre 115‰ chez l'ONS² 2013. La projection PNDS pour la fin 2015 était de 58,30% ; c'est à dire indiquant plus de 50% de diminution par rapport au taux en 2013. C'est difficile à accepter.

4. Taux de Mortalité infantile :

La mortalité infantile dans le PNDS en 2011 était de 77‰ contre 72‰ chez l'ONS 2013. La projection pour la fin 2015 était de 38% ; c'est à dire également en baisse de 50% par rapport au taux en 2013.

Remarques

- Si l'on s'en tient aux données obtenues des sources autres que le MICS5 pour les années précédant 2015, il semble hautement improbable que les taux de la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile aient connu des diminutions mêmes minimales ; dans le cas de la mortalité maternelle, elle pourrait même avoir augmenté.
- Il s'avère de douteuse utilité le choix d'un indicateur d'impact tel que la « mortalité néo-natale précoce »³ qu'aucune source connue n'a pu alimenter.

V.3- Axe 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale :

Il semblerait que les activités sur la lutte contre la mortalité maternelle mises en œuvre sous le PNDS1 aient eu quelques succès⁴, mais le registre de données pour fournir les indicateurs de performance permet difficilement d'en apporter la preuve.

Tableau 18 : Indicateurs de prise en charge LCMMNN et leur évolution

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2010	PNDS 1 Fin 2015	ASS / MICS 5
---	-----------	-----------------	--------------

¹ « Annuaire des Statistiques Sanitaires 2015.Finale », SNIS, DPCIS, ministère de la Santé. Le document n'explique pas quelle est la « méthode indirecte ». D'autre part, ce taux coïncide avec la MM reportée au MICS4 2011 (note des auteurs)

² Op cit « Tableau... indicateurs du RGPH 2013 »

³ « COMPACT national 2012- 2015 »

⁴ Voir « Enquête 2015 sur les produits et les services de Santé reproductive », Programme National de la Santé de la Reproduction, ministère de la Santé (« BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »)

1	Nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance (%)	31,7	66,0	/17,9
2	% des nouveau-nés avec pneumonies sans soins cliniques mais plutôt traités aux antibiotiques à domicile	2,0	10,0	
3	% de femmes en âge de reproduction demandant et utilisant une méthode de contraception (taux des besoins non-satisfaits ¹)	24,5	32,5	14,7 / 17,8 (38,5)
4	Proportion de femmes de 10 à 16 ans qui reçoivent le vaccin HPV ² (%)	0,0	30,0	
5	% de femmes enceintes ayant effectué 4 visites CPN ³ incluant le test des urines	4,0	35,0	17,7 / 62
6	% de mères ayant accouché dans les 12 derniers mois, protégées contre le tétanos (TD2 ⁴)	33,0	60,0	37,4 / 52,5
7	% des femmes enceintes anémiques recevant un complément de fer	ND	70,0	
8	% d'accouchements assistés par personnel qualifié (Accouchements en Centre de santé ⁵)	48,4*	62,0	63,8 / 18,6 (69,2)
9	% d'accouchées bénéficiant d'un suivi post-natal (au moins un)	13,0	62,0	53,8 / 57,3
10	% des grossesses avec complications traitées dans les structures SOUB ou SOUC	59,0	64,0	
11	Taux de césariennes	1,4	2,5	7,36 / 1,4
12	% de femmes enceintes avec risque de prématurité, traitées aux stéroïdes anténataux par un agent de santé formé	0,0	50,0	
13	% des cas d'éclampsie traités avec du Sulfate de Mg par un agent de santé formé	36,3	52,0	
14	% des cas d'infections néonatales traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	2,0	47,0	
15	% des cas pneumonies néonatales traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	ND	45,0	
16	% de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse	22,0	80,0	23,3 / 11,2
17	% de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH	3,5	70,0	/ 14,4
18	% des femmes enceintes éligibles recevant des ARV ⁶	11,0	45,0	/ 11,4

* Extrait du « Rapport Enquête SONU 2011 RIM Draft 0 Dahada »

3. % de femmes en âge de reproduction demandant et utilisant une méthode de contraception :

D'après l'ASS 2015, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives était de 14,68%⁷ parmi les femmes en âge de procréation – avec 48,8% de nouvelles utilisatrices –, moins de 50% des 32,5% de la projection PNDS fin 2015. La base 2010 du départ du PNDS était de 24,5%, lorsque dans la MICS4 2011 elle était de 11,4%. Les dernières données extraites de la MICS5 2015 ne s'éloignent pas trop

¹Selon l'énoncé du MICS5

²Virus du papillome humain

³Contrôle prénatal

⁴Deux doses consécutives du vaccin contre le Tétanos et Diphtérie (Note des auteurs)

⁵Selon l'énoncé du MICS5

⁶Antirétroviraux, traitement palliatif du VIH/SIDA (Note des auteurs)

⁷Les taux d'utilisation de PF (tableau 41) présentés par l'ASS sont erronés (Note des auteurs)

de celles de l'ASS – 17,8% – mais relèvent d'un indicateur plus intéressant : celui du « taux des besoins non-satisfaits » qui s'approche de 40% (38,5).

4. Proportion de femmes de 10 à 16 ans qui reçoivent le vaccin HPV :

Nous n'avons pas trouvé d'information qui puisse montrer que ce programme ait commencé à être mis en œuvre avant fin 2015.

5. % de femmes enceintes ayant effectué 4 visites CPN incluant le test des urines :

La base 2010 du PNDS donnait un taux de 4%, lorsque celui de la MICS4 2011 était de 48,4%. Le taux d'accomplissement CPN4 à l'ASS 2015 était de 17,69%, bien loin – aussi moins de 50% – de la projection PNDS 2015 de 35%. « *Près du 1/3 des établissements de santé n'offrent pas les soins prénataux et cet indicateur n'a pas évolué depuis 2013* »¹. Concernant le test d'urine, l'enquête SARA révélait aussi qu'« *environ 2/3 des établissements de santé ne disposent pas de bandelettes urinaires pour mesurer la glycosurie et la protéinurie et moins de 20% des formations sanitaires peuvent réaliser un dosage de la glycémie, ou du taux d'hémoglobine ou effectuer un diagnostic du VIH* »². Ce score semblait être plus faible (inférieur à 10%) en 2013.

D'une façon surprenante la MICS5 2015 donne un pourcentage de 62, tout à fait éloigné de toutes les autres données.

6. % de mères ayant accouché dans les 12 derniers mois, protégées contre le tétanos :

Le taux de femmes enceintes protégées contre le tétanos (TD2) était de 37,39% d'après l'ASS 2015, assez loin de la projection du PNDS1 de 60%. Cependant, la MICS5 avance un pourcentage de 52,5, plus proche de la projection 2015. La vaccination antitétanique n'est fournie ou proposée que dans 64% des établissements de santé – contre 49% en 2013³. Une augmentation apparemment remarquable même si 4 cas de tétanos néo-natal avec 4 décès ont été signalés au cours de 2015⁴.

7. % des femmes enceintes anémiques recevant un complément de fer :

L'absence de données sur cet indicateur ne veut pas nécessairement dire que les soins rendus dans le CPN n'incluent pas le complément de fer mais seulement que ce complément n'a pas été fait d'une façon systématique et convenablement enregistrée.

8. % d'accouchements assistés par personnel qualifié :

¹Service Availability & Readiness Assessment

²Op cit« BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »

³Op cit « BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »

⁴Op cit« Annuaire des Statistiques Sanitaires » (page 59)

Le taux d'accouchements assistés par personnel qualifié en 2015 a été de 63,80%¹, de la projection PNDS1 – 62%² lorsque la MICS4 2011 présentait un taux de 64,5% ; par contre, il était de 43,8% dans l'enquête SONU 2011³. La MICS5 2015 donne des chiffres encore plus bouleversants : 69,2% d'accouchements assistés dans un centre de santé mais seulement 18,6% des accouchements assistés par personnel qualifié. Il reste à savoir ce que les techniciens du PNDS et les enquêteurs de la MICS5 veulent dire par « *personnel qualifié* ».

11. Taux de Césariennes :

Il semble y avoir une certaine confusion sur les données apportées par l'ASS⁴ : le taux de césariennes était de 7,36% en 2015 (tableau 29) bien au dessus de la projection du PNDS1 pour la fin de cette même année – 2,5% – lorsqu'il était de 4,70% un peu plus en bas (tableau 31) et de 0,9% dans le tableau 32. Par contre, ce taux était de 2,5% d'après l'enquête SONU 2011, ce qui équivaut à la projection de fin 2015. En plus, la MICS4 2011⁵ donnait un taux de 9,6% qui est arrivé à 1,4 dans la MICS5 2015. Il est donc tout à fait impossible de savoir quel a été le taux de césariennes à la fin de 2015.

16. % de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse :

Lorsque l'ASS donnait un taux de 23,3%, la MICS5 2015 ne donnait que 11,2%. Quoi qu'il en soit, trop loin de la projection 2015 de 80%.

17. % de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH :

Grâce à l'appui de quelques partenaires⁶, la stratégie nationale d'élimination de la Transmission Mère-Enfant (TME) du VIH a été adoptée – y compris la prise en charge (PEC) des femmes enceintes et des nouveaux nés séropositifs.

Cependant, sa mise en œuvre de manière effective se limite encore à quelques structures appuyées par des ONG internationales ; « *il faut noter dans ce sens la faiblesse généralisée de l'offre de services de PTME qui est encore quasiment limitée à Nouakchott. Cette faiblesse généralisée de l'offre de services de dépistage chez les femmes enceintes et de PTME s'est accompagnée d'un manque d'intégration adéquate de la prise en charge du nouveau né dans le FO* »⁷.

La MICS5 2015 souligne un taux de 14,4% lorsque la cible pour 2015 était du 70%. Un long chemin à parcourir...

¹ « Annuaire des Statistiques Sanitaires 2015.Finale », SNIS, DPCIS, ministère de la Santé

² « Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020 », DPCIS, ministère de la Santé

³ Op cit « Rapport Enquête SONU 2011... » (Page 25)

⁴ Op cit « Annuaire des Statistiques Sanitaires »

⁵ Op cit « Enquête par grappes... (MICS) 2011 ». Juin 2012

⁶ UNICEF, ONUSIDA, Fonds Mondial

⁷ « Résumé du Rapport d'évaluation de la composante survie du Programme de Coopération en Mauritanie ». UNICEF Janvier 2014 (page 23)

18. % des femmes enceintes éligibles recevant des ARV :

Seulement 11,4% des femmes enceintes éligibles continuent de recevoir des ARV contre une projection de 45% pour la fin 2015. Tant cet indicateur que le précédent méritent une analyse en profondeur, les risques étant très sérieux.

On a trouvé ici et là des données fournissant les indicateurs **10, 12, 13, 14 et 15** – notamment dans le MICS5 2015 – mais, soit l'énoncé des indicateurs était fortement différent soit le dénominateur ne correspondait pas à ceux des indicateurs du PNDS.

Offre de prise en charge des soins pour la santé maternelle et reproductive :

- D'après l'enquête SARA¹, « près d'1/3 des formations sanitaires n'offrent pas les soins prénataux et cet indicateur n'a pas évolué depuis 2013 ». En plus, « la proportion de postes périphériques de santé (PPS) offrant toute la gamme des sept médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive, dont 2 essentiels, est passée de 23,5% en 2013/14 à 40% en 2015 »² mais c'est encore loin du taux – seuil pour assurer une prise en charge de qualité.
- Plus du 60% des PPS ont eu une rupture de stock de contraceptifs au cours des 3 mois précédant la réalisation de l'enquête. Par ailleurs, plus de 40% des clientes du planning familial ont déclaré avoir payé ces services malgré leur gratuité. En tout cas, ce sont les centres de santé qui offrent le plus ce service (76%), contre 51% dans les postes de santé et plus d'1/3 des formations sanitaires n'offre pas de contraceptifs oraux³.
- Par contre, la qualité de ces services reste problématique en ce qui concerne l'application du parthogramme⁴: seulement 40% de toutes les formations sanitaires, inclus les hôpitaux, l'utilisent, de la même façon que seulement 40% de celles qui ont le sulfate de magnésium⁵ en stock.
- Moins de 50% des établissements sanitaires offrant les SONUB⁶ disposent de matériel de stérilisation approprié.
- Parmi les établissements sanitaires offrant les SONUC⁷, 66% de ceux offrant la césarienne ne disposent pas d'équipement d'anesthésie complet et fonctionnel (60% en 2013) et presque 70% n'ont pas un approvisionnement suffisant en sang (79% en 2013)⁸. Plusieurs partenaires ont signalé qu'en dehors des deux grands centres urbains – Nouakchott et Nouadhibou – la disponibilité de sang est près de zéro, ce qui rend les soins d'accouchement très risqués, tout

¹Service Availability & Readiness Assessment

²Op cit « Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »

³Ibid

⁴Outil statistique et graphique établi à partir de données concernant les femmes, leur accouchement et le nourrisson afin de comprendre les complications liées à la grossesse et à l'accouchement et à en réduire les risques (note des auteurs)

⁵Utilisé pour traiter les éclampsies, une crise convulsive généralisée survenant chez une femme enceinte dans un contexte d'hypertension gravidique (notes des auteurs)

⁶Soins Obstétricaux et Néo-natales d'Urgence Basiques

⁷Soins Obstétricaux et Néo-natales d'Urgence Complètes

⁸Op cit « BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »

en notant que le taux d'anémie chez les femmes en âge de procréation et assistées dans un établissement de santé au cours de 2015 était de 14,5%¹ !

- Le manque de stérilisation touche 96% des postes de santé et presque 100% n'éliminent pas correctement les déchets biomédicaux (piquants / coupants et déchets infectieux). Sur ce point la situation s'est dégradée par rapport à 2013².
- L'introduction du « forfait obstétrical » (FO) par l' « Agence Française de Développement » (AFD) a été une initiative très méritoire qui a donné l'accès aux soins obstétriques professionnels à des milliers de femmes aux faibles revenus, et qui a été considérée comme une priorité nationale. Elle est « en phase de généralisation avec une large adhésion des bénéficiaires et une motivation du personnel concerné mais sa gestion reste confuse, et les questions d'équité de cette approche restent posées »^{3,4}.
- Il se peut que ce soit le FO qui ait contribué le plus à faire baisser la mortalité maternelle et néo-natale en Mauritanie. Mais son évolution a été remplie d'incidences depuis le début de sa mise en œuvre. D'après l'enquête SONU 2011, des 68 structures offrant le forfait obstétrical, presque 10% déclaraient un paiement (dépassement) en plus du montant forfaitaire⁵, dû surtout à la « mauvaise organisation et suivi des services en particulier la gestion des approvisionnements en médicament et consommables, qui engendraient aussi souvent des prescriptions hors structures » (page 16). Parallèlement, les responsabilités du FO envers les bénéficiaires, les prestataires et les gestionnaires n'ont pas été clarifiées⁶.

Remarques

- A l'exception des indicateurs n° 5 (« % de femmes enceintes ayant accompli 4 visites CPN incluant le test des urines »), et n° 8 (« % d'accouchements assistés par personnel qualifié – Accouchements en Centre de santé »), la plupart des indicateurs dont on a pu obtenir des données tant à l'ASS qu'à la MICS5 2015 n'ont pas atteint les projections attendues fin 2015.
- Dans quelques cas (n°1 : « Nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance (%) » ; n° 3 : « % de femmes en âge de reproduction demandant et utilisant une méthode de contraception » ; n° 16 : « % de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse »), les taux obtenus en 2015 sont même descendus par rapport au Baseline 2010⁷.

