

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité - Justice



MINISTERE DE LA SANTE

PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE
(2012-2020)

RAPPORT D'ANALYSE DE SITUATION DU SECTEUR DE LA SANTE

TABLE DE MATIERES

Partie	Numéro de page
Acronymes	3
Liste des tableaux	6
Liste des graphiques	7
Première partie : Introduction et généralités	9
1. Introduction	9
2. Historique	13
2.1. Evolution historique de la Mauritanie: principaux événements	13
2.2. Historique de la Politique Nationale de Santé	13
3. Profil du pays	15
3.1. Situation géographique, démographique et socioculturelle	17
3.2. Situation politique, administrative et de gouvernance	18
3.3. Situation économique, éducative et d’alphabétisation	20
Deuxième partie : Analyse de la situation	22
1. Profil sanitaire	22
1.1. Profil épidémiologique	22
1.1.1. Maladies transmissibles	24
1.1.2. Maladies non transmissibles	29
1.1.3. Malnutrition	31
1.1.4. Niveaux et causes de mortalité maternelle et infanto-juvénile	31
1.2. Profil du Système de santé	33
1.2.1. Organisation du système de santé	33
1.2.2. Analyse des principales composantes du système de santé	37
⇒ 1.2.2.1. Prestations des services essentiels de santé	38
⇒ 1.2.2.2. Disponibilités des ressources humaines efficaces	44
⇒ 1.2.2.3. Produits pharmaceutiques, vaccins et technologies	53
⇒ 1.2.2.4. Information, recherche et gestion de la connaissance	59
⇒ 1.2.2.5. Financement de la santé	63
⇒ 1.2.2.6. Leadership et gouvernance	65
1.2.3. Principaux résultats de la Revue des dépenses publiques de santé	75
2. Performance du système de santé	88
2.1. Résultats d’impact sur la santé des populations	88
2.2. Résultats d’effet sur le fonctionnement des services de santé	91
2.3. Analyse des goulots d’étranglement pour les interventions à haut impact sur les OMD	104
2.4. Analyse de l’équité dans la couverture par certaines interventions à haut impact sur les OMD	111
3. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces	114
4. Synthèse des principaux problèmes de santé	141

Acronymes et Abréviations

AC	Administration centrale
AL	Administration locale
APD	Aide publique au développement
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
AVP	Accidents de la voie publique
BDD	Base de données
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CCSC	Communication pour le changement sociale et de comportement
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CME	Centre mère et enfant
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNC	Centre national de cardiologie
CNH	Centre national d'hygiène (actuel INRSP)
CNO	Centre national d'oncologie
CNORF	Centre national d'orthopédie et réadaptation fonctionnelle
CNPP	Comité national de pilotage du PNDS
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de santé
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CTA ou ACT	Combinaison thérapeutique antipaludéenne
DMH	Direction de la médecine hospitalière
DPCIS	Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire
DPL	Direction de la pharmacie et des Laboratoires
DPS	Dépense publique de santé
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
DS	Déviations standards
E.SMART	Enquête nutritionnelle "Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition"
EDSM	Enquête démographique et de santé de Mauritanie
EMIP	Enquête mortalité infantile et paludisme
EPA	Etablissement public à caractère administratif
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
FMI	Fonds monétaire international
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins
GRH	Gestion des ressources humaines
HA	Hôpital de l'amitié
HPV	Herpès papillome virus
HR	Hôpital régional

HTA	Hypertension artérielle
IEC	Information éducation communication
IHP+	Partenariat international pour la santé
INRSP	Institut national de recherche en 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
MAED	Ministère des affaires économiques et du développement
MBB	Marginal Budgeting for Bottlenecks
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 néonatale
MS	Ministère de la santé
NP	Niveau primaire
NS	Niveau secondaire
NT	Niveau tertiaire
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMVS	Organisation de la mise en valeur du fleuve Sénégal
ONS	Office national des statistiques
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies de lutte contre le sida
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDM	Plan de développement de la moughata
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 sanitaire
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
PNS	Politique nationale de santé
PNSBD	Programme national de santé buccodentaire
PNSM	Programme national de santé mentale
PNTL	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPN	Politique pharmaceutique nationale
PS	Poste de santé
PSDRH	Plan stratégique de développement des ressources humaines
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
PZT	Primes de zone et de technicité
RC	Relai communautaire
RDPS	Revue des dépenses publiques
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	Ressources humaines de la santé
RSS	Renforcement du système de santé
SG/MS	Secrétaire général du ministère de la santé
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SNIGS	Système national d'information et de gestion de la Santé
SNIS	Système national d'information sanitaire
SONUB ou C	Soins obstétricaux et néonataux de base ou complets
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé de la reproduction
SRC	Système de recouvrement des coûts
SRO	Solution de réhydratation orale
SSB	Soins de santé de base
TB	Tuberculose
TBS	Taux brut de scolarité
UCS	Unité de coordination du SIDA
UM ou MRO	Ouguiya
VAR	Vaccin anti-rougeoleux
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
ND	Noyau dur du comité technique
CT	Comité technique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Numéro de Page
Tableau 1: Indicateurs démographiques et socio-économiques	16
Tableau 2: Principaux indicateurs épidémiologiques	22
Tableau 3 : Répartition des structures publiques de santé par wilaya et par type de structure	33
Tableau 4: Ratios des ressources pour la santé	37
Tableau 5 : Répartition des infirmiers et sages femmes en cours de formation au sein de l'ENSP Année de référence (2010)	47
Tableau 6 : Répartition des infirmiers et sages femmes en cours de formation au sein de l'ESPK Année de référence (2010)	48
Tableau 7 : Evolution des parts des sources de financement dans la DPS, 2005-2010	76
Tableau 8 : DPS per capita et par région entre 2005 et 2010, en UM courantes	86
Tableau 9: Résultats d'impact liés aux cibles des OMD	88
Tableau 10: Indicateurs d'Effet	91
Tableau 11 : Suivi des mesures et réformes retenues dans la PNS	93

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique	Numéro de page
Graphique 1: Evolution de la DPS en tant que % du PIB et des dépenses totales de l'Etat, 2005-2010	75
Graphique 2: Evolution de la DPS per capita en UM constantes, 2005-2010	76
Graphique 3: Evolution des parts des sources de financement dans la DPS, 2005-2010	77
Graphique 4: DPS par axe stratégique, 2005-2010	77
Graphique 5: Structure moyenne de la DPS par axe stratégique, 2005-2010	78
Graphique 6: Dépenses du Gouvernement en Santé per capita en 2009, US\$	79
Graphique 7: Part en % de la santé dans les dépenses du Gouvernement, 2009	79
Graphique 8: DPS par OMD, 2005-2010	81
Graphique 9: Part moyenne de chaque niveau de prestation dans les dépenses du MS, 2005-2010	82
Graphique 10: Structure moyenne de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010	83
Graphique 11: Composition moyenne des dépenses du MS par type de structure prestataire, 2005-2010	83
Graphique 12: Structure moyenne de la DPS par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010	84
Graphique 13: DPS par milieu de résidence, moyenne de la période 2005-2010	85
Graphique 14: Evolution de la structure de la DPS par milieu entre 2005 et 2010	85
Graphique 15: Dépenses du MS par milieu de résidence, 2005-2010	86
Graphique 16: DPS moyenne per capita et par région, 2005-2010, en UM courantes	87
Graphique 17: Gap entre la tendance actuelle de la mortalité infanto-juvénile et l'OMD	89
Graphique 18 : Gap entre la tendance actuelle de la mortalité maternelle et l'OMD	89
Graphique 19 : Evolution du taux d'accouchement assisté et du taux de couverture vaccinale (PENTA3)	90
Graphique 20 : Nombre de cas annuels de Paludisme entre 2005 et 2010	90
Graphique 21: Prévalence de la TB/100.000 Hb, 2005-2010	90
Graphique 22: Prévalence du VIH-SIDA chez les femmes enceintes, 2005-2010	91
Paquet prévention communautaire du paludisme, eau hygiène et assainissement	104
Paquet alimentation du nourrisson et du jeune enfant	104
Paquet PCIME communautaire	104
Paquet espacement des naissances et utilisation des préservatifs	106
Paquet de Suivi prénatal et de prévention des complications de grossesse	106
Paquet prévention du VIH et PTME	106
Paquet de vaccination et prévention des maladies de l'enfant	107
Paquet Prise en charge de l'accouchement et soins périnataux	108
Paquet Prise en charge clinique des maladies de l'enfant et de l'adulte	108
Paquet de prise en charge accouchement, soins périnataux et prise en charge des maladies, au premier niveau de référence	109
Paquet de prise en charge accouchement, soins périnataux et prise en charge des	109

maladies au deuxième niveau de référence	
Graphique 34: Evolution des niveaux de couverture de certaines interventions à haut impact, par rapport au niveau de pauvreté	111
Graphique 35: Evolution des niveaux de couverture de certaines interventions à haut impact, par rapport au milieu (urbain, rural)	112
Graphique 36: Evolution des niveaux de couverture de certaines interventions à haut impact par région	112

Première partie: Introduction et généralités

1. Introduction

La Mauritanie a adhéré en signant le Compact Global, à l'initiative du Partenariat International pour la Santé (IHP+), le 17 mai 2010 à Genève, en marge de la 63ème Assemblée Mondiale de la Santé.

Suite à cette adhésion, le Gouvernement Mauritanien et ses Partenaires ont convenu, en mi-2010, d'élaborer un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant le moyen terme et servant de base à toute action de santé dans le Pays. Ce PNDS servira de base à l'élaboration du Compact National, traduction nationale du Compact Global.

Ainsi, une feuille de route fut adoptée en octobre 2010 décrivant le processus d'élaboration de ce PNDS avec quatre phases principales : (i) une analyse de la situation y compris une revue des dépenses publiques de santé, (ii) des choix stratégiques pertinents en parfaite cohérence avec les priorités du secteur et avec les engagements internationaux de la Mauritanie pour la santé, (iii) la rédaction et l'adoption du document de PNDS et (iv) l'élaboration et la signature d'un Compact national. Le présent rapport couronne la première étape (analyse de situation).

Le processus d'analyse de situation de la santé en Mauritanie a été mis en œuvre selon une approche participative et multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes (Services du Ministère de la santé à différents niveaux, PTF du secteur, secteurs connexes, société civile, secteur privé...) Il a bénéficié d'un appui financier et technique des Partenaires du secteur, plus particulièrement de l'IHP+/OMS, de la Banque Mondiale et de l'UNICEF.

Ce processus a été conduit en huit étapes :

a. Sur le plan organisationnel :

Pour la mise en place du dispositif institutionnel chargé du processus d'élaboration du PNDS, dès son lancement, le Gouvernement a mis en place¹ :

- un Comité de pilotage (CP) comprenant des représentants de toutes les parties prenantes (partenaires techniques et financiers, Ministères concernés et la société civile...).
- un Comité technique reflétant, au niveau technique, la composition du Comité de pilotage. Il assure les validations techniques, prépare et facilite les adoptions par le Comité de pilotage ;
- un Comité d'appui essentiellement composé de représentants des Directions centrales du Ministère de la santé et un représentant des PTF .Cette structure travaille avec l'appui, quasi permanent, du Consultant pour la réalisation des tâches convenues dans la feuille de route ;

Le comité de pilotage a commencé par adopter une feuille de route s'étalant sur plusieurs mois et ayant pour objectifs d'adopter un Plan national de développement

¹ Mis en place par arrêté du ministre de la santé

sanitaire et un cadre de dépenses à moyen terme, puis de préparer la signature du compact national.

- b. **Formation des membres du noyau dur** sur la méthodologie et sur l'utilisation du MBB² : l'utilisation du MBB comme outil d'analyse, de planification et de costing des interventions à haut impact sur les OMD a nécessité l'organisation d'une formation du ND-CT sur cet outil et sur la méthodologie à suivre, l'approche adoptée vise, entre autres résultats, le renforcement des capacités nationales en planification stratégique et la véritable appropriation des documents stratégiques qui seront élaborés et adoptés.
- c. **Lancement officiel du processus** par le Ministre de la santé lors d'un atelier national auquel ont pris part (i) les responsables du Département, (ii) des responsables des ministères des Finances, des Affaires économiques et du Développement, (iii) des représentants des PTF bilatéraux et multilatéraux, ainsi que (iv) des représentants de la société civile y compris le secteur médical privé. Cette rencontre a permis (a) d'informer et de sensibiliser sur le processus « PNDS », (b) d'apporter les clarifications nécessaires sur la méthodologie et la feuille de route et (c) de prendre en compte les attentes et les recommandations des participants : Ces derniers ont insisté sur les deux recommandations suivantes :
- prendre le temps nécessaire pour une solide analyse de situation considérée par tous comme indispensable à une programmation efficace ;
 - impliquer les différents intervenants, tout au long du processus, soit directement, soit indirectement, à travers des représentants de groupes.
- d. **Collecte des données** : Elle est faite à travers une revue de la documentation et des missions de terrain dans quatre wilayas. Ainsi, l'ensemble de la documentation disponible fut collectée (Politiques et plans, rapports d'enquêtes et d'évaluations, annuaires statistiques, autres documents sur le secteur) et une liste de données nécessaires fut établie à partir de l'application MBB et des besoins d'analyse des autres interventions complémentaires. La mission exploratoire menée dans quatre wilayas³ a visé (i) la collecte des données complémentaires disponibles ; (ii) la sensibilisation des responsables de santé, à différents niveaux sur le processus et la collecte de leurs avis, tant sur les aspects techniques que gestionnaires, (iii) les échanges avec les bénéficiaires – à la sortie des structures de santé – autour de leurs préoccupations, (iv) et l'observation des structures visitées, afin de se faire une idée, la plus complète possible, du système de santé périphérique et intermédiaire.

² *Le Marginal Budgeting for Bottlenecks ou MBB est un outil de planification et de budgétisation, développées par l'UNICEF et la Banque Mondiale, et centré sur les interventions à haut impact sur les OMD. Il permet – à partir d'une analyse de la situation épidémiologique et du système de santé – de proposer les impacts, les effets (couvertures) et les produits les plus pertinents ainsi que les ressources additionnelles nécessaires à leur atteinte ; le MBB est utilisé dans plusieurs pays dans différents continents pour aider la planification axée sur les résultats en permettant d'objectiver le lien entre les résultats attendus et les ressources additionnelles nécessaires.*

³ Assaba, Tagant, Brakna et Nouakchott

Dans chaque wilaya, l'équipe a visité la DRAS, l'hôpital régional, deux centres de santé et plusieurs postes de santé. Elle a aussi tenu une réunion regroupant les différents responsables de la santé et permettant un échange actif sur les différentes insuffisances du système de santé régional. Ces échanges – qui étaient très participatifs et très francs – ont mis en exergue les différents problèmes du SS au niveau régional et opérationnel.

Saisie, consolidation et analyse des données : L'ensemble des données collectées ont été saisies, d'une part, dans l'application MBB, pour tous les aspects liés à l'analyse du système de santé et aux interventions à haut impact sur les OMD et d'autre part, dans des outils confectionnés à cet effet pour les autres aspects complémentaires d'analyse du système de santé.⁴ Une série de rencontres a été organisée pour consolider et obtenir un consensus autour des données utilisées:

- L'atelier national de consolidation et de validation des données, tenu en janvier 2011, regroupant les membres du Comité technique et élargi aux différents responsables de la santé (directeurs centraux, coordinateurs de programmes, chefs de services, ...) puis les représentants des PTF, a permis des discussions franches autour des données proposées ;
 - Répartition du Comité d'appui (CA) en quatre sous-comités chargés de l'analyse causale des thématiques : (i) interventions à haut impact sur les OMD, (ii) maladies non transmissibles et maladies négligées, (iii) secteur hospitalier et tertiaire, et (iv) pilotage, gestion, financement et suivi-évaluation ;
 - Les produits du travail de ces sous-comités ont été repris et consolidés lors de la retraite⁵ organisée en fin février 2011. Les analyses causales furent complétées et améliorées en même temps que l'adoption du canevas de rédaction du présent rapport d'analyse de situation ;
 - Avant la rédaction de ce rapport, un atelier a été organisé en mars 2011 avec un groupe de responsables et de personnes ressources, pour obtenir le consensus sur l'analyse causale.
- e. **Revue des dépenses publiques de santé** : Une revue des dépenses publiques de santé (RDPS) fut menée par le CA avec une assistance technique nationale et internationale pour analyser la situation du financement du secteur. Les principaux tableaux financiers ont permis d'analyser l'efficacité de la dépense et d'estimer le coût actuel ou coût de base qui servira dans l'estimation des projections financières du CDMT du secteur.

La RDPS en Mauritanie se fonde sur l'analyse parallèle et le croisement de plusieurs sources d'information, à savoir, les comptes publics, les bases de données financières, les systèmes d'information sanitaires existants ainsi que les données primaires provenant de questionnaires auprès des prestataires publics, de la CNAM, des Partenaires Techniques et Financiers.

⁴ Le cadre de la mise en œuvre de la DO a été utilisé à cet effet

⁵ A l'extérieur de Nouakchott pendant cinq jours

- f. **Rédaction d'un premier draft de rapport d'analyse de situation** : l'analyse des données et les résultats de la RDPS ont servi de base à la rédaction du présent rapport. Le partage interne au CA et l'effort participatif des différents membres ont permis sa finalisation.
- g. **Validation du rapport d'analyse de situation** : le présent DRAFT a été soumis à la validation lors d'un atelier organisé en fin mai 2011, afin d'obtenir un consensus autour des priorités du secteur.

2. Historique

2.1. Evolution historique de la Mauritanie: principaux évènements

1960: Indépendance de la République Islamique de la Mauritanie

1964: Adoption de la constitution qui fit de la Mauritanie un État monopartite à régime présidentiel, le Parti du peuple mauritanien devenant le seul parti autorisé.

1973 : Sortie du pays de la zone Franc et création de la monnaie nationale, l'Ouguiya

1973 : Nationalisation de la MIFERMA remplacée par la SNIM

1991: Adoption de la Constitution qui consacra le multipartisme comme base politique de gestion du pays et en 1992: Premières élections multipartites

2000: Adoption du premier CSLP couvrant la période 2001-2005

2001: Troisièmes élections législatives et cinquièmes élections municipales, depuis 1991

2006 : Adoption d'une nouvelle Constitution

2006 : Adoption du 2e CSLP 2006-2010

2007 : Nouvelles élections supervisées par une commission électorale nationale indépendante

2009 : Dernières élections présidentielles supervisées par une commission électorale nationale indépendante et un gouvernement d'union nationale, après une crise politique solutionnée par les accords de Dakar, puis élection de l'actuel Président de la République au suffrage universel

2010 : Adoption du CSLP 3 allant de 2011 à 2015.

2.2 . Historique de la Politique Nationale de santé

Depuis son indépendance, la Mauritanie a toujours intégré l'action sanitaire dans le cadre de sa politique gouvernementale. Mais, il a fallu attendre les années 80 pour assister à l'orientation de la politique sanitaire vers la satisfaction des besoins du plus grand nombre de la population dans le cadre des soins de santé primaires (SSP).

Au départ, on assiste à la formation d'agents de santé communautaires (ASC) au Trarza (PRSSR) de 1979 à 1983 et à l'organisation des journées de vaccination entre 1980 et 1987. Les soins préventifs dominent sur le curatif.

Cependant, les choses vont changer avec l'adoption de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987 pour renforcer les SSP ; en effet, le concept de SSP va se focaliser sur les aspects de recouvrement de coûts. L'expérimentation avec succès de l'IB dans deux districts (Ouad Naga au Trarza et Kankossa en Assaba) a entraîné sa généralisation prématurée en une année (1992 - 1993) à tout le pays à cause des pressions politiques.

En 1994 la Direction de la Pharmacies et du Médicament (DPM) ne pouvant plus satisfaire les demandes, les ruptures de stocks de médicaments furent de plus en plus fréquentes et eurent raison de cette initiative. En effet, l'offre limitée par rapport à une demande galopante, les faibles capacités de transport et de stockage des médicaments essentiels (ME),

le manque de disponibilité de devises, contrastant avec des avoirs en trésor substantiels, entraînent des ruptures de stock de médicaments de plus en plus fréquentes.

Cette situation, tant décriée par les usagers des services de santé, engendra la constitution d'un marché « du médicament » informel et de systèmes parallèles d'approvisionnement tels les « Pharmacies sous les arbres » et autres dépôts de médicaments privés, parfois clandestins, échappant à tout contrôle et, de surcroît, parfois alimenté à partir du secteur public. L'anarchie et le manque de régulation du secteur pharmaceutique privé viendront assombrir ce tableau, mettant en cause la qualité et le prix de tout médicament consommé par un patient.

Il faut mentionner que, successivement, la priorité dans l'action de santé fut donnée au niveau hospitalier (années 60 à 80) puis au niveau primaire (les années 90) puis, concomitamment, aux deux (au début des années 2000) et enfin, retour à une priorité au niveau hospitalier (en 2009).

En résumé, trois périodes se dégagent :

- a. Une première période allant de **l'indépendance à la fin des années 70**
 - Orientations nationales de santé limitées dans un «Document national du Ministère du Plan»
 - Actions essentiellement **curatives et hospitalières**, exception faite de l'action mondiale d'éradication de la Variole
 - Faible couverture sanitaire, essentiellement assurée par quelques dispensaires fournissant des soins **ambulatoires** et une mise en observation
 - Ressources limitées mais meilleure gouvernance.
- b. Une deuxième période allant de la **fin des années 70 au début des années 90**
 - Les premiers documents sectoriels de planification apparaissent sous forme de plans sanitaires
 - Renforcement des actions curatives avec une mise à échelle à travers les structures périphériques (circonscription sanitaire) et intermédiaires (Directions et hôpitaux régionaux)
 - Premières actions préventives planifiées à travers la mise en œuvre des projets: PEV, PBEF, PRSSR, ...
 - Lancement de l'initiative de Bamako (Lancement de la Phase pilote)
 - Le niveau de financement national du secteur avoisine les 4 à 5% du budget national (Mise en œuvre des politiques d'ajustement structurel)
- c. Une troisième période allant du **début des années 90 à ce jour**
 - Les premières politiques de santé sont clairement affirmées à travers des plans directeurs (1991-1994) et (1998-2002) puis à travers une Politique nationale de santé (2006-2015)

- Tentative d'instauration d'une complémentarité entre les actions préventives et les actions curatives avec une importance accordée à l'accès et à l'utilisation des services essentiels complets.
- Consensus international autour des OMDs et augmentation des ressources mobilisables
- Le niveau de financement national du secteur a progressé pour approcher les 10% recommandés par l'OMS avant de régresser à moins de 6%
- Apparition d'importants problèmes de gouvernance.
- Introduction des mécanismes de planification à travers des plans d'action triennaux à horizon glissant et des tentatives d'élaboration du CDMT sectoriel
- Adoption du plan triennal 2010- 2012
- Adhésion du Pays à l'IHP+ à travers la signature du Compact Global
- Lancement du processus d'élaboration du PNDS 2012-2020

3. Profil du pays

Tableau 1: Indicateurs démographiques et socio-économiques

Indicateurs	Situation actuelle (2010)	Source
Population - Total	3 179 469	ONS
- Hommes	50,2%	ONS
- Femmes	49,8%	ONS
Proportion d'enfants âgés de 0-11 mois (%)	4,19%	ONS
Proportion d'enfants âgés de 0-5 ans (%)	18,5%	ONS
Pourcentage Population cible : Rougeole/VAR (%)	16,03%	ONS
Pourcentage Population cible : Maladies diarrhéiques/SRO (%)	18,5%	ONS
Pourcentage Population cible : Femmes en âge de procréer (%)	23%	ONS
Pourcentage Population cible : Femmes enceintes (%)	4,8%	ONS
Pourcentage Population cible : adolescents (15-19 ans) (%)	10,8%	ONS
Pourcentage Population cible : jeunes (15-24 ans) (%)	29,1%	ONS
Pourcentage des moins de 15 ans (%)	43,7%	ONS
Pourcentage des 65 ans et plus (%)	5,3%	ONS
Espérance de vie à la naissance - Moyenne	57,5 ans	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
- Hommes	57 ans	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
- Femmes	58 ans	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
Indice synthétique de fécondité	4,6	ONS
Taux de croissance démographique annuelle (%)	2,4%	ONS

Pourcentage de la population urbaine	60%	
Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	4,3%	ONS
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	1,3%	ONS
Produit intérieur brut (PIB) par habitant (en US\$)	2100 Dollars	Estimation FMI 2010
Produit national brut (PNB) par habitant (en US\$)	1032 Dollars	MAED
Taux de croissance annuel du PIB (%)	5	Estimation FMI 2010
Taux d'alphabétisation des adultes	61,5%	
Taux net de scolarisation primaire	1002%	MEF
Pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté	42%	EPCV 2008
Indice de Développement Humain	0.433	PNUD RAPPORT 2010

Sources: Rapports statistiques, MICS, CSLP III

3.1. Situation géographique, démographique et socio-culturelle

Située entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude ouest et bénéficiant d'une position géographique stratégique au carrefour de l'Afrique du Nord et de l'Afrique subsaharienne, la Mauritanie est limitée à l'Ouest par l'Océan Atlantique (*près de 700 km de côtes*), au Nord par le Sahara Occidental et l'Algérie, à l'Est par le Mali et au Sud par le Mali et le Sénégal.