V.4- Axe 2 : Lutte contre la mortalité infanto - juvénile :

¹ Avec la majeure proportion en Assaba(19%) et Brakhna(12%) au delà de la concentration urbaine de Nouakchott, qui accumule le 22% de tous les cas (note des auteurs)

² Op cit « BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »

³ Op cit « BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »

⁴ « Rapport FINAL FO 2016 »

⁵ Op cit « Rapport Enquête SONU 2011... » (page 17)

⁶ « Rapport FINAL FO 2016 »

⁷ Tous les taux ont été comparés avec ceux de la MICS 5 2015, bien éloignés de ceux offerts par l'ASS (note des évaluateurs)

Le Programme élargi de vaccination (PEV) fut certainement celui qui a reçu le plus d'appui de la part de plusieurs partenaires – GAVI, UNICEF, OMS – et il semble être devenu l'un des plus performants.

Tableau 19 : Indicateurs de prise en charge LCMIJ et leur évolution

Indicateurs et niveaux de prise en charge		Base 2010	PNDS 1 Fin 2015	ASS/MICS 5
19	% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	59	90	/ 61,9
20	% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination BCG	81	95	102,1 / 81,8
21	% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination OPV	63	90	79 / 34,5
22	% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent	64	90	86 / 55,7
23	% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque	0	90	
24	% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le rotavirus	0	90	/ 27

La couverture du PEV reste néanmoins limitée par l'insuffisance de structures fixes de vaccination et plus généralement de système de soins, par les déficiences de la chaîne de froid et par l'insuffisance dans la systématisation et l'intégration des activités avancées et mobiles¹.

L'offre de service de vaccination a progressé, passant de 52% en 2013 à 65% en 2016 grâce à son augmentation dans les hôpitaux publics (de 30% en 2013 à 89% en 2016). On arrive difficilement à comprendre cette augmentation de l'offre dans les hôpitaux publics alors que la vaccination est un service de santé publique qui doit être basé au niveau des instances de services de soins de base. Par contre, 43% des postes de santé n'offrent pas ces services de vaccination et seulement 1% des tous les établissements de santé – nécessairement PS ou CS puisque les hôpitaux n'ont pas de services mobiles – offre la stratégie avancée / mobile mensuellement².

La MICS5 2015 offre un panorama bien différent de celui des données de l'ASS. Les couvertures sont moins satisfaisantes : 61,9% de la rougeole (projection PNDS 2015 90%), 55,7% de la pentavalent (projection PNDS 2015 90%), 34,5% de l'OPV (projection PNDS 2015 : 90%). Seule la couverture de la vaccination BCG – 81,8% – s'approche de la projection pour 2015 (95%). Ces chiffres sont peu encourageants.

La disponibilité des réfrigérateurs fonctionnels a progressé considérablement, passant de 72% en 2013 à 97% en 2016, ce qui « traduit l'effort d'investissement du Gouvernement ». Cependant, la répartition de cette disponibilité est discutable lorsqu'une région comme celle de Guidimakha, qui offre les couvertures de vaccination de PENTA 3 (72,7%), OPV (68,2%) et VAR (60,8%)³ les plus basses du pays, ne dispose que de 2 réfrigérateurs pour toute la région⁴. En plus, « 38% des réfrigérateurs ne

¹Op cit« Résumé du Rapport d'évaluation... de Coopération en Mauritanie ». UNICEF Janvier 2014 (page 20)

²Op cit « BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »

³Op cit« Annuaire des Statistiques Sanitaires »

⁴Déclarations aux auteurs des responsables d'ACF d'un projet nutritionnel à Guidimakha

disposent pas d'appareil interne de surveillance de la température et 43% ne présentent pas une température adéquate sur la période supervisée (4 semaines) »¹.

Il y a deux vaccins – contre le pneumocoque et contre le rotavirus² – qui n'étaient pas inclus dans le PEV en 2011 mais qui vraisemblablement ont été incorporés au cours de la période 2012-2015, bien que seule la couverture du rotavirus ait été reportée fin 2015 dans la MICS5 (pas dans l'ASS³) : 27%, alors qu'on attendait une couverture de 90% !

Il faut souligner que la couverture vaccinale de poliomyélite (OPV) semble être la plus basse de toutes les couvertures enregistrées. 53 cas suspects de PFA⁴ ont été reportés en 2015 bien qu'aucun ne fût confirmé. Il faut aussi ajouter à cela que l'on n'a pas reporté de décès à cause d'une maladie évitable par immunisation en 2015 à l'exception de 4 décès de tétanos néo-natal déjà mentionnés dans le paragraphe sur l'axe 1 ci-dessus.

Dans le sous-chapitre 3.2.2.3. « Domaines prioritaires d'intervention » du PNDS 2012-2020, on présente un ambitieux plan de lutte contre la malnutrition comme partie de l'axe 2 dans lequel on met l'accent sur « (i) allaitement et alimentation complémentaire, (ii) apport en micronutriments, (iii) traitement de la diarrhée et contrôle des parasites, (iv) sécurité alimentaire dans les ménages et (v) les pratiques adéquates de l'allaitement maternel exclusif ».

On présente aussi un nombre d'activités ciblant la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et modérée, et la malnutrition chronique, mais de façon surprenante on ne propose qu'un indicateur de mesure de la malnutrition aiguë sévère et aucun pour la modérée et la chronique. Il pourrait être conseillé d'inclure la MAG et pas seulement la MAS⁵ dans les indicateurs PNDS. Car la malnutrition chronique trahit une condition de longue durée que la MAG n'arrive pas à déceler et dont le PNDS aurait dû s'inquiéter. Ci-dessous un tableau qui propose les mêmes indicateurs sur la nutrition présents dans le tableau du profil épidémiologique pour leur mesure :

Tableau 20: Indicateurs d'effet sur la malnutrition

Indicateurs d'effet		Base 2010	PNDS 1 Fin 2015	MICS5/SMART
25	Prévalence insuffisance pondérale modérée aux enfants 6-59 mois (%)	20,7		17,2 / 12,3
26	Prévalence insuffisance pondérale sévère aux enfants 6-59 mois (%)	3,8		7,7 / 1,9
27	Prévalence malnutrition chronique modérée aux enfants 6-59 mois (%)	11,3		16,5 / 13,4
28	Prévalence malnutrition chronique sévère aux enfants 6-59 mois (%)	4,5		11,4 / 2,7
29	Prévalence malnutrition aiguë modérée aux enfants 6-59 mois (%)	10	11,3	12,2 / 8,80
30	Prévalence malnutrition aiguë sévère aux enfants 6-59 mois (%)	1 (2,84) [‡]	1,90 [‡] / 3,5	7,0 / 1,70
31	Prévalence anémie globale aux enfants 6 à 59 mois (%)	84,7		

* SMART Juin 2015 ; ‡ COMPACT national

¹Op cit « BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale.xlsm »

²Virus causant des diarrhées massives chez les néonataux (note des auteurs)

³Op cit« Annuaire des Statistiques Sanitaires » (pages 40-45)

⁴Paralyse Flaccide Aiguë, un des premiers symptômes de la poliomyélite (note des auteurs)

⁵MAG: malnutrition aiguë globale (sévére et modérée) ; MAS: malnutrition aiguë sévère

Les chiffres donnés par la MICS5 2015 sur la malnutrition et ceux du SMART juin 2015 diffèrent substantiellement au point de se demander lesquels s'approchent le plus de la réalité. Par exemple, la MICS5 donne une prévalence de la malnutrition sévère de 7% lorsque la SMART 2015 la réduit à 1,7%. La question n'est pas anodine car la première est clairement alarmante – le seuil d'urgence étant placé à 2% – alors que la deuxième ne l'est pas.

En outre, les prévalences absolues de la malnutrition aigüe sévère cachent d'importantes disparités entre régions, telles que 17,35% en Adrar contre 1,12% à Nouakchott Ouest, et plusieurs zones d'enquête comptent des prévalences de MAS supérieures au seuil d'urgence de 2% (la plus haute étant Amourj avec 7,8%)¹.

Il est par ailleurs très inquiétant que, sur tous les enfants traités aux CRENI et CRENAS² au cours de 2015, 79 aient été reportés comme décédés sans signalement de la cause de leur décès. De tous ces enfants décédés, les taux les plus élevés étaient en Adrar (1,75%) et Guidimakha (0,91%)³.

Sur 17 indicateurs de prise en charge choisis dans la lutte contre la mortalité infantile au PNDS, la MICS5 2015 ne s'est occupée que de un peu moins de 60% et l'ASS ne s'en est occupée d'aucun. Ici aussi les divergences entre les projections et les données obtenues par la MICS5 sont frappantes par comparaison avec les projections du PNDS1, autant dans un sens que dans l'autre.

Tableau 21 : Indicateurs de prise en charge LCMIJ et leur évolution (suite)

Indicateurs et niveaux de prise en charge		Base 2010	PNDS1 Fin	MICS5
32	% d'enfants de < 5ans ayant reçu le complément de Zinc	0,0	40,0	
33	% des enfants avec malnutrition aigüe recevant des aliments thérapeutiques	41,0	60,0	
34	% de cas d'IRA traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	26,0	60,0	14,2
35	% de cas de diarrhée traités au Zinc par un agent de santé formé	0,0	30,0	16
36	% de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère	41,0	60,0	
37	% d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé	3,0	70,0	9,7
38	% des enfants éligibles recevant des ARV	18,4	45,0	
39	% des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit dernière	45,5	80,0	3,4
40	Pourcentage de la population vivant dans le village « Fin Défécation à l'aire libre : FEDAL »	10	40	
41	Pourcentage de la population qui se lave les mains aux moments critiques	ND	15	41,1
42	Enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein ⁴	20,7	55,0	85,7 / 39,6

¹ « 2015 SMART juin synthèse.pdf »

² CRENI: Centre de récupération nutritionnelle en interne (hospitalisation); CRENAS: Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour sévères; CRENAM: Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour modérés (note des auteurs)

³ Op cit« Annuaire des Statistiques Sanitaires » (tableaux 58 et 61)

⁴ L'indicateur du PNDS ne définit pas la durée de l'allaitement lorsque le MICS 5 fait la distinction entre la première année (numérateur) et la deuxième année (dénominateur) (note des auteurs)

43	% enfants 6 - 9 mois recevant l'alimentation complémentaire et continuant l'allaitement au sein	67,0	65,0	61,0
44	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant d'une diversité alimentaire minimale (consommation d'au moins quatre groupes d'aliments sur sept par jour)	34,9	42	34,2
45	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant de la fréquence minimale acceptable des repas	36,4	43	37,3
46	% enfants avec diarrhée buvant plus d'eau	9,0	44,0	
47	Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans buvant de l'eau sans contamination fécale	15	25	
48	% enfants avec diarrhée traités avec SRO et Zinc	ND	10,0	16
49	% des enfants respirant difficilement sans soins cliniques traités aux antibiotiques par un agent de santé communautaire et suivi à domicile	2,0	10,0	

34. % de cas d'IRA traités aux antibiotiques par un agent de santé formé :

Seulement 14% des cas d'IRA reportés ont été traités aux antibiotiques contre une prévision de 60%. Ce chiffre-là est même inférieur à celui de la Baseline 2010.

35. % de cas de diarrhée traités au Zinc par un agent de santé formé :

Ici la divergence arrive à la moitié : 16% des cas traités contre une projection de 30%.

39. % des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit dernière :

La politique sanitaire d'inclure une MILD¹ à toutes les femmes enceintes lors de leur première visite au CPN semble avoir eu un effet très limité chez les petits enfants : seulement 3,4% des enfants interrogés par le a MICS5 dormaient sous une MILD.

41. Pourcentage de la population qui se lave les mains aux moments critiques :

Cet indicateur est si imprécis qu'il n'aurait pas dû être choisi : 41% contre une projection de 15%.

42. Enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein :

Les prévisions du PNDS étaient plutôt modestes (55%) mais l'indicateur de la MICS5 fait la distinction entre l'allaitement exclusif au cours de la première année (85,7%) et au cours de la deuxième année (39,6%). On peut aisément accepter que les résultats de cet indicateur aient dépassé les prévisions.

43. % enfants 6- 9 mois recevant l'alimentation complémentaire et continuant l'allaitement au sein :

Un indicateur assez vague qui semble être très difficile à collecter avec précision mais qui a donné un taux assez satisfaisant : 61% (PNDS 60%)

44. Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant d'une diversité alimentaire minimale (consommation d'au moins quatre groupes d'aliments sur sept par jour) :

¹Moustiquaire imprégnée à longue durée

34,2% (PNDS 42%). Qui peut croire à cela, notamment en Mauritanie profonde ?

45. Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant de la fréquence minimale acceptable des repas : La même analyse que pour l'indicateur précédent s'applique ici.

48. % d'enfants avec diarrhée traités avec SRO et Zinc :

Le taux excède les prévisions du PNDS : 16% contre 10%, mais demeure encore trop faible pour être significatif.

Il semble qu'un effort non négligeable ait été fait sur le renforcement des capacités de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) par le personnel de santé sur le terrain, mais cet effort n'a pas été suivi par son utilisation au niveau périphérique (CS et PS).

Pour compléter cet effort, le PNDS a développé une stratégie de PCIME communautaire qui a décollé déjà dans 5 Moughataas bien qu'elle soit encore en phase de pilotage¹.

De toutes les consultations reportées au cours de 2015, les pourcentages des maladies touchant les enfants de moins de 15 ans étaient significatifs² :

- IRA (infection respiratoire aigüe) :	55%
- Paludisme :	43,2%
- Diarrhée :	63,7%
- Caries :	18,7%
- Conjonctivite :	55%
- Schistosomiase urinaire :	51,7%
- Anémie :	20,6%

Malgré ce renforcement de capacités, les taux de maladies évitables avec des actions systématiques de prévention sont encore très préoccupants et semblent traduire un sérieux manque de soins préventifs par rapport aux soins curatifs.

Remarques

- À l'exception des indicateurs n° 41 : (« Pourcentage de la population qui se lave les mains aux moments critiques »), n° 42 : (« Enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein ») et n° 48 : (« % enfants avec diarrhée traités avec SRO et Zinc »), aucun des indicateurs enregistrés n'atteint l'objectif fixé par le PNDS à fin 2015, et quelques uns en sont très éloignés.

Même les couvertures d'immunisation achevées par le PEV sont loin d'être très satisfaisantes et risquent d'ouvrir la voie à des épidémies régionales intermittentes.

¹Op cit« Résumé du Rapport d'évaluation... de Coopération en Mauritanie ». UNICEF Janvier 2014

²Op cit« Annuaire des Statistiques Sanitaires » (page 55) (données analysées par les auteurs)

- En outre, les prévalences de la malnutrition telles que celles obtenues par la dernière enquête SMART donnent des augmentations significatives par rapport aux prévalences de base, ce qui amène à penser que la lutte contre la malnutrition infantile est loin d’être vaincue.

V.5- Axe 3 : Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies transmissibles

La plupart des indicateurs sur cet axe semblent se trouver dans les registres individualisés appartenant aux quelques programmes spécifiques – voir ci-dessous – et ne semblent pas transférer toutes leurs données au système SNIS¹ :

PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
UCS :	Unité de Coordination Sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA
PNLB :	Programme National de Lutte contre la Bilharziose
PNCécité :	Programme National de Lutte contre la Cécité

V.6- Indicateurs d’effet et de prise en charge

Concernant les indicateurs d’effet, on peut affirmer que certains d’entre eux pourraient partager la potentialité de certains critères d’impact en tant que détecteurs de la performance des programmes sectoriels de santé :

Tableau 22 : Indicateurs d’effet et leur évolution

Indicateurs d’effet		Base 2010	PNDS 1 Fin 2015	ASS / Autres
50	Prévalence du VIH (%)	0,7	0,27	/ 0,4 [†]
51	Incidence du VIH (%)	0,095	0,026	
52	Mortalité spécifique due au VIH pour 100.000	124,08	72,84	
53	Incidence du Paludisme (%)	17,5	10,9	5 [‡]
54	Mortalité spécifique due au Paludisme pour 100.000	0,39	0,15	
55	Prévalence de la Tuberculose pour 100.000	86	60	55,5*/ 203,0 [¥]
56	Prévalence de la lèpre pour 100.000	1,1	<1	
57	Prévalence de la schistosomiase intestinale (%)	9,6	4,5	
58	Prévalence de la schistosomiase urinaire (%)	34,8 ²	20	
59	Prévalence du trachome (%)	10	<5	
60	Prévalence des géo-helminthiases (%)	1,4	1	

* Seulement les cas notifiés à Nouakchott, Nouadhibou, Hodh el Gharbi, Kaedi, Brakhna, Rosso et Guidimakha † Source : « SPECTRUM, ONUSIDA, juin 2014 » ; ‡ Source : Rapport SNIS 2013; ¥ Source : (WHO Global TB Report 2014, annexe 1)

¹Entretien avec M Khatri (SEP / DPCIS)

²36% des enfants en âge scolaire des régions endémiques

Ici, les divergences entre l'ASS et les seules données fournies par un programme spécifique sont encore plus frappantes : alors que l'ASS donne une prévalence de la Tuberculose de 55,5 pour 100 000 personnes, la source du « WHO Global TB report 2014 » arrive à 203 pour 100 000 !