Le pays 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 de l'Assaba, du Tagant et de l'Adrar qui culminent à 400 et 500 mètres. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, appelée "Chemama", large de 10 à 25 km, le reste du pays est constitué, en grande partie, d'alignements dunaires, tels ceux de la grande région de sable qui s'étend à l'Est du Tagant et de l'Adrar. Par ailleurs, la Mauritanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal, large de 1 à 2,5 km et qui constitue une frontière naturelle avec le Sénégal.

Les sécheresses récurrentes enregistrées depuis le début des années 1970 ont entraîné, dans leur sillage, un exode rural massif, une urbanisation fulgurante et une sédentarisation accélérée de la population nomade. A l'indépendance, en 1960, environ 5% de la population vivait dans les centres urbains. Suite au changement démographique amplifié par un exode rural massif, cette proportion est montée à près de 70% et Nouakchott, la capitale, abrite, présentement, plus du tiers de la population totale.

Les projections établies en 2010 par l'Office National de la Statistique (ONS) font ressortir que la population mauritanienne s'élève à 3 340 627 personnes (dont 1 678 324 hommes et 1 662 303 femmes) avec un taux de croissance de 2,4% et une densité de 3,2 habitants/Km² avec des disparités, selon les régions. Sur cette population, plus de 61% ont moins de 25 ans et le groupe mère-enfant représente 66%.

Le taux d'espérance de vie à la naissance était, en 2009, de 57 années (55 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes), et les taux, au niveau national, de mortalité infanto - juvénile et de mortalité infantile se sont établis, en nombre pour mille, respectivement à 122 et 77 en 2007. En outre, l'indice synthétique de fécondité (4,6% en 2007 contre 4,7% en 2000) et le taux d'usage de la contraception (9,3% en 2007 contre 5,1% en 2000) sont demeurés pratiquement stables ou ont progressé légèrement depuis une dizaine d'années.

3.2. Situation politique, administrative et de gouvernance

Au cours des 50 années d'indépendance, la Mauritanie a connu successivement trois constitutions : en 1962, en 1991 et en 2006 ; les deux dernières ayant concrétisé le multipartisme dans le Pays.

Dès le début de la première décennie du 21^{ème} siècle, le pays a été marqué par une forte instabilité politique. Cette période a connu des tentatives de coups d'Etat et deux transitions.

Le retour à l'ordre constitutionnel à l'issue des élections présidentielles de juillet 2009 a permis, entre autres et dans un contexte international particulièrement difficile, de renouer avec la stabilité et la reprise de la coopération avec les partenaires techniques et financiers du pays.

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

L'adoption par le Gouvernement, en avril 2010, de la «Déclaration de Politique de Décentralisation et de Développement Local» réaffirme la volonté politique des pouvoirs publics de faire de la décentralisation un choix irréversible. Cette Déclaration fut concrétisée à travers l'élaboration d'un projet de Code des Collectivités Territoriales. Il convient, par ailleurs, de mentionner l'existence de Fonds Régionaux de Développement (FRD) dans le cadre de l'amélioration du niveau des transferts financiers aux communes ; dans ce même ordre d'idées, il faut signaler l'implication de plus en plus forte des communes. Dans le processus de développement, à travers leur participation au choix des investissements réalisés sur leurs territoires, le renforcement de leurs rôles dans le suivi de la mise en œuvre de ces investissements, en tant que maîtres d'ouvrages ou bénéficiaires.

Cependant, cette décentralisation se confronte à un certain nombre de contraintes et d'obstacles dont les plus importants sont : (i) la faible capacité des communes, (ii) le faible intérêt des populations dans la gestion communautaire, (iii) l'insuffisance de l'arsenal juridique et (iv) la « résistance » de l'administration territoriale pour de telles réformes.

Par ailleurs, le pays demeure encore confronté à un certain nombre de défis majeurs en termes de gouvernance dans toutes ses dimensions et ceci malgré les multiples actions engagées et les résultats sensibles enregistrés.

Ainsi, dans le domaine de la **gouvernance administrative**, plusieurs contraintes subsistent. Sur le plan institutionnel, l'organisation administrative est encore marquée par une faible déconcentration, une efficacité et une qualité de service limitées et une gestion non optimale des ressources humaines.

Relativement à la gestion des ressources publiques et à la **gouvernance économique** de façon générale, des améliorations notables y trouvent, forcément, encore leur place en matière de programmation des ressources publiques, d'exécution budgétaire, de contrôle des dépenses, de lutte contre la corruption et d'évaluation des politiques publiques. Dans ce domaine et tel que le mesurent les principaux indicateurs internationaux, la Mauritanie appartient au groupe des pays dont le niveau est faible.

En ce qui concerne la **gouvernance judiciaire**, les difficultés ont trait à l'insuffisante codification du droit positif, à la complexité des procédures, aux lourdeurs administratives, à la faiblesse des ressources humaines et des infrastructures, à la faible revalorisation du statut et des compétences des magistrats et au caractère limité de la protection juridique et matérielle de leur indépendance.

En matière de **gouvernance locale et territoriale**, et au - delà de l'inexistence d'une stratégie nationale d'aménagement du territoire, l'impact économique et social des actions engagées jusqu'à présent, sur les structures communales est encore relativement faible. Cela résulte, fondamentalement, du caractère inachevé du dispositif institutionnel et organisationnel et de la faible capacité en matière de mobilisation des ressources, de gestion municipale et de promotion de partenariat avec les acteurs de la société civile. Des avancées devraient, cependant, être enregistrées dans ce domaine avec la mise en œuvre de la « Déclaration de Politique de Décentralisation et de Développement Local » adoptée en avril 2010 qui réaffirme la volonté politique du Gouvernement de faire de la décentralisation un choix irréversible.

En outre, dans le domaine de **l'environnement** et du développement durable, la dégradation continue de l'environnement sous l'effet des pressions liées aux changements climatiques, au développement socio-économique et à la croissance démographique constitue une des priorités en matière de développement durable. Le défi principal en matière de gouvernance réside dans la non prise en compte de l'environnement, comme capital naturel, dans les politiques sectorielles.

Pour pallier à cette situation, le 3^e plan d'action du CSLP (2011 - 2015) définit une vision d'ensemble qui repose sur quatre axes essentiels : (i) accélération de la croissance et stabilisation du cadre macro-économique, (ii) ancrage de la croissance dans la sphère économique des pauvres, (iii) développement des ressources humaines et expansion des services de base, et (iv) amélioration de la gouvernance et renforcement des capacités.

Le 3^e axe - développement des ressources humaines et expansion des services de base - dans son volet santé, met l'accent sur (i) l'accès universel à des prestations sanitaires de qualité, (ii) la lutte contre les maladies afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile - juvénile et (iii) la poursuite des réformes du système de santé.

3.3 . Situation économique, éducative et d'alphabétisation

Pays immense et globalement sous-peuplé, aux communications difficiles, la Mauritanie est affectée par la sécheresse et la désertification. A l'exception des mines, des ressources halieutiques et, récemment, de réserves pétrolières limitées, le pays est, relativement, peu doté en ressources naturelles, directement, exploitables. Au cours des cinq dernières décennies, la structure de l'économie a connu de profondes transformations.

L'économie nationale, sous industrialisée, est fortement polarisée au plan spatial. Dans ce cadre, on peut distinguer : (i) un pôle de services à Nouakchott ; (ii) un pôle industriel structuré autour de la pêche, à Nouadhibou, capitale économique ; (iii) un pôle minier sur l'axe Akjoujt - Nouadhibou - Zouerate et (iv) un pôle agro - pastoral centré sur le sud et le sud - est du pays. Ce pôle, notamment sa composante élevage, demeure relativement peu intégré aux circuits formels de l'économie.

Sur la base des résultats de l'EPCV 2008, l'incidence de la pauvreté dans le pays est de 42 %. Cette proportion, bien que plus faible qu'en 2004 (46,7 %), reste encore loin de l'objectif (25%) fixé à l'horizon 2015. Cette pauvreté demeure, essentiellement, un phénomène rural. En effet, en 2008, le milieu rural contribuait à hauteur de 77,7% (soit 2,9 points de plus qu'en 2004) à la pauvreté nationale. Près de 60% des ruraux (59,4%, soit une hausse de 0,4 point par rapport à 2004) vivaient en dessous du seuil de pauvreté, alors que ce taux n'était que de 20,8 % pour les urbains. D'ailleurs, les indépendants agricoles demeurent parmi les groupes socio-économiques considérés les plus touchés par la pauvreté, avec une incidence voisine de 70 %. De plus, à un niveau fin de l'analyse, on constate, qu'en fonction des données disponibles, les inégalités ont diminué et que la pauvreté est légèrement plus faible chez les membres des ménages dont le chef est de sexe féminin (40,3 %) que chez ceux dont le chef est masculin (42,6 %).

En liaison étroite avec la pauvreté, et toujours selon les données de l'EPCV 2008, le taux de chômage est passé de 21,3% en 1995 à 28,9% en 2000, puis 32,5% en 2004, avant de diminuer légèrement pour se situer à 31,2% en 2008.

En outre, et toujours en lien avec la pauvreté, la problématique de la sécurité alimentaire en Mauritanie est fondamentale. Elle résulte de deux contraintes principales, à savoir l'insuffisance de la production alimentaire, notamment, céréalière et le faible niveau d'accessibilité financière des produits. Le pays accuse un déficit céréalier structurel de l'ordre de 300.000 tonnes par an, soit environ 70% des besoins globaux en céréales et ce, malgré un potentiel agropastoral considérable. Ce déficit est couvert essentiellement par les importations commerciales (environ 30,5% du total des importations).

Concernant l'Education, Le taux brut de scolarisation (TBS) s'établit à 100.2% (2010), avec des disparités régionales. La probabilité d'accéder à l'école est plus élevée en milieu urbain (87%) qu'en milieu rural (64%) et les disparités selon le quintile de revenu montrent un écart similaire entre le premier et le dernier quintile. La parité selon le genre, relativement homogène sur l'ensemble du territoire, est plutôt favorable aux filles (1.07).

En ce qui concerne l'alphabétisation, son taux est passé de 57% en 2004 à 61,5% en 2008. Cependant, en la matière, des disparités importantes persistent entre les hommes et les

femmes (70,3% et 54,4%, respectivement) et entre les milieux de résidence (73,3% en milieu urbain contre 50,3% en milieu rural).

Deuxième partie : Analyse de la situation sanitaire

1. Profil sanitaire

1.1. Profil épidémiologique

Tableau 2: Principaux indicateurs épidémiologiques

Indicateur	Niveau de l'Indicateur	Source
Taux de mortalité infantile	77 p 1000	MICS 2007
Taux de mortalité infanto-juvénile	122 p 1000	MICS 2007
Taux de mortalité néo-natale	43 p 1000	EMIP 2004
Ratio de mortalité maternelle	686 p 100.000 ⁶	MICS 2007
Indice synthétique de fécondité	4,6	MICS 2007
Prévalence du VIH dans la population générale	0,7%	Estimation Spectrum INRSP/ONUSIDA
Nombre de nouvelles infections au VIH par an	3.010	Rapport UNGASS 2010
Mortalité spécifique liée au VIH	24 p 100.000	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
Prévalence des IST chez les 15-49 ans	9%	Bulletin société de pathologie exotique, dec 2010
Proportion de population générale exposée au paludisme	80%	Soumission GAVI de 2009
Nombre d'épisodes de paludisme par personne et par an	0,06	Estimation PNLP, Janvier 2011
Mortalité spécifique liée au paludisme	0,1%	Rapport PNLP 2009
Prévalence de la tuberculose	234,5 p 100.000	Estimation PNLT, Janvier 2011
Incidence de la TB	149 p 100.000	Estimation PNLT, Janvier 2011
Incidence de la TB avec VIH+	5,3%	Etude INRSP 2003
Prévalence de diarrhée chez les enfants moins de 5 ans	22%	MICS 2007
Prévalence des IRA chez les enfants de 6 à 11 mois	6,5%	MICS 2007
Mortalité spécifique liée à la TB	635 p 100.000	Estimation PNLT, Janvier 2011
Prévalence de l'HTA	22,4%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du diabète	6%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du tabagisme	17,2%	Enquête Step-Wise 2008
Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec	26,7%	Enquête SMART Juillet 2010

poids pour âge inférieur à moins 2 DS (malnutrition modérée)		
Prévalence de l'Anémie chez les femmes enceintes	40 à 67%	Soumission GAVI de 2009
Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec poids pour âge inférieur à moins 3 DS (malnutrition sévère)	4,1%	Enquête SMART Juillet 2010
Prévalence des caries dentaires chez les enfants en âge scolaire	71%	Enquête chez les enfants scolarisés de 12 Ans à NKT et Aioun, 2001
Prévalence de la schistosomiase intestinale chez les enfants en âge scolaire	Variant de + de 50% au Trarza à moins de 30% au Hodh	Enquête OMVS 2009 - Enquête épidémiologique CNH 2003
Prévalence de la schistosomiase urinaire chez les enfants en âge scolaire	70%	Enquête 2003 CNH
Prévalence de l'hépatite B	10% à 24%	Bulletin du CNH, N° 04, Novembre 2004
Prévalence du trachome	18%	Enquête PNLC 2004-2005
Nombre de décès annuels secondaires aux AVP	221 décès	Rapport 2009 sur les AVP
Nombre de décès annuels dus aux AVP	3.094 blessés	Rapport 2009 sur les AVP

Les enquêtes socio- sanitaires nationales⁷ ont permis de mieux définir le profil sanitaire et de dégager les principaux problèmes de santé. Ce profil est dominé par les pathologies suivantes :

- les **maladies transmissibles** au premier rang desquelles il faut citer le paludisme, la tuberculose, les IST/VIH/SIDA, les parasitoses intestinales et urinaires, les infections broncho-pulmonaires, oropharyngées et oculaires, et les dermatoses infectieuses. Chez l'enfant, ces pathologies sont largement dominées par les diarrhées, les infections respiratoires aiguës et le paludisme ;
- les **maladies non transmissibles** liées aux facteurs environnementaux et/ou aux changements comportementaux des individus et des collectivités. Ce groupe est particulièrement dominé par les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies mentales, le diabète, les effets sanitaires de la consommation de tabac et de substances psycho-actives, ainsi que la recrudescence de pathologies broncho-pulmonaires liées à la pollution atmosphérique et de maladies professionnelles.
- les **déséquilibres nutritionnels**, en particulier, chez le couple mère enfant, avec prépondérance de la malnutrition protéino-calorique, des carences en micronutriments (fer, vitamine A, iode, ...) et des surcharges pondérales;

⁷ EDSM (2001), VIH chez les femmes enceintes (2001), Enquête nationale de santé mentale (2003), EMIP (2004)

- la **pathologie périnatale**, avec ses conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant;

1.1.1. Maladies transmissibles

1.1.1.1. Principales maladies transmissibles (Paludisme, Tuberculose, IST/VIH, Maladies diarrhéiques, IRA, Hépatites)

▪ Paludisme

Le paludisme constitue un des problèmes majeurs de santé publique en Mauritanie, notamment dans les zones de forte transmission⁸. Chaque année, il est notifié en moyenne 200000 cas de paludisme au niveau des formations sanitaires du pays, ce qui place la maladie au 3^{ème} rang des motifs de consultation, au niveau national après les IRA et les diarrhées. Cette affection touche tous les groupes d'âges, particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. L'évaluation sur les indicateurs de base dans les zones à forte transmission montre qu'en 2009 le paludisme est la première cause de consultations externes (25%), d'hospitalisation (35,5%) et de décès (39%) au niveau des formations sanitaires du pays. La transmission du paludisme est élevée dans les wilayas du Sud et du Sud - Est, et faible au Nord, entraînant parfois des épidémies. Pour la population à risque de paludisme en 2011, 70% vit dans des zones à forte transmission du paludisme et les 30% restant dans des zones de faible transmission. Le Plasmodium falciparum est l'espèce plasmodiale rencontrée dans 90% des cas, avec toutefois une forte prédominance du Plasmodium vivax à Nouakchott et dans les wilayas du Nord. L'espèce anophélienne prédominante est Anophèles Gambiae.

▪ Tuberculose

La tuberculose reste un des problèmes prioritaires de santé en Mauritanie. Elle connaît une certaine recrudescence à la faveur de terrains favorables, tels que l'infection au VIH/SIDA. Sa prévalence est estimée à plus de 234,5 p 100.000. Sa détection reste faible (35,8%⁹) et la proportion d'échecs thérapeutiques et de perdus de vue est très élevée (>38%) . La mortalité spécifique liée à la tuberculose serait d'environ 635 pour 100.000 cas de tuberculose¹⁰ et l'incidence de la tuberculose multi-résistante serait d'environ 5,2%.

Par ailleurs, l'évolution de la séroprévalence VIH chez les tuberculeux est très significative¹¹ ; elle est passée de 0,53% en 1986 à 1,4% en 1996 et à 5,2% en 2003¹². Malgré l'absence d'une enquête sur la prévalence de la tuberculose, dans la population générale, la Mauritanie est un pays à haute prévalence de tuberculose.

▪ VIH/SIDA

L'épidémie VIH en Mauritanie est considérée comme une épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% dans la population générale et une incidence chez les 15-49 inférieure à 0,1%¹³. Selon l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes est passée de 0,57% en 2001¹⁴ à 0,78% en 2005¹⁵. L'analyse

⁸ Document de politique nationale de lutte contre le paludisme, dans sa version draft de mars 2011

⁹ Estimation de l'atelier de validation de janvier 2011

¹⁰ Estimation de l'atelier de validation de janvier 2011

¹¹ Draft de Cadre stratégique National de Lutte contre le SIDA

¹² Etude de séroprévalence du VIH chez les tuberculeux, INRSP 2003

¹³ Draft de Cadre stratégique National de Lutte contre le SIDA, avril 2011

¹⁴ Enquête VIH chez les femmes enceintes

de ces prévalences chez les femmes enceintes montre une augmentation assez préoccupante à Nouakchott (de 0,33% en 2001 à 0,95% en 2005) et à Nouadhibou (de 1,01% en 2001 à 1,3% en 2005 et à 1,66% en 2009), malgré l'absence de différence statistiquement significative. La tendance serait à la hausse selon le rapport de l'UNGAS 2008, avec en 2010, une prévalence qui avoisinerait 1,3% et le nombre cumulé de décès passant à plus de 16000 en 2010. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA suivis au sein du centre de traitement ambulatoire est en nette augmentation, passant de 139 cas en décembre 2004 à 350 cas en décembre 2005¹⁶ et à 1162 suivis actuellement dans le cadre d'une file active avec un cumul – depuis sa création – de 2797. Les différentes enquêtes s'accordent sur un constat : la connaissance générale très répandue du VIH (plus de 90%) se réduit à moins de 40% pour les connaissances ciblées sur des comportements essentiels (ex : modes de prévention) et devient très faible (moins de 10%) quand il s'agit de l'application du ou des modes en question (ex : seuls 8.7% des hommes et 5.3 % des femmes ont déjà effectué un test de dépistage du VIH).

▪ **Maladies diarrhéiques**

La diarrhée de l'enfant est l'une des principales causes de mortalité infanto juvénile. Sa prévalence¹⁷ est importante chez les moins de 5 ans (22%), en particulier, dans la tranche d'âge de 6 à 23 mois (29%) . Moins de 40 % de ces enfants diarrhéiques ont bénéficié de réhydratation.

Les parasitoses, en général, et les parasitoses intestinales, en particulier, constituent un réel problème de santé, surtout dans les zones du sud et du sud-est. Elles représentent jusqu'à 10% des motifs de consultations des enfants de moins de 5 ans¹⁸.

▪ **Infections respiratoires aiguës**

Le climat et l'hygiène de vie favorisent l'apparition d'infections respiratoires aiguës, en particulier, chez l'enfant où leur prévalence est estimée à 6,5%¹⁹ . Ces pathologies seraient la première cause de mortalité infanto-juvénile.

▪ **Infections Sexuellement Transmissibles**

Du fait du tabou culturel autour des IST, les données relatives à ces pathologies restent insignifiantes et/ou peu fiables. La prévalence des IST (à l'exclusion du VIH et des hépatites) se situerait chez les 15-49 ans à 9%²⁰.

Malgré le manque de données, le taux de détection des IST serait très bas et une faible proportion de ces IST consulte un agent de santé.

▪ **Hépatites**

Les hépatites en général, et les hépatites virales en particulier, constituent une préoccupation nationale. En effet, des études, menées sur différents groupes, estiment la prévalence de

¹⁵ Synthèse des données des huit sites sentinelles

¹⁶ Bilan annuel 2005, PMLS, SENLS

¹⁷ MICS 2007

¹⁸ Annuaire des statistiques sanitaires en 2009

¹⁹ MICS 2007

²⁰ Bulletin société de pathologie exotique, dec 2010

l'hépatite B²¹ entre 10 et 24% . Au CNTS, 16% des donneurs sont porteurs du virus de l'hépatite B²² . Pour l'hépatite C, un seul cas fut décelé en 2009 et aucun en 2010.

Les cirrhoses hépatiques – consécutives aux hépatites virales – constituent une cause non négligeable d'hospitalisation et de décès dans les services hospitaliers nationaux et régionaux.

1.1.1.2. Maladies à potentiel épidémiques

Huit maladies à potentiel épidémique bénéficient de surveillance régulière. Il s'agit de la méningite, du paludisme, du choléra, des fièvres hémorragiques, de la rougeole, de la poliomyélite aiguë, des diarrhées sanglantes et du tétanos.

▪ Rougeole

La Mauritanie a connu une épidémie de rougeole entre septembre 2009 et mai 2010 avec 1519 cas dont 18% d'enfants de moins de 5 ans et 21 décès enregistrés chez les adultes²³. De plus, on note une flambée épidémique récente – en 2011 – dans trois régions du Sud EST du pays, les 2 Hodh et l'Assaba avec plus de 207 cas dont 3 décès. Une mission d'investigation effectuée au mois de mars 2011 a ressorti que cette épidémie a, probablement, débuté au mois de janvier 2011 et que la tranche d'âge la plus touchée était celle entre 15 et 29 ans.

▪ Poliomyélite

Pour ce qui concerne la poliomyélite, malgré des performances satisfaisantes dans la surveillance des PFA, pour les dernières années, le pays a été l'objet d'une réimportation du PVS avec 13 cas, en 2009, et 5 cas en 2010²⁴. Cette réimportation a été interrompue grâce à l'effort du gouvernement et de ses partenaires.

▪ Méningite cérébrospinale

La Mauritanie appartient, par ses wilayas de l'Est et du Centre-Sud, à la ceinture sahélienne de la méningite cérébro-spinale, à l'instar des États de l'Afrique subsaharienne. Par le passé, plusieurs épidémies ont été déclarées dans les wilayas du Hodh Charghi, du Hodh Gharbi, du Guidimagha et du Gorgol. Elles sont essentiellement causées par les sérotypes A et C. Des cas sporadiques sont périodiquement notés, en milieu urbain et rural. La maladie touche surtout, les enfants et les jeunes adultes²⁵.

En 2002, le système de surveillance a mis en évidence (i) 66 cas de méningites dont 5 décès, et (ii) 19 cas de fièvres hémorragiques²⁶ dont 6 décès.

▪ Choléra

Par le passé, la Mauritanie a connu plusieurs épidémies meurtrières du choléra. Les plus récentes ont été déclarées en 2003 au Hodh Charghi, dans la zone frontalière avec le Mali, causant 445 cas dont 35 décès et celle de 2005, qui a éclaté, au départ, au Trarza, dans la

²¹ Bulletin du CNH, N° 04, Novembre 2004

²² Données reçues de la Direction du CNTS

²³ PPaC Mauritanie

²⁴ PPaC Mauritanie

²⁵ Analyse de la situation du secteur de la santé, Plan d'action triennal 2010-2012, octobre 2009

²⁶ Rapport de surveillance épidémiologique en 2002

Moughataa de Keur Macene, avant de s'étendre dans 47 localités de 8 autres wilayas. Au total 4226 cas ont été notifiés avec 82 décès, soit une létalité de 1,94% avec des disparités selon les wilayas (parfois supérieures à 10%)²⁷.

▪ Fièvres hémorragiques virales

La Mauritanie connaît régulièrement des épidémies de Fièvres hémorragiques virales. Deux types de FHV ont été la cause d'épidémies en Mauritanie. La fièvre de la vallée du Rift a été la cause d'une épidémie meurtrière en 1988 au Trarza (plus de 300 cas), et ces dernières années, des cas ont été détectés : 7 en 1999 (dont 6 décès) au Hodh Gharbi, 4 (dont 4 décès) en 2002 au Hodh Gharbi, 11 en 2003 (11 décès) au Hodh Gharbi et Tagant. D'octobre à décembre 2010, il a été notifié 68 cas dont 17 décès dans les wilayas de l'Adrar et de l'Inchiri. Aucun cas n'a été signalé en 2011. La circulation du virus de cette anthroponose, qui semble constante, est suivie, conjointement, par les services de santé et les services vétérinaires.

Une épidémie de fièvre de Crimée-Congo s'est déclarée à Nouakchott en 2003. 119 cas ont été recensés causant 29 décès dont du personnel de santé et certains membres de leur famille. Les enquêtes sérologiques effectuées dans des bétails ont montré la circulation du virus dans notre pays et mis en évidence un potentiel épidémique certain²⁸.

En 2007, 4 cas de FHCC ont été notés au Trarza, 2 cas au Hodh Gharbi et 1 cas à Nouakchott. En 2008, 1 cas de fièvre de la vallée de Rift au Hodh Charghi, 1 cas de fièvre de Crimée Congo au Trarza, ainsi que 2 cas de FHCC à Nouakchott.

En 2010, il a été notifié 3 cas dont 2 décès, soit un taux de létalité de 66,66%.

1.1.1.3. Maladies à éradiquer, éliminer ou à contrôler

▪ Ver de Guinée

La première enquête nationale sur la maladie, en 1990, a recensé 8301 cas de dracunculose dans 511 localités. Depuis juin 2004, aucun cas de dracunculose n'a été notifié par le programme national de lutte contre le ver de Guinée. Les différentes supervisions et évaluations par des Equipes Internationales de Certification EIC de l'OMS ont confirmé cette donnée. Le 10 octobre 2009, la Mauritanie a été certifiée pays exempt de transmission de la dracunculose par La Commission Internationale de certification OMS Genève. Cette situation est le résultat d'un effort multisectoriel qui a été entrepris depuis plus de quinze ans.

▪ Tétanos

Le nombre de cas de tétanos maternel et néonatal a atteint un pic en 2001 – avec 11cas – pour décroître progressivement à 0 cas en 2006 ; 7 cas ont été enregistrés en 2007 et un seul, en 2010.

²⁷ Analyse de la situation du secteur de la santé, Plan d'action triennal 2010-2012, octobre 2009

²⁸ Analyse de la situation du secteur de la santé, Plan d'action triennal 2010-2012, octobre 2009

1.1.1.4. Maladies transmissibles négligées

▪ Schistosomiasés

Les schistosomiasés, en particulier la schistosomiase intestinale, connaissent une recrudescence inquiétante à la faveur de la mise en valeur du fleuve Sénégal. Les études menées dans les wilayas du sud et de l'est montrent des taux allant de moins 30% jusqu'à plus de 90 % d'infestation à *S. mansoni* chez les enfants de moins de 9 ans²⁹. En 2009, l'OMVS avait mené des enquêtes épidémiologiques au niveau des 4 Wilayas du sud du pays et ces études ont montré que la wilaya du Trarza est classée, selon des données de l'étude, zone de forte prévalence avec une prévalence, dépassant les 50%, en moyenne. Les 3 autres wilayas du sud à savoir le Brakna, le Gorgol et le Guidimakha sont classées des zones à prévalence modérée, avec des niveaux inférieurs à 50 %.

La forme urinaire est endémique dans toutes les wilayas du pays (climat soudanien, sahélien, des oasis) et les données des enquêtes de 2003 révèlent des prévalences pouvant aller au-delà de 70% dans certaines localités (78%, à Boghé, 80% à Foum Gleita, 91% à Gani...)³⁰.

▪ Rage

La rage est une maladie endémique en Mauritanie. Plus de 18 cas de morsures par animal suspect ont été rapportés de 2007 à mi- 2009, dans quatre régions. Parmi ces cas, 06 prélèvements se sont révélés positifs et on note 2 décès.

Au niveau animal, 125 animaux suspects de rage, de différentes espèces animales, ont été enregistrés de 2001 à 2009. Sur ce total, 62% se sont avérés positifs au diagnostic virologique de la rage (CNERV 2009).

▪ Trachome

La cécité est l'un des handicaps les plus répandus, en particulier dans les groupes défavorisés de la population. Le trachome sévit sous forme de poches hyper-endémiques, en particulier dans les zones du centre et du nord du pays ; des enquêtes menées³¹ en 2004-2005 montrent une prévalence de 18% de trachome, toutes formes confondues. Après trois années de traitement de masse et de campagnes de chirurgie de trichiasis, une autre série d'enquêtes d'impact a été réalisée et a montré qu'il persiste des zones où la prévalence du trachome est encore supérieure à 10 %.

²⁹ Enquête OMVS 2009

³⁰ Analyse de la situation du secteur de la santé, Plan d'action triennal 2010-2012, octobre 2009

³¹ Enquête PNLC 2004-2005

1.1.2. Maladies non transmissibles

Un certain nombre de pathologies prend de plus en plus d'importance à la faveur (i) de l'exode rural, (ii) du développement des villes, (iii) de la sédentarisation, (iv) des changements culinaires et (v) de l'expansion du tabagisme et des substances psycho-actives. Il s'agit, en particulier, des :

➤ **pathologies cardio-vasculaires:**

L'hypertension artérielle (HTA) est l'une des premières causes de consultation chez les adultes âgés, en particulier les femmes ; sa prévalence chez les 15-64 ans est estimée à 22%³².

Par ailleurs, les autres pathologies cardiovasculaires seraient en forte croissance, en particulier, chez les adultes sédentaires accumulant un certain nombre de facteurs de risques (tabagisme, stress, déséquilibre alimentaire, ...); elles sont l'une des principales causes d'évacuation sanitaire à l'étranger, grevant, lourdement, le budget national.

En l'absence de stratégie nationale cohérente de contrôle de ces pathologies, les seules mesures actuelles se limitent à une prise en charge individuelle, souffrant des insuffisances du système de soins - sans normalisation des protocoles thérapeutiques - et, en cas de besoin, à une évacuation, à l'étranger.

➤ **cancers**

Les cancers - en particulier gynécologiques, mammaires, digestifs, pulmonaires, dermatologiques et de la sphère O.R.L - sont de plus en plus répertoriés dans les statistiques sanitaires comme cause non négligeable, de mortalité et constituent la première cause d'évacuation, à l'extérieur du pays (28%).

Selon une étude réalisée par le Service d'anatomopathologie du Centre Hospitalier de Nouakchott, entre janvier 2000 et décembre 2004 ont été enregistré **1300** nouveaux cas de cancer, dont **803 (62%)** chez les femmes et **497 (38%)** chez les hommes. Les cancers les plus fréquents, tous sexes confondus, sont le cancer du **sein (18%)**, le cancer du **col utérin (11%)**, les cancers de **la peau (9%)**, les **hémopathies malignes (8%)** et le cancer du **colon-rectum (6%)**.

Selon la même étude, le cancer est plus fréquent chez les personnes d'âge **moyen entre 35 et 64 ans** qui représentent plus de la moitié des cas (**55,8 %**) et les personnes **âgées de plus de 56 ans (26,6%)**.

Chez l'homme, le cancer le plus fréquent est le cancer de **la peau (25%)**, suivi des **lymphomes** hodgkiniens et non hodgkiniens (**20%**), du cancer du **colon-rectum (8,2%)**, de la **prostate (7,4%)** et de **l'estomac (6,4%)**.

Chez la femme, les cancers sont, par ordre décroissant de fréquence, le cancer du **sein (37%)**, le cancer du **col (22,8%)**, le cancer du corps de l'utérus en particulier **l'endomètre (7%)**. **L'ovaire vient en 4ème position** suivi de **la peau**.

³² Enquête Step-Wise 2008

➤ **accidents de la voie publique**

Les deux dernières décennies ont connu un développement important du parc automobile et du réseau routier avec son corollaire de multiplication d'accidents de la voie publique et de pollution. Aux urgences du CHN, on dénombre en moyenne 20 soins quotidiens suite à des accidents de la voie publique. Par ailleurs, une étude rétrospective (2001-2003) menée au Trarza³³ montre (i) une progression du nombre d'accidents, avec respectivement 252 accidents, 301 et 356 accidents annuels de la voie publique, (ii) une stabilité du nombre de blessés par accident à environ 1,8 en moyenne et (iii) une diminution du nombre de décès par accident de 0,18 à 0,14 en moyenne. En l'absence de réponse ciblée visant la réduction de ces effets, les AVP seraient responsables, au niveau national, d'une létalité importante et de séquelles fréquentes.

➤ **maladies mentales**

Les résultats de la dernière enquête réalisée sur la santé mentale en Mauritanie – en collaboration avec le centre collaborateur de l'OMS de France et le bureau OMS de Nouakchott – ont permis de montrer que :

- ❖ 35% de l'échantillon enquêté ont eu, au moins, un trouble psychique
- ❖ 20 % ont un trouble anxieux
- ❖ 19 % ont un trouble de l'humeur
- ❖ et 2,4% ont un trouble d'allure psychotique

Ainsi, la santé mentale est un problème de santé publique. Cependant, l'accès à des soins adéquats reste insuffisant au regard des besoins (implicites et explicites). Ceci est en partie explicable par le fait que la santé mentale continue à être mal connue, ignorée et tabou. Les malades mentaux, leurs familles et leurs proches ainsi que les professionnels prodiguant des soins spécialisés sont encore victimes d'une très forte stigmatisation. Quels que soient les pays et les cultures, les représentations de la maladie mentale et de la folie, du malade mental et du fou ont une influence sur la priorité donnée aux politiques nationales de santé mentale, la prévention des problèmes de santé mentale, leur reconnaissance par la population générale et les professionnels puis l'intégration des malades mentaux dans la communauté.

➤ **diabète**

Les maladies endocriniennes et le diabète, en particulier, sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité non négligeables. La prévalence du diabète – type II – est estimée à 6%³⁴. Les pratiques traditionnelles néfastes (ex : gavage) et la sédentarisation accélérée en sont les principaux facteurs favorisants.

➤ **affections bucco-dentaires**

Des enquêtes auprès des enfants scolarisés montrent une prévalence élevée de la carie dentaire (71%)³⁵. Outre les pathologies bucco-dentaires dues, en général, à une mauvaise hygiène. Il faut signaler l'augmentation (i) des traumatismes maxillo-faciaux consécutifs aux

³³ Etude sur les AVP au Trarza, A.T., 2004

³⁴ Enquête Step-Wise, 2008

³⁵ Enquête bucco-dentaire à Nouakchott et à Aioun, 2001

accidents de la voie publique et aux rixes, et (ii) des cancers buccaux en relation, entre autres, avec la consommation de tabac.

➤ **maladies professionnelles et accidents de travail**

Les maladies professionnelles constituent une des priorités internationales de santé. En effet, chaque année, on dénombre dans le monde plus d'un million de décès par suite d'accidents de travail ou de maladies liées aux activités professionnelles. Le risque est 20 fois plus élevé dans les pays en voie de développement.

En Mauritanie, l'exploitation des mines, au nord et le développement des secteurs d'industries, de construction, de pêche et d'agriculture ont augmenté le risque d'apparition de ces maladies. La manutention reste particulièrement en cause avec plus de 10% d'agents, atteints chaque année, de traumatismes, au cours du travail³⁶.

Dans ce cadre, il faut aussi rappeler l'importance des affections nosocomiales; l'infection au VIH en constitue une illustration dans le cadre des infections consécutives à un prélèvement ou à un traitement injectable.

1.1.3. malnutrition

La Mauritanie est caractérisée par une situation nutritionnelle préoccupante, aggravée par un environnement hostile, ce qui engendre une augmentation de la prévalence des pathologies nutritionnelles favorisant, ainsi, l'apparition de maladies infectieuses et parasitaires, en particulier, les diarrhées et les IRA, chez les enfants de moins de 5 ans.

Ainsi, 26,7% et 4,1% des enfants de moins de 5 ans souffrent respectivement de malnutrition modérée ou de malnutrition sévère³⁷; 40 à 67% des femmes enceintes sont porteuses d'anémie³⁸ et 30,9% de la population ont des troubles dus à une carence en iode. L'allaitement exclusif jusqu'à six mois est pratiqué par 34,7% des femmes³⁹ et la proportion des faibles poids à la naissance est estimée entre 5% et 12%. Une enquête menée à Nouakchott, en mars 2010, fixe cette proportion à 8,3%.

1.1.4. Niveaux et causes de mortalité maternelle et infanto-juvénile

La mortalité maternelle est estimée à 550 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes⁴⁰. Ce taux inquiétant est, essentiellement, dû à la proportion élevée de grossesses à risques (grossesses précoces et rapprochées), à une insuffisance du dépistage et du suivi de ces grossesses puis à une faible accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) de qualité, en particulier, la césarienne. L'hémorragie du post-partum, les complications de l'hypertension artérielle (éclampsie, en particulier), l'infection puerpérale, la dystocie et l'anémie sont les principales causes immédiates de décès périnataux, responsables, respectivement, de 40% ; 36% ; 7,2% et 6% des décès maternels.

³⁶ Etude sur les accidents du travail en milieu de manutention, A.C.S., 2004

³⁷ Enquête SMART Juillet 2010

³⁸ Enquêtes Anémie, 2000 et 2004

³⁹ Enquête SMART Juillet 2010

⁴⁰ Estimation SNU, 2010

Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, cet indicateur reste élevé avec 122 décès pour 1000 enfants de moins de 5 ans⁴¹ dont 77, au cours de la première année et 43 au cours du premier mois de vie⁴². Les principales causes de mortalité infanto-juvénile⁴³ sont les causes néonatales (39,4%), les IRA (22,3%), la diarrhée (16,2%) et le paludisme (12,2%) ; le tout sur un terrain de malnutrition (plus du tiers des enfants).

⁴¹ MICS 2007

⁴² EMIP, 2004

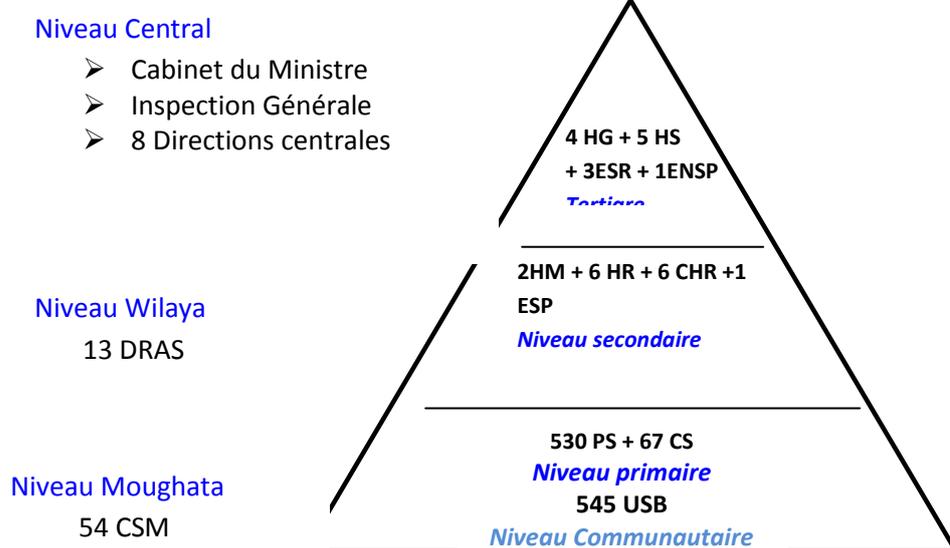
⁴³ Estimation de l'atelier de validation de janvier 2011

1.2. Profil du système de santé

1.2.1. Organisation du système de santé

1.2.1.1. Structures publiques

- **Pyramide sanitaire**



L'organisation du système de santé public est régie par le décret n° 87/2007/ PM en date du 16 juin 2007, fixant les attributions du Ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale de son Département.

Tableau 3 : Répartition des structures publiques de santé par wilaya et par type de structure

Formations Sanitaires Wilayas	Hôpitaux et centres d'Appui	Centres de Santé	Postes de Santé	Autres établissements publics	Unités de Santé de base
Nouakchott	12	17	23	6	0
Nouadhibou	1	5	11		5
Hodh El Charghi	1	6	99		57
Hodh El Gharbi	1	4	44		16
Assaba	2	5	69	1	150
Gorgol	1	4	45		46
Brakna	1	5	70		89
Trarza	2	6	74		61

Adrar	2	4	25		23
Tagant	1	3	24		28
Guidimakha	1	4	39		50
Tiris Zemmour	1	3	3		0
Inchiri	1	1	4		7
Total	25	67	530	7	532

Source : Carte des structures de santé au 1^{er} mars 2009, DPCIS

Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal, avec trois niveaux de prestations ; il comprend un système public de soins composé par :

- Le niveau **opérationnel** ou périphérique (Moughataa) où il existe deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé respectivement au nombre de 530 et 67. En appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) furent installées dans une partie, non négligeable, des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10 km). Depuis la moitié des années 90, la plupart de ces USB ont été fermées, essentiellement par manque d'ASC ou d'accoucheuse.
- Le niveau **intermédiaire** comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de moughata : (i) les hôpitaux de moughata, limités encore en nombre⁴⁴, et appelés à couvrir les moughatas les plus peuplées ou enclavées, (ii) les hôpitaux régionaux, au nombre de six (Aleg, Tidjikja, Atar, Sélibaby, Zouerate et Akjoujt) et (iii) les centres hospitaliers régionaux, érigés en établissements publics à caractère administratif, au nombre de six (Néma, Aïoun, Kiffa, Kaédi, Rosso et Nouadhibou).
- Le niveau **tertiaire**, essentiellement, concentré à Nouakchott⁴⁵, comprend quatre types d'établissements publics de référence :
 - ✓ Les centres hospitaliers généraux au nombre de quatre à savoir le Centre Hospitalier National (CHN), l'Hôpital Cheikh Zayed (HCZ), l'Hôpital de l'Amitié (HA) et l'Hôpital Militaire.
 - ✓ Les centres hospitaliers spécialisés au nombre de cinq : le Centre Neuropsychiatrique (CNP), le Centre National de Cardiologie (CNC), le Centre National d'Oncologie (CNO), le Centre Mère-Enfant (CME) et le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle (CNORF)
 - ✓ Les établissements spécialisés de référence au nombre de trois à savoir le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS), l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM).

⁴⁴ Il n'existe encore que deux hôpitaux de moughata à Boutilimit et à Chinghitty

⁴⁵ Seule l'Ecole de Santé Publique de Kiffa n'est pas à Nouakchott

- ✓ Les établissements de formation au nombre de deux à savoir l'École Nationale de Santé Publique à Nouakchott (ENSP) et l'École de Santé Publique à Kiffa (ESPK).

Le système de santé est piloté, coordonné et appuyé par un système administratif organisé aussi en niveaux central, régional et de Moughataa :

- Au niveau central, les entités centrales du Ministère de la santé, à savoir les directions, les services, les divisions et les coordinations de programmes assurant le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire,
- Au niveau intermédiaire, les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS), avec les équipes régionales assurant la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel,
- Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de moughatas avec les équipes cadres de moughata assurant l'action au quotidien et mettant en œuvre les programmes de santé.

Il existe un nombre élevé de coordinations de programmes (SR, PEV, PNLP, PNLT, UCS, PCIME, PNAM, PNVG, PNSBD, PNLB, PNSM, MNT, SSB, SNutrition, PNTabagisme, PNTélé...) chargées de piloter, coordonner et suivre les actions spécifiques de ces Programmes.

Par ailleurs, il existe (i) des services de santé militaire et (ii) une médecine du travail assez développée, en particulier, autour des grandes sociétés minières.

1.2.1.2. Structures privées

A côté du système public, il existe un système privé de soins, surtout localisé dans les principaux centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou) qui connaît un réel accroissement. Ce secteur privé est composé (i) de 15 Cliniques médico-chirurgicales, basées essentiellement à Nouakchott, (ii) de 47 cabinets médicaux de consultations externes, (iii) de 37 cabinets dentaires et (iv) de 15 cabinets de soins, à côté de 118 pharmacies et 280 dépôts pharmaceutiques, sur toute l'étendue du territoire national.

Ce secteur, très convoité, reste dépendant du secteur public dont il utilise le personnel qualifié et parfois les services et moyens, notamment, en matière de référence/recours. Son développement, non maîtrisé, ne se fait pas en complémentarité et en synergie avec le système public de soins⁴⁶.

Le secteur privé pharmaceutique reste très désorganisé et largement dominé par des non professionnels. Il se compose de deux parties : la distribution en gros assurée par une pléthore de grossistes-répartiteurs (plus de 20 grossistes tous installés à Nouakchott) et les officines et dépôts pharmaceutiques qui assurent la vente au public.

Ce nombre élevé de structures pharmaceutiques privées qui, pour la plupart, ne répondent pas aux normes requises et dont le surcircuit d'approvisionnement échappe, parfois, à tout contrôle, entraîne un approvisionnement du marché local en médicaments de qualité, parfois douteuse.

⁴⁶ Politique Nationale de Santé 2006

1.2.1.3. Structures communautaires

La Mauritanie a connu dans les années 80 un système de santé utilisant des Unités de Santé de Base gérées par des agents de santé communautaires. Durant cette période, ce système d'extension de l'offre de soins au niveau communautaire assurait des soins de santé primaires aux populations éloignées des postes et centres de santé. Actuellement, les USB ne fonctionnent que lorsqu'elles sont soutenues par des partenaires de proximité avec des niveaux/formations différenciés, parfois non homologués par le ministère de la santé. Face à l'impérieuse nécessité d'assurer l'accès universel aux soins de santé, la demande des populations devient de plus en plus insistante et pousse souvent à des choix inappropriés de création de structures de santé (PS ou CS).

Le rapport de consultation de Ceko-conseil produit en mai 2000 avait recensé 479 USB. Depuis cette date, 36 agents de santé communautaire ont été formés au Brakna, 8 au Trarza et 12 en Adrar au niveau de la moughataa de Ouadane ; ce qui porte actuellement le nombre d'USB à 545 dans le territoire national⁴⁷.

1.2.1.4. Médecine traditionnelle

Bien qu'il n'existe aucune législation reconnaissant la médecine traditionnelle, cette pratique reste tolérée. L'ordonnance relative à la pratique de la profession médicale précise qu'elle ne s'applique pas à la médecine et la pharmacopée traditionnelles qui feront l'objet d'une législation spécifique.

Jusqu'à présent, la Mauritanie ne dispose d'aucune législation, ni réglementation régissant la pratique de la médecine traditionnelle, ni de processus d'attribution d'autorisation pour cette pratique, encore moins de procédure d'approbation officielle des remèdes traditionnels. Les tradi-praticiens ne sont toujours pas inclus dans le programme de soins de santé primaires.

Dans le document de Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) de la Mauritanie il n'est pas fait mention de la médecine traditionnelle et seul un paragraphe cite la pharmacopée dans les stratégies d'intervention en prévoyant de promouvoir et de développer la production de médicaments traditionnels améliorés (MTA), en vue d'encourager leur introduction dans le système de soins

⁴⁷ Rapport 2008, analyse situationnelle des USB en Mauritanie

1.2.2. Analyse des principales composantes du système de santé

Tableau 4: Ratios des ressources pour la santé

Indicateurs	Situation actuelle (2010)	Source
Nombre de médecins pour 10000 habitants	1,6	DRH
Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants	1.2	DRH
Nombre d'infirmières par 10000 habitants	6	DRH
Nombre de pharmaciens pour 10000 habitants	0.3	DRH
Nombre de dentistes pour 10000 habitants	0.3	DRH
Nombre de personnel administratifs et de soutien pour 1000 habitants	3.7	DRH
Nombre de Lits d'Hôpital pour 1000 habitants	< 1 lit/ 1000 hab (0,59)	
Part des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB (%)	2.8	RDPS (année 2010)
Part des dépenses publiques de santé du Gouvernement en pourcentage des dépenses publiques totales de santé (%)	10.7	RDPS (année 2010)
Pourcentage des dépenses nationales de santé consacrées aux structures Hospitalières (%)	41	RDPS (année 2010)
Pourcentage des dépenses nationales de santé consacrées aux PS et CS (%)	17	RDPS (année 2010)
Pourcentage des dépenses publiques récurrentes allant à l'achat des médicaments (%)	10	RDPS (année 2010)
Part des financements extérieurs en pourcentage des dépenses publiques de santé (%)	17,3	RDPS (moyenne 2005-2010)
Total des dépenses de santé par habitant (en \$ US)	13	CNS 2008
Total des dépenses publiques de santé par habitant (US \$)	98 215 748	RDPS (année 2010)

L'analyse du système de santé passe par l'analyse des principaux domaines retenus dans la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de santé Primaires et les Systèmes de Santé en

Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire. La présente analyse de situation permettra de les passer en revue tout en ressortant les principales insuffisances qui entravent la couverture universelle en services essentiels de santé, en particulier, pour les interventions à haut impact. Ultérieurement, une synthèse des forces, faiblesses, opportunités et contraintes permet de retenir les principaux problèmes qui seront à la base de la stratégie à moyen et long terme du PNDS.