Malheureusement, la plupart des indicateurs d'effet de l'axe 3 ne sont reflétés ni dans l'ASS ni dans les données des trois programmes spécifiques auxquelles cette évaluation a eu accès, ni dans la MICS5 2015.

Comme on peut aisément le constater ci-dessous (tableau 21), la quasi-totalité des indicateurs correspondant à la Lutte contre les Maladies Transmissibles n'a pas été reflétée ni dans l'ASS ni dans la MICS5. Même pour l'indicateur n° 66 : (« % d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé »), l'énoncé diverge de celui de la MICS5 où l'on ne spécifie pas si ces enfants ont été traités ou non par un agent de santé formé.

Tableau 23 : Indicateurs de prise en charge et leur évolution

Indicateurs et niveaux de prise en charge		Base 2010	PNDS 1 Fin 2015	ASS/MICS5
2.1. Services à base communautaire et familiale				
61	% des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit dernière	45,5	80,0	/ 3,4
62	Proportion des ménages ayant bénéficié de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide	0,0	20,0	
63	Proportion de jeunes ayant déclaré avoir eu un rapport sexuel à risque au cours de 12 derniers mois et avoir utilisé un moyen de protection contre le VIH	ND	20,0	
2.2. Service orientés vers les populations				
64	% de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse	22,0	80,0	23,3 / 11,2
65	% de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH	3,5	70,0	/ 14,4
2.3. Soins cliniques Individuels				
66	% d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT ¹ par un agent de santé formé	3,0	90,0	9,7 /
67	% d'adultes avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé	60,0	90,0	
68	% de cas de paludisme grave correctement pris en charge	9,4	90,0	
69	% d'adultes avec IST dépistés et traités	ND	50,0	
70	% des enfants éligibles recevant des ARV	18,4	45,0	
71	% des femmes enceintes éligibles recevant des ARV	11,0	45,0	/ 11,4
72	% des adultes sero+ éligibles recevant des ARV	33,2	60,0	
73	% d'échecs traitement en 1ère ligne recevant un régime ARV de 2ème ligne	0,0	5,0	
74	% de cas de TB dépistés et traités parmi tous les cas TB	24,7	55,0	
75	% des malades TB résistants parmi tous ceux qui résistent traités par les médicaments 2ème ligne	28,0	50,0	
76	% de cas de schistosomiase intestinale dépistés et traités	5	30	
77	% de cas de schistosomiase urinaire dépistés et traités	15	50	
78	% de Trachome Folliculaire (TF) chez les enfants âgés de 0 à 10 ans	10	5	
79	% d'enfants âgés de 0 à 10 ans présentant un visage propre	30	95	

¹Artemisinin-based Combination Therapy

61. % des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit dernière :

On partait d'une base de 45% en 2010 et l'objectif était d'atteindre les 80% fin 2015. Mais le résultat obtenu par la MICS5 a été de 3,4%. On se pose donc légitimement la question sur la fiabilité d'une telle enquête, à moins que l'on prétende accepter que le taux de base n'ait eu aucun rapport à l'époque avec des données réelles.

64. % de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse :

Si l'on accepte les données de l'ASS, le taux était de 23,3%, un point plus que la ligne de base 2010 (22%), mais la MICS5 fait descendre le taux à moins de la moitié (11,2%). À qui en croire ?

65. % de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH :

La MICS5 présente un taux de 14,4%, très loin de la projection fin 2015 (70%). Ce résultat ne reflète pas seulement la faiblesse du programme mais est très inquiétant au plan de la santé publique.

66. % d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé :

Le taux atteint est si faible (9,7%) que l'on peut légitimement douter de l'efficacité du contrôle du paludisme infantile en Mauritanie. Il n'a pas été assez évident pour l'équipe d'évaluation de déterminer jusqu'à quel point ce décevant résultat a à voir avec les gros problèmes de la distribution d'ACT aux prestataires de soins périphériques.

71. % des femmes enceintes éligibles recevant des ARV :

Selon les données fournies par la MICS5, seulement une femme VIH positive sur dix reçoit des ARV lors de sa grossesse. Pourrait-on affirmer que le pourcentage des femmes enceintes éligibles pour continuer le traitement ARV est différent de celui à qui on introduit les ARV pour la PTM ?

Remarques

Seulement 28% de tous les indicateurs choisis par le PNDS pour estimer la performance de l'axe 3 (29) ont été collectés par un ou plusieurs documents (l'ASS, la MICS5, etc.). Il s'avère fortement compliqué d'oser faire une analyse fondée sur les résultats atteints.

V.7- Axe 4 : Lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)

On n'a pas réussi à trouver une source pour répondre aux indicateurs intégrés dans la lutte contre les maladies non transmissibles et, par conséquent, on ne peut risquer de faire une supposition sur la performance du PNDS sur cet axe.

Tableau 24 : Indicateurs d'effet de la LCMNT

Indicateurs d'effet		Base 2010	PNDS 1 Fin 2015	ASS/MICS5
80	Prévalence de l'HTA chez les 16-64 ans (%)	22,4	20	
81	Prévalence du diabète chez les 16-64 ans (%)	6	5	
82	Prévalence du cancer du sein (%)	18	16	
83	Prévalence du cancer du col utérin (%)	11	9	
84	Prévalence du surpoids/obésité (%)	54	50	
85	Prévalence des troubles mentaux (%)	35	30	

D'autre part, ni l'ASS ni la MICS5 n'offrent de données. Le seul indicateur que l'on a pu obtenir a été le n° 86 : (« % d'adultes de 16 à 64 ans ne consommant pas de tabac ») et qui a augmenté d'une manière significative. Mais dans ce taux, qui peut signifier un changement important de comportement, des facteurs de confusion tels que la pauvreté de la population masculine de 16 à 64 ans peuvent aisément interagir.

Tableau 25 : Indicateurs LCMNT de prise en charge

	Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2011	PNDS 1 Fin 2015	ASS/MICS5
86	% d'adultes de 16 à 64 ans ne consommant pas de tabac	68	78	/ 99,1
87	% d'adultes consommant quotidiennement les 5 portions de fruits et légumes	4,5	15	
88	% d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	43	50	
89	% de porteurs d'HTA suivis médicalement	39	60	
90	% de diabétiques détectés et suivis médicalement	50	70	
91	% de cancers du sein détectés et suivis médicalement	20	25	
92	% de cancers du col détectés et suivis médicalement	15	20	
93	% de cancers de la bouche détectés et suivis médicalement	ND	25	
94	% des travailleurs dans les milieux à risque qui utilisent un masque dans leur travail	10	40	
95	% de victimes d'AVP adéquatement pris en charge, y compris les traumatismes maxillo-faciaux	30	50	
96	% des structures de santé primaires offrant des services de santé mentale	10	30	
97	% de séquelles « handicapantes » adéquatement prises en charge	15*	50	

V.8- Axe 5 : Renforcement du système de Santé

Le PNDS établit huit domaines prioritaires pour le renforcement du système de Santé¹ :

- **L’accessibilité géographique** des services essentiels de santé à travers un réseau de structures de santé construites et/ou réhabilitées, de l’équipement de ces structures et du développement de la Carte sanitaire.
- **Le développement des ressources humaines** pour la santé moyennant un plan national stratégique de développement des ressources humaines (PSDRH).
- **L’accessibilité** des médicaments, vaccins et consommables de qualité, y compris les intrants thérapeutiques nutritionnels basée sur :
 - un cadre juridique et institutionnel renforcé
 - la mise en place de procédures et d’outils de gestion
 - le développement des ressources humaines du sous-secteur pharmaceutique
 - la mobilisation des ressources nécessaires pour la pérennisation des approvisionnements pharmaceutiques
 - la relance du SRC
 - l’harmonisation de la tarification des médicaments dans le secteur privé
 - le renforcement du système d’assurance qualité des médicaments et autres intrants médicaux
- La redynamisation de l’approche communautaire fondée sur :
 - disposer d’un agent relais communautaire pour 40 ménages et d’un agent de santé communautaire dans les villages situés à plus de 5 km d’une structure de santé et ayant une population qui dépasse 500 habitants
 - redynamisation des comités de santé
 - l’intégration des USB dans la pyramide sanitaire
 - la prise en charge financière des agents communautaires (ASC et RC)
- De l’amélioration quantitative et qualitative du financement et du développement de la protection sociale
- De la réforme hospitalière pour assurer :
 - l’accès de l’ensemble de la population à des soins de référence et d’urgence de qualité, produits aux meilleurs coûts
 - contribuer à la formation initiale et continue des professionnels de santé
 - contribuer au développement de la recherche pour la santé
 - participer à la mise en œuvre des programmes de santé publique
- Du renforcement des capacités institutionnelles

¹Op cit « PNDS 2012-2020 » (pages 77-81)

- **De l'amélioration de l'environnement de la santé** : promouvoir l'hygiène publique par la promulgation d'une loi sur le code d'Hygiène en 2010 et la création d'une nouvelle direction de l'hygiène publique.

Parmi ces priorités combien d'entre elles ont été effectivement renforcées au cours des quatre dernières années ? Impossible à dire. L'information que l'on a obtenue a été si faible et les indicateurs fournis si insuffisants qu'il semble être extrêmement risqué de s'aventurer à de telles suppositions.

Tableau 26: accessibilité et disponibilité des ressources

Indicateurs et niveaux de prise en charge		Base 2011	PNDS1 Fin 2015	ASS / MICS5
1	Accessibilité géographique (dans un rayon de 5 km)	79,01%	90,0%	<80% (?) ^H
2	Disponibilité des personnels communautaires (agents de santé communautaire et relais communautaires)	5,0%	80,0%	
3	Disponibilité des RHS au niveau du poste de santé selon les normes	50,0%	75,0%	
4	Disponibilité des RHS au niveau du centre de santé selon les normes	60,0%	90,0%	
5	Disponibilité des RHS au niveau de l'hôpital intermédiaire selon les normes	70,0%	95,0%	
6	Disponibilité des RHS au niveau de l'hôpital central selon les normes	30,0%	60,0%	
7	Disponibilité des intrants communautaires	2,0%	80,0%	
8	Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau du poste de santé	30,0%	75,0%	
9	Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau du centre de santé	30,0%	90,0%	
10	Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau de l'hôpital intermédiaire	60,0%	95,0%	
11	Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau de l'hôpital central	30,0%	90,0%	

Source : « Bilan-2015 et plan d'action opérationnel 2016-Version Finale »

En ce qui concerne l'accessibilité géographique des établissements sanitaires (dans un rayon de 5 km) – indicateur no° 1 – les données relevées semblent être tellement contradictoires que cette évaluation n'a pas réussi à relever d'informations fiables :

- D'après le bilan 2015, on pose le taux d'accessibilité géographique de 80% comme celui de 2016¹. Par contre on reporte un taux de 79% au bilan 2014² et on escompte un taux de 84% en 2015.

¹ « Bilan-2015 et plan d'action opérationnel 2016-Version Finale » (page 17)

² « Bilan 2014 et plan d'action opérationnel 2015 Dernière version » (page 24)

- La démarche de construction de nouvelles structures de santé au cours de 2015 semble avoir été importante¹ mais elle n'a pas contribué visiblement à l'augmentation de cette cible.

Tableau 27 : données financières et budgétaires du MS (I)

Indicateurs et niveaux de prise en charge		Base 2011	PNDS 1 Fin 2015	ASS / MICS5
12	Dépenses publiques de santé par personne et par an (en UM)	3.575	8.844	
13	Dépenses publiques de santé par personne et par an (en \$US)	13,0	32,2	
14	Part du budget État en pourcentage des dépenses publiques de santé	55%	70,0%	
15	Dépenses des ménages (out of pocket)	12%	10,0%	
16	Part du financement par les collectivités ou par le privé en pourcentage des dépenses publiques de santé	5%	5,0%	
17	Part des financements extérieurs en pourcentage des dépenses publiques de santé	17,0%	15,0%	
18	Part de la dépense publique de santé du niveau intermédiaire (hôpitaux de Moughataa et régionaux) en pourcentage des dépenses publiques de santé	10,0%	15,0%	
19	Part de la dépense publique de santé du niveau tertiaire (hôpitaux centraux) en pourcentage des dépenses publiques de santé	31,0%	25,0%	
20	Part de la dépense publique de santé du niveau administratif (régional et central)	42,0%	35,0%	

Tableau 28: données financières et budgétaires du MS (II)

	Indicateurs	Base 2010	2011	2013
21	Nombre de lits d'hôpital pour 1.000 hab	< 1 lit/ (0,59) [¥]		
22	Part des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB (%)	2,8%*	3,5 [#]	3,9 [#]
23	Part du budget alloué à la santé en pourcentage du budget global (%)	4%*		
24	Pourcentage des dépenses nationales de santé consacrées aux structures Hospitalières (%)	41*		
25	Pourcentage des dépenses nationales de santé consacrées aux PS et CS (%)	17*		
26	Pourcentage des dépenses publiques récurrentes allant à l'achat des médicaments (%)	10*		
27	Part des financements extérieurs en pourcentage des dépenses publiques de santé (%)	17, 3*	28,3 [#]	27,4 [#]
28	Total des dépenses publiques de santé par habitant (US \$)	13*	44 [#]	53 [#]

¹Op cit« Bilan-2015 et plan.... » (page 7)

‡ Source : DRH ; ¥ Source : DMH ; * Source : RDPS (moyenne 2005-2010) ;
† Source : « Bilan 2015 et plan d'action opérationnel 2016 », DPCIS, MS
Source : « Rapport des comptes de la santé 2011-2013 »

21. Nombre de lits d'hôpital pour 1 000 hab. :

On n'a trouvé aucun document qui pourrait informer de l'évolution de ce taux.

22. Part des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB (%) :

Le PNDS ne présentait pas une cible pour ce taux fin 2015. L'information obtenue des rapports de comptes de la santé n'arrivait qu'à l'année 2013 et en effet on a constaté une amélioration de 39% par rapport à la Baseline 2010.

27. Part des financements extérieurs en pourcentage des dépenses publiques de santé (%) :

La Baseline de 2010 était 17% et la cible escomptée proposait 15% fin 2015. On a constaté une augmentation de plus de 64% en 2011 et de presque 59% en 2013, bien au contraire de ce que l'on prétendait.

28. Total des dépenses publiques de santé par habitant (US \$) :

On a dépassé les attentes pour fin 2015 et d'un résultat escompté de 35US\$ on est arrivé à 53US\$, 34% au-dessus de la cible.

Remarques

Le financement extérieur a augmenté considérablement, ce qui trahit les objectifs du Gouvernement. Cette augmentation a sans doute à voir avec la hausse importante des dépenses publiques de santé par habitant.

VI- Stratégie de suivi et évaluation du PNDS1

Cadre conceptuel de la stratégie de suivi et d'évaluation

Le guide de suivi – évaluation, document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PNDS, qui avait été programmé pour son élaboration n'a pas été réalisé dans la première phase du PNDS. Si on prend littéralement la conceptualisation du texte PNDS, « *ce guide devra être l'outil de travail qui déterminera le canevas à observer tout au long du processus de suivi ; il précisera la manière dont les informations devront être collectées, analysées et traitées à chaque niveau ainsi que les outils appropriés par niveau et type d'information recherchée* »¹. Cela semble indiquer que, le guide n'ayant pas été élaboré, la collecte, l'analyse et le traitement des informations à chaque niveau, avec les outils appropriés n'ont pas eu lieu non plus.