1.2.2.1. Prestations de services essentiels de santé

1.2.2.1.1. Infrastructures, équipements et logistique

Durant des décennies, d'importants efforts ont été menés pour rapprocher davantage les services de santé des populations. Ainsi des actions successives de construction et d'équipements ont permis de disposer, aujourd'hui, de plus de 500 postes de santé, de 60 centres de santé, de 12 hôpitaux intermédiaires et de 10 hôpitaux du niveau tertiaire.

Le développement de cette couverture sanitaire s'est fait sans vision durable et sous forme de « vagues » s'intéressant, tour à tour, au niveau primaire, au niveau intermédiaire ou au niveau tertiaire sans réelle vision à long terme ni cohérence entre niveaux.

Donc, cette couverture sanitaire souffre fortement du manque de carte sanitaire et reste insuffisante avec 33% de la population vivant au delà de 5 km d'un poste ou d'un centre de santé⁴⁸. Elle est, inégalement, répartie, entre les régions, et entre les moughata d'une même région. Cette situation, caractérisée par des infrastructures et équipements insuffisants et mal répartis, serait due essentiellement :

- à l'absence d'un programme national de développement des infrastructures sanitaires et de critères objectifs d'implantation des nouvelles structures de santé
- et au manque de coordination sectorielle entre les intervenants dans le domaine des infrastructures (autres départements, société civile, etc ...).

Certaines nouvelles structures – en particulier des postes de santé – ont été construites et équipées mais non fonctionnelles par manque de personnel ; ce qui met en exergue le manque d'harmonisation entre les programmes d'infrastructures et ceux des ressources humaines, démontrant, par la même occasion, les insuffisances de coordination au sein du Département de la santé.

L'accès géographique pour les 33% de population au-delà des 5 km aurait pu être assuré – pour les interventions prioritaires – à travers des activités avancées et mobiles ; cependant il est remarqué un délaissement quasi-total de ces stratégies dû, essentiellement :

- au manque d'intérêt porté à ce type de stratégies jugées trop coûteuses et nécessitant un effort additionnel de micro-planification,
- à la logistique insuffisante, récemment entamée par les décisions prises autour de la réduction de nouvelles acquisitions de véhicules,
- et aux ressources financières insuffisantes allouées à ces stratégies.

⁴⁸ Annuaire statistique sanitaire, 2009

Au-delà de l'implantation des structures équipées et de l'affectation de ressources humaines efficaces, l'absence de réhabilitation régulière et de maintenance des équipements constitue une autre cause non moins importante, de non fonctionnalité des structures de santé. En effet, il n'existe pas de système de maintenance, organisé et efficace, profitant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, le Département ne dispose pas de stratégie nationale de maintenance, malgré plusieurs tentatives d'élaboration. Cette maintenance serait d'autant plus difficile que les équipements ont de multiples provenances, parfois très différentes, avec comme corollaire la nécessité d'acquérir les compétences techniques spécifiques et mettre en place les mécanismes nécessaires pour l'approvisionnement en réactifs spécifiques.

Pour le niveau tertiaire, d'autres problèmes spécifiques sont à relever :

- Mauvaise répartition des structures hospitalières du niveau tertiaire qui sont concentrées à Nouakchott suite au manque de plan de développement des infrastructures hospitalières et d'une carte hospitalière nationale.
- Absence de pertinence et d'objectivité dans la répartition des locaux et équipements entre des services du même établissement consécutive à l'inadaptation des infrastructures au niveau des services, suite à l'inexistence de plan type d'hôpital tertiaire et de PMA dont le projet n'a pas été adopté, ni vulgarisé ou respecté.
- Inadéquation entre les équipements acquis et les besoins réels des établissements due :
 - à l'absence de normes d'équipements par type et niveau d'hôpital,
 - au manque de coordination entre le Département et les Hôpitaux tertiaires,
 - et à la centralisation des décisions d'acquisition des équipements, dans le cadre d'une centralisation de la gestion des investissements au niveau du Département.

1.2.2.1.2. Organisation des soins

Pour rentabiliser, au maximum, la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières, il est indispensable de mettre en place une organisation efficiente des services permettant d'assurer les prestations préventives et/ou curatives prévues par le PMA.

Cette organisation et gestion des services de santé souffre actuellement d'insuffisances, de contraintes et obstacles dont certains sont communs aux différents niveaux et d'autres spécifiques par niveau.

➤ Insuffisances, contraintes et obstacles communs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire

Il s'agit, essentiellement:

- ⇒ De l'insuffisance d'accueil et d'orientation des malades due :
 - à l'absence de normes standardisées relatives au circuit du malade et au schéma directeur d'organisation des soins ;
 - à l'inexistence de services et de personnels chargés de l'accueil et de l'accompagnement des malades

- et à l'absence d'une politique nationale « d'humanisation des hôpitaux et services de santé ».
- ⇒ Du manque d'harmonisation des protocoles thérapeutiques consécutif à (i) une multiplicité des protocoles de PEC des maladies, (ii) à l'absence de normes standardisées des soins, (iii) à la faiblesse ou l'inexistence des cadres de concertation technique et de formation continue et (iv) à l'inexistence de plans de formation continue au sein des structures de santé.
 - **Insuffisances, contraintes et obstacles spécifiques par niveau de pyramide sanitaire**
 - Pour les services préventifs orientés vers les populations
 - ⇒ Il s'agit de services préventifs programmables dans le temps et dans l'espace, pouvant s'offrir tant dans la structure fixe qu'à travers des activités avancées et mobiles qui se caractérisent par l'inexistence de programme précis et par l'insuffisance des ASC/RC qui ont aussi pour rôles de mieux préparer ces activités, en informant la population des dates et lieux et en recherchant les potentiels bénéficiaires (femmes enceinte pour CPN et PTME ou enfant pour vaccination).
 - Pour les soins cliniques individuels de premier niveau
 - ⇒ L'organisation de la permanence, 24H/24H, dans des services périphériques tenus parfois par un ou deux personnels, n'est pas chose aisée. Cette alternance de permanence n'est pas toujours formalisée et les remplacements ne sont pas organisés par les structures de supervision. Le manque en ressources humaines et l'absence de normes et procédures en sont les principales causes sous-jacentes.
 - Pour les soins de référence, il faut noter :
 - ⇒ L'absence de programme d'assurance-qualité et de renforcement de la performance ;
 - ⇒ L'insuffisance du suivi des maladies, suite :
 - à l'absence de protocoles de soins définissant le protocole de suivi du malade
 - à l'inexistence de système régulier de suivi et d'évaluation des services hospitaliers.
 - ⇒ Et l'absence d'organisation de la référence qui n'est pas clairement définie dans les PMA, par niveau et qui ne bénéficie pas de directives et de normes et procédures indispensables à une prise en charge efficace, sans sur-utilisation d'un niveau par rapport aux autres.

1.2.2.1.3. Paquets Minimums d'Activités par niveau

Le système de paquet minimum d'activités initié par la politique des « soins de santé primaire » considère, à priori, que toutes les populations de toutes les localités ont besoin, à un moment donné, de ces premiers soins. C'est ce qui justifie, par ailleurs, l'essor des postes et centres de santé à travers tout le pays, même dans des localités où les besoins sanitaires diffèrent. Autrement dit, la géographie d'implantation des infrastructures sanitaires ne

tiendrait pas compte de la spécificité et de la diversité des besoins immédiats et futurs des populations en matière de soins.

Les attributions des formations sanitaires de base sont définies par l'instruction ministérielle sus -visée, complétée par le Décret 92 - 027 du 6 Juillet 1992, instituant le recouvrement des coûts.

Le poste de santé constitue le premier niveau de contact de la population avec les services de santé et le niveau de référence pour les unités sanitaires de base. Il assure les activités de santé curatives et préventives, notamment pour la protection de la santé maternelle et infantile . Une unité fixe de vaccination lui est rattachée.

Le centre de santé de Moughataa constitue le premier niveau de référence pour les postes de santé. Les services offerts par les centres de santé sont:

- la médecine générale,
- les soins chirurgicaux élémentaires,
- la santé maternelle et infantile et l'espace des naissances (consultation prénatale, surveillance de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, la surveillance de la croissance de l'enfant,
- l'exécution du programme élargi de vaccination
- la prévention et le traitement des affections les plus courantes
- l'IEC et l'hygiène scolaire
- les examens de laboratoire courants.

L'utilisation des services est fonction de leur disponibilité. En fait, la disponibilité de l'ensemble des services ci-dessus décrits est rarement assurée partout. Le nombre de prestations fournies est bien souvent plus réduit. Des différences notables sont observées, selon les régions, selon le type de structure et sa localisation en zone urbaine ou rurale, liées au rythme d'intégration et de décentralisation des programmes et aux ressources existantes, humaines en particulier.

La liste des activités relevant du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), est classée par disciplines médicale, chirurgicale et obstétricale.

Cette liste constitue un objectif optimum que chaque établissement doit s'efforcer d'atteindre en fonction des moyens dont il dispose, notamment, au niveau de ses ressources humaines. Chaque établissement devra donc se positionner par rapport à ces activités et indiquer, au regard de chaque item, si l'activité concernée est déjà effective ou peut être mise en œuvre dans l'immédiat. Dans le cas contraire, l'établissement devra justifier, pour chaque activité ne pouvant être pratiquée, les raisons qui l'en empêchent.

Cette liste d'activités ainsi complétée, devrait être retournée à la Direction de la Médecine Hospitalière, en 2005, au plus tard. Chose qui n'a pas été faite.

La définition du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) a reposé sur un large consensus découlant des travaux de l'atelier de Kiffa et non sur des directives administratives. Donc

tous les acteurs concernés et en particulier, des directeurs et des médecins-chefs, doivent être motivés pour atteindre un niveau maximum de mise en œuvre effective du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), cette démarche devant, bien entendu, se faire avec le souci constant de délivrer des soins de qualité.

L'analyse de la couverture sanitaire a ressorti :

- ⇒ la non application, effective, du PMA, au niveau de la plupart des postes et centres de santé comptabilisés dans la couverture sanitaire à cause (i) de l'absence de dispositions réglementaires définissant ces PMA et des insuffisances en ressources humaines, matérielles et financières (voir offre de service) ;
- ⇒ la faible accessibilité géographique des services de PTME offerts dans 3 centres de santé sur les 67 que compte le pays, et qui serait due essentiellement au manque de personnels qualifiés formés à la PTME et au manque d'ARV dans les centres de santé ;
- ⇒ la faible accessibilité géographique à des services de traumatologie capables de prendre en charge les nombreux AVP dont les plus graves se passent, plutôt, sur les voies interurbaines. Cette inaccessibilité des services disposant de capacités suffisantes de prise en charge des traumatismes de la VP est responsable d'un retard important de cette prise en charge aggravant, ainsi, la mortalité et le handicap consécutifs aux AVP. La cause structurelle serait l'absence d'une vision claire (cartes sanitaire et hospitalière) dans l'implantation des services spécialisés.

1.2.2.1.4. Qualité des soins

Déjà, la PNS stipulait en 2006 que « *la qualité des services est insuffisante dans la quasi-totalité des structures de santé, qu'elles soient publiques ou privées*⁴⁹. Cette situation est profondément dépendante (i) de l'état des structures de santé, (ii) de la qualité du médicament et consommables, (iv) de la qualité de la formation de base et de la formation continue, (v) de l'insuffisance de motivation du personnel, et (vi) de l'absence de contrôle et de suivi des prestations fournies. Par ailleurs, l'hygiène hospitalière déficiente favorise le développement d'infections nosocomiales devenues de plus en plus fréquentes dans les statistiques hospitalières ».

Les différents échanges organisés au cours de la préparation de l'analyse de situation s'accordent sur cette insuffisance de qualité des prestations sanitaires qu'elles soient fournies dans les structures publiques, parapubliques ou privées de santé. Cette détérioration de la qualité des services publics et privés a diminué la confiance qu'ont les populations dans le système de santé, d'où une augmentation importante du nombre de personnes se traitant à l'extérieur du pays avec ses corollaires (i) d'hémorragie des devises et (ii) de diminution du financement du système.

Cette qualité des services sera abordée sous deux axes : la qualité des prestations de soins et celle des autres services de santé appuyant le système de santé (ex ; transfusion de sang, hygiène hospitalière, eau et aliments, ...).

⁴⁹ Rapport d'évaluation du PDSAS, 2004

► **Insuffisance de qualité des soins délivrés à tous les niveaux y compris au niveau tertiaire**

Les principales causes de cette mauvaise qualité des soins seraient :

- La mauvaise qualité d'accueil et d'orientation des malades due (i) à l'absence ou au manque d'opérationnalité des services chargés de l'accueil et de l'orientation, (ii) à l'absence d'une démarche qualité au niveau des structures hospitalières et (iii) à l'absence d'une stratégie d'humanisation des hôpitaux ;
- La qualité insuffisante du diagnostic due:
 - à la demande diagnostic parfois non pertinente faisant suite à l'absence de stratégie systématique de recyclage au début et en cours de tous les médecins recrutés, à la faiblesse de la formation continue et à l'absence d'un référentiel de qualité de diagnostic;
 - à la capacité limitée en termes de compétences et d'équipements par manque de stratégie claire de renforcement des capacités matérielles et techniques et absence, au sein des hôpitaux, de projets d'établissements prenant en compte tous ces aspects ;
 - à la qualité douteuse des consommables de diagnostic (voir partie relative à la disponibilité des médicaments et consommables) ;
- La qualité insuffisante de la PEC du patient due :
 - à l'insuffisance de qualité dans la prise en charge clinique secondaire aux mêmes causes citées pour le diagnostic (absence de stratégie systématique de recyclage au début et en cours de tous les médecins recrutés, à la faiblesse de la formation continue au sein des établissements et l'absence de référentiel de qualité ;
 - à la qualité douteuse des médicaments et consommables (voir partie relative à la disponibilité des médicaments et consommables)
 - à l'absence d'une démarche qualité au niveau des structures de soins (centres de santé et hôpitaux), dans le cadre d'un système national d'assurance qualité encore inexistant ;
 - et à l'insuffisance de suivi des patients par manque de normes et procédures exigeant le suivi des patients et l'actualisation de leurs dossiers (le délaissement progressif de la culture du dossier médical se caractérise, tout particulièrement, par la faiblesse des protocoles opératoires indispensables pour un suivi efficace de l'état du Patient).

► **Insuffisance de qualité de l'hygiène hospitalière**

L'hygiène hospitalière en Mauritanie se caractérise par :

- L'insalubrité des structures de soins et de leurs environnements ; les règles d'hygiène et d'asepsie n'étant ni vulgarisées ni rigoureusement respectées puis un programme sectoriel de renforcement de l'hygiène hospitalière n'existant pas ;

- L'insuffisance du système de collecte, de traitement et d'évacuation des déchets hospitaliers. La majorité des établissements ne disposent pas de logistiques et d'incinérateurs adaptés alors que le comportement « non hygiénique » des usagers et même des personnels ne favorise pas une gestion efficace des déchets hospitaliers.

► **Insuffisance de qualité de l'eau et des aliments**

Cette question implique, plus que les autres services, un ensemble de secteurs clés tels que l'hydraulique, le commerce, la santé, les finances et l'intérieur pour ne citer que ceux-là ; le secteur de la santé en détient - à travers des institutions telle que l'INRSP - la partie sensibilisation et contrôle de qualité ; d'où les difficultés d'une telle tâche en l'absence d'une coordination efficace et d'une multisectorialité effective et formalisés à travers des instruments fonctionnels de planification et de suivi.

Une première analyse révèle une insuffisance de contrôle de qualité de l'eau et des aliments due :

- à une insuffisance du cadre réglementaire instituant le contrôle de qualité de l'eau et des aliments à cause de la non adoption des textes d'application du décret portant code de l'eau et de l'insuffisance de marge de manœuvre dans le contrôle des circuits de commercialisation des aliments;
- à l'insuffisance des moyens humains, matériels et financiers alloués au contrôle de qualité de l'eau et des aliments qui reste centralisé à Nouakchott et relevant de l'INRSP qui ne dispose pas d'entités décentralisées.

1.2.2.1.5. Continuité des soins, référence et contre référence

En théorie, le schéma ci-dessous montre l'articulation entre les différents niveaux de soins, entre PMA et PCA (paquets complémentaires d'activités).

1.2.2.2. Disponibilité des ressources humaines efficaces

La disponibilité de ressources humaines efficaces à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conditionne, fortement, la réalisation des objectifs du secteur, en conformité avec les engagements internationaux. A l'instar des autres pays d'Afrique sub-saharienne, la Mauritanie se trouve confrontée à une crise complexe et majeure des ressources humaines pour la santé (RHS).

Malgré cette situation, il faut noter un certain nombre de **forces** au titre desquelles on peut citer (i) l'existence d'une direction centrale et de services régionaux chargés de la gestion des ressources humaines, disposant de personnels plus qualifiés ; (ii) la disponibilité d'outils essentiels comme une base de données réactualisée grâce à un recensement physique du personnel mené en 2003, l'élaboration d'un plan national de développement des ressources humaines, d'un cadre organique d'emploi, d'un plan de carrière et d'un plan de formation continue qui n'ont jamais connu de validation ni de mise en œuvre, ainsi que l'adoption de normes en personnel par type de structures, à la base des analyses sur la disponibilité des RHS ; (iii) l'existence d'institutions de formation avec des programmes éducatifs, ponctuellement, révisés et adaptés aux priorités nationales de santé ; et (iv) l'introduction de

primes de zones et de technicité au profit du personnel affecté à l'intérieur du Pays . L'évaluation récente de cette mesure - après neuf ans de mise en œuvre - dégage d'importantes pistes d'amélioration.

Cependant, un ensemble d'insuffisances dans les aspects d'acquisition, de développement, de rétention et de gestion des RHS constituent les principaux obstacles au développement des ressources humaines.

1.2.2.2.1. Normes et standards

Pour améliorer la disponibilité et la pertinence des services de santé et assurer une répartition optimale des ressources humaines disponibles, la Mauritanie a mis en place, avec ses partenaires au développement un ensemble des mesures normatives qui traite de la monoculture des emplois et des compétences du personnel de la santé (le statut particulier du personnel, les curriculums de formation et le protocole de soins), des normes en personnel, par structures sanitaires, et les PMA. Ces outils, malgré leur importance, ne couvrent pas tous les aspects puis ne sont pas souvent actualisés, encore moins partagés par les gestionnaires de proximité, donc mal appliqués.

La combinaison de ces outils à permis, néanmoins, d'améliorer la gestion prévisionnelle des ressources humaines, notamment en terme d'analyse de l'existant, (répartition géographique et pyramide des âges) et des tendances des besoins en fonction des normes, des standards internationaux et du PDIS.

Ainsi la Mauritanie compte aujourd'hui 479 médecins et 1893 personnels infirmiers et sages femmes ; ce qui correspond à un médecin et 6 personnels infirmiers pour 10 000 habitants, alors que la moyenne, en Afrique Subsaharienne, est de 2 médecins et 11 personnels infirmiers pour 10 000 habitants, selon le rapport mondial des statistiques sanitaires de 2009. Bien que le même rapport indique qu'il n'y a pas des normes standard dans ce domaine, il juge, cependant, " improbable que les pays disposant de moins de 23 professionnels de santé (en ne comptant que les médecins, personnels infirmiers et sages femmes) pour 10000 Habitants obtiennent des taux de couverture convenables pour les interventions essentielles, en matière de soins de santé primaires considérées comme prioritaires par les objectifs du Millénaire pour le développement".

1.2.2.2.2. Production des RHS

► Formation du personnel infirmier et obstétrical

La formation initiale de cette catégorie du personnel relève des compétences du Ministère de la Santé (MS) alors que celle des médecins est du ressort du Ministère chargé de l'enseignement supérieur ; dans le cadre des médecins généralistes, le département de la santé n'est pour le moment concerné que par la planification des besoins et la programmation des recrutements.

La formation des personnels infirmiers et obstétricaux est assurée au niveau national par deux écoles dont l'une se trouve à Nouakchott et l'autre à Kiffa (Assaba) à 604km au sud Est de Nouakchott. La première à vocation nationale, est créée en 1966 sous la dénomination " Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)" et érigée en 2000, en établissement public

autonome (EPA). La deuxième, à vocation régionale fut créée, en 2009, sous l'appellation "Ecole de Santé Publique de Kiffa" et érigée aussi en établissement public autonome.

La formation dans ces deux écoles est organisée en quatre cursus d'enseignement correspondant chacun à un des niveaux de qualification.

Le niveau Infirmier fait l'objet de deux cursus. Le premier, d'une durée de deux ans, recrute sur concours les élèves ayant obtenus le BEPCE (fin des études secondaires) et débouche sur le diplôme d'Infirmier Médico-social (IMS). Le second, d'une durée de trois ans, recrute également sur concours les élèves titulaires d'un baccalauréat scientifique et débouche sur le diplôme d'Infirmier d'Etat (IDE) ou de sage femme d'Etat (SFE).

Le niveau technicien supérieur concerne un cursus de deux ans recrutant en interne les IDE et débouche sur le diplôme de Technicien Supérieur de Santé (TSS). La plupart des spécialités paramédicales sont concernées par cette formation, notamment, celles considérées comme prioritaires, telles que le laboratoire, la radiologie, l'anesthésie, l'ophtalmologie, etc.

Au plan quantitatif, ces cursus ont accueilli, en formation diplômante, 914 élèves fonctionnaires, au titre de l'année scolaire 2010-2011. Les deux écoles forment, parfois, pour les besoins du secteur privé. Actuellement 162 auditeurs libres sont en cours de formation au niveau de deux écoles au titre de l'année scolaire en cours.

Avec un flux annuel de sortants ne dépassant pas 130 personnels, toutes filières confondues, la capacité de formation demeure très insuffisante par rapport aux besoins. En effet, la projection des besoins en personnels infirmiers et obstétricaux à partir de 2006 fait ressortir une évolution croissante, d'une année à l'autre, passant de 1256 unités en 2006 à 7390, en 2010. Or, les recrutements opérés sur la période ne sont que de 590 unités. Les déficits cumulés est donc de 5544 agents. (Ce chiffre ne tient pas compte des besoins additionnels provoqués par les nouvelles créations).

Parallèlement à cette insuffisance au plan quantitatif, la qualité de la formation dans ces écoles reste faible. Ce constat est unanimement souligné par les différentes études réalisées par le MS notamment celles ayant présidé à l'élaboration du Plan Directeur de Formation Continue du personnel de la santé et du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines.

Les principales causes de cet état de fait alarmant sont multiples et se situent au niveau (i) de la qualité des infrastructures (locaux et équipements), (ii) de la qualification des formateurs, (iii) de l'inadaptation des programmes et outils d'accompagnement, et (iv) de la faiblesse des liaisons avec l'emploi.

Au niveau des infrastructures, seule l'ENSP a des locaux qui ont été construits dans les années 60, plus ou moins, conformes aux normes. Ses locaux se limitent à 3 amphithéâtres de 60 places, 6 salles de cours de 30 places et 2 petites salles de travaux pratiques, faisant que sa capacité théorique est de 376 places pédagogiques. Or, les effectifs poursuivant actuellement leur formation au niveau de cette école s'élèvent à 730 stagiaires. Pour faire face à cette situation, la direction de l'établissement a mis en place un système de rotation qui limite considérablement le temps effectif des apprentissages.

L'Ecole de Santé Publique de Kiffa, nouvellement créée, n'a pas de locaux spécifiques. Elle est hébergée dans les locaux de la DRAS, en attente de la construction en cours de locaux propres ; 184 agents de santé sont actuellement en cours de formation à Kiffa.

Au niveau des formateurs, les deux écoles ne disposent que de 20 professeurs- adjoints de santé, alors que le besoin actuel est estimé à 44 formateurs. Pour combler ce déficit, les institutions de formation font appel à des enseignants qui sont pour la plupart des sortants de l'ENSP recrutés sans préparation au métier. Seule une minorité d'entre eux a fait des formations ponctuelles en pédagogie dans des centres de formation des cadres de la santé à l'étranger.