Cela ne veut pas du tout dire que l'on n'ait pas réalisé d'actions de suivi des activités contenues dans le PNDS au long de la première période de mise en œuvre mais que celles-ci sont d'une approche structurelle et systématisée. Le MS a élaboré des bilans et des plans d'action annuels en concordance avec la lettre du PNDS, bien que l'on puisse penser que ceux-ci aient été trop concis et limités. Par contre, on n'a pas pu trouver de preuve de revues et bilans similaires, voire de plans d'action au niveau régional. On n'a pas trouvé, non plus, trace qu'une évaluation nationale ait été menée à mi-parcours du PNDS1 (fin 2013).

Objectifs et indicateurs de suivi et d'évaluation

Sans ce guide de suivi et d'évaluation, on ne peut pas proposer, parmi les 90 indicateurs présentés au PNDS, ceux que le comité technique devrait choisir pour devenir des « indicateurs – traceurs » dans le guide de suivi restant à élaborer.

Un problème se pose lorsque l'on veut entrer le suivi de l'état d'avancement des actions et des résultats obtenus sur le système d'information en vigueur. La redynamisation du SNIS semble avoir commencé avec retard (2015) et ne semble pas être encore en condition de délivrer tout ce que l'on attend de lui (voir ci-dessus). D'après les mêmes autorités sanitaires², le SNIS montre certes un manque de complétude et une incapacité à délivrer des données fiables, mais il semblerait que cela puisse changer prochainement selon les attentes des responsables du SNIS.

D'après le SNIS, les activités de supervision depuis le SNIS central à la périphérie se font régulièrement – deux fois par an – et même si les ressources pour la santé (humaines, matérielles et financières) ne trouvent pas souvent leur place au SNIS³, il semble s'être arrangé pour surmonter ces

¹Op cit « PNDS 2012-2020 » (page 112)

²Op cit« PNDS 2012-2020 », note de bas n° 8, page 27

³Op cit« Audit Institutionnel Secteur de la Santé Rapport final.pdf »

contraintes. Pour la première fois, l'ASS 2015 présente les données statistiques des hôpitaux publics¹ mais pas encore celles des hôpitaux, cliniques privées, etc. et les services de santé militaires et des forces de sécurité.

À cause des défaillances du SNIS déjà mentionnées ci-dessus et pas encore surmontées, le suivi et l'évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PNDS et des résultats obtenus semblent une course d'obstacles où l'analyse des indicateurs à travers la comparaison des cibles à atteindre et les résultats obtenus devient une tâche extrêmement difficile. Cependant, la récente publication d'un référentiel de supervision dont le draft fut élaboré en 2013 pourrait stimuler le processus de mise au point d'un plan de suivi et d'évaluation par cette mission.

Par contre, le SNIS semble avoir une faiblesse structurelle pour l'analyse des données et des indicateurs : le bureau central n'a pas un personnel avec des compétences épidémiologiques et de santé publique suffisantes pour réaliser cette analyse. Par contre, là où se trouvent les services d'information du SNIS et plus précisément au niveau Wilaya (DRAS), ces compétences existent.

Circulation et utilisation de l'information stratégique

Le système national d'information sanitaire (SNIS) en cours de redynamisation permettra la collecte et l'analyse au niveau de la Moughataa – on y fait déjà le filtrage des données pour validation – au niveau des structures sanitaires autonomes, des hôpitaux régionaux et nationaux – effectif aussi (y compris les structures privées de santé) – d'informations régulières sur l'état de santé des utilisateurs, sur les prestations fournies et sur les différents aspects de gestion (RHS, médicaments, finances, etc.).

Institut National de Recherche en Santé Publique :

L'Institut national de recherche en santé publique (INRSP) a été créé par le décret N° 18-2005 le 27 février 2005, suite à une restructuration du Centre National d'Hygiène (CNH), celui-ci en 1978, dans l'objectif notamment de garantir la disponibilité périodique de données essentielles au suivi de la performance du secteur. Bien que l'INRSP ait des compétences en recherche pour la santé, il ne dispose pas des ressources humaines, matérielles et financières lui permettant de jouer pleinement son rôle puisque la quasi-totalité de la recherche pour la santé est menée à terme avec un financement extérieur, qui est loin d'être assuré de façon régulière à cause des fluctuations et de la disponibilité financière des partenaires.

L'INRSP a parrainé la publication d'une enquête démographique de la santé en Mauritanie (EDSM) en 2001 qui n'a pas pu être renouvelée comme initialement prévu. Faute de cette EDSM, ce sont les enquêtes MICS, SMART, PEV, SPSR, SONU, SARA, etc., qui se chargent de délivrer les informations requises pour faire un suivi, bien que discutable, des activités du PNDS. L'INRSP ne dispose pas d'un Comité National d'Éthique pour réguler ces recherches programmées.

¹Nombre de consultations ; mouvement des malades hospitalisés ; taux d'occupation et durée moyenne du séjour ; types d'interventions chirurgicales ; consultations prénatales et planification familiale ; accouchements assistés, nés vivants et décès, etc.

La diffusion des résultats des recherches se limite, très souvent, aux responsables des programmes en question et essentiellement au niveau central. On n'a pas une diffusion réelle à tous les niveaux de l'échelle sanitaire¹.

Pilotage, coordination et suivi et évaluation

D'après la lettre du PNDS « *Pour être efficace, le pilotage de la mise en œuvre du PNDS1 se fera sous le leadership du ministre de la Santé à travers la mise en place d'un Comité national de pilotage du PNDS (CONAP) comprenant les membres du Cabinet et les représentants de l'association des Comités de santé, de la société civile, du secteur privé et des PTF. Cette instance aura ainsi les tâches (i) d'adoption des plans du secteur, (ii) de mobilisation et d'allocation des ressources, et (iii) de coordination de la mise en œuvre et du suivi évaluation du PNDS* » (page 102).

Un comité de pilotage a été mis en place en plus d'un comité technique qui, d'après quelques membres de ce comité, « *n'ont jamais été convoqués à une réunion* ». Cela s'avère douteux lorsque d'autres partenaires et le MS (DPCIS, DSSBN, etc.) ont démontré clairement la réalisation des réunions du CT qui ont été assez régulières et systématiques, mais on n'a pas pu obtenir des rendez-vous des ces réunions.

¹Op cit « *Audit Institutionnel Secteur de la Sante Rapport final.pdf* » (page 70)

VII- Conclusions et recommandations

Avant de terminer ce rapport, nous devons rappeler les principaux résultats auxquels la mission est parvenue. Puis nous formulerons des recommandations censées être les plus pertinentes et opérationnelles pour servir d'appui à l'élaboration des futurs livrables, notamment le draft de la stratégie, le rapport relatif à la revue de la seconde phase du PNDS et le document objet du CDMT couvrant la période 2017-2020.

VII.1- Conclusions préliminaires

- Le manque de correspondance et surtout de concordance entre les statistiques issues des différentes sources est devenu un problème majeur, et pas seulement pour le déroulement du PNDS mais aussi pour l'ensemble du MS.
- Force est de constater l'impossibilité d'accomplir une analyse fiable sur l'efficacité et l'efficience du PNDS moyennant les statistiques sanitaires auxquelles on a accès aujourd'hui. Il subsiste un sérieux problème d'information.
- Absence de cadre logique du PNDS, ce qui a entravé le processus d'évaluation.
- Après l'important effort effectué par le MS pour doter le système de santé en ressources matérielles – bâtiments équipements et transport – et humaines suffisantes (RHS), il semblerait que cela aurait abouti à améliorer sensiblement l'accessibilité de ce système aux populations les plus éloignées mais la rupture persistante de médicaments, de vaccins, de moyens diagnostiques et d'autres intrants a fortement contribué à ce que cette accessibilité améliorée ne soit pas traduite en une même amélioration de la qualité des soins.
- Le leadership et la gouvernance du MS par rapport à la mise en œuvre du PNDS offrent beaucoup d'espace pour être améliorés. Une multiplicité de décrets et de régulations reste à mettre en œuvre et les priorités du PNDS ne sont pas arrivées à toucher les strates les plus pauvres de la population.
- Le MS a fait un important effort de renforcement et de revitalisation du SNIS qui porte l'ambition de devenir un véritable centre d'information sanitaire national, mais il risque de s'arrêter là faute de réussir à devenir en un centre d'analyse et d'étude de cette information – conjointement avec le INRSP – et finalement évoluer à être, conformément aux lignes programmatiques du PNDS, le pilier fondamental du suivi et de l'évaluation du PNDS.
- Le choix des cibles / projections des indicateurs telles qu'attendues pour la fin 2015 ne semblent pas seulement être trop optimistes par rapport aux apparentes potentialités du PNDS mais frôlent l'irréalité : abaisser le taux de mortalité maternelle de presque 30% et le taux de mortalité infantile de plus de 50% en moins de 4 ans est un exploit qui exigerait un effort massif que ni le MS ni ses PTF sont à mêmes d'effectuer. Dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, bien que des efforts semblent avoir été faits, on est loin des taux attendus. La plupart des indicateurs mis à disposition des évaluateurs parlent d'une faiblesse presque généralisée des résultats obtenus dans tous les axes d'action par rapport à ceux escomptés.

- Les indicateurs d'impact formulés dans le PNDS nécessitent des moyens importants en ressources et du temps, étant donné qu'ils sont formulés à partir des résultats d'enquêtes spécifiques.
- Le développement d'un plan de suivi et d'évaluation, tel que programmé pour la première phase du PNDS, n'a pas eu lieu, ce qui a fortement limité l'analyse systématique des acquis et rendu le changement de course au cours de la durée de cette phase très compliqué.
- Il ne semble pas que l'achat, l'approvisionnement, le stockage, la distribution, la réception et la gestion globale de médicaments, vaccins et d'autres intrants aient été réalisés pour le mieux, et cela malgré des efforts notables. La faiblesse de ce système risque de devenir structurelle.
- Il ne serait pas raisonnable de demander à l'État un effort additionnel pour mettre à la disposition du MS plus de fonds budgétaires au PNDS. Par contre, la contribution faite par les PTF a été jusqu'à maintenant plutôt décevante : seuls 12% des DTS effectuées en Mauritanie résultent de l'apport total des PTF.
- La performance des PTF semble avoir été, de façon générale, plutôt décevante. Non seulement ils ne sont pas parvenus à contribuer à des efforts financiers suffisants pour apporter au PNDS toutes ses potentialités, mais ils ont montré une faiblesse évidente pour assurer un suivi et une supervision du PNDS réguliers au cours des quatre premières années. Il semble évident que le « compact » n'est pas le genre d'accord inaliénable dont on en a vraiment besoin. De son côté, le MS ne semble pas non plus avoir honoré ses engagements sur le PNDS qui ont montré des fortes limitations dans a) leur capacité d'absorption ; b) les faibles allocations du secteur, et c) non-respect des engagements annuels.
- Le recouvrement des coûts a permis de renforcer les ressources propres des établissements de santé. Mais, il représente un grand obstacle à l'accès aux soins hospitaliers pour la population la moins favorisée, notamment les catégories les plus démunies. Les tarifs pratiqués sont relativement très élevés en comparaison avec le revenu de plusieurs catégories socioprofessionnelles.
- La CNAM récemment créée représente un grand acquis pour la population en Mauritanie, bien qu'elle ne couvre qu'une partie de la population. Le panier de soins et les taux de prises en charge sont assez généreux qui risquent d'aboutir à moyen ou à long terme à une situation déficitaire. Les soins à l'étranger sont très budgétivores.
- Le budget d'investissement rattaché géré par le MS tel qu'il ne reflète pas l'ensemble des investissements réalisés dans le secteur (les importantes constructions et réhabilitations sont rattachées au budget du Ministère de l'Habitat). Ce qui réduit de la capacité d'évaluation, de suivi et de planification.
- Les hôpitaux ne fournissent pas au MS les données et les rapports sur leurs activités annuelles. Alors qu'ils bénéficient de la part la plus importante du budget de fonctionnement du MS.
- La prime de « motivation » qui est censée encourager le personnel de la santé à exercer dans le public et surtout dans les régions défavorisées n'a pas abouti aux résultats attendus.

VII.2- Recommandations

Recommandations générales

- Une **approche de genre** doit être prioritaire et systématique dans la révision du PNDS2. La désagrégation systématique et généralisée des données et des statistiques par genre doit se contempler depuis le début de cette deuxième phase.
- Il est à élaborer des **indicateurs d'équité** dans la révision du PNDS2 afin de donner à cette stratégie une dimension et une orientation à mieux s'occuper des catégories les plus démunies de la population.
- Une analyse plus approfondie de l'ampleur de la **malnutrition en Mauritanie** que ce que s'avait fait dans le PNDS1, doit faire partie fondamentale de l'approche stratégique du PNDS2.

Recommandations spécifiques

- Le MS et les PTF doivent d'urgence arriver à un accord pour unifier les différentes statistiques issues tant des données officielles – SNIS – que des enquêtes de partenaires institutionnels, sous la direction du SNIS, seul détenteur de l'autorité ministérielle en ce qui concerne les statistiques officielles de pays. Il faut finir radicalement avec les divergences extrêmes des indicateurs selon leur source afin de présenter une seule statistique sanitaire nationale où les différentes estimations soient analysées et agréées et, finalement, unifiées.
- Pour le PNDS2, se limiter à un nombre moins important d'indicateurs d'effet qui doivent être mesurables, vérifiables et faciles à construire à partir des données administratives ou d'enquêtes peu onéreuses.
- Si l'on veut que le SNIS devienne un vrai interprète des données statistiques sanitaires et des indicateurs, il est absolument nécessaire d'y placer une unité épidémiologique ou de santé publique faisant partie également de l'équipe d'analyse actuelle au niveau central.
- Tout en étant conscient des difficultés posées au MS pour établir des lignes d'action prioritaires dans le développement d'un système de provision de soins de santé nécessitant un renforcement évident, si cette priorisation n'a pas lieu les atteintes du PNDS risquent d'être limitées. Et pour mener à terme cette priorisation sans négliger des besoins incontournables, il ne faut pas seulement rédiger un cadre logique exigeant et minutieux mais aussi échelonner les activités escomptées au cours de la deuxième phase du PNDS d'une façon réaliste et soigneusement étudiée, moyennant des plans d'action annuels très réfléchis.
- Établir un cadre logique pour le PNDS2 (2016-2020) qui permettra de préciser les objectifs (globaux et spécifiques), les résultats, les activités à être menées pour les réaliser et les ressources nécessaires et les risques qui pourraient affecter la mise en œuvre du projet.
- Le MS doit s'appliquer très intensément à renforcer sa gouvernance pour réussir à devenir le vrai leader du complexe institutionnel qui a comme tâche leur contribution au déroulement du PNDS (les PTF, le secteur privé, etc.), moyennant les actions suivantes :
 - S'appliquer à mettre en œuvre les régulations et décrets ministériels dont on dispose maintenant.
 - Réviser les outils et procédures de planification à tous les niveaux du système de santé.
 - Évaluer la mise en œuvre de la gratuité des quelques soins à travers la révision du SRC pour arriver à la couverture universelle.

- Renforcer la coordination intra-ministérielle ainsi que la collaboration intersectorielle.
- Mettre en œuvre la stratégie pour la participation communautaire.
- Réaliser des études complémentaires nécessaires pour rationaliser l'organisation de la gouvernance du secteur :
 - Étude approfondie de la contribution du secteur sanitaire privé à l'offre de soins
 - Étude approfondie de la contribution de la médecine traditionnelle à l'offre de soins.
- Réaliser une étude sur l'équité d'accès aux soins : approche rétrospective et perspective en vue d'une mise en œuvre progressive de la CSU dans le pays.
- Réaliser une étude sur l'efficacité et l'efficience des services hospitaliers.
- Au moins que tout le système d'achat, d'approvisionnement, de stockage, de provision, de distribution, de réception, et de gestion des médicaments, vaccins, et d'autres intrants, soit pris en charge par l'État de façon plus énergique, la plupart des efforts de renforcement des soins de santé finiront pour devenir stériles. Ce n'est pas seulement la CAMEC qui doit être secouée mais chacune des lignes de transmission du système. Cette évaluation ne connaît pas assez bien les rapports institutionnels et l'interdépendance légale de la CAMEC et le MS mais une approche très décidée est impérative : la continuation de cette situation peut faire échouer une bonne partie des stratégies mises en œuvre par le PNDS2.
- Il faut inévitablement réviser l'accord officiel entre le MS et les PTF pour le développement du PNDS – « COMPACT » – afin de lui conférer un lien plus obligeant, tant du point de vue financier qu'opérationnel. Leurs contributions doivent être clairement définies et contraignantes dans les pourcentages et le calendrier.
- Exiger des rapports périodiques sur l'activité et la situation financière des établissements hospitaliers au moins à la préparation du budget. Construire un indicateur synthétique qui sera utilisé comme clef de répartition pour l'attribution du budget à tout établissement de soins.
- Le budget d'investissement devrait être rattaché dans toute sa globalité au budget du MS.
- Toute intervention (financière, en nature, assistance technique, etc.) extérieure doit passer obligatoirement par une cellule centrale (au DPCIS par exemple) pour coordination, orientation et suivi. Ce qui permettra de saisir aisément l'apport et la structure de l'appui des PTF.
- Élargir l'assurance maladie à d'autres catégories socioprofessionnelles et limiter les transferts pour soins à l'étranger. La CNAM pourrait prendre en charge l'acquisition de certains équipements afin de renforcer le plateau technique des hôpitaux nationaux et assurer des formations ciblées de certaines compétences nationales.

VII.3- Conclusions/recommandations/plan d'action/IOV-cible

1 – CONCLUSION	Manque de correspondance et de concordance entre des différentes statistiques et bases de données	
RECOMMANDATION	Unification des différentes statistiques (données officielles – SNIS – & enquêtes des PTF) : les différentes estimations doivent être analysées et agréées et, finalement, unifiées sous la direction du SNIS	Janvier–Juin 2017
PLAN D’ACTION	Accord PTF / MS (leadership DPCIS) pour systématiser la révision standardisée des bases des données (SNIS et enquêtes) à chaque fin d’année	
IOV/CIBLE	Régulation de l’accord PTF / MS et des modalités de révision à travers un arrêté ministériel	Source : MS/DPCIS
2 – CONCLUSION	Rupture persistante des médicaments, des vaccins, des moyens diagnostiques et d’autres intrants	
RECOMMANDATION	Révision des études sur les goulots d’étranglement de la CAMEC et préparation d’une proposition institutionnelle pour parvenir à débloquent ces goulots	Janvier–Décembre 2017
PLAN D’ACTION	Mise en œuvre d’une stratégie de déblocage de la CAMEC	
IOV/CIBLE	Les 15 médicaments essentiels de la santé de base n’ont pas de ruptures pendant 6 mois	Source : SNIS / CAMEC / enquêtes
3 – CONCLUSION	Faiblesse du SNIS pour devenir un centre d’analyse et d’étude de l’information sanitaire (avec le INRSP)	
RECOMMANDATION	Affectation d’une unité épidémiologique en permanence dans le SNIS	Janvier–Juin 2017
PLAN D’ACTION	RHS : 2 méd. SP/épidémiologistes à temps partiel Financement : ligne budgétaire spécifique MS Équipement : ordinateurs, bureaux	
IOV/CIBLE	L’ASS présente une analyse et interprétation des données sanitaires d’au moins de 60% (1ère année) et de 90% (3ème année)	Source : ASS (SNIS)
4 – CONCLUSION	Choix de cibles / projections du PNDS trop optimiste	
RECOMMANDATION	Priorisation échelonnée des objectifs et allocation des cibles faisables soumises au suivi semestriel	Octobre–Décembre 2016
PLAN D’ACTION	Élaboration d’un cadre logique pour le PNDS2 avec l’adoption des plans d’action semestriels	

IOV/CIBLE	Atteinte d'au moins 60% des cibles semestrielles	Source : rapports de suivi DPCIS
5 – CONCLUSION	Ni les PTF ni le MS ne semblent avoir honoré tout à fait leurs engagements techniques (suivi et supervision) et financiers du PNDS	
RECOMMANDATION	Élaboration du document « COMPACT » pour le PNDS2 où les engagements techniques et financiers du MS et des PTF seront spécifiés avec un calendrier d'accomplissement	Janvier 2016–Décembre 2020
PLAN D'ACTION	Suivi annuel des accords escomptés dans le « COMPACT » avec une révision annuelle des insuffisances de réalisation	
IOV/CIBLE	Accomplissement d'au moins 60% des accords souscrits chaque année dans le « COMPACT »	Source : rapports de suivi COMPACT /DPCIS
6 – CONCLUSION	Tant le SRC que la CMAM semblent avoir montré un manque de vision sur l'élaboration d'une stratégie croyable pour arriver à la couverture universelle des soins de base	
RECOMMANDATION	- Révision, redéfinition et Plan stratégique du SRC y incluant une ligne budgétaire - Élargir la couverture de la CMAM et réduire les transferts pour soins à l'étranger	Janvier 2017–Décembre 2020
PLAN D'ACTION	- Étude du SRC et son contribution à l'accessibilité de la population aux soins de base et hospitaliers : arrêté ministériel sur la régulation du SRC et provision de la caisse des indigents	
IOV/CIBLE	- Taux de fréquentation des structures de soins de base augmente d'au moins 15% à chaque année - Pourcentage de satisfactions des usagers augmente d'au moins 10% à chaque année	Source : ASS / enquêtes socio-sanitaires
7 – CONCLUSION	Le leadership et la gouvernance du MS par rapport à la mise en œuvre du PNDS peuvent être améliorés	
RECOMMANDATION	- Mettre en œuvre les régulations et décrets ministériels - Réviser les outils et procédures de planification - Évaluer la mise en œuvre de la gratuité des quelques soins - Mettre en œuvre la stratégie pour la participation	Janvier 2017 – Décembre 2019

PLAN D'ACTION	Révision et mise en œuvre des normes et régulations contenues dans les décrets et arrêtés ministériels tels que énoncés dans le PNDS	
IOV/CIBLE	Le pourcentage de mise en œuvre des tâches sur la gouvernance incluses dans le PNDS augmente d'au moins 15% à chaque année	Source : rapports de suivi du PNDS

Annexes

(Sommaire)

Annexe i : Liste des tableaux

Annexe ii : Liste des graphiques

Annexe iii : Liste des figures

Annexe iv : Liste des personnes rencontrées

Annexe v : Documents consultés

Annexes vi : Tableaux

Annexe vii : Termes de références

Annexe i : Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs démographiques ; année 2013	23
Tableau 2 : l'état d'avancement de la mise en œuvre des réformes prévues par le PNDS	31
Tableau 3 : Évolution du taux d'accessibilité entre 2010 et 2015 par Wilaya	36
Tableau 4 : Évolution de l'acquisition du matériel roulant par type de 2012 à 2015	38
Tableau 5 : Évolution des ressources humaines dans le secteur public par catégorie au cours du PNDS	41
Tableau 6 : Indicateurs d'offre en ressources humaines	44
Tableau 7 : Évolution de la structure du PIB par branche d'activités de 2010 à 2015. En millions de MRO	48
Tableau 8 : Évolution des dépenses totales comparées au PIB	50
Tableau 9 : DTS en % du PICB – Comparaison entre pays ; année 2014	51
Tableau 10 : Répartition des DTS selon la source de financement ; année 2014	54
Tableau 11 : Évolution de la répartition du BCI entre 2012 et 2015	58
Tableau 12 : Indicateurs du financement du PNDS1	59
Tableau 13 : Apports financier des PTF entre 2012 et 2015. Millions MRO	60
Tableau 14 : Apports des PTF en 2012 et 2013 selon le mode et la source de données	62
Tableau 15 : Évolution du nombre d'assurés immatriculés entre 2009 et 2015	63
Tableau 16 : Évolution des évacuations de 2013 à 2015	66
Tableau 17 : Indicateurs d'impact et leur évolution	70
Tableau 18 : Indicateurs de prise en charge LCMMNN et leur évolution	71
Tableau 19 : Indicateurs de prise en charge LCMIJ et leur évolution	77
Tableau 20: Indicateurs d'effet sur la malnutrition	78
Tableau 21 : Indicateurs de prise en charge LCMIJ et leur évolution (suite)	79
Tableau 22 : Indicateurs d'effet et leur évolution	82
Tableau 23 : Indicateurs de prise en charge et leur évolution	83
Tableau 24 : Indicateurs d'effet de la LCMNT	85
Tableau 25 : Indicateurs LCMNT de prise en charge	85
Tableau 26: accessibilité et disponibilité des ressources	87
Tableau 27 : données financières et budgétaires du MS (I)	88
Tableau 28: données financières et budgétaires du MS (II)	88

Annexe ii : Liste des graphiques

Graphique 1 : Évolution du nombre de CS et de PS par wilaya entre 2010 et 2015 (en %)	33
Graphique 2 : Évolution des structures du premier niveau de soins (CS+PS) entre 2010 et 2015	34
Graphique 3 : Corrélation entre l'évolution de l'accessibilité géographique entre 2010 et 2015 (en %) et la situation de l'accessibilité de 2010 (en %)	37
Graphique 4 : DTS par habitant (\$USPPA) et par pays ; année 2014	52
Graphique 5 : Évolution de la structure du financement de la santé selon la source de 2012 à 2013 (en millions MRO)	53
Graphique 7 : Évolution du budget prévu par le PNDS et le budget alloué effectivement au MS de 2012 à 2015.	56
Graphique 8 : Évolution des principales composantes MS de 2012 à 2015	57
Graphique 9 : Apports des PTF de 2012 à 2015	62

Annexe iii : Liste des figures

Figure 1 : Carte de la Mauritanie	21
Figure 2 : Étapes de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au Maroc	64

Annexe iv : Liste des personnes rencontrées

Amar Brahim – SNIS / DPCIS (ouldamarbrahim63@yahoo.fr) ; Tél : 22243842
Amar Zakaria – ADAGE Conseil (za@ecdpw.org) ; Tél : 44355455
Dr Ba Aboubacry – Santé Sud (aboubacry.ba@santesud.org) tél. :32328240
Dr Baptiste Jean Pierre – OMS (baptistej@mr.afro.who.int) ; Tél : 36303083
Barak Jennifer – UNICEF (jbarak@unicef.org)
Baro Mohamed – UNICEF (mbaro@unicef.org) ; Tél: 22628557
Bebana Mohamed – OMS (ouldbebanam@who.int) ; Tél : 22350210
Bigeard Alexis – OMS (bigearda@who.int) ; Tél : +226 55533261
Dr Boudahy Ahmed Mohamed – IGS (aboudahy@yahoo.fr) tél. : 22384286
Dr Brouhabid A – DIN /PI (ouldmohamed@yahoo.fr) ; Tél : 22243787
Compaoré Zounbrana Cecile – FNUD (compaore@unfpa.org) tél. : 31130000
Cissé Djibril - UNICEF (dcisse@unicef.org)
Dr Cissé Amadou A – OMS (aacisse@unicef.org) tél. :22809480
Colombo Enrico – DUE chargé de programme (Enrico.colombo@eeas.europa.eu) ; Tél : 49877339
Didi Abderrahim– PAB / UE (aedeahim@yahoo.com) ; Tél : 36606450
Eleyatt Mohamed – DA / DPCIS (eleyattmohamed@yahoo.fr) ; Tél : 22243841
Gallardo Ignacio – AECID (juan.gallardo@aacid.es) ; Tél : 33119918
Dr Gnokane Yahya – ACF (ygnokane@mr.acfspain.org) tél. : 49218902
Guennouni El Mahdi – ACF (emguennouni@mr.acfspain.org) tél. : 47539892
Dr Hman Youssouf – DSSBN / MS (youssoufh@yahoo.fr) tél. : 22243798
Dr Jiddou Abderrahmane ould – DSSBN / MS
Pr Kane Boubakar – Ministre de Santé (kboubakar@sante.gov.mr) ; Tél : 45257004
Kelly Amy – OMS (kellyas@who.int) ; Tél : 22639861
Khatry Mohamed Mahmoud – DPCIS / SEP (med.khatry@yahoo.fr) ; Tél : 22243844
Lavin Juan José – AECID (coordinador.OTC.Mauritania@aacid.es) ; Tél : 46765790
Mahir Abdelgadir Ahmed – OMS (mahirepidem@gmail.com) ; Tél: 26928833
Mahjoub Isselmou o/– Directeur du DPCIS (isselmoumahjoub@yahoo.fr) ; Tél : 22243845
Dr MBow Moussa – UNFPA (dinilolanbow@unfpa.org) ; Tél : 22394498
Medeot Leandro – DUE chargé de programmes Soc Civ (Leandro.medeot@eeas.europa.eu) ; Tél: 45299875
Meinine Mohamed Lafdul o/ – SNIS (lafdul73@gmail.com) tél. : 22351666
Moyano Gabriel – DUE attaché Unité Santé (Gabriel.moyano-vital@eeas.europa.eu) ;
Munday Alan – DUE (alan.munday@ec.europa.eu)
Samba Kalidou – ACF (bkalidou@mr.acfspain.org) tél. : 46769558
Sangott Abdoulaye – IGS (junteljabaali@gmail.com) tél. : 22384287
Sid' Ahmed Dié Ahmed Ould – MS Secrétaire Général
Dr Sidi Deyeh ould – IGS (sdeyeh@yahoo.fr)
Racthi Sidi o/ – DRH (sidiracthi@yahoo.fr) ; Tél : 22243808 // tel 22243842
Tidjeane Diallo Amadou – CAON ; Tél : 46008849
Tie Kasson Marx – DUE (kassonmarx@yahoo.fr)
Tuéry Laura – AFD (tueryl@afd.fr) tél. : 41100879
Dr Zombre Daogo Sosthène – OMS (zombres@who.int) ; tel 46616446

Annexe V : Documents consultés

N°	DOCUMENTATION	Format
1	Aide mémoire 13ième REVUE 2014	.pdf
2	Analyse de situation secteur de santé 2011 VF	.pdf
3	Analyse financière vf	.docx
4	Annuaire des statistiques sanitaires 2015 05_05_16 vf	.doc
5	Audit_institutionnel_secteur_de_la_santé_rapport_final	.pdf
6	BDD er Rapport SARA 2016 Version Finale	.xlsm
7	Bilan 2013 et plan d'action 2014 du MS	.pdf
8	Bilan 2014 et plan d'action opérationnel 2015 Dernière version	.pdf
9	Bilan-2015 et plan d'action opérationnel 2016-Version Finale	.pdf
10	Bilan CESCO-OMDs 2012-2015 vf	.doc
11	Budget État par niveau	.xlsx
12	CARTE SANITAIRE	.pdf
13	CIDD 2016-2020 Version 1.04	.xls
14	COMPACT national 2012- 2015	.pdf
15	CMR 1146 Document de projet	.pdf
16	CSLPIII_volume1_final8_210311	.pdf
17	DA Document Action XXXX 200416	.docx
18	Données SMART MALNUTRITION juin 2015	.xls
19	Évaluation SNIS Mauritanie_Final	.docx
20	Feuille De Route _ Revue PNDS (1) (1)	.xls
21	LFI 2016 FRANÇAIS	.pdf
22	Fiche Forfait obstétrical	.pdf
23	Forfait obstétrical NCO_II_AFD_2012	.pdf
24	Forfait obstétrical NCO_CM_1127__v propre	.doc
25	Forfait Obstétrical Nouakchott IJGO 1007	.pdf
26	JANS ToolGuidelines_Vers3_aug2013_fr_final_website	.pdf
27	LFI 2016 FRANCAIS	.pdf
28	Mauritania_Final_Case Study	.pdf
29	Mauritanie mission report 2 - 8.369 incl. all annexes	.docx
30	MED_131_0087	.pdf
31	MICS4 2011_VF	.doc
32	MICS5 Key Findings Report 2015	.docx
33	MRT_HIV_CN_20Oct2015	.doc
34	MRT_M_CN_12May2015	.docx
35	MRT_T_CN_20Apr2015	.docx
36	Note Relative assurance maladie universelle2	.docx
37	Plan d'action triennal du ministère de la Santé 2013-2015[1].VF	.pdf