Ainsi, les principaux problèmes dont souffrent le personnel enseignant sont, notamment, liés (i) à l'hétérogénéité des profils et niveaux de qualification des formateurs, (ii) au faible niveau de professionnalisation, (iii) à l'absence d'un dispositif permanent de formation initiale et de mise à niveau technique et pédagogique, et (iv) au manque de motivation.

Au niveau des programmes et des outils, les institutions de formation des infirmiers dispensent, à présent, des enseignements qui ne répondent pas aux normes de qualité requises.

L'élaboration des nouveaux programmes dans le cadre du PASN, ne semble pas avoir provoqué l'effet d'entraînement attendu du fait des obstacles à leurs implantations, notamment, au niveau des ressources humaines, du niveau de recrutement des élèves et de la résistance au changement. Cette situation est aggravée par l'insuffisance constatée au niveau du support didactique et pédagogique, de même que par les conditions de travail qui ne permettent pas au personnel d'encadrement l'accès aux ressources d'appui, en particulier les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). En outre, le dispositif est marqué par l'inadaptation de ses modes d'évaluation et d'encadrement des stages pratiques en cours de formation. L'absence de relations avec les structures sanitaires utilisatrices influe, négativement, sur la pertinence des programmes de formation et sur la connaissance des besoins du système de santé en termes de compétences.

Il se dégage de ce bref état des lieux, que le système de formation initiale est encore peu développé et souffre de dysfonctionnements importants qui constituent un sérieux obstacle au développement du système de santé dans son ensemble.

Il est à rappeler que ces deux écoles ne disposent d'aucun système d'œuvres scolaires (restauration, transport ou hébergement).

Tableau 5 : Répartition des infirmiers et sages femmes en cours de formation au sein de l'ENSP Année de référence (2010)

Catégorie	Nombre	Niveau actuel	Année de sortie
Infirmiers médico-sociaux	168	1 ^{ème} Année	2011
Infirmiers médico-sociaux	139	2 ^{ème} Année	2010
Tronc commun (SFE+IDE)	105	1 ^{ème} Année	2012
Sage femmes d'état	45	2 ^{ème} Année	2011

Infirmiers d'état	75	2 ^{ème} Année	2011
Infirmier d'état	65	3 ^{ème} Année	2010
Techniciens sup. de santé	27	2 ^{ème} Année	2010
TOTAL GENERAL	623		

L'effectif global de 2011 est de 730.

Source : Direction de l'ENSP

Tableau 6 : Répartition des infirmiers et sages femmes en cours de formation au sein de l'ESPK Année de référence (2010)

Catégorie	Nombre	Niveau actuel	Année de sortie
Infirmiers médico-sociaux	44	1 ^{ème} Année	2011
Infirmiers médico-sociaux	45	2 ^{ème} Année	2010
Sage femmes d'état	10	1 ^{ème} Année	2012
Infirmiers d'état	20	1 ^{ème} Année	2012
Infirmier d'état	19	2 ^{ème} Année	2011
Sage femme	9	2 ^{ème} Année	2011
TOTAL GENERAL	147		

L'effectif global de 2011 est de 184

Source : Direction de l'ESPK

► **Formation des spécialistes**

La formation de spécialistes s'adresse aux fonctionnaires titulaires du grade de médecins, de pharmaciens et de chirurgiens dentistes ayant une expérience professionnelle d'au moins trois ans. Elle est faite principalement à l'extérieur, dans le cadre de la coopération. Sa durée varie de trois à quatre ans selon la nature de la spécialité.

Une expérience de formation locale a été entamée en 2000 avec la création, à Nouakchott, de l'Institut National des Spécialités médicales (INSM). L'objectif visé était de répondre à une demande pressante, au niveau des hôpitaux régionaux, pour les doter de spécialistes dans des domaines prioritaires tels que la gynécologie, la pédiatrie et la chirurgie. Cette expérience qui a permis la formation de 59 spécialistes dont la plupart ont fait preuve d'une compétence d'égale importance avec celle de leurs collègues formés à l'étranger a été arrêtée en 2006, suite à la transformation de l'Institut en question en faculté de médecine. Celle-ci a pris en charge le pilotage de la formation qui était en cours, au niveau de l'INSM, dans le domaine de la médecine interne (6 spécialistes). Elle a également assurée pour le compte du Ministère de la Santé, la formation de 20 spécialistes en santé publique, en partenariat avec l'Université de Granada en Espagne.

Tous ces efforts ont permis au MS de disposer actuellement de 165 spécialistes dans presque tous les domaines. Ces spécialistes sont répartis entre les 19 structures hospitalières nationales et régionales du pays.

Ce chiffre ne représente que 28,35% des besoins évalués par le PSDRH à 582 spécialistes sur la période 2006-2010. Le déficit cumulé sur cette période est de 417 spécialistes, sans tenir compte des besoins induits par les nouvelles créations qui n'était pas prévues par le PSDRH (Centre hospitalier mère enfants, le Centre national d'oncologie, le Centre National cardiologie et l'hôpital de Boutilimitt). Ne sont également pas pris en compte les besoins liés au développement de certaines structures hospitalières, notamment, après la mise en place d'une unité d'hémodialyse et d'un scanner au niveau de l'hôpital de Kiffa, d'une unité d'hémodialyse au Centre hospitalier de Nouadhibou et d'une IRM pour le centre hospitalier de Nouakchott.

Pour faire face à ces besoins cumulés, le Département compte sur 34 médecins qui sont en cours de formation de spécialisation à l'étranger.

En matière d'**acquisition**, il faut noter, ici, qu'il n'existe pas de plan de recrutement et que le nombre de fiches budgétaires octroyées au MS sont annuellement reconduites sans tenir compte des besoins de l'offre.

Deux concours de recrutement sont organisés annuellement. Le premier est un concours d'accès aux écoles d'infirmiers et des sages femmes. Il est destiné aux bacheliers et brevetés qui désirent faire carrière dans la santé dans les métiers d'IMS, IDE et SFE. Pour l'année 2010, plus de 8000 candidats ont participé à ce concours. Seulement 320 élèves stagiaires ont été déclarés admissibles. Un deuxième concours dit direct est organisé, chaque année, pour recruter les médecins sortants et autres agents de santé.

Il ressort de cette analyse que les principaux défis se résument comme suit :

- En matière de **développement**, il faut noter (i) l'insuffisance quantitative et qualitative des capacités de formation, (ii) l'inexistence d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux, et l'absence d'un accompagnement technique et professionnel des nouvelles recrues dans le système, enfin, (iii) l'absence de mise en œuvre du plan directeur de formation continu.
- En matière d'**acquisition**, il faut noter (i) l'absence d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines et l'insuffisance dans la planification des besoins qui sont, entre autres facteurs, responsables d'inadéquation entre le programme d'infrastructures et la disponibilité de personnels de santé, (ii) l'insuffisance dans le recrutement, par manque en postes budgétaires et (iii) l'insuffisance quantitative et qualitative, et la non disponibilité à temps des différentes catégories - médicales et paramédicales - des ressources humaines.

► **Principales insuffisances de la formation**

La faible capacité de formation serait due essentiellement :

- ⇒ à l'insuffisance des infrastructures par rapport au nombre d'élèves - des locaux insuffisants, vétustes et inadaptés avec des salles de classes sur-utilisées - qui serait due (i) au manque d'actualisation et de mise en œuvre du PSDRH, (ii) à l'absence de programme pluriannuel de formation du personnel en parfaite cohérence avec les besoins actuels et futurs, (iii) à l'absence d'un programme national de réhabilitation et de renouvellement des infrastructures de la santé et (iv) à la mauvaise préparation dans la

création de l'Ecole de santé publique de Kiffa, avec des locaux non conçus initialement pour la formation.

- ⇒ à l'insuffisance du personnel enseignant (20 enseignants pour un besoin d'au moins 45) due (i) à l'absence de formation des enseignants elle-même consécutive à l'inexistence de programme et d'institution nationale de formation des enseignants, au manque de formateurs pour la formation des enseignants, et à l'absence de stratégie nationale de mobilisation et de maintien des enseignants ; et (ii) à l'insuffisance de valorisation de la profession « enseignant », enfin, à leur utilisation dans d'autres missions d'administration générale.

Par ailleurs, l'insuffisance de qualité des prestations sanitaires serait, entre autres causes, due à l'insuffisance de qualité de la formation secondaire (i) à l'inadaptation des curriculums de formation aux métiers, avec retard dans l'introduction des nouveaux programmes et absence de référentiel de poste ; (ii) à l'utilisation d'un personnel infirmier ou médical sans qualification ou préparation pédagogique, à cause du manque en personnel enseignant qualifié, (iii) à l'inadaptation des modes d'évaluation et d'encadrement des stages . En effet, il n'existe pas de sélection à la sortie (pratiquement l'ensemble des étudiants sortent avec diplôme) et le recrutement des élèves aux écoles (ENSP, ASPK) constitue déjà le recrutement à la fonction publique, et (iv) à l'insuffisance d'équipements et de matériaux de formation à type d'équipements et supports pédagogiques, mais aussi à l'insuffisance d'utilisation des NTIC et au faible accès à la documentation.

1.2.2.3. Utilisation des RHS

La répartition géographique 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.

A cette inégalité s'ajoute une autre encore plus grave entre les régions du pays. Ainsi on a un spécialiste pour 180.000 habitants au Hodh Echargui , 75.000 au Gorgol et 22.000 en Adrar. Le Gorgol dispose d'un Médecin Généraliste pour 60.000 habitants contre un pour 18.000 au Tagant, un pour 5.000 en Adrar. En Assaba, on a une SFE pour 38.000habitant contre une pour 12.000 au Trarza. Il faut cependant rappeler la différence de densité de population entre ces régions qui expliquerait - jusqu'à un certain degré - des différences de ratios pour un accès universel aux soins.

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 2003⁵⁰, 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

⁵⁰ l'Arrêté 072/MS/MF du 16janivier 2003

stimuler la motivation du personnel, si on veut vraiment renfoncer l'efficacité du système, à tous les niveaux .

L'enquête réalisée auprès de 278 fonctionnaires du MS pour mesurer l'impact des PZT⁵¹ en 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, le montant des primes 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 leur satisfaction par des mots tel que servir le pays, l'aspect humain du métier, la morale et 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 ya lieu de noter ici que l'enquête a mesuré la motivation du personnel à 3%. Donc 97 % des fonctionnaires affirment ne pas être motivés pour 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 résumés 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 (absence de critères et fréquence des notes individuelles) dans l'affectation, le développement de la carrière (avancements arbitraires) et la formation continue,
 - manque de rigueur dans la gestion des ressources humaines avec 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, ...)
- 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 personnels de même catégorie, au dépend des zones éloignées, alors que les primes de zones et de technicité avaient pour objectif de créer un gradient salarial « positif » en faveur de ces zones éloignées et difficiles ;

⁵¹ Enquête sur les PZT, DRH/MS, 2011

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

1.2.2.2.4. Gestion des RHS

Le processus de gestion des ressources humaines est éclaté au départ entre le Ministère de la Fonction Publique en charge de la gestion des carrières des fonctionnaires, le Ministère de la santé et les administrations déconcentrées. Les principaux défis liés à cette gestion des RHS sont :

- la multitude des intervenants dans la GRH qui ne s'est pas accompagnée par une coordination entre les départements impliqués dans la gestion des ressources humaines (Santé, Fonction publique, Finances, Intérieur) et entre les différents niveaux (central, régional, de moughata),
- l'inefficacité du système de gestion des ressources humaines consécutive à l'insuffisance des capacités des structures de gestion en termes de prérogatives, de compétences, d'équipements et d'outils, et à tous les niveaux de la pyramide de santé depuis le Cabinet du Ministre et la DRH, au niveau central, jusqu'à la CSM, au niveau périphérique en passant par les services régionaux de gestion des RHS,
- l'insuffisance d'efficacité du système d'information et de gestion existant avec des problèmes (i) de fiabilité, par manque de mise à jour régulière, (ii) d'exhaustivité ne renseignant pas sur toutes les données essentielles (telles que celles relatives à l'historique et à la formation), (iii) de gestion, ne permettant pas de répondre aux différentes requêtes exprimées par les services utilisateurs de la base, et (iv) de cohérence avec les autres systèmes tels que celui des Finances (base de données de la solde).

1.2.2.2.5. Quelques aspects particuliers

- Les nouvelles interventions jugées efficaces et nouvellement introduites dans le PMA (ex : PTME, PCIME, ...) nécessitent, souvent, des compétences additionnelles qu'il faudra, d'une part, développer auprès des personnels de santé en place, et d'autre part intégrer aux curriculums de formation de base. Le Département n'arrive pas encore à gérer, efficacement, une telle situation (i) en garantissant ce développement « universel » de compétences (ii) sans impacter négativement le fonctionnement des structures. Il se pose, en plus le manque de suivi des personnels formés qui sont par ailleurs, très mobiles , mettant en cause toute tentative d'organisation d'une telle capacitation.
- Au moment où tous les intervenants s'accordent sur un déséquilibre de répartition du personnel qualifié en faveur de Nouakchott et, plus particulièrement, du niveau tertiaire, il ressort des différentes visites et discussions que les établissements du tertiaire manquent de RH qualifiées pour s'acquitter, convenablement, de leurs tâches, et des tâches additionnelles générées par le non respect de la pyramide sanitaire. Le cas le plus prononcé concernerait le manque en personnels spécialisés dans certains domaines lié à la référence nationale, dans une vision de réduction des évacuations sanitaires internationales dont le fardeau déséquilibre de plus en plus les dépenses du secteur

(voir résultats de la RDPS). Cette insuffisance est due au manque d'une offre de formation spécialisée au niveau national. L'expérience de l'INSM a permis de résoudre, ponctuellement, la partie urgente du problème.

- La motivation du personnel, priorité des gestionnaires et des partenaires du Département, s'est beaucoup plus focalisée sur la motivation matérielle. Au moment où les primes de zones viennent d'être évaluées et des suggestions proposées, les incitations du personnel du niveau tertiaire ont été instituées sans normes et procédures nationales unifiées, conduisant à une situation d'inéquité entre les établissements, et plus graves entre services du même département. Les services hospitaliers – essentiels pour la qualité de la prise en charge – ne produisant pas de recettes propres importantes, sont souvent défavorisées au profit d'autres services plus producteurs de fonds.
- L'exercice mixte public/privé a été relevé à plusieurs reprises comme cause d'insuffisance de disponibilité, d'accessibilité ou de qualité des services, en particulier, au niveau tertiaire. L'absence de réglementation de base garantissant une disponibilité et une efficacité des personnels de santé impliqués ne facilite pas la solution d'un tel problème soumis, par ailleurs à l'insuffisance du suivi et du contrôle dans tout le secteur.

1.2.2.3. Produits pharmaceutiques, vaccins et technologies

1.2.2.3.1. Politique, normes et standards

Historiquement, quatre phases ont marqué, successivement, la disponibilité du médicament dans le Pays :

- Une gratuité totale en relation avec la gratuité des services de santé et caractérisée par une qualité acceptable et des ruptures peu fréquentes.
- Une privatisation du sous-secteur pharmaceutique avec disponibilité gratuite de ces produits au sein des structures publiques ; cette phase s'est caractérisée par des ruptures répétées en médicaments et consommables avec une détérioration progressive de la qualité du médicament tant en public qu'en privé.
- L'introduction du système de recouvrement des coûts avec mobilisation interne d'importantes ressources financières et soutien du système de santé dans sa globalité. Cette phase a été marquée par la persistance de ces ruptures, essentiellement, dues à l'inaccessibilité de ces ressources destinées au renouvellement des produits lesquelles logées dans le trésor public. Cette situation a été à l'origine de très fréquentes ruptures généralisées en médicaments.

La création d'une centrale nationale d'achat – la CAMEC – visant à « autonomiser » le système d'approvisionnement et de distribution du Médicament ; malgré une nette amélioration de la disponibilité du Médicament, il faut noter (i) la persistance de fréquentes ruptures de médicaments en périphérie à côté – dans certains cas – de stocks en préemption au niveau central ou régional⁵², (ii) un coût très variable du médicament

⁵² L'exemple le plus récent a été celui des ACT en stocks importants à la CAMEC (avec date de péremption proche) avec ruptures de stocks dans les régions visitées, mission d'exploration dans le cadre de l'élaboration du PNDS

« vendu » dans les structures de santé par manque de tarification solide, périodiquement, adaptée avec des mécanismes de stabilisation des prix, (iii) une disponibilité, très discontinue, des consommables promotionnels distribués dans le cadre de la lutte contre la maladie, et qui sont acquis à travers des mécanismes, peu efficaces et non pérennes, et (iv) la qualité du médicament mise fréquemment en cause en l'absence d'un contrôle de qualité des médicaments.

Une évaluation de la capacité du Ministère de la santé et des affaires sociales à réguler, contrôler et superviser la chaîne de distribution du médicament, menée en 2007, avait permis de passer en revue l'enregistrement, le suivi des importations, le contrôle des structures de vente ... sans oublier les aspects de tarification et d'utilisation rationnelle des médicaments.

- *« Les procédures d'enregistrement des médicaments, et donc leur obtention d'AMM, sont clairement définies dans la loi 036/2004 et la nouvelle loi 022/2010 ; mais ces procédures n'ont été exigées par la DPL que tout récemment après de longues périodes de laxisme. Cette situation a conduit ces dernières années à une réelle anarchie avec d'une part l'absence de liste arrêtée de produits autorisés, et d'autre part des centaines de produits non autorisés circulant en toute impunité dans le pays. Cependant, des efforts ont été menés par la DPL aboutissant à l'édition d'une nomenclature nationale de produits enregistrés (actuellement 2140 présentations). L'analyse de cette nomenclature montre que plusieurs dizaines de produits très prescrits et très vendus en Mauritanie n'y figurent pas et seraient donc en situation irrégulière, cette situation et aggravé par un phénomène nouveau qui est en fait une sorte de marchandage entre les délégués de promotions de certains laboratoires et les prescripteurs qui visent à augmenter leurs parts de marché.*
- *« Principal rempart contre l'élargissement du marché illicite, le suivi des importations n'est pas mieux loti que l'enregistrement car, si en théorie les grossistes officiellement autorisés sont tenus de faire viser leurs importations auprès de la DPL, certains ne le font pas du tout et d'autres ne le font que de façon partielle. Quant à l'importation illicite, elle prospère avec l'absence d'un contrôle efficace des importations de médicaments dans le pays.*
- *« Bon nombre de nos structures de vente de médicaments sont en situation irrégulière soit par manque d'autorisation du MS ou soit par non qualification du responsable technique ou non-conformité des locaux. Depuis le début des années 90, des opérations « coup de poing » ont été menées de façon ponctuelle visant à vérifier la régularité de ces structures ainsi que l'origine des produits qu'elles vendent. Ces contrôles ont toujours été suivis par la fermeture de plusieurs structures dont la plupart ré ouvraient peu après due à la pression des groupes d'intérêts sans régularisation formelle de leur situation.*
- *La situation particulière des dépôts de médicaments pose un réel problème car les lacunes de la législation dans ce domaine ont ouvert une brèche légitimant tout simplement l'existence de dépôts pharmaceutiques fonctionnant comme des officines pharmaceutiques, mais sans pharmaciens.*
- *« Les différentes tentatives de tarification menées par le MS n'ont pas put aboutir due au laxisme qui prévaut, le manque de volonté et capacité de négociation des prix (PGHT) lord de l'enregistrement des produits d'une part et due fluctuation de la monnaie nationale d'autres part en effet le MS doit proposer au gouvernement un mécanisme innovent qui peut sécurisé l'accès à la devise pour les importateurs des médicaments publiques et privées a un taux fixe pour une période données en prévoient tous les verrous nécessaires pour éviter tout détournements*

éventuelles en place . En effet, ... il n'existe pas de tarifs fixés pour les produits pharmaceutiques vendus en privé, ni ceux distribués par les hôpitaux, en particulier du niveau tertiaire.

- « En l'absence de tarifs normalisés, vient s'ajouter l'absence de normalisation des prescriptions thérapeutiques ; les dernières directives – à type de guide thérapeutique – datent du début des années 90, et restent limitées aux niveaux poste et centre de santé. Par ailleurs, nous avons noté l'absence totale de programme de promotion et de suivi en faveur de l'utilisation rationnelle des médicaments.

1.2.2.3.2. Système d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques

Les deux principales causes sous-jacentes des ruptures en stocks de médicaments essentiels seraient donc (i) l'inefficacité du système national d'approvisionnement en Médicaments piloté et géré par la CAMEC et (ii) la faiblesse de ses capacités de gestion. En effet, l'exécution des marchés publics de Médicament ne garantit pas une disponibilité à temps des stocks de médicaments à cause, entre autres, du retard de lancement desdits marchés et des faibles capacités de l'institution dans la passation des marchés publics.

Par ailleurs, le non respect des statuts et règlement intérieur de la CAMEC et les relations « d'affiliation » de la CAMEC au Ministère de la santé – contraire à l'esprit de création de cette Société Nationale – sont à l'origine de situation financière caractérisée par une faiblesse du recouvrement des créances du Ministère de la santé et des centres hospitaliers.

Enfin, le chevauchement et la multiplicité des intervenants dans l'approvisionnement de certains produits essentiels (produits SR, ARV, antituberculeux,) avec des circuits multiples et parallèles ne garantit pas une gestion optimale de ces produits ni leur disponibilité permanente au sein des structures de prestation de soins. Cette situation est parfois en contradiction avec certains textes réglementaires visant une coordination efficace et une qualité garantie de tout médicament essentiel.

L'exemple concret est celui relatif à la disponibilité des intrants essentiels à l'espace des naissances . En effet, l'approvisionnement en ces produits ne se fait pas à travers la CAMEC, mais plutôt par les services de la coordination du PNSR en concertation avec le bailleur de fonds, ce qui ne garantit pas une pérennité du processus et occupe ces services dans des tâches ne relevant pas de leurs prérogatives, au dépend des tâches de pilotage, de coordination et de suivi.

La cause directe de ruptures de stocks de médicaments essentiels est l'inefficacité du système de gestion des médicaments, à tous les niveaux de la pyramide de santé. En effet, les responsables de la gestion « au quotidien » des médicaments essentiels, tant au niveau central (CAMEC) qu'au niveau intermédiaire (DPR) ou opérationnel (Pharmacies des centres de santé et des Hôpitaux) ne disposent pas de documents de normes et procédures de gestion par niveaux et n'ont pas souvent les compétences techniques requises pour une gestion prévisionnelle des stocks et une estimation efficiente des besoins garantissant la disponibilité du médicament et ne favorisant pas les péremptions.

Parallèlement, les structures ne disposent pas toujours des capacités de stockage nécessaires dans des lieux adéquats, facilitant leur utilisation optimale, selon les leçons internationales en la matière.

Au niveau des DRAS et des CSM, le retard de mise en place des budgets aurait poussé la plupart des responsables de ces structures à « emprunter » des fonds de renouvellement des stocks pour assurer un fonctionnement minimal de leurs structures, ce qui, souvent, a eu, comme conséquences, la réduction des niveaux de commande de Médicament, et par la suite l'apparition de ruptures de stocks de médicaments.

Pour les structures hospitalières, ce même retard de mise en place des budgets aurait accentué leur faible « solvabilité » auprès de la CAMEC et de certains « fournisseurs » privés, prédisposant à des ruptures en médicaments.

Un premier exemple est encore illustré par les produits SR dont les stocks seraient insuffisants au niveau opérationnel ; en cause la mauvaise gestion de ces produits à ce niveau (par manque de compétences et de capacités) et l'insuffisance de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Un deuxième exemple est lui illustré par la disponibilité des ARV stockés dans les régions – avec parfois risque de péremption – et ces stocks ne peuvent être utilisés par la PTME, qui en a besoin, car ces stocks sont destinés à la prise en charge des PVVIH . Les besoins de la PTME en ARV ne sont pas prévus sur financement national.

La vétusté des moyens logistiques des régions sanitaires et l'insuffisance des moyens de transport de la CAMEC viennent se rajouter pour favoriser ces ruptures de médicaments . Les demandes en médicaments ne sont pas, systématiquement, et promptement, suivies d'envoi de stocks car des paramètres de regroupement « de volumes⁵³ » ou de gestion « rationnelle » du Carburant⁵⁴ interfèrent souvent dans la fixation de la date d'envoi des Produits.

L'exemple, ici, est illustré par la disponibilité des vaccins et consommables de vaccination qui ont connu des ruptures de stocks au niveau régional ; en cause, l'insuffisance dans la chaîne de froid consécutive à l'absence d'une stratégie de renouvellement et de maintenance des chaînes de froid.

1.2.2.3.3. Accès équitable aux médicaments

L'accès aux soins de santé est un droit humain fondamental, garanti par les traités internationaux et reconnu par notre gouvernement, toutefois sans un accès équitable pour toute la population, le droit fondamental à la santé n'est pas une réalité.

L'accès aux médicaments essentiels qui est par définition « le médicament qui satisfait aux besoins de la majorité des pathologies courantes » fait partie intégrante du droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.

⁵³ La CAMEC cherchera souvent à regrouper les commandes de régions ou de moughata sur le même axe dans un seul axe

⁵⁴ Les DRAS et les Directions d'hôpitaux de l'intérieur attendront parfois une évacuation sanitaire pour utiliser l'ambulance au retour, en particulier pour les volumes limités

Dès lors, pourquoi une grande partie de la population à travers le pays doivent-elles se passer des traitements dont elles à besoin ?

Les raisons deviennent de plus en plus claires et les prix, ainsi que la disponibilité des médicaments jouent un rôle déterminant. Les prix sont tout simplement trop élevés pour les personnes pauvres et les produits ne sont le plus souvent pas disponibles, surtout pour les structures à l'intérieur du pays.

Ainsi que et dans un contexte de rareté de ressources plusieurs programmes et politiques ont été mobilisé pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'équité pour le plus large possible de la population. Il s'agit de l'initiative de Bamako (SRC), de la création de la CAMEC, de la gratuité de certaine innervation comme le traitement du paludisme, de la TB, ainsi que la Vaccination ; Il s'agit aussi de l'exonération des taxes et d'autre actions directes et indirectes visant un meilleur accès au médicament.

Cependant, et malgré tous ces efforts, les indicateurs de disponibilité des médicaments et d'accessibilité pour les plus démunis restent assez incomplets, rendant une frange, non négligeable, de la population exclue des soins essentiels.

1.2.2.3.4. Contrôle de Qualité du médicament

Le rôle régulateur du MS est d'abord un rôle de contrôle d'un secteur « libéralisé » de manière quasi anarchique⁵⁵. Ce contrôle reste difficile et concerne un domaine à cheval entre les secteurs de la santé et du commerce, en effet :

- le médicament constitue une des principales ressources du système de santé et sert de locomotive à ce système dans le cadre de l'Initiative de Bamako,
- mais aussi, il s'agit d'une denrée que les acteurs du secteur commercial tendent facilement à assimiler à n'importe quel autre produit du commerce général et qui bénéficient d'une libéralisation totale des prix.

D'où la nécessité d'un contrôle efficace permanent et généralisé. Cependant, et malgré la création du Laboratoire national de contrôle de qualité du médicament (LNCQM), l'inefficacité du système actuel de contrôle de qualité serait responsable :

- du développement de circuits parallèles, parfois informels, d'approvisionnement du marché par des produits dont la qualité est douteuse et n'ayant été soumis à aucun contrôle efficace ; ainsi, l'absence de supervision et de contrôle au sein du système de santé a facilité à certains responsables de structures publiques de santé (surtout les postes de santé éloignés), à s'adonner, au sein de la structure, à la vente des ces « médicaments » douteux du circuit informel, dans le cadre d'une activité privée lucrative non autorisée et non contrôlée,
- des situations inexplicables, devenant de plus en plus fréquentes, de diagnostics, correctement, établis et n'évoluant pas sous des protocoles thérapeutiques adaptés ; ce qui, par ailleurs, a profondément entamé la confiance des populations dans le système de santé en général.

⁵⁵ Politique nationale de santé et d'action sociale

Cette inefficacité du Contrôle de qualité du Médicament serait due:

- à la faiblesse et au non respect de la réglementation instituant les différentes structures – publiques et privées – d’approvisionnement et de distribution des médicaments; la faiblesse du rôle, des capacités et de la volonté de régulation (loi pharmaceutique peu rigoureuse) du secteur en étant la principale cause structurelle;
- au manque de coordination et de collaboration synergique entre le MS et les autres départements et autorités, en relation avec le médicament, d’une part, et entre les structures du MS, en particulier, du niveau central, c’est à dire entre la DPL (normalisation et régulation), la CAMEC (approvisionnement et distribution) et le LNCQM (contrôle de qualité), en plus de faiblesse des ressources allouées, de l’autre part, qui ont fortement affaibli les chances d’un système d’assurance fiable et efficace.

1.2.2.3.5. Cas particulier de disponibilité et de sécurité du sang à transfuser

La disponibilité et l’accessibilité à du sang sécurisé constitue une des principales priorités pour une lutte efficace contre la mortalité en général, et la mortalité maternelle, en particulier, à côté de son apport dans bon nombre d’urgences médicales ou chirurgicales, comme celles traumatologiques; par ailleurs, une lutte efficace contre le VIH nécessite une disponibilité permanente dans tous les sites de transfusion de sang sécurisé.

Des efforts importants ont été fournis sans que cette disponibilité ne soit assurée de manière permanente, dans toutes les structures publiques et privées de santé, et sans une garantie à travers un don volontaire fidélisé. Les principales causes en sont:

- ⇒ les demandes en sang désorganisées et non planifiées consécutives :
 - à la méconnaissance des structures de leurs besoins et la création de nouvelles structures utilisatrices de sang comme le CNO, le CNC , le CME et l’HA;
 - au fonctionnement “au jour le jour” de la plupart des structures d’hospitalisation publiques et privées, sans une stratégie de gestion efficace du sang;
 - et à l’absence d’un cadre formel de concertation et de coordination entre les structures d’offre et les établissements utilisateurs, sous le pilotage du Département central;
 - Absence d’autofinancement, ce qui limite les ressources aux subventions de l’état, lequel ne tient pas compte du souci de développement de la structure.
- ⇒ l’insuffisance quantitative en sang consécutive à l’insuffisance en personnel et à l’insuffisance des moyens logistiques et de stockage nécessaires à une mobilisation nationale permanente;
- ⇒ l’insuffisance dans la fidélisation des donneurs, suite, à la faiblesse du programme de communication en faveur du don volontaire et bénévole et au faible intérêt politique dans ce programme de communication pour le don de sang (don médiatisé des hautes autorités de l’Etat); alors que des associations de don de sang sont actives, mais manquent de capacités et de moyens et vivent la situation nationale de léthargie de la société civile engagée dans la santé;

- ⇒ l'absence de logistique permettant de se déplacer vers les donneurs. Cette stratégie est la source de 80 pour cent du sang collecté dans les structures similaires dans les autres pays,
- ⇒ la mise en place, débutante, de programme d'assurance qualité handicapé par l'inexistence d'un cadre national plus global d'assurance qualité et l'insuffisance de ressources nécessaires au développement d'un tel programme.
- ⇒ la nécessité d'une déconcentration des structures transfusionnelles pour offrir, équitablement, des produits sanguins, sur l'étendu du territoire et répondre aux besoins des structures sanitaire sanitaires de l'intérieur du pays.

1.2.2.3.6. Cas des institutions nationales chargées de l'approvisionnement en médicaments et consommables et du contrôle de qualité

Ces institutions nationales, indispensables à une disponibilité et une accessibilité de médicaments de qualité, souffrent de contraintes et d'obstacles propres dont les plus importantes sont:

- ⇒ des infrastructures insuffisantes et en grande partie non adaptées au rôle de l'institution ; les locaux n'étant ni suffisants ni adaptés aux activités spécialisées au vu des normes, internationalement, reconnues ;
- ⇒ des équipements insuffisants à cause:
 - de l'absence de programmes spécifiques d'acquisition de ces équipements spécialisés,
 - de l'absence de contrat-programme mutuellement adopté entre la structure et le Département central,
 - de l'insuffisance de maintenance préventive et curative de ces équipements à cause de l'insuffisance du personnel technique qualifié, spécifiquement, pour certains équipements spécialisés.

1.2.2.4. Information, recherche et gestion de la connaissance

1.2.2.4.1. Informations de base (RGPH, ...)

Toute action de santé qui se veut efficace cible en priorité un ou plusieurs groupes vulnérables ; ce qui garantit l'efficacité de l'action et facilite son évaluation en amont et en aval.

Cependant, l'estimation de la taille et la définition des caractéristiques de ces groupes souffre de l'imprécision des données démographiques de base qui tirent leurs estimations projetées du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH⁵⁶) mené en 2000. Avec plus de dix ans, ces projections deviennent très imprécises, d'où la non fiabilité des programmations - en plus ou en moins - et les biais dans l'estimation des niveaux actuels de la performance du secteur.

Par ailleurs, au sein même du Ministère de la santé et malgré l'existence d'outils plus ou moins fonctionnels (SNIS, base de données des RHS, système de suivi des infrastructures et

⁵⁶ RGPH initialement prévu en 2010 mais non encore réalisé

équipements, ...), les informations de base nécessaires à toute planification ne sont pas toujours disponibles, puis leur fiabilité ne fait, surtout pas l'unanimité.

Enfin, le Département ne dispose pas d'informations précises sur le secteur privé . En effet, le nombre de structures, leur répartition et leur niveau et types d'activités ne sont pas connus. Il n'existe pas d'outil de transmission de telles données et le suivi de ce sous-secteur est très faible.

1.2.2.4.2. Système de surveillance

Bien que des progrès ont été enregistrés durant ces dernières années, le système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SMIR) connaît dans la pratique des faiblesses dont la plupart sont liées à l'insuffisance dans l'organisation et aux lacunes de la planification, la supervision, le monitoring et la gestion des données. Ces faiblesses sont imputables à l'insuffisance des ressources humaines aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, mais aussi à la vétusté des infrastructures et au sous-équipement du service national de surveillance épidémiologique.

La SIMR n'est, jusqu'à présent introduite officiellement que dans 4 des 13 régions du pays, soit dans 31% des régions du pays. Là où elle a été déjà vulgarisée, les comités de surveillance épidémiologique mis en place aux différents niveaux qui devront appuyer la lutte contre les maladies ne sont fonctionnels qu'en cas d'épidémie. Les communautés ne sont généralement pas impliquées dans la surveillance.

Les missions de supervision/surveillance active consistent le plus souvent en une collecte passive des rapports de surveillance de la période écoulée, depuis la dernière mission.

L'implication du secteur privé et des tradi-praticiens dans la surveillance épidémiologique demeure insuffisante.

Le système de surveillance épidémiologique présente des difficultés de collecte et de transmission de données qui se traduit par une très faible promptitude et complétude de la transmission des rapports.

L'analyse des données collectées est insuffisante et leur utilisation à la prise de décisions, au niveau des Moughataas et des régions est faible. Les indicateurs de performance ne sont calculés qu'au niveau central et par les points focaux régionaux.

Le laboratoire n'est pas suffisamment impliqué dans la surveillance des maladies. L'équipement des laboratoires des structures sanitaires des régions est globalement faible et la formation de leur personnel est insuffisante. Le matériel pour le transport des prélèvements (LCR, selles) et des consommables n'est pas toujours disponibles au niveau des structures périphériques.

Le Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005 n'est pas connu des différents services nationaux en charge de sa mise en application. Par ailleurs sa mise en œuvre effective nécessite la mise en place de compétences minimales requises au niveau des différents services/structures chargés de son application. Une évaluation, préalable, doit donc être faite pour déterminer le gap à combler.

Les principaux défis de la surveillance épidémiologique sont : i) l'insuffisance dans la mise en œuvre de la SMIR au niveau du pays (absence de généralisation de la SIMR dans toutes les Moughataas ii) les insuffisances de la mise en œuvre de la SIMR dans les Moughataa où elle est introduite dont l'insuffisance de la mise en œuvre du volet communautaire de la SIMR) ; ii) l'insuffisance de la mise en œuvre du plan multisectoriel de riposte à une épidémie de grippe aviaire ; iii) l'insuffisance de la préparation pour la mise en œuvre du RSI

1.2.2.4.3. Outils d'information et de gestion de la connaissance

► Le Système national d'information sanitaire

Le système national d'information sanitaire a été mis en place en 1990. Depuis, le SNIS a enregistré quelques avancées notables : i) la mise en place d'un système de recueil des données au niveau des PS et CS ; ii) l'opérationnalité d'un service régional doté d'une unité d'information avec logiciel pour la saisie et l'analyse de données pour lequel le personnel a été formé sur la collecte et l'analyse de données ; iii) le renforcement d'une structure centrale SNIS ; iv) la publication, régulière, des annuaires statistiques (2005 et avant)

Cependant, le SNIS n'arrive toujours pas à rendre disponibles les informations pertinentes et fiables, à tous les niveaux du système de santé.

Cette situation est imputable, notamment, à : i) la non intégration des hôpitaux et du secteur privé dans le SNIS ; ii) l'insuffisance de personnel spécialisé dans le domaine (statisticiens, informaticiens, épidémiologistes..) ; iii) l'insuffisance de formations du personnel sur les outils ; iii) la faible complétude promptitude des rapports produits ; iv) l'irrégularité de la supervision et les ruptures fréquentes des supports de collecte de données ; v) la surcharge des agents du niveau opérationnel par la multitude des rapports à produire (non intégration). ; vi) les données collectées ne sont pas analysées et utilisées par les différents niveaux pour les besoins de planification et la gestion ; vii) la fiabilité des données ; viii) la faible disponibilité et l'utilisation de l'Internet par le SNIS ; i) la retro-information ne se fait pas.

En ce qui concerne la collecte des données, il y a lieu de rappeler que les informations collectées par la base (PS, CS) sont transmises à la DRAS, via le Médecin- chef de la Moughataa ou directement par le poste de santé. Les rapports parviennent à la DRAS avec une durée moyenne de retard d'environ 2 mois. La saisie se fait au niveau de la DRAS dans le logiciel Maurisis. Le fichier saisi est transmis, par trimestre, au Service des Méthodes et du Suivi des Indicateurs du Ministère de la Santé.

Les problèmes rencontrés en ce qui concerne la collecte et la saisie des données sont : i) le manque de sensibilisation, de motivation et de supervision du personnel qui entrave la fiabilité des données ; ii) le manque de coordination entre le SNIS et les autres programmes ; iii) la collecte partielle des données.

L'analyse des données se fait seulement au niveau de la DRAS et reste limitée aux tableaux bruts et aux synthèses de données qui ne sont suivies d'aucun commentaire. Par ailleurs, la Wilaya ne dispose pas d'un système de publication périodique d'information. Les rapports ne font pas l'objet d'analyse, à l'échelle de la Moughataa et de la Wilaya. Les quelques

indicateurs calculés, au niveau de la Wilaya ne sont pas suffisants pour permettre d'appréhender la situation sanitaire de la Wilaya. Les formulaires supplémentaires programmés dans le logiciel Maurisis prennent en compte les données de plusieurs programmes. Malheureusement, ces formulaires n'ont jamais été utilisés. Le niveau central (DPCIS/MS) n'a jamais fourni de guide sur le remplissage de ces formulaires alors qu'ils constituent la source de 59% des 97 indicateurs calculés dans Maurisis.

L'absence de glossaire opératoire pour le calcul des indicateurs entraîne des confusions et une incompréhension au niveau des points focaux SNIS et des chefs de services régionaux de la DRAS.

Au sein de la wilaya, la rétro- information faite par la DRAS aux médecins- chefs des Moughataa est une simple synthèse ou un résumé des informations qu'elle a produites. Quant aux Médecins- chefs des Moughataa, ils ne font aucune Rétro- Information pour leurs postes de Santé car, ils ne reçoivent pas l'ensemble des rapports mensuels rédigés dans ces structures (la plupart des Postes et centres de santé transmettent leur rapports mensuels directement à la DRAS). La rétro-information n'est donc pas assurée à tous les niveaux.

Par ailleurs, la mise en place, par la plupart des programmes, de système de collecte parallèle à celui du SNIS, met en cause l'exhaustivité, la qualité et l'intégration effectives de l'ensemble de l'information sanitaire.

► **Supervisions formatives et régulières**

S'agissant des supervisions, il faut noter que celles qui sont effectuées dans les Wilaya sont des supervisions intégrées qui comprennent plusieurs volets et sont le plus souvent orientées vers la supervision des outils du système de recouvrement des coûts. Cependant, elles sont très irrégulières. La supervision de l'équipe du SNIS de la DRAS et de la Moughataa, dans les structures de santé se limite, parfois, à de simples missions de ramassage des rapports, qui restent sans effet sur l'amélioration de la qualité des données à cause de l'absence de guide de supervision et d'outils de collecte de données pour la supervision au niveau des structures de santé des Wilaya.

Les supervisions centrales sont rares, se limitant souvent à des missions verticales - faites par telle ou telle direction ou programme - pour un besoin souvent ponctuel, et n'ayant quasiment jamais d'objectif d'analyse de la situation et de proposition de solutions, y compris la formation immédiate.

1.2.2.4.4. Recherche pour la santé

La recherche pour la santé n'arrive, toujours, pas à faire une contribution significative à l'amélioration du développement sanitaire et à l'atteinte des objectifs de développement, internationalement, convenus et malgré l'existence d'un Institut de Recherche en Santé Publique (INRSP).

Elle ne joue pas, en effet encore pleinement son rôle dans la production de connaissances que l'on peut utiliser pour promouvoir, restaurer, maintenir, protéger et suivre de près ou surveiller la santé des populations.

En Mauritanie comme dans la plupart des pays de la région Africaine de l'OMS, les projets de recherche sont conçus et exécutés sans impliquer toutes les parties intéressées, particulièrement les responsables politiques, les décideurs et les praticiens. Le lien entre les chercheurs, les responsables politiques et les décideurs est très faible. La recherche visant à améliorer les systèmes de santé est, insuffisamment, financée.

Les principaux problèmes entravant la recherche pour la santé en Mauritanie sont : i) l'absence de politique nationale dans le domaine de recherche ; ii) le manque de coordination entre les parties impliquées dans les projets de recherche ; iii) l'insuffisance du financement de la recherche pour la santé ; iv) les compétences insuffisantes dans le domaine de la recherche pour la santé ; v) les capacités limitées de l'INRSP (infrastructure, équipements, ressources humaines...) ; vi) la collaboration insuffisante entre les institutions nationales et internationales de recherche ; vii) l'absence de comité d'éthique pour la recherche ; viii) l'environnement peu attractif pour la recherche pour la santé.

1.2.2.5. Financement de la Santé

1.2.2.5.1. Politique de financement

Le financement de la santé fait référence à la collecte de fonds auprès de diverses sources (ex: le gouvernement, les ménages, les entreprises et les donateurs), à leur mise en commun pour partager les risques financiers à travers des groupes de population plus larges, ainsi qu'à leur utilisation pour payer les services des prestataires de soins de santé publics et privés. Les objectifs du financement de la santé consistent à rendre les financements disponibles, à assurer le choix et l'acquisition d'interventions rentables, à donner des incitations financières appropriées aux prestataires, et à veiller à ce que tous les individus aient accès à des services de santé efficaces.

Les systèmes de financement de la santé de la Mauritanie n'atteignent pas convenablement leurs objectifs en raison des défis liés : a) à l'absence de politiques et de plans stratégiques globaux de financement de la santé; b) à la non institutionnalisation des comptes nationaux de la santé pour suivre de près les dépenses de santé; c) à l'utilisation inefficace des ressources disponibles; d) au faible montant des budgets nationaux alloués à la santé, et, particulièrement, aux services du niveau local; e) au caractère restreint de la décentralisation financière vers le niveau local, dû, en partie, à l'insuffisance des capacités de planification, de budgétisation et de gestion financière; f) à la confiance excessive dans les frais assumés par l'utilisateur face à la pénurie de mécanismes de protection sociale tels que l'assurance maladie universelle et les subventions ciblées; g) à l'inefficacité de l'aide extérieure occasionnée par la faiblesse de l'harmonisation et de l'alignement sur les priorités nationales, par la faiblesse des systèmes de gestion financière et de compte rendu; ainsi que par la faiblesse des mécanismes de coordination du soutien des partenaires au secteur de la santé.

1.2.2.5.2. Costing et CDMT sectoriel

L'évaluation des coûts des programmes et des interventions du secteur constitue l'un des principaux problèmes qui affectent, négativement, l'efficacité dans l'élaboration et l'exécution budgétaire. En dehors de quelques tentatives, au début de la décennie précédente qui visaient à harmoniser les prix de quelques biens et services, couramment, requis par l'administration, les budgets du secteur ont toujours souffert de l'absence de bordereaux de prix, constituant une référence pour estimer les dépenses prévisionnelles et effectives de santé. Les bordereaux proposés par l'IGE, tout comme les outils précités, élaborés par le département, ont été dépassés, par manque de mise à jour régulière et sont, ainsi, tombés en désuétude. Il s'y ajoute l'absence des conditions nécessaires pour la mise en concurrence saine et effective, lors de l'exécution budgétaire qui empêche d'aligner les coûts utilisés dans les estimations aux prix réels du marché. Cette situation a toujours conduit à l'application de coûts forfaitaires qui ne prennent pas en compte, le plus souvent, les composantes du prix réel. Il s'en suit, soit une surestimation contribuant à la dilapidation des ressources, soit une sous-estimation qui se traduit généralement par la réduction significative des résultats produits lors de la mise en œuvre, par rapport aux prévisions.

En plus, l'absence de la mise à jour régulière des Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et des revues de dépenses publiques aussi bien pour le gouvernement que pour le secteur de la santé, contribue à l'affaiblissement des processus de l'approche sectorielle, de planification et de budgétisation à moyen terme et de suivi et d'évaluation de l'exécution. A l'exclusion du CDMT 2002-2004 – qui avait fait l'unanimité et fut diffusé comme une bonne pratique – les versions ultérieures de CDMT ne répondaient pas, souvent, aux conditions techniques requises et leur utilisation n'a jamais été mise à l'épreuve dans les processus de planification et de budgétisation.

Malgré les efforts du Gouvernement⁵⁷ et du Ministère de la Santé pour la mise en place du processus de CDMT (mise à jour tardive en 2002, rompue après 2005 et suspendu à partir de 2006), les principes du processus n'ont pas été respectés lors de l'élaboration des budgets annuels, notamment, en ce qui concerne:

- l'actualisation annuelle du CDMT Santé;
- le respect des critères arrêtés pour l'allocation des enveloppes budgétaires, selon les niveaux de la pyramide sanitaire, les régions, selon la nature de dépenses, puis,
- la revue systématique des dépenses de santé, à la fin de chaque année budgétaire.

Les problèmes à souligner, dans ce cadre, comprennent entre autres :

- une volatilité des financements qui hypothèque l'efficacité et la durabilité des résultats et des acquis en général,
- l'absence d'une approche sectorielle et la diversité des modes de gestion des différents intervenants de la santé qui ont provoqué d'énormes difficultés de gestion et de suivi des dépenses de santé.

⁵⁷ Voir Banque Mondiale, "Améliorer la Gestion Budgétaire pour Promouvoir Une Croissance Durable et Réduire la Pauvreté," (Août 2007), Annexe 6, p. 70.

- l'absence de système d'information exhaustif sur l'exécution des enveloppes budgétaires, antérieures et les prévisions budgétaires acquises afin d'apprécier l'efficacité de la dépense et les capacités d'absorption des montants disponibles pour la période,
- l'absence de cadrage budgétaire permettant d'apprécier la répartition des enveloppes budgétaires, aux différents niveaux et responsables d'opérations et d'appui (aux niveaux central et régional), afin de leur permettre de préciser (et éventuellement d'ajuster) les résultats escomptés, en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible,
- la dépense publique de santé qui a plus profité (i) aux programmes de renforcement des capacités, au détriment des programmes « d'action » et (ii) aux niveaux tertiaire et administration centrale, au détriment des niveaux opérationnels.
- une réduction du niveau de la dépense publique du fonctionnement non salarial qui a occasionné des risques de ruptures en médicaments ou consommables et l'insuffisance de la maintenance des constructions et équipements.

1.2.2.6. Leadership et gouvernance

L'exercice du leadership, qui exige une vision claire, des capacités suffisantes, une transparence dans la gestion et un partage de l'information, fait actuellement défaut au sein du secteur. Son analyse passe par celle du cadre organisationnel, des aspects de coordination, d'appropriation, d'harmonisation, de régulation, etc... Il s'appuie, en général, sur une gouvernance de qualité qu'il sera, aussi, nécessaire d'analyser.

1.2.2.6.1. Cadre organisationnel

On distingue deux niveaux organisationnels, en ce qui concerne le secteur de la santé. Le niveau de l'administration et le niveau des prestations et services de santé. Le cadre organisationnel de l'administration du département de la santé est établi par un décret du Premier Ministre fixant les attributions du Ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale du Département. Il applique les dispositions du décret n° 075-93 du 6 juin 1993 fixant les conditions d'organisation des administrations centrales et définissant les modalités de gestion et de suivi des structures administratives.