38	Plan de développement du SNIS vf août 2013	.pdf
39	Plan National Développement Sanitaire 2012-2020	.pdf
40	Politique Nationale de la Santé 2006-2015	.pdf
41	Politique de Santé Mauritanie 2005 2015	.doc
42	Présentation DHIS 2_NKTT_mai 16	.pdf
43	Présentation processus suivi IHP+	.pptx
44	Présentation_FR_DHIS2_S NIS_RIM_24052016_VF	.pptx
45	Profil de la pauvreté en Mauritanie 2014	.pdf
46	Programme inspection générale sante 2013	.doc
47	Protection sociale atelier 2016	.pdf
48	Rapport AB SONU** RIM 2011 Draft 0 Dahada	.docx
49	Rapport Assurance Complémentaire*	.doc
50	Rapport Audit Mauritanie MS version finale 13012015.	.pdf
51	Rapport d'activité 2013 de l'inspection administrative et financière de l'igs	.doc
52	Rapport d'activités 2012	.doc
53	Rapport de mission Formulation vf	.docx
54	Rapport enquête spr 2015 vf 15 02 2016	.doc
55	Rapport final comptes de santé finale 2011-2013	.pdf
56	Rapport final d'évaluation à mi-parcours CMR 1127	.docx
57	Rapport final_évaluation mi-parcours lutte contre la malnutrition et l'extrême pauvreté des ménages_janvier 2013	.docx
58	Rapport inspection struct med privées	.pdf
59	Rapport Progrès 2010 des OMD	.pdf
60	Rapport Revue 2015 Version finale	.pdf
61	Rapport Revue Externe PEV Sept 2014	.doc
62	Restitution aux PTF mission AB 13112015	.pptx
63	Résumé-Rapport Evaluation Survie_Vf	.pdf
64	Résumé revu et corrigé IRD FINAL transmis ALter	.pdf
65	Réunion du comité technique du secteur	.pdf
66	SMART juin 2015 synthèse	.pdf
1	SMART AOUT2014	.doc
2	SN Protection Sociale	.doc
3	Stratégie communautaire	.pdf
4	Stratégie FBR Mauritanie Version Finale août 2015	.docx
5	Tableau synoptique indicateurs RGPH 2013 dv	.pdf

Annexes vi : Tableaux

Tableau 1: Évolution de la structure du PIB par branches d'activités de 2010 à 2015. En millions de MRO¹

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
1. Agriculture, élevage, pêche	242 864	248 240	278 240	288 059	325 985	339 158
2. 1 Extraction de produits pétroliers	39 777	46 041	37 077	34 447	29 054	15 206
2. 2 Extraction de minerais métalliques	254 892	421 825	358 474	349 337	152 595	57 683
3. Activités manufacturières	90 781	98 714	114 244	124 456	114 062	125 027
4. Bâtiment et travaux publics	71 772	81 387	99 134	112 279	162 760	137 946
5. Transports et télécommunications	53 403	61 103	81 407	89 252	96 688	102 790
6. Commerces, restaurants, hôtels	86 825	98 734	112 243	126 821	142 104	152 841
7. Autres services	171 293	184 308	200 464	224 731	249 954	267 451
Correction SIFIM	-19 813	-23 227	-26 221	-28 605	-32 075	-33 275
Total des activités marchandes	1 001 470	1 226 992	1 266 213	1 333 505	1 255 893	1 181 402
8. Administrations publiques	120 179	132 375	142 856	156 500	166 663	180 102
P.I.B. au coût des facteurs	1 121 649	1 359 367	1 409 069	1 490 005	1 422 557	1 361 504
P.I.B. aux prix du marché (prix courant)	1 196 771	1 452 353	1 551 695	1 655 594	1 598 994	1 539 125

Sources : Banque Centrale de Mauritanie ; Bulletin Trimestriel des Statistiques Quatrième trimestre 2015; mars 2016. Le marquage en couleur de certaines cellules est fait par la ME

Tableau 2: Structures sanitaires : répartition géographique en 2015

Willaya.	Secteur public - MSP			Secteur privé		
	Hôpitaux et EPA	Centres de santé	Postes de santé	Cliniques	Cabinets médicaux	Cabinets de soins
Adrar	2	5	25	0	2	0
Assaba	1	7	86	2	8	2
Brakna	1	11	81	0	0	2
Dakhlett Nouadhibou	1	10	13	2	2	0
Gorgol	1	6	48	0	0	1
Guidimagha	1	6	46	0	1	1
Hodh Charghi	1	10	133	0	0	1
Hodh El Gharbi	1	8	60	0	4	3
Inchiri	1	2	3	0	0	0
Nouakchott Nord	1	7	13	0	12	6
Nouakchott Ouest	8	5	7	15	48	4
Nouakchott Sud	1	9	8	3	12	0
Tagant	1	8	19	0	0	0
Tiris Zemmour	2	4	5	0	2	5
Trarza	2	7	87	0	1	1
National 2015	25	105	634	22	92	26
<i>National 2009</i>	<i>25</i>	<i>67</i>	<i>530</i>			

Sources : BDD structures sanitaires 2015, SEP/DPCIS

Tableau 3. Mauritanie Principaux indicateurs économiques et financiers

Sources rapport du FMI de 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Est.	Est.	Est.	Est.	Proi.	Proi.	Proi.	Proi.	Proi.
Recettes hors industries extractives ^{29.2}	22.8	24.4	23.3	25.9	25.4	25.5	25.3	25.3	25.6
et dont									
Recettes non extractives	22.8	24.4	23.3	25.9	25.4	25.5	25.3	25.3	25.6
Recettes fiscales	16.9	17.6	17.3	19.0	19.1	19.2	19.2	19.2	19.3
Recettes non fiscales	5.9	6.7	6.0	6.8	6.4	6.3	6.1	6.1	6.3
Total dons	6.4	1.0	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6	0.5
Dont: projets	0.3	0.2	0.4	0.7	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4
Recettes extractives	14.9	11.2	8.3	5.6	4.8	4.9	4.5	4.9	5.4
Recettes pétrolières nettes	2.0	1.8	2.0	1.7	1.8	1.7	1.7	1.6	1.4
Recettes minières	12.9	9.4	6.4	4.0	3.0	3.2	2.9	3.4	4.0
Recettes exceptionnelles ^{1/}	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Dépenses et prêts nets	40.7	37.8	36.3	33.7	31.8	32.0	31.3	31.1	30.9
Dépenses courantes	27.8	23.1	22.5	20.6	19.5	19.8	19.6	19.5	19.4
Rémunération des employés	9.0	9.0	8.4	8.3	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0
Biens et services	5.2	5.2	5.1	4.6	5.1	5.6	5.7	5.7	5.7
Subventions et transferts ^{2/}	10.0	6.1	5.7	5.1	3.7	3.5	3.2	3.2	3.2
Dont : Programme d'urgence	3.1	1.1	0.0	1.8	1.7	1.6	1.5	1.5	1.4
Subventions énergétiques	2.3	1.2	0.0	0.5	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3
Arriérés de paiements	1.3	1.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Intérêts	1.2	1.4	1.3	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
Extérieurs	0.9	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9
Intérieurs	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Comptes spéciaux et autres ^{3/}	0.9	0.6	0.9	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4
Dépenses investissement	13.0	14.7	13.8	13.0	12.3	12.2	11.8	11.7	11.6
Financées sur ressources extérieures	4.8	4.2	4.3	4.4	5.1	5.1	4.7	4.6	4.6
Financées sur ressources intérieures	8.2	10.5	9.5	8.6	7.2	7.2	7.1	7.0	7.0
Restructuration et prêts nets	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Réserves communes	1.0	0.9	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Solde global, dons exclus (déficit-)	-3.0	-2.2	-4.7	-2.1	-1.6	-1.6	-1.5	-0.9	0.1
Solde global, dons inclus (déficit-)	3.4	-1.2	-3.7	-1.3	-0.8	-0.9	-0.9	-0.3	0.6
Financement	-3.4	1.2	3.7	1.3	0.8	0.9	0.9	0.3	-0.6
Financement intérieur	-7.9	-0.5	1.6	0.5	0.7	1.2	1.6	1.5	2.4
Système bancaire	-13.4	5.0	4.5	-4.2	0.4	0.9	1.2	0.9	1.9
Compte du Trésor	-14.4	7.2	4.0	-4.3	0.2	0.7	0.9	0.5	1.5
Banques commerciales	0.9	-2.2	0.4	0.1	0.2	0.2	0.3	0.4	0.3
Établissements non bancaires	-0.1	0.7	-0.1	0.2	0.3	0.3	0.4	0.6	0.5
Privatisation et autres	-0.2	0.0	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Arriérés intérieurs	-0.5	-0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Financement extérieur	4.8	2.2	2.1	0.7	0.1	-0.3	-0.8	-1.2	-3.0
Compte pétrolier (net)	-0.4	-0.1	0.0	0.1	-0.4	-0.4	-0.2	0.8	-0.2
Recettes pétrolières nettes (net)	-2.0	-1.8	-2.0	-1.7	-1.8	-1.7	-1.7	-1.6	-1.4
Contribution du compte pétrolier au budget	1.6	1.7	2.0	1.8	1.3	1.3	1.4	2.3	1.2
Autres (net)	5.2	2.3	2.1	0.6	0.5	0.1	-0.5	-1.9	-2.8
Emprunts nets (net)	5.0	2.1	2.1	0.6	0.5	0.1	-0.5	-1.9	-2.8
Décaissements	6.5	4.1	6.1	4.4	4.5	4.5	4.2	4.2	4.2
Amortissement	-1.5	-2.0	-4.0	-3.8	-3.9	-4.4	-4.7	-6.1	-7.0
Financement exceptionnel	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Erreurs et omissions	-0.2	-0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pour mémoire									
Solde hors ind.extractives, dons exclus (déficit-)	-18.0	-13.4	-13.0	-7.8	-6.4	-6.5	-6.0	-5.8	-5.3
Solde hors ind.extractives, dons inclus (déficit-)	-11.5	-12.4	-12.0	-6.9	-5.6	-5.8	-5.4	-5.3	-4.8
Solde global (en % du PIB)	2.5	-0.9	-3.0	-1.1	-0.7	-0.8	-0.7	-0.3	0.5
Solde de base non pétrolier ^{4/}	0.5	1.0	-1.2	1.3	2.3	2.4	2.1	2.6	3.5

Sources: Autorités mauritaniennes et estimations et projections des services du FMI.

1/Arriérés fiscaux de la société d'électricité publique. 2/Y compris les transferts aux entités publiques en dehors de l'administration centrale. Pour 2012, inclut aussi des arriérés de paiements aux 3/Ceux-ci incluent le fonds de développement (FAID) 4/Définition du programme précédent, en pourcentage du PIB non pétrolier

Tableau 4 : acquisitions en matériel roulant

Année	Désignations	Nombre par an	Financement
2009	Acquisition de 10 Ambulances Toyota	19 Ambulances	BCI
	Acquisition de 5 Ambulances Mercedes		Don Iranien
	Acquisition de 3 Ambulances Nissan		Don CDHAHRSC
	Acquisition d'une Ambulance		Coop Chine
2010	Acquisition d'une Ambulance	7 Ambulances	Don fondation SNIM
	Acquisition de 2 Ambulances Nissan		Don CDHAHRSC
	Acquisition d'une Ambulance		Don Fondation SNIM
	Acquisition d'une Ambulance Toyota Hiace		Présidence
	Acquisition de 2 Ambulances Nissan		AFD/PNSR/MS
2011	Acquisition de 8 Ambulances Nissan	20 Ambulances	PASN/MS
	Acquisition d'une Ambulance Renault Master		Don ONG
	Acquisition de 5 Ambulances Nissan		BCI
	Nissan ambulance		DON MEDICUS
	Acquisition de 5 Ambulances Toyota Hiace		Présidence
2012	Acquisition d'une Ambulance Toyota Hiace	17 Ambulances, 40 MOTOS	Présidence
	Acquisition de 12 ambulances		BCI
	Acquisition de 2 Ambulances Nissan		AFD/PNSR/MS
	Acquisition d'un véhicule de collecte de sang pour le CNTS		BCI
	Acquisition d'une Ambulance Toyota		FNUAP
	Acquisition de 40 motos TT		BCI
2013	Acquisition de 2 Ambulances Toyota	43 Ambulances, 162 MOT TT 12 VEH TT	Ambass Turkey
	Acquisition de 5 ambulances et 9 véhicules TT		AFD/PNSR
	Acquisition de 36 ambulances et 03 véhicules TT		BCI
	Acquisition de 162 motos TT		BCI/OMD
2014	Acquisition de 15 Ambulances et 6 Véhicules 4X4	15 Ambulances, 200 MOT TT 6 VEH TT	BCI et BCI/OMD
	Acquisition de 200 motos TT		
2015	Acquisition de 18 ambulances		BCI

Sources : DIMM/MS. Élaboration ME

Tableau 5 : Fonds extérieurs gérés par la DAF/MS, 2012 à 2015

Ministre de la Santé

Direction des Affaires Financières

Service de la Comptabilité du Budget sur Financement Extérieur

Exercice 2012

PARTENAIRE	Nombre de requêtes reçues		Nombre de requêtes traitées		Prévision	Taux d'Exécution	Taux d'absorption ¹
	NOMBRE	MONTANT	NOMBRE	MONTANT			
OMS	97	269 368 737,00	97	269 368 737,00	269 368 737,00	100%	100%
GAVI/BCI/CREDIT	16	18 151 296,00	16	18 151 296,00	107 298 807,00	100%	17%
TOTAL		287 520 033,00		287 520 033,00	376 667 544,00	100,00%	76%
ECART				-			

Exercice 2013

PARTENAIRE	Nombre de requêtes reçues		Nombre de requêtes traitées		Prévision	Taux d'Exécution	Taux d'absorption ¹
	NOMBRE	MONTANT	NOMBRE	MONTANT			
OMS	97	385 611 772,00	97	385 611 772,00	401 268 424,00	100%	96%
GAVI/BCI/CREDIT	16	16 950 054,00	16	16 950 054,00	89 147 511,00	100%	19%
AFD	9	22 133 299,00	9	22 133 299,00	38 108 500,00	100%	58%
TOTAL		424 695 125,00		424 695 125,00	528 524 435,00	100,00%	80%
ECART				-			

Exercice 2014

PARTENAIRE	Nombre de requêtes reçues		Nombre de requêtes traitées		Prévision	Taux d'Exécution	Taux d'absorption ¹
	NOMBRE	MONTANT	NOMBRE	MONTANT			
OMS	57	390 452 753,00	57	390 452 753,00	424 495 188,00	100%	92%

¹ Sources : Données de la DAF/MS. Calcul en dernière colonne fait par la ME

GAVI/BCI/CREDIT	19	56 199 042,00	19	56 199 042,00	72 197 457,00	100,00%	78%
AFD	46	35 115 959,00	46	35 115 959,00	55 363 484,00	100%	63%
TOTAL		481 767 754,00		481 767 754,00	552 056 129,00	100,00%	87%
ECART				-			