En ce qui concerne les services de santé, l'organisation relève de différents domaines allant du domaine de la loi jusqu'au domaine des actes administratifs.

Le cadre organisationnel du secteur de la santé a été en perpétuel changement au cours des dernières décennies. Mais les changements opérés ont été plus visibles au niveau de l'administration, au détriment des niveaux intermédiaire et opérationnel.

Au niveau administratif, les changements des organigrammes ont été, soit en réponse à des besoins et/ou des facteurs propres au département et/ou en rapport avec l'organisation des organes du pouvoir exécutif dans son ensemble. Indépendamment des différences entre les compositions des structures qu'ils instituent, les organigrammes, consécutifs, mis au point pour le secteur, se ressemblent en grande partie et ont suivi les mêmes procédures d'élaboration. Ces organigrammes présentent des faiblesses essentielles dont :

- La première se situe au niveau de la procédure d'élaboration des organigrammes qui se fait suivant une approche à la fois improvisée et normative. Cette procédure ne donne pas lieu à une analyse organisationnelle préalable qui permet de définir les problèmes et de fixer des objectifs de fonctionnement à réaliser à travers le mode d'organisation choisi. Aussi, ces organigrammes ne se mettent pas dans la perspective de mieux adapter les organes du secteur à la mise en œuvre des politiques sectorielles adoptées et de ce fait, ne prennent pas en compte l'intégralité des missions à accomplir.
- La deuxième faiblesse réside dans l'absence des textes d'application nécessaires pour préciser et détailler certaines attributions. Dans la plupart des cas, les lignes de démarcation entre les attributions des organes ne sont pas, suffisamment, claires et font l'objet de conflits de compétences.
- En plus, ces organigrammes se limitent à la décomposition des organes administratifs en unités organiques, plus petites, ce qui permet de fixer les liens diachroniques (hiérarchiques) entre les unités mais ils négligent les liens synchroniques (transversaux) entre les unités de mêmes niveaux. Les liens fonctionnels et les circuits de circulation de l'information ne sont pas explicites et sont soumis aux seuls liens définis (liens hiérarchiques). Ces limites favorisent l'instauration d'une bureaucratie qui alourdit le fonctionnement des organes et la propagation des pratiques informelles dans le travail entre les organes.
- D'autres insuffisances sont souvent signalées telles que le manque d'intégration des activités dû à la répartition fragmentaire des fonctions, la tendance à la verticalité dans la gestion des organes centraux et les déconnexions entre les différents niveaux (central, régional et périphérique).

Au niveau des services de santé, l'organisation dans les structures de soins est variable selon les niveaux de la pyramide sanitaire. Si pour certaines structures autonomes les cadres organisationnels sont fixés dans les textes statutaires, il n'en est pas le cas pour les autres structures, notamment, les niveaux primaire et secondaire où la pratique se substitue à la norme et règlement.

1.2.2.6.2. Approche sectorielle et déclaration de Paris (Partenariat, Collaboration inter-sectorielle, Harmonisation et alignement)

➤ Coordination intra et inter sectorielle et partenariat

Les mécanismes de coordination intra-sectorielle sont inefficaces et les mécanismes intersectoriels sont non opérationnels. Il n'existe pas de réelle multisectorialité dans la réponse aux différents problèmes de santé qui ont leurs causes et/ou leurs conséquences relevant d'autres secteurs du développement

Par ailleurs, il faut signaler l'absence d'un cadre de partenariat harmonisé et la non implication du secteur privé dans les interventions du secteur. Ainsi, on note l'insuffisance d'implication de la société civile et l'existence d'une multitude d'acteurs non gouvernementaux avec une capacité limitée. Les comités régionaux, départementaux et locaux, mis en place dans une vision d'implication des acteurs communautaires, ne sont pas opérationnels.

L'analyse de l'inefficacité de ces mécanismes de coordination intra-sectorielle, intersectorielle et extra-gouvernementale a mis, en exergue, un ensemble de causes dont certaines relèvent du ministère de la santé alors que d'autres échappent à son contrôle.

Pour les causes endogènes (sous contrôle du Ministère de la Santé) on peut noter : i) la multitude des organes de coordination intra-sectorielle sans réelle efficacité ; ii) le dysfonctionnement de la plupart de ces organes (réunions irrégulières, décisions souvent sans suite) ; iii) l'insuffisance de la coordination entre les intervenants (entre les structures internes du MS et entre le MS et les autres intervenants du Secteur) ; iv) l'insuffisance des outils de coordination (manuels de procédures, TDR, directives,...) et absence d'utilisation des expériences réussies ailleurs en matière de coordination ; v) le manque de précision et de clarté dans la définition des relations entre le Département central, ses entités déconcentrées et les institutions sous tutelle.

S'agissant des causes exogènes (hors contrôle du Ministère de la Santé), elles portent, notamment, sur : i) la non opérationnalité des mécanismes de coordination et de suivi intersectoriels ; ii) l'inexistence de la réelle multisectorialité dans la réponse aux différents problèmes de santé qui ont leurs causes et/ou leurs conséquences dans plusieurs secteurs du développement ; iii) la non prise en compte des priorités de la santé dans les politiques des autres secteurs et iv) l'absence de volets santé dans les programmes et projets de développement (l'exemple type étant le barrage de Diama dont les effets sur le développement du paludisme et de la bilharziose sont en train de coûter cher aux pays et à l'OMVS).

Au niveau régional, cette même analyse permet de retenir un ensemble de causes : i) cadre juridique inadapté (les textes en vigueur ne précisent pas aux DRAS ce rôle de coordination de toute l'action sectorielle dans la wilaya) ; ii) manque de volonté des responsables administratifs (Waly) et sanitaires (DRAS) ; iii) insuffisance des moyens humains, matériels et financiers nécessaires à assurer une coordination efficace ; les quelques moyens disponibles n'étant pas orientés, en priorité, vers cette action de coordination ; iii) insuffisance de la décentralisation dans le Département (gestion budgétaire, gestion des RH, etc...).

➤ **Harmonisation des interventions des partenaires et alignement sur les priorités nationales**

De l'analyse de situation menée au cours du présent processus et de certaines évaluations⁵⁸ menées, précédemment, il ressort que les interventions des PTF ne sont pas toujours harmonisées, malgré une évolution positive constatée, ces dernières années, dans le même sens ; lesquelles interventions ne respectent pas toujours les priorités nationales présentées dans les différents documents stratégiques du secteur.

Cette situation est imputable notamment à : i) l'insuffisance du leadership du Ministère de la Santé (une vision claire, des capacités suffisantes, une transparence dans la gestion du Département et un partage de l'information, tous ces aspects faisant, actuellement, défaut) ; ii) l'insuffisance de l'implication des partenaires dans le pilotage du Département (planification, mise en œuvre, suivi et évaluation) ; iii) l'absence de procédures de gestion

⁵⁸ Evaluation du Plan Directeur en 2004 ; Revue à mi-parcours du Cadre stratégique IST/VIH/SIDA 2006

transparentes standardisées et fiables au niveau du département ; iii) l'incohérence entre les plans d'action et les requêtes de financement adressées aux PTF; iv) l'insuffisance d'alignement des PTFs aux priorités de la politique nationale ; v) la faible synergie entre les appuis techniques et financiers des partenaires ; vi) la multiplicité des procédures de gestion au niveau des PTF; vii) le manque de confiance dans les procédures nationales de gestion.

1.2.2.6.3. Politiques et stratégies, processus de planification dans le secteur

➤ Politiques et stratégies

Le secteur a, par le passé, élaboré et adopté un ensemble de documents de politique et stratégies dont les plus importants sont le Plan Directeur 1998-2002, la Politique nationale de santé 2006-2015, la Politique hospitalière, le Plan stratégique de développement des ressources humaines, la Politique pharmaceutique, la Politique nationale de développement de la nutrition, la Politique nationale d'hygiène, la Stratégie nationale de survie de l'enfant, les plans et cadres stratégiques de santé de la reproduction, de lutte contre la maladie (paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, ...), ou de PCIME, etc ...). La plupart de ces documents ont été élaborés en impliquant les principaux acteurs, cependant, seuls certains d'entre eux ont connu une mise en œuvre plus ou moins satisfaisante. Rares sont ceux qui ont connu une évaluation et/ou une réactualisation.

Par exemple, le document de Politique nationale de Santé (PNS) 2006-2015 n'a pas été actualisé pour prendre en compte les orientations de 2009 relatives aux soins de santé primaires, la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et le renforcement du système de santé en Afrique.

Le pays ne dispose pas encore de Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2012-2020) ; son élaboration a été lancée en juillet 2010, et le présent processus vise son adoption au cours de 2011.

La présente analyse a conclu sur le fait que les orientations stratégiques nationales se caractérisent par un manque de partage de ces documents, une mise en œuvre très partielle et une absence d'actualisation régulière. Deux groupes de causes ont fait le consensus :

▪ *Causes sous contrôle du Ministère de la Santé :*

- Faiblesse du processus de planification et absence de planification stratégique basée sur les résultats;
- Faiblesse du management au sein du Ministère et Organigrammes successifs qui peu efficace au vu des priorités du secteur et des orientations stratégiques ;
- Cadre organique d'emploi non adopté et non actualisé
- Insuffisance de mise en œuvre des différentes planifications
- Faiblesse du système de suivi et évaluation.

▪ *Causes hors contrôle du Ministère de la Santé :*

- Engagement politique insuffisant en faveur du secteur ; les réductions budgétaires opérées ces dernières années en sont l'illustration (la part de la santé dans le budget Etat serait inférieure à 4%, en 2010) ;

- Changements fréquents des décideurs, au niveau du Secteur (Ministres de la santé et Secrétaires généraux).

➤ **Processus de Planification dans le secteur**

Durant les quinze dernières années, plusieurs tentatives de systématisation d'un processus consensuel de planification, par niveau, ont conduit aux documents sus-cités et à leur transcription – même partielle – plans opérationnels par niveau. L'élaboration, en parallèle, de cadrages financiers – plus ou moins respectés⁵⁹ - a constitué une réelle avancée dans le processus de planification du secteur.

Cependant, aucun processus n'a pu intégrer l'ensemble des interventions dans le secteur et les responsables du Département n'ont pas toujours été transparents quant à l'utilisation du budget national comme ressource essentielle du secteur à laquelle les ressources extérieures apportent un complément indispensable. Dans ce cadre, il faut noter une faiblesse des capacités de planification basée sur les résultats, des capacités managériales et des compétences de suivi et évaluation du Ministère.

L'analyse de situation a mis en exergue les principales causes de ce manque de planification opérationnelle pertinente et axée sur les résultats :

- Causes sous contrôle du Ministère de la Santé :
 - Absence de directives de planification clairement définies et basées sur l'évidence scientifique ;
 - Insuffisance de déconcentration dans le Département (planification, gestion budgétaire, gestion des RH, etc...) ;
 - Faiblesse de la coordination au niveau régional ;
 - Faible capacité en matière de planification et de gestion ;
 - Non fonctionnalité des comités de gestion, à tous les niveaux ;
- Causes hors contrôle du Ministère de la Santé :
 - Insuffisance de la décentralisation dans le Département (planification, gestion budgétaire, gestion des RH, etc...).

1.2.2.6.4. Régulation

En dépit de l'importance de la régulation dans un secteur comme la santé devant répondre à des besoins, à la fois multiples et précis, cette question à dimension transversale, ne bénéficie pas encore, hélas, de l'intérêt qu'elle mérite dans la gestion du secteur. Des insuffisances se situent aussi bien au niveau des textes qu'au niveau des organes ainsi qu'au niveau de l'exercice même de cette mission. Les effets d'entraînement qu'elles provoquent affectent la plupart des piliers du système.

S'agissant des textes, la dynamique réglementaire et normative ne répond pas à l'évolution du système de santé et ne permet pas à l'état actuel son intégration dans son environnement,

⁵⁹ Grâce aux cadrages du CDMT 2002-2004, le budget Etat de 2002 connut une augmentation de 100% hors salaire pour la partie fonctionnement et de 300% pour les investissements

d'une part et de l'autre, elle n'accompagne pas les réformes préconisées et les engagements contractés pour mettre au point les instruments de leur application.

De plus, en terme de couverture, les domaines les plus sensibles connaissent encore d'importantes lacunes en la matière dont, en particulier, la gestion des ressources humaines, le domaine d'exercice des activités libérales de la santé et le domaine des normes de qualité des soins.

Pour ce qui est des organes, leur multiplicité ne permet pas une gestion intégrée du système. En outre, malgré le nombre important, les organes existant ne prennent pas en charge toutes les questions devant faire l'objet de régulation et connaissent de véritables problèmes de fonctionnement lié, notamment, à l'organisation de leur travail. Le manque de motivation des membres, l'irrégularité des réunions, la faible application des mesures prises et le manque de continuité et de suivi des activités.

Les piliers clés qui souffrent de la faiblesse de la régulation comprennent :

La gestion des ressources humaines qui se caractérise par :

- ⇒ l'inexistence et/ou la méconnaissance des textes, normes et directives en relation avec les différents aspects de gestion des ressources humaines,
- ⇒ les affectations anarchiques, non étudiées, ne répondant pas au besoin exprimé ;
- ⇒ la faible circulation de l'information et l'absence de climat de concertation dans le recrutement et l'affectation des personnels entre les différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) ;
- ⇒ le chevauchement des compétences entre les autorités administratives – régionales et départementales – et les services de santé en matière de gestion des RH ;
- ⇒ l'absence d'un plan de carrière unanimement adopté, accepté et mis en œuvre ;

Les rapports des secteurs public/ privé caractérisés par :

- ⇒ l'amalgame entre structures publiques et privées avec un exercice souvent mixte – en particulier pour les catégories médicales – avec un certain délaissement du service public au profit du privé, plus rémunérateur.
- ⇒ la faiblesse du cadre réglementaire (en particulier la tarification) et l'insuffisance de son application ; le vide juridique et l'inexistence de normes par rapport aux différents aspects de gestion des médicaments, en particulier la tarification qui est encore très disparate et fluctuante ;
- ⇒ la réglementation pharmaceutique – privée, en particulier – qui est inappropriée et souvent inappliquée ; dans ce cadre, il faut noter l'absence de traçabilité de la plupart des produits commercialisés dans le sous-secteur privé, et parfois même de certains produits dans les structures publiques de santé acquis par des voies parallèles ;
- ⇒ l'existence de circuits pharmaceutiques spécifiques, plus longs et non soumis à la régulation des services habilités tels que les produits de la santé de la reproduction.

- ⇒ l'émergence de circuits parallèles d'approvisionnement des structures de santé, moins soumis au contrôle et plus lucratifs pour les professionnels qui gèrent ces structures ;
- ⇒ pour les hôpitaux, les prix de certains consommables liés à certains équipements sont exorbitants, soumis, parfois, au monopole du fabricant ;
- ⇒ l'anarchie dans le sous-secteur pharmaceutique privé (médicaments douteux, stockage inapproprié...) non soumis à une régulation ou à un contrôle, profitant de la désorganisation du secteur public s'il n'en est pas l'instigateur.
- ⇒ les conditions d'hygiène sont insuffisantes, caractérisées par le manque (i) de système de tri des déchets, (ii) d'incinérateurs fonctionnels et (iii) de sanitaires appropriés répondant aux normes d'hygiène hospitalière .

Les causes de la faiblesse de la régulation du secteur:

- Causes sous contrôle du Ministère de la Santé :
 - Inexistence de normes et procédures dans la plupart des domaines et non-respect de celles existantes;
 - Inexistence de structures chargées spécifiquement de la régulation à différents niveaux; la libéralisation du secteur n'étant pas accompagnée par une volonté et un programme de renforcement du rôle de normalisation et de régulation du Département;
 - Suivi et contrôle insuffisants et inefficaces; les quelques actions restant ponctuelles et/ou occasionnelles sans vision conductrice à court, moyen et long terme.
- Causes hors contrôle du Ministère de la Santé :
 - Cadre juridique et réglementaire inadapté; la dernière révision de la loi pharmaceutique en est l'illustration: les officines continuent à être autorisées à des non professionnels et les normes d'installation de pharmacies continuant à ne pas respecter les règles, internationalement, reconnues;
 - Volonté politique inexplicite en faveur d'une véritable régulation du secteur;

1.2.2.6.5. Procédures gestionnaires, autonomisation et contractualisation des services

La gestion des finances publiques est assurée en République Islamique de Mauritanie par des mécanismes régis par les principes (i) de séparation de l'ordonnateur (le Ministre de la santé qui délègue cette fonction au Secrétaire général du Ministère) et du comptable public (le Directeur général du Trésor et de la comptabilité publique), (ii) de contrôles de la régularité formelle des opérations initiées par les ordonnateurs. Ce contrôle est exercé au stade de l'engagement par le contrôle financier et au stade du paiement (liquidation) par le comptable public, (iii) de la responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable public dans l'exercice de son contrôle des opérations de l'ordonnateur et (iv) de contrôle (de second niveau) par une juridiction (la Cour des comptes) du contrôle des opérations de l'ordonnateur exercé par le comptable. Dans le secteur de la santé, bien que les insuffisances

restent semblables, on peut distinguer deux procédures qui ne s'intègrent que partiellement. La première concerne la procédure de gestion du budget de l'Etat et la deuxième se rapporte à la gestion des financements extérieurs.

De façon générale, de nombreuses insuffisances rendent globalement faible le système de gestion des finances publiques de Mauritanie pour les fonds du budget de l'Etat, notamment au Ministère de la Santé :

- Le processus d'élaboration des budgets de l'Etat est souvent en retard et les budgets élaborés ne s'articulent pas souvent avec les politiques publiques sectorielles. Le processus n'assure pas souvent l'implication effective des bénéficiaires des crédits et les outils utilisés manquent de souplesse et imposent des structures figées du budget,
- La sous-consommation importante des crédits pour des raisons diverses dont les retards dans la notification et régulations budgétaires drastiques par la fermeture du logiciel d'exécution budgétaire (RACHAD).
- L'instabilité de la programmation des interventions du secteur et l'absence de son ancrage dans la politique de santé. Cette programmation a souffert ces dernières années du manque d'intégration.
- Les organes de contrôle (contrôle financier et inspection sectorielle) sont dotés de peu de moyens et ne peuvent, de ce fait, effectuer un contrôle complet et approfondi. Le contrôle interne est particulièrement faible;
- Faible circulation de l'information avec une forte centralisation des opérations financières et budgétaires, de leur programmation, de leur budgétisation et de leur comptabilisation. Les procédures en vigueur ne permettent pas à l'état actuel leur application à tous les niveaux du système où se trouvent des ressources publiques (PS, CS, etc.).
- Le manque de rigueur dans l'application des règles de gestion des achats et marchés publics qui donne lieu, au fractionnement, aux dérogations à l'utilisation des procédures autres que celle des appels d'offres ouverts, puis à la faiblesse de la mise en concurrence et du système de règlement des différends et litiges. En plus d'autres insuffisances sont souvent signalées dont le manque de personnel qualifié requis, la multiplicité des services intervenant dans le processus, la mauvaise répartition des tâches, l'atteinte à la confidentialité, l'absence de système de lutte contre l'imitation et la contre façon enfin, les problèmes de suivi et d'archivage. Le système permet une place importante pour le favoritisme et les solidarités clientélistes puis les particularités du marché local ne permettent pas une application stricte des critères de capacité (technique, financière et juridique) nécessaires pour l'équité et la transparence dans l'attribution des marchés.
- Les ressources reçues par plusieurs unités de gestion et de prestation, au niveau du secteur, ne sont pas, suffisamment, connues, leur traçabilité est très faible et leur suivi n'étant pas du tout assuré. L'un des défis majeurs pour le secteur reste l'absence d'informations précises sur les ressources, la centralisation, l'exploitation et la diffusion de ces informations.

Pour les financements extérieurs, outre ces insuffisances communes en grande partie avec celles propres à la procédure du budget de l'Etat, la gestion de ces ressources fait face à certains problèmes dont :

- L'absence pour le moment, du rôle du comité de pilotage, notamment, dans la coordination et le suivi opérationnel de la mise en œuvre des plans d'action,
- L'absence d'une procédure harmonisée et commune pour tous les financements extérieurs mis à la gestion du secteur,
- La multitude des unités de gestion, avec, pour corolaire l'importance des frais de gestion, les doubles emplois et les difficultés de suivi et de contrôle.
- Le manque de maîtrise des procédures de gestion par les différentes parties impliquées dans la mise en œuvre des activités financées sur ces ressources étant donnée le caractère intégré de leur gestion. La maîtrise de ces procédures est préalable pour que les structures impliquées exécutent les activités relevant de leurs compétences.

L'analyse menée par l'équipe chargée d'élaborer le PNDS a ressorti, par ailleurs, des insuffisances pouvant interférer avec les aspects de gestion et de gouvernance du secteur. Certaines relèvent, directement, du Département ; il s'agit (i) de l'absence de système régulier de diffusion de l'information et non diffusion systématique des rapports de mission, de supervision ou d'évaluation, (ii) de la faiblesse du système national d'information sanitaire : malgré des évaluations successives suivies de renforcements, ce système ne répond pas aux besoins du secteur, (iii) de l'irrégularité des réunions de coordination, à tous les niveaux, (iv) du cadre réglementaire ne facilitant pas la transparence dans la gestion, (v) de la non formalisation des mécanismes et procédures de prise de décision, (vi) de la faible participation des acteurs privés et de la société civile dans le suivi-évaluation, dans la prise de décisions et dans la mise en œuvre, (vii) de la faiblesse de la décentralisation et (viii) du non respect des règles de gestion en vigueur, la faiblesse du suivi et du contrôle ne poussent pas les différents responsables à respecter ces règles, (ix) du manque d'intérêt des responsables du secteur, à tous les niveaux, en faveur de l'obligation de rendre compte et (x) des résistances internes au développement de mécanismes pour l'obligation de rendre compte.

D'autres ne sont pas nécessairement du ressort du Ministère. Il s'agit (i) de l'absence d'instruction nationale claire, pour une diffusion large de l'information, (ii) du développement de la culture de « l'informel », (iii) de la faiblesse générale du suivi et évaluation, (iv) de l'absence d'instruction nationale claire pour une transparence réelle de la gestion, (v) des faibles capacités d'inspection, d'audit et de contrôle techniques et financiers, (vi) du Manque de volonté politique manifeste en faveur de mécanismes pour rendre compte et (vii) de la faiblesse du suivi et du contrôle de la gestion du secteur par les Parlementaires et autres élus, les Comités de santé, présidés par des élus, n'étant pas fonctionnels, malgré le cadre juridique clair sur leurs rôles

1.2.2.7. Suivi et évaluation

Toutes les revues et évaluations du secteur s'accordent à dire que le suivi et l'évaluation sur le secteur sont très faibles, voire inexistant, et ce, malgré l'existence d'un système national d'informations sanitaires, de rares supervisions et d'enquêtes menées, au besoin, en l'absence de politique et stratégie de recherche. La présente analyse ressort trois groupes d'insuffisances:

► Insuffisances en rapport avec le Cadre institutionnel

Le cadre institutionnel de suivi et évaluation est inapproprié et ne facilite pas la mise en place d'un système efficace de suivi et d'évaluation efficace ; les principales causes de cette situation étant (i) l'absence d'une stratégie nationale de suivi et d'évaluation, (ii) l'absence de normes et procédures régissant la collecte et l'analyse des données, (iii) la mauvaise perception (méconnaissance) du rôle et de l'apport du suivi et de l'évaluation, (iv) la non systématisation du suivi et évaluation dans les programmes et projets du département, (v) l'absence de mécanismes de coordination entre les instances chargées des statistiques au niveau national et (vi) le manque de culture d'obligation de rendre compte qui aurait mis le système de suivi et évaluation au centre des préoccupations.

► Insuffisances en rapport avec la disponibilité et la qualité de l'information

Les aspects liés à la disponibilité et la qualité de l'information ont été passés en revue dans le chapitre sur « l'information sanitaire), mais les insuffisances peuvent être regroupées en deux sous groupes, à savoir (a) la fragmentation du Système national d'information sanitaire (Manque de complémentarité, de synergie, de coordination et faible interdépendance entre les différentes composantes du SNIS) et (b) la faible disponibilité des informations pertinentes et fiables, à tous les niveaux du système de santé. Les principales causes de ces insuffisances sont (i) les responsabilités et voies de circulation de l'information non clairement définies, (ii) la mauvaise coordination entre les différents systèmes de collecte (multiplicité de sources de collecte), (iii) la faiblesse de ressources financières allouées au suivi-évaluation, (iv) l'ancrage institutionnel insuffisant pour la supervision intégrée (v) la non intégration des données des hôpitaux et du secteur privé au SNIS, et (vi) la faible capacité du personnel chargé de la collecte et de l'analyse des données, à tous les niveaux.