Exercice 2015

PARTENAIRE	Nombre de requêtes reçues		Nombre de requêtes traitées		Prévision	Taux d'Exécution	
	NOMBRE	MONTANT	NOMBRE	MONTANT			
OMS	88	436 330 926,86	88	436 330 926,86	415 890 669,00	100%	105%
GAVI/BCI/CREDIT	41	54 629 910,00	39	48 636 607,00	135 544 561,00	95,12%	36%
AFD	55	39 378 000,00	55	39 378 000,00	107 429 069,00	100%	37%
MONACO	3	3 673 882,60	3	3 673 882,60	18 386 246,00	100%	20%
UNICEF	1	5 738 916,42	1	5 738 916,42	20 090 764,00	100%	29%
TOTAL		539 751 635,88		533 758 332,88	697 341 309,00	99,02%	77%
ECART				5 993 303,00			

Sources : Données de la DAF/MS. Calcul en dernière colonne fait par la ME

Tableaux 6 : (6.1; 6.2 ; 6.3,6.4)

Tableau 6.1: Répartition du personnel de santé exerçant au niveau des structures périphériques et hôpitaux régionaux

Willaya	Spécialiste	Médecin	Dentiste	TSS	IDE	SFE	IMS	Autres	Total	%
Hodh Charghi	4	18	6	12	109	14	164	140	467	12,01
Hodh El Gharbi	3	13	4	7	71	13	78	125	314	8,08
Assaba	4	21	6	7	103	14	142	125	422	10,85
Gorgol	2	11	3	11	47	21	88	98	281	7,23
Brakna	1	21	3	4	62	38	96	107	332	8,54
Trarza	9	22	10	14	86	35	175	129	480	12,35
Adrar	1	9	1	0	41	9	46	57	164	4,22
Dakhlett Nouadhibou	7	16	5	7	33	28	49	52	197	5,07
Tagant	2	14	2	7	30	15	47	78	195	5,02
Guidimagha	1	11	2	5	55	14	95	70	253	6,51
Tiris Zemmour	2	8	2	4	17	8	23	15	79	2,03
Inchiri	0	5	0	2	12	4	24	15	62	1,59
Nouakchott Nord	2	9	3	4	30	51	64	36	199	5,12
Nouakchott Ouest	3	10	8	5	31	39	64	48	208	5,35
Nouakchott Sud	0	10	6	4	30	51	67	67	235	6,04
National	41	198	61	93	757	354	1222	1162	3888	
%	1,05	5,09	1,57	2,39	19,47	9,10	31,43	29,89		

Sources : MS – DPCIS Annuaire des Statistiques Sanitaires ; Année 2015

Tableau 6.2: Répartition du personnel de santé exerçant dans les structures hospitalières au niveau central

	Spécialist e	Médecin	Dentiste	TSS	IDE	SFE	IMS	Autres	Total	%
CHN	38	25	7	56	56	17	139	69	407	29,75
CHA	14	11	9	16	44	38	116	31	279	20,39
CHME	8	8	1	9	23	58	51	12	170	12,43
CNC	10	3	0	3	40	0	61	17	134	9,80
CNO	10	7	2	7	14	1	11	18	70	5,12
CNORF	0	0	0	3	7	0	1	3	14	1,02
CHS	8	0	0	7	11	0	17	14	57	4,17
CHCZ	23	16	4	20	28	19	77	18	205	14,99
CNTS	0	1	0	3	8	1	5	14	32	2,34
Total	111	71	23	124	231	134	478	196	1368	
%	8,11	5,19	1,68	9,06	16,89	9,80	34,94	14,33		

Sources : MS – DPCIS Annuaire des Statistiques Sanitaires ; Année 2015

Tableau 6.3: Répartition du personnel de santé exerçant dans l'administration sanitaire

	Spécialiste	Medecin	Dentiste	TSS	IDE	SFE	IMS	Autres	Total	%
Cabinet	1	4	3	2	1	0	0	44	55	4,03
Secrétariat général	1	5	1	0	3	0	6	12	28	2,05
DAF	0	0	0	0	2	0	0	20	22	1,61
DHP	0	0	0	0	11	1	23	5	40	2,93
DLM	7	8	7	20	18	5	6	44	115	8,42
DIMM	0	0	0	0	12	0	1	32	45	3,29
DMH	0	1	2	0	0	0	1	9	13	0,95
DPCIS	0	0	0	0	0	2	0	38	40	2,93
DPL	0	0	0	0	0	0	0	20	20	1,46
DRH	0	0	0	0	1	3	0	35	39	2,86
DSBN	1	4	0	8	5	21	1	27	67	4,90
Ecoles de santé	1	4	0	8	10	9	2	43	77	5,64
Autres structures	23	42	14	36	109	57	132	174	587	42,97
Personnel en instance	5	6	3	3	0	0	1	5	23	1,68
Personnel en formation	3	74	2	2	38	3	67	6	195	14,28
Total	42	148	32	79	210	101	240	514	1366	
%	3,07	10,83	2,34	5,78	15,37	7,39	17,57	37,63		

Sources : MS – DPCIS Annuaire des Statistiques Sanitaires ; Année 2015

Tableau 6.4: Ratio habitant par personnel de santé par willaya en 2015

Willaya	Population	Médecin	Infirmiers	Sage femme
Hodh Charghi	455 549	20 707	1 598	32 539
Hodh El Gharbi	303 574	18 973	1 946	23 352
Assaba	343 686	13 747	1 364	24 549
Gorgol	346 586	26 660	2 374	16 504
Brakna	314 948	14 316	1 944	8 288
Trarza	281 717	9 088	1 024	8 049
Adrar	61 347	6 135	705	6 816
Dakhlett Nouadhibou	131 506	5 718	1 478	4 697
Tagant	81 420	5 089	969	5 428
Guidimagha	281 222	23 435	1 814	20 087
Tiris Zemmour	54 045	5 405	1 228	6 756
Inchiri	21 348	4 270	562	5 337
Nouakchott Nord	180 482	16 407	1 842	3 539
Nouakchott Ouest	399 368	30 721	3 994	10 240
Nouakchott Sud	463 327	46 333	4 587	9 085
National	1 043 177	4 830	922	

Sources : MS – DPCIS Annuaire des Statistiques Sanitaires ; Année 2015

Annexe vii : Termes de références

(cf. pages suivantes)

TERMES DE REFERENCES SPECIFIQUES

Appui à la programmation dans le secteur de la santé en Mauritanie.

CONTRAT-CADRE BENEFICIAIRES 2013 - LOT n°8 : Santé
EuropeAid/132633/C/SER/multi

Demande de prestation n° FED/2016/ 374247

1. INFORMATION GENERALES

1.1 Située entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude nord et le 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude ouest, la Mauritanie est désertique à 80%, et les terres arables ne dépassent pas 0,2% de la superficie totale. Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, le reste du pays est constitué en grande partie d'alignements dunaires. Par ailleurs, la Mauritanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal.

Selon le dernier recensement, la population mauritanienne s'élève à 3.537.368 habitants en 2013 avec un taux de croissance de 2,77% et une densité de 3,43 habitants/km². La répartition de la population est marquée par des déséquilibres spatiaux importants, entre le nord désertique et la région du fleuve au sud. Au plan administratif, le pays est divisé, en 15 Wilayas, 55 Moughataa et 218 Communes respectivement dirigées par des Walis, des Hakems et des Maires. La capitale Nouakchott héberge 27,1% de la population du pays, tandis que l'Inchiri en abrite seulement 0,6 %.

1.2 La situation sanitaire de la Mauritanie est marquée par une morbidité et une mortalité élevées. En effet, bien qu'amélioré, le niveau des principaux indicateurs dans le domaine de la santé est en dessous des performances souhaitées.

D'après le MICS de 2011, la mortalité maternelle avait baissé entre 2001 et 2007 (626 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2011 face à 686 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2007), cependant le ratio actuel (582 décès pour 100 000 naissances vivantes d'après le Recensement General de la Population et de l'Habitat réalisé en 2013) reste l'un des plus élevés en Afrique. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est à peu près stagnant: d'après le MICS de 2011 on compte 114 décès pour 1000 naissances vivantes en 2011 (122 % en 2007) et la mortalité infantile est encore élevée à 75 décès pour 1.000 naissances vivantes. La Mauritanie est l'un des rares pays d'Afrique où la mortalité infantile n'a pas véritablement diminué au cours des dernières années. La prévalence de malnutrition chronique globale observée sur l'ensemble du territoire est de 15,9%, on relève ainsi une baisse par rapport à la période de soudure de l'année dernière où près de 23,4% des enfants de 0 à 59 mois se trouvaient en situation de malnutrition chronique.

Au niveau des indicateurs de couverture des populations cibles, en dehors de la vaccination qui a enregistré des résultats positifs, les autres indicateurs n'ont pas connu d'amélioration notable durant ces dernières années. A titre d'exemple, seulement 65% des accouchements sont assistés par des agents de santé qualifiés et moins de 20% des enfants avec de la fièvre reçoivent des médicaments antipaludiques (MICS 2011). En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, plus d'un quart de la population vit à plus de 5 km de distance d'une formation sanitaire fonctionnelle car la densité de la population en Mauritanie est l'une des plus basses dans le monde avec environ 3 habitants au km². En outre, avec une incidence de la pauvreté de 31% (Enquête sur les conditions de vie 2014), l'accessibilité financière est un problème: même si le niveau des dépenses de santé par paiement direct (43% en 2011-2013 des dépenses totales de santé selon le rapport des comptes de santé 2011-2013) est légèrement inférieur à la moyenne de l'Afrique Subsaharienne, seuls 13% de la population sont couverts par le régime national d'assurance maladie (Caisse Nationale

d'Assurance Maladie - CNAM) et les mutuelles de santé ne couvrent, quant à elles, que 0,3% de la population. Les groupes vulnérables sont les plus affectés par la charge financière des soins de santé. En outre, la gratuité des soins et les programmes subventionnés (paludisme et soins obstétricaux) sont sous-financés et inefficaces.

Pour ce qui est de la disponibilité des médicaments et des consommables, ils font défaut dans les structures de soins essentiellement en raison (i) de la crise financière de la Centrale d'achat du Ministère de la Santé (CAMEC) due principalement aux créances non honorées des prestataires publics, (ii) d'une absence d'une gestion moderne et autonome de la CAMEC, (iii) de sérieux problèmes de logistique, notamment de transport et de stockage et (iv) d'une centralisation hypertrophiée et d'une fragmentation des intervenants dans l'approvisionnement (OMS, 2011).

Au niveau du financement de la santé, selon la Revue des Dépenses Publiques (RDP) de 2011, les dépenses publiques de santé (DPS) par habitant (en termes réels) ont considérablement augmenté, passant de 14 \$ US en 2005 à 26 \$ US en 2011 (une augmentation de 83%): cette augmentation a profité en grande partie aux structures hospitalières. La faible efficience allocative des DPS est combinée avec une faible efficience technique. Les formations sanitaires ont également très peu d'autonomie de gestion.

Au niveau des ressources humaines, le ratio pour les médecins est d'environ 1,6 médecin pour 10 000 habitants. Bien que ce chiffre soit encore bas, il est au-dessus de l'indice de référence minimal recommandé par l'OMS (1 pour 10 000). Mais le principal problème est la mauvaise répartition des ressources humaines.

1.3. Le Ministère de la Santé (MS) a élaboré, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2012-2020. Ce PNDS fixe les orientations stratégiques pour 9 ans. Son opérationnalisation s'étale sur deux périodes consécutives : 2012-2015 et 2016-2020. Deux évaluations sont prévues durant la mise en œuvre dudit plan notamment, celle prévue à mi-parcours en 2016 et l'évaluation finale au terme de la mise en œuvre en 2020.

La stratégie du PNDS comprend quatre axes visant respectivement (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les accidents de la voie publique ; le cinquième axe transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien aux quatre axes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

L'évaluation à mi-parcours vise à (i) apprécier l'atteinte des résultats d'impact inscrits dans le PNDS 2012-2015 et les autres documents stratégiques, tels que les OMD, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté en Mauritanie (CSLP), la Politique Nationale de la Santé 2006-2015 (PNS), et (ii) en tirer des leçons afin d'élaborer la deuxième phase du PNDS couvrant la période 2016-2020 sur la base des leçons apprises et les changements survenus après 2011.

L'enjeu est de fournir aux acteurs intervenant dans la mise en œuvre de ce plan, les informations sur les progrès réalisés durant le processus de mise en œuvre en mettant en exergue les forces, faiblesses, les opportunités, les menaces, les contraintes identifiées et les leçons apprises pour poursuivre, réorienter et/ou inclure les actions et interventions novatrices afin d'optimiser les résultats attendus à terme.

L'Union européenne (UE), à travers sa Délégation en Mauritanie (DUE), compte appuyer sur la période 2017-2020 la mise en œuvre du PNDS dans le cadre du troisième secteur d'intervention du PIN 11^{ème} FED pour la Mauritanie. Le programme de l'UE pour l'appui au secteur de la santé (PASS) est en phase de formulation et sera approuvé au cours de l'année 2016.

2. DESCRIPTION DES PRESTATIONS

2.1 Objectifs généraux

La mission a deux objectifs:

- (1) évaluer la première phase (2012-2016) du PNDS 2012-2020, et
- (2) élaborer les documents de politique, de stratégies et de suivi et évaluation de la deuxième phase (2016-2020) du PNDS avec les documents connexes, en cohérence avec le nouveau programme sectoriel en appui au secteur de la santé de l'UE.

2.2 Objectif(s) particulier(s)

La mission a pour objectifs spécifiques de:

1. faire l'évaluation de des performances et de la mise en œuvre de la première phase du PNDS en vue de d'identifier les forces, les faiblesses et de formuler des recommandations pour la deuxième phase ;
2. élaborer le draft de la Politique nationale de santé (PNS) pour la période 2016-2030 ;
3. sur la base de l'évaluation de la 1ere phase du PNDS (2012-2015), redéfinir les orientations, les objectifs, et les stratégies à développer dans la 2^{ème} phase du PNDS (2016-2020),
4. élaborer le draft du budget du PNDS pour 2016-2020, y compris le CDMT;
5. proposer un plan de suivi-évaluation ;
6. élaborer le draft du Compact 2016-2020 ;
7. appuyer la mise en place du nouveau programme sectoriel en appui de la santé de l'UE

2.3 Services demandés

Les principales activités prévues pour atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus sont les suivantes :

2.3.1 Evaluation du PNDS 2012-2015

- Proposer une méthodologie d'évaluation du PNDS. Cette méthodologie devrait inclure: (i) la réalisation d'une revue documentaire y compris l'exploitation des résultats des différentes enquêtes telles que MICS, SARA, SMART... etc. ; (ii) l'appropriation de l'évaluation JANS; (iii) des entretiens avec les bénéficiaires, les utilisateurs et les partenaires techniques et financiers.
- Réaliser une analyse du système de santé, selon les six piliers définis par l'OMS, le « building blocks » à savoir : leadership et gouvernance ; fourniture de services, ressources humaines pour la santé ; système d'information sanitaire ; médicaments et produits médicaux et financement du système de santé ;
- Apprécier le degré de la mise en œuvre des réformes institutionnelles prévues dans le PNDS en identifiant les principales leçons apprises et points de blocage et en proposant de mécanismes pour une mise en œuvre réussie ainsi que le fonctionnement des organes de gestion, la qualité et l'utilisation des outils de planification et de suivi, la rationalisation dans l'utilisation des ressources, la collaboration intersectorielle et intra-sectorielle; ceci, dans la perspective d'une approche sectorielle ;
- Présenter les résultats obtenus, les forces et les faiblesses consécutifs à la mise en œuvre du PNDS 2012-2015
- Assurer la rédaction du rapport d'évaluation du PNDS 2012-2015 sur la base, entre autre de critères de pertinence, efficacité, impact, viabilité (analyse économique et financière).

2.3.2 Elaboration de la politique sanitaire 2016-2030

- Analyser la pertinence des orientations politiques de la PNS 2006-2015;
- Mettre en adéquation la vision politique et les orientations de la nouvelle Stratégie pour la Croissance Accélérée et Prospérité Partagée (SCAPP);

2015, les forces et les faiblesses, les recommandations pour la formulation de la deuxième phase du PNDS.

- R2** Le document de politique nationale de santé 2016-2030 est élaboré. Ce document devra contenir les grandes orientations du gouvernement pour le bien-être des mauritaniens, ainsi que les grands principes qui guideront l'élaboration des documents stratégiques.
- R3** La 2ème phase du PNDS couvrant la période 2016-2020 est élaborée. Ce document inclura entre autres: une analyse de la situation; un résumé des forces et faiblesses du système de santé, les priorités, un cadre de résultats ou un cadre logique et le budget;
- R4** Le CDMT 2016-2020 du Ministère de la Santé est élaboré, validé et disponible; ce document doit comprendre un diagnostic des dépenses pour le PNDS 2012-2015, une évaluation des dépenses, des ressources et du GAP de financement ainsi que la stratégie de mise en œuvre est disponible et validée.
- R5** Un Plan de suivi et évaluation est élaboré. Ce document décrit le dispositif et le mécanisme de suivi et évaluation, le plan de collecte des données, le cadre de performance, un plan de renforcement et la matrice des interventions PTFs-Etat;
- R6** Le document du Compact 2016-2020 est élaboré.
- R7** La mise en place du nouveau programme en appui au secteur de la santé du 11ème FED est facilitée.

2.5 Langue du contrat spécifique

Toute communication, tout document et tout rapport doit être établi en français.

2.6 Sous-traitance

La sous-traitance n'est pas autorisée.

3. PROFIL DES EXPERTS ou EXPERTISE DEMANDÉE

Le prestataire est responsable du team-building de l'équipe d'experts et doit garantir leur effective opérationnalité sur le terrain depuis le premier jour de mission. Les experts seront amenés à travailler ensemble pour des périodes assez longues dans un contexte difficile et devront faire preuve de capacité de travail d'équipe et donner en permanence une image professionnelle auprès des interlocuteurs et bénéficiaires.

Le prestataire doit garantir que les experts sont aptes à travailler dans des conditions de terrain parfois difficiles et éprouvantes pour le physique.

En cas d'indisponibilité des experts immédiatement après la signature du contrat, une pénalité de 10% du montant global du contrat sera automatiquement appliquée quels que soient les motifs invoqués par le prestataire (y compris de santé, car le cas est malheureusement devenu trop fréquent, à un point où il convient de s'interroger si certains bureaux d'études proposent vraiment des CV d'experts réellement disponibles ou se préoccupent surtout d'emporter le marché avec un très bon CV quitte à proposer quelqu'un d'autre dès le contrat signé), compte tenu du préjudice (retard, surcoût) que l'indisponibilité du ou des experts aura sur le bon déroulement du projet. La pénalité n'est donc en aucun cas une sanction infligée au prestataire mais la juste réparation du préjudice subi par le projet en termes de retard et de surcoût de gestion.

La mission assignée au prestataire devra être assurée par une équipe de 3 experts pour 275 hommes/jour.

Cette mission est coiffée par un chef de mission qui assumera la responsabilité de la production des documents.

2015, les forces et les faiblesses, les recommandations pour la formulation de la deuxième phase du PNDS.

- R2** Le document de politique nationale de santé 2016-2030 est élaboré. Ce document devra contenir les grandes orientations du gouvernement pour le bien-être des mauritaniens, ainsi que les grands principes qui guideront l'élaboration des documents stratégiques.
- R3** La 2ème phase du PNDS couvrant la période 2016-2020 est élaborée. Ce document inclura entre autres: une analyse de la situation; un résumé des forces et faiblesses du système de santé, les priorités, un cadre de résultats ou un cadre logique et le budget;
- R4** Le CDMT 2016-2020 du Ministère de la Santé est élaboré, validé et disponible; ce document doit comprendre un diagnostic des dépenses pour le PNDS 2012-2015, une évaluation des dépenses, des ressources et du GAP de financement ainsi que la stratégie de mise en œuvre est disponible et validée.
- R5** Un Plan de suivi et évaluation est élaboré. Ce document décrit le dispositif et le mécanisme de suivi et évaluation, le plan de collecte des données, le cadre de performance, un plan de renforcement et la matrice des interventions PTFs-Etat;
- R6** Le document du Compact 2016-2020 est élaboré.
- R7** La mise en place du nouveau programme en appui au secteur de la santé du 11ème FED est facilitée.

2.5 Langue du contrat spécifique

Toute communication, tout document et tout rapport doit être établi en français.

2.6 Sous-traitance

La sous-traitance n'est pas autorisée.

3. PROFIL DES EXPERTS ou EXPERTISE DEMANDÉE

Le prestataire est responsable du team-building de l'équipe d'experts et doit garantir leur effective opérationnalité sur le terrain depuis le premier jour de mission. Les experts seront amenés à travailler ensemble pour des périodes assez longues dans un contexte difficile et devront faire preuve de capacité de travail d'équipe et donner en permanence une image professionnelle auprès des interlocuteurs et bénéficiaires.

Le prestataire doit garantir que les experts sont aptes à travailler dans des conditions de terrain parfois difficiles et éprouvantes pour le physique.

En cas d'indisponibilité des experts immédiatement après la signature du contrat, une pénalité de 10% du montant global du contrat sera automatiquement appliquée quels que soient les motifs invoqués par le prestataire (y compris de santé, car le cas est malheureusement devenu trop fréquent, à un point où il convient de s'interroger si certains bureaux d'études proposent vraiment des CV d'experts réellement disponibles ou se préoccupent surtout d'emporter le marché avec un très bon CV quitte à proposer quelqu'un d'autre dès le contrat signé), compte tenu du préjudice (retard, surcoût) que l'indisponibilité du ou des experts aura sur le bon déroulement du projet. La pénalité n'est donc en aucun cas une sanction infligée au prestataire mais la juste réparation du préjudice subi par le projet en termes de retard et de surcoût de gestion.

La mission assignée au prestataire devra être assurée par une équipe de 3 experts pour 275 hommes/jour.

Cette mission est coiffée par un chef de mission qui assumera la responsabilité de la production des documents.

3.1 Nombre d'experts demandés par catégorie et nombre de jours homme par expert

- Un expert international en santé publique et planification sanitaire (Chef de mission) : Catégorie II pour 215 jours de prestation ;
- Un expert en économie de la santé et budgétisation : Catégorie II pour 40 jours de prestation ;
- Un expert en suivi et évaluation : Catégorie II pour 20 jours de prestation ;

3.2 Profil par expert ou expertise demandée:

Chef d'équipe– Expert en santé publique et en planification stratégique pour 215 jours prestés:

<i>Qualifications et compétences Minimum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplôme universitaire Bac +5 en santé publique ou autre discipline pertinente ▪ Maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Power point, etc...). ▪ Excellente maîtrise de la langue française
<i>Expérience professionnelle générale Minimum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 ans d'expérience générale dans le domaine de la santé ▪ 5 expériences à l'échelle internationale
<i>Expérience professionnelle spécifique Minimum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 expériences dans l'évaluation des systèmes de santé et/ou dans la planification sanitaires; ▪ 3 expériences dans l'élaboration de politiques d'envergure nationales dans le secteur de la santé;
<i>Expérience souhaitable constituant un atout supplémentaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une maîtrise des outils de budgétisation (MBB ; One Health. tool. ;)

Expert 2 -- Expert en économie de la santé et budgétisation pour 40 jours prestés:

<i>Qualifications et compétences Minimum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplôme universitaire (Bac+5) en économie ou statistique ou autre discipline similaire ou pertinente ▪ Maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Power point, ...). ▪ Excellente maîtrise de la langue française
<i>Expérience professionnelle générale Minimum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 ans d'expériences dans le domaine de l'économie et /ou planification ▪ 3 expériences à l'échelle internationale
<i>Expérience professionnelle spécifique Minimum:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 expériences en finances publiques et/ou en programmation budgétaire dans le secteur de la santé; ▪ 2 expérience d'analyses/études en économie de la santé et /ou de cadres de dépenses à moyen terme dans le secteur de la santé
<i>Expérience souhaitable constituant un atout supplémentaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maîtrise des outils de budgétisation (MBB ; One Health. tool. ;) ▪ Connaissance de la mise en place des fonds communs de santé et/ou systèmes d'achat de services sanitaires

Expert 3- Expert en suivi et évaluation pour 20 jours prestés

<i>Qualifications et compétences Minimum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplôme universitaire en sciences sociales, planification, statistique ou autre diplôme pertinent (Bac+5 au moins), ▪ Maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Power point, etc...). ▪ Excellente maîtrise de la langue française
<i>Expérience</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 ans d'expérience dans la gestion ou suivi-évaluation de projets

<i>professionnelle générale Minimum</i>	<ul style="list-style-type: none"> /programmes; ▪ 1 expérience dans la gestion ou suivi-évaluation des programmes de santé
<i>Expérience professionnelle spécifique Minimum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 expériences dans l'appui à l'élaboration de plans de suivi-évaluation de politiques nationales et d'indicateurs de suivi. ▪ 2 expériences dans l'appui à l'élaboration des plans de suivi-évaluation programmes/projets et l'élaboration des indicateurs
<i>Expérience souhaitable constituant un atout supplémentaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance du système de santé en Afrique subsaharienne

4. LIEU ET DUREE

4.1 Lieu

La mission se déroulera en République Islamique de Mauritanie, à Nouakchott et à l'intérieur du pays en cas de besoin.

Les 3 experts travailleront directement au sein du Ministère de la santé. L'un ou tous les experts pourra(ont) se déplacer à l'intérieur du pays pour collecter des informations utiles pour l'évaluation et pour l'estimation des cibles au niveau régional.

4.2 Calendrier et durée

Le calendrier indicatif est le suivant :

	Total	1 mai- 16	2 juin- 16	3 juil.- 16	4 août- 16	5 sept.- 16	6 oct.- 16	7 nov.- 16	8 déc.- 16	9 janv.- 17	10 févr.- 17	11 mars- 17	12 avr.- 17	13 mai- 17
<i>Expert en santé / planification</i>	215	16	20	14		15	22	22		20	20	22	22	22
<i>Expert en stat ou économie</i>	40	16	14	10										
<i>Expert en suivi et évaluation</i>	20	15	5											
<i>Total H/j</i>	275	47	39	24	0	15	22	22	0	20	20	22	22	22

La mission est déclinée en deux phases. La première verra l'intervention des trois experts et sera dédiée à l'élaboration des résultats 1 à 7. La deuxième verra seulement l'intervention de l'expert chef de mission et consistera dans le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des livrables relatifs aux résultats 1 à 6 et à l'appui continu au ministère de la santé et les parties impliqués dans le cadre du résultat 7.

5. REPORTING

Rapports à présenter:

1. Méthodologies révisées

Après 4 jours du démarrage de chaque mission de terrain et après discussion avec l'autorité contractante et les autorités concernées, le prestataire soumettra une méthodologie de 7 pages maximum, comprenant le calendrier de mise en œuvre des tâches. Dans le cas de la première phase, la méthodologie doit avoir une vision d'ensemble de la planification de la totalité de la mission et doit spécifier l'ordre de présentation des drafts des document suivants: (i) rapport d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS (R1), (ii) draft du document de la PNS (R2), (iii) draft de la deuxième phase du

PNDS (R3), (iv) draft du CDMT 2016-2020 du Ministère de la Santé (R4), (v) draft du plan de suivi et évaluation (R5); (vi) draft du Compact (R6).

La DUE et le MS disposeront ensuite de 4 jours calendaires pour faire leurs éventuelles observations par écrit.

2. Les fiches bihebdomadaires

Tout au cours de la mission, le prestataire présentera, au plus tard le lundi de la semaine suivante, une fiche résumant les activités effectuées par les experts au cours des deux semaines précédentes (max 2 page par fiche)

3. Les aide-mémoire

Un aide-mémoire de 5 pages maximum doit être remis deux jours avant le débriefing final de la première phase de la mission. Ce document servira de base à la restitution des résultats (débriefing). La restitution devra être effectuée devant les représentants du MS, de la DUE et des autres parties impliqués. Ces institutions ont un délai de 1 semaine pour émettre des commentaires sur l'aide-mémoire, qui seront pris en compte dans le rapport provisoire.

Un aide-mémoire de 5 pages maximum avec des annexes doit être remis deux jours avant le débriefing final de la deuxième phase de la mission. Ce document servira de base à la restitution des résultats (débriefing). La restitution devra être effectuée devant les représentants du MS, de la DUE et des autres parties impliqués. Ces institutions ont un délai de 1 semaine pour émettre des commentaires sur l'aide-mémoire, qui seront pris en compte dans le rapport provisoire.

4. Le rapport de la première phase de la mission

À la fin de la première phase de la mission, deux semaines maximum après réception des commentaires sur l'aide-mémoire, la version provisoire complète du rapport de la mission (10 pages au maximum) avec ses annexes doit être soumise. Le rapport et ses annexes doivent tenir compte des observations sur l'aide-mémoire. Les annexes obligatoires au rapport sont les livrables prévus par les R1-6: (i) rapport d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS (R1), (ii) draft du document de la PNS (R2), (iii) draft de la deuxième phase du PNDS (R3), (iv) draft du CDMT 2016-2020 du Ministère de la Santé (R4), (v) draft du plan de suivi et évaluation (R5); (vi) draft du Compact (R6). Le prestataire peut décider d'y ajouter d'autres annexes. Le rapport provisoire sera envoyé en version électronique à la DUE et au MS qui se chargeront de la distribution auprès des autres parties impliqués. Les différentes parties ont deux semaines pour émettre des commentaires sur la version provisoire. Par la suite, le prestataire aura deux semaines pour remettre le rapport et ses annexes dans la version finale, qui sera envoyée à la DUE et au MS en version électronique et en 10 copies papier après approbation définitive.

3. Le rapport trimestriel et final de la mission

Des rapports seront présentés à la fin de chaque trimestre de la deuxième phase de la mission (5 pages maximum) et à la fin de la deuxième phase de la mission (40 pages max). Une version provisoire du rapport avec ses annexes doit être soumise en version électronique, à la DUE et à la CAON qui se chargeront de la distribution auprès des autres parties impliqués. Les différentes parties ont deux semaines pour émettre des commentaires sur la version provisoire. Par la suite, le prestataire aura deux semaines pour remettre le rapport et ses annexes dans la version finale, qui sera envoyée à la DUE, à la CAON et au MS en version électronique et en 6 copies papier après approbation définitive. Sans l'envoi de commentaire par les parties prenantes courant le mois suivant leur présentation, les rapports sont à considérer comme approuvés.

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).

Tous les rapports devront être rédigés en langue française et, une fois approuvés, produits en 10 copies.

6. DEPENSES ACCESSOIRES

Le contrat est à prix forfaitaires.

7. SUIVI ET EVALUATION

La Mission sera encadrée par un groupe formé de représentants du Ministère de la Santé, de la Cellule d'Appui à l'Ordonnateur National et de la Délégation de l'Union européenne en Mauritanie. Le groupe veillera à ce que les experts aient accès à toutes les informations nécessaires pour la bonne conduite de leur mission. Des réunions hebdomadaires sont prévues pour faire le suivi de la mission.

D'autres réunions de suivi ou d'orientation pourront avoir lieu en fonction des besoins. Le Directeur de la Planification, la Coordination et de l'Information Statistique (DPCIS) sera le point focal pour le Ministère de la Santé ainsi que les chargés de programme de la Cellule d'Appui à l'Ordonnateur National du FED et de la Délégation de l'Union Européenne. La Délégation de l'Union Européenne sera chargée de coordonner les contacts de la Mission avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers du secteur.

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

Le consultant doit consulter le site de l'Ambassade de France afin d'avoir les informations à jour sur la situation sécuritaire dans le pays ainsi que les mesures à prendre.

ANNEXES

Liste non limitative des documents de référence

- PNDS 2012-2020
- Politique national de santé
- Compact national
- Les comptes nationaux de santé en 2012,
- Audit institutionnelle du Ministère de la Santé
- L'étude Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA) en 2013.
- L'enquête de base des SONU
- L'enquête de disponibilité des services et produits de la santé de la reproduction

Toute la documentation sera mise à la disposition des experts par le Ministère de la Santé