► Insuffisances en rapport avec l'analyse et l'utilisation de l'information

Pour l'analyse et l'utilisation des données, il faut noter la non utilisation de données collectées par les différents niveaux pour les besoins de gestion et de planification due, en particulier (i) à l'insuffisance du personnel spécialisé dans le domaine (statisticiens, informaticiens, épidémiologistes..), (ii) à la faible disponibilité et utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication au niveau du SNIS, et (iii) au faible intérêt politique pour ces produits statistiques (l'improvisation et l'empirisme restent privilégiés).

1.2.3. Principaux résultats de la Revue des dépenses publiques de santé

Le draft de rapport de revue des dépenses publiques de santé – diffusé simultanément – permet de ressortir un ensemble d'éléments d'analyse qui viennent compléter l'analyse de la situation du secteur. Le travail sur les comptes nationaux de santé viendrait plus tard compléter des informations liées aux autres dépenses de santé.

Il s'agit donc de ressortir ci-dessous les principaux résultats de cette revue des dépenses publiques de santé.

1.2.3.1. Evolution de la DPS

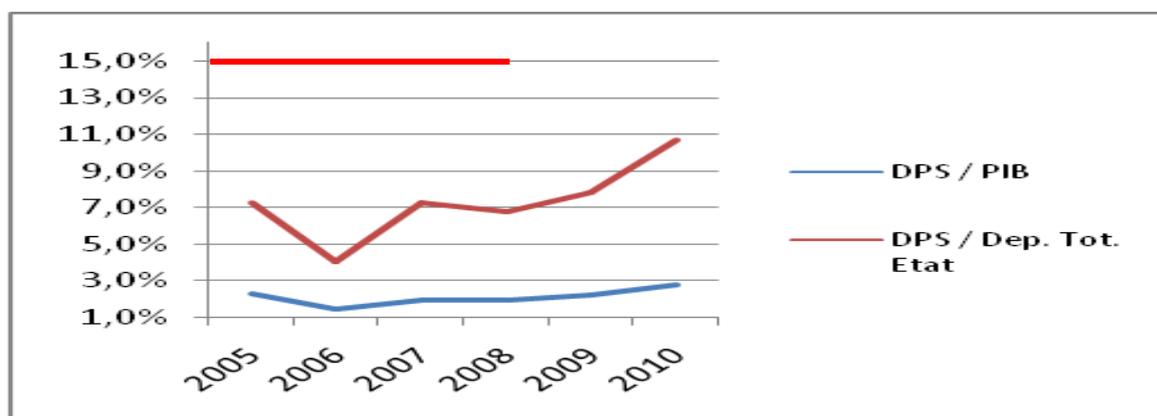
1.2.3.1.1. Evolution de la dépense globale de santé

La DPS, toutes sources confondues et toutes institutions confondues, est passée de 10,8 milliards d'UM en 2005 à 27,4 milliards d'UM en 2010. Soit une variation annuelle moyenne, très forte, de 20,5% durant, cette période. En vue de mieux jauger cet effort, il fallait éliminer les effets de l'inflation et de la démographie. Aussi, en ressort-il que la DPS par habitant en UM constantes, a évolué très positivement entre 2005 et 2010, en passant de 3709 à 6171, soit une variation annuelle moyenne de 10,7%. Ce résultat montre l'accroissement, assez important, des ressources dont bénéficie le secteur de la santé en Mauritanie.

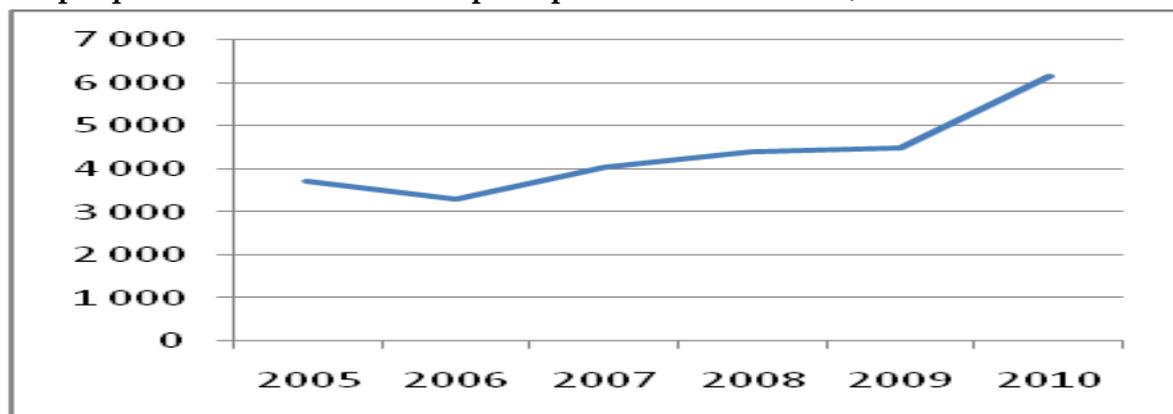
En termes relatifs, la DPS, en tant que pourcentage du PIB et de la dépense totale de l'Etat, connaît, également, une évolution positive. Durant la période étudiée (2005-2010), le rapport de la DPS au PIB est passé de 2,3% à 2,8%. Il est à noter que ce pourcentage a connu une baisse importante en 2006 (1,4%), mais il a assez bien progressé après pour atteindre 2,2% en 2009, soit pratiquement son niveau de 2005, et même atteindre 2,8% en 2010.

Concernant la part de la santé dans les dépenses de l'Etat, à l'exception de l'année 2006 où elle a été seulement de 4,1%, son évolution a été croissante. D'une manière générale, cette part tourne autour de 7% et atteint un pic de 10,7% en 2010. Ceci dénote de l'importance que l'Etat et ses partenaires donnent au secteur, même si la Mauritanie n'arrive toujours pas à atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja de 15% comme le montre le graphique ci-dessous (sachant que la DPS inclut toutes sources de financement et ne se limitent pas, seulement, les ressources purement de l'Etat).

Graphique 1: Evolution de la DPS en tant que % du PIB et des dépenses totales de l'Etat, 2005-2010



Graphique 2: Evolution de la DPS per capita en UM constantes, 2005-2010



Sources : Base de données DPS, Office National de la Statistique (PIB, IPC, Population), Calcul des Auteurs

1.2.3.1.2. Evolution de la dépense globale de santé en fonction des sources de financement

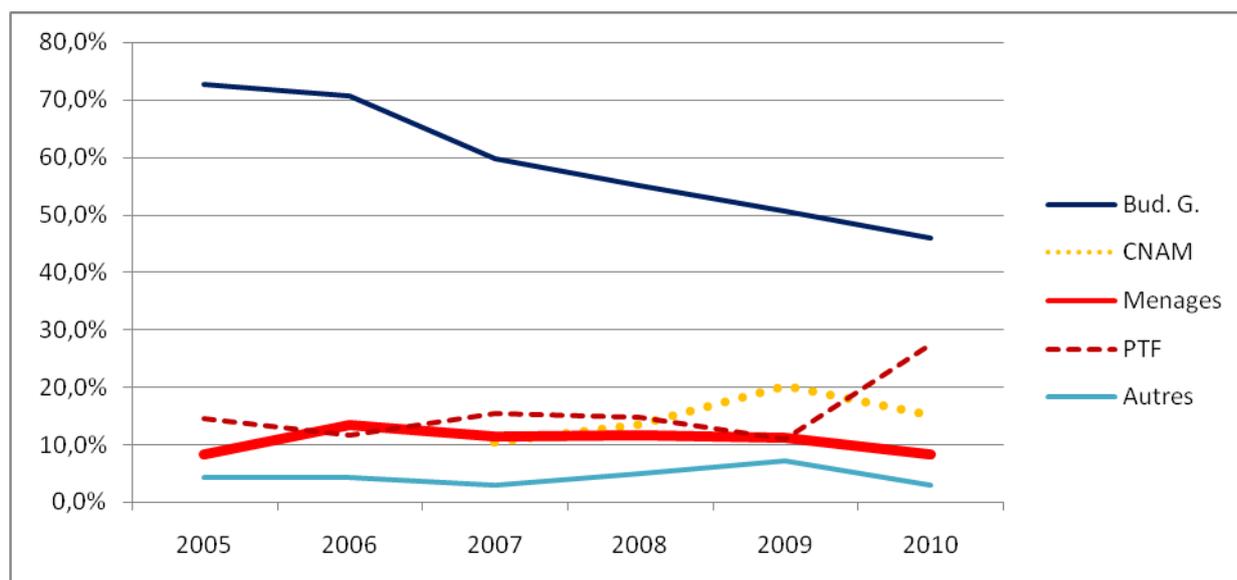
L'analyse des sources de financement de la DPS (voir tableau ci-dessous) montre que les évolutions positives décrites, ci-dessus, proviennent, davantage, d'efforts déployés par les partenaires techniques et financiers au profit du secteur de la santé. Leur part a évolué de 14,5% en 2005 à 27,5% en 2010, avec une moyenne de 17,3% durant toute la période 2005-2010. Par contre, la part de l'Etat a chuté lourdement durant la même période, en passant de 72,7% à 45,9%. Même la mise en place de la CNAM n'a pas compensé cette chute. Leurs parts cumulées depuis 2007 n'ont jamais atteint les niveaux de 2005 et de 2006. Pire, leurs poids cumulés ont atteint seulement 61,1%, en 2010. Ce qui n'a pas permis de réduire, significativement, la part des ménages dans le financement de la DPS, laquelle tourne autour d'une moyenne de près 10% durant la période étudiée (2005-2010).

Tableau 7 : Evolution des parts des sources de financement dans la DPS, 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Budget Général	72,7%	70,7%	59,6%	55,0%	50,6%	45,9%	55,9%
CNAM			10,5%	13,6%	20,3%	15,2%	11,9%
Ménages	8,4%	13,4%	11,4%	11,6%	11,1%	8,4%	10,4%
PTF	14,5%	11,6%	15,4%	14,8%	10,9%	27,5%	17,3%
Autres	4,4%	4,3%	3,0%	5,0%	7,1%	3,0%	4,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Base de données DPS

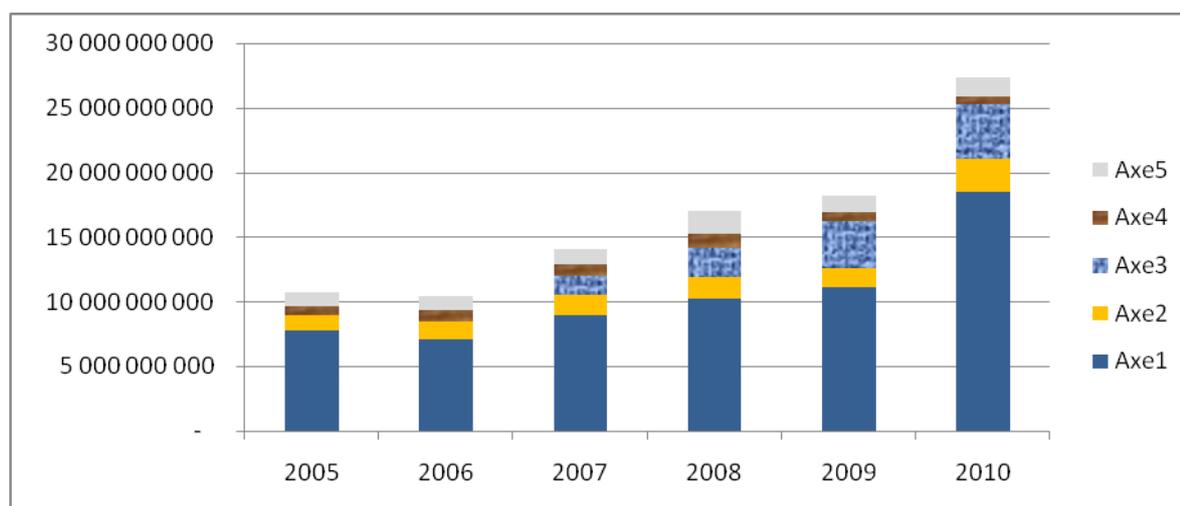
Graphique 3: Evolution des parts des sources de financement dans la DPS, 2005-2010



Source : Base de données DPS

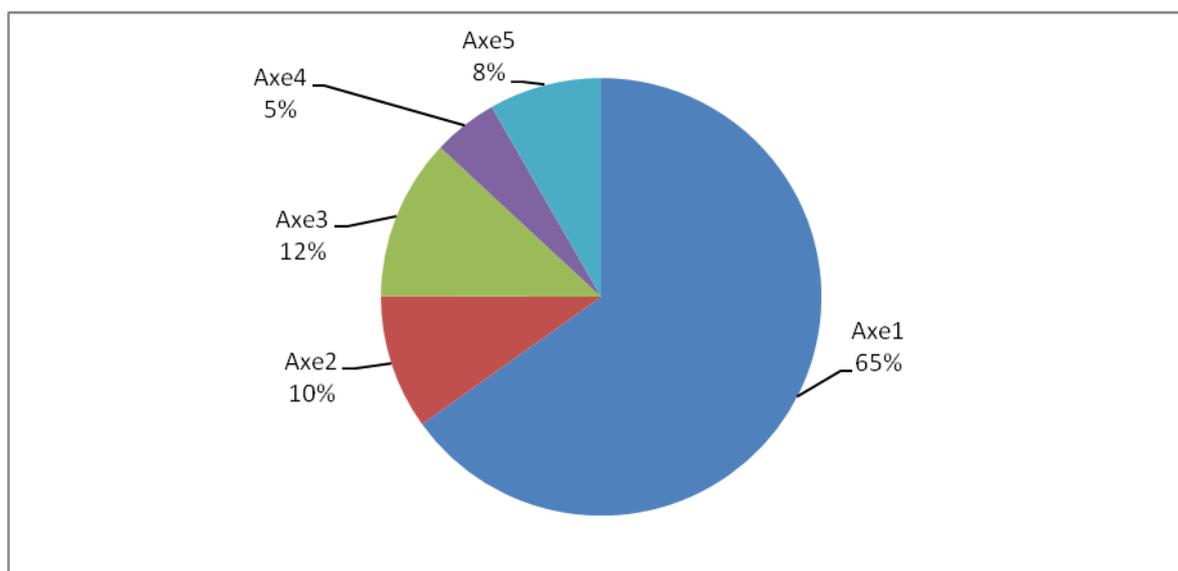
L'analyse de la DPS par axe stratégique montre que l'offre de soins et la lutte contre la maladie sont à l'origine des trois-quarts de cette dépense (soient respectivement 65% et 10%). L'axe sur le financement, qui représente, en moyenne 12% de la DPS sur la période 2005-2010 et 15% sur la période 2007-2010 (rappelons que la CNAM a démarré ses activités en 2007), est en progression constante. Les deux autres axes restants (4 et 5) ont un poids, relativement, modeste, à savoir, respectivement 5% et 8%.

Graphique 4: DPS par axe stratégique, 2005-2010



Source : Base de données DPS

Graphique 5: Structure moyenne de la DPS par axe stratégique, 2005-2010



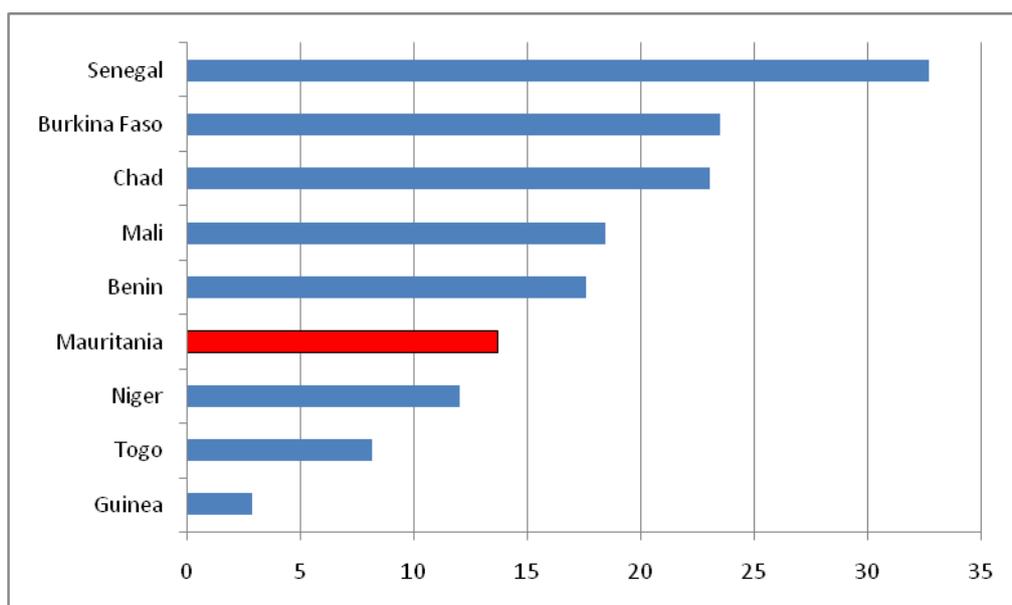
Source : Base de données DPS

Avant d'examiner la qualité de la DPS, en termes d'efficacité et d'équité, il serait intéressant de comparer la Mauritanie avec des pays voisins à revenus bas. Cet exercice est difficile à mener en raison de la rareté de l'information nécessaire. Toutefois, la base de données de l'OMS sur les indicateurs des comptes nationaux de la santé fournit une bonne source de comparaison internationale. Il faut néanmoins noter que la définition de la dépense du Gouvernement dans cette base de données exclut toute ressource non publique (comme par exemple les paiements des ménages dans les structures privées de soins).

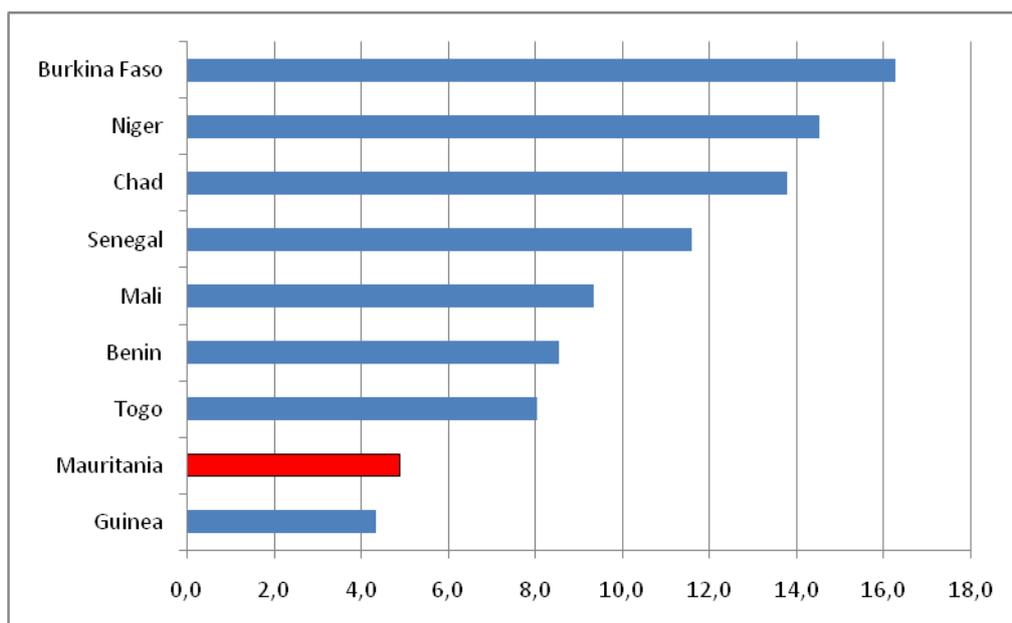
Selon ces données, il apparaît que le Gouvernement mauritanien dépense, en général, moins que ses voisins comparativement à leurs niveaux de PIB, comme le montrent les graphiques suivants. On y voit très bien, que sans les autres sources de financement non publiques, la Mauritanie est très loin du niveau de 15% de la déclaration d'Abuja. Il est donc à conclure que le secteur de la santé n'est **pas vraiment une priorité gouvernementale**.

Le Gouvernement n'a dépensé en 2009 que 14US\$ par habitant, comparativement, à plus de 20US\$ pour le Burkina Faso, le Tchad et le Sénégal. Cette dépense a représenté moins de 5% de la dépense totale du Gouvernement, contre plus de 10% pour le Tchad, le Sénégal, le Niger et même plus de 15% pour le Burkina Faso.

Graphique 6: Dépenses du Gouvernement en Santé per capita en 2009, US\$



Graphique 7: Part en % de la santé dans les dépenses du Gouvernement, 2009



1.2.3.2. Efficience allocative de la dépense publique de santé

Cette efficience est étudiée au travers des répartitions de la DPS selon les institutions bénéficiaires, les OMD, le niveau des prestations sanitaires, les types de structures de soins et les catégories de dépenses (classification économique).

1.2.3.2.1. Répartition de la DPS selon les institutions bénéficiaires

Les trois types d'institutions publiques sont le Ministère de la Santé (MS), les Autres Ministères (AM) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Durant la période 2005-2010, la part moyenne du MS dans la DPS a atteint 81%, contre 12% pour la CNAM et 7% pour le reste des Ministères.

Le poids du MS a oscillé entre 72,5% en 2009 et 94,9%, en 2005 pour se stabiliser à 77,5%, en 2010. Cette tendance baissière n'est pas due à un désengagement financier de l'Etat vis-à-vis du MS, mais plutôt à la mise en place de la CNAM dont le poids en termes nominal et relatif est de plus en plus croissant. La part de la CNAM est passée de 10,5% en 2007 (année de son introduction) à 15,2%, en 2010, avec un pic de 20,3% en 2009.

Quant aux autres Ministères, leur poids est très fluctuant. Il est passé de 5,1% en 2005 à 7,3% en 2010. Il a même atteint un maximum de 9,4%, en 2006 (avant la mise en place de la CNAM).

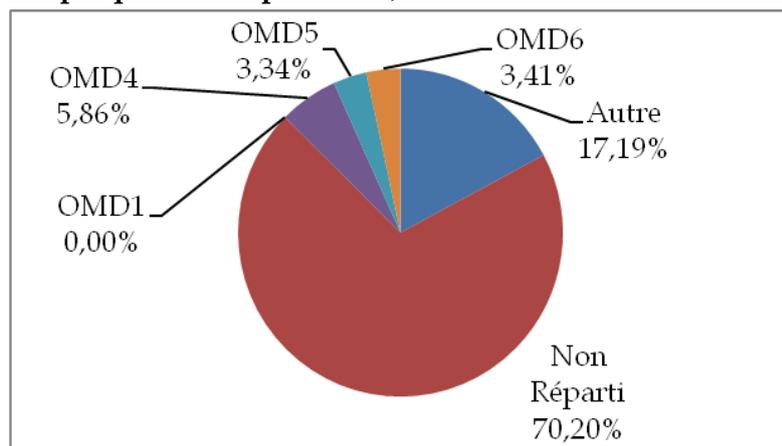
L'introduction de l'assurance maladie sociale dans le système de santé en Mauritanie, dénote d'une évolution positive de la DPS. Elle représente une importante mesure qui va dans le sens de la mutualisation du risque- maladie et de la protection sociale contre les dépenses catastrophiques que pourraient subir les familles puis contre l'appauvrissement de ces familles. Toutefois, le régime ne couvre qu'une partie de la population surtout le secteur formel, et plus particulièrement les fonctionnaires. L'élargissement de cette couverture aux populations les plus démunies serait un atout majeur pour une meilleure performance du système de santé en Mauritanie.

1.2.3.2.2. Répartition de la DPS selon les OMD

En raison des délais impartis à ce travail, il n'a pas été possible dans un laps de temps trop court d'effectuer cette répartition d'une manière complète. Seules les dépenses, directement, liées aux OMD ont été distribuées, alors que les charges des structures dites « généralistes » (Centres de Santé, hôpitaux généraux...) n'ont pas été réparties. Ces charges sont incluses dans une rubrique appelée « Non reparti » (voir tableaux à la page 10). Il est certain qu'un délai supplémentaire permettra à l'équipe de compléter cette tâche qui exige des informations et des clés de répartition, comme, par exemple le nombre de sages femmes, le nombre de pédiatres, les hôpitaux disposant de services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie...

Aussi, ne serait-il pas pertinent de porter un jugement en raison de l'inachèvement de cette répartition ? La distribution complète des dépenses entre les OMD permettrait, également, de renforcer la partie sur l'efficience en faisant le lien entre indicateurs de santé et les dépenses par OMD durant la période 2005-2010.

Graphique 8: DPS par OMD, 2005-2010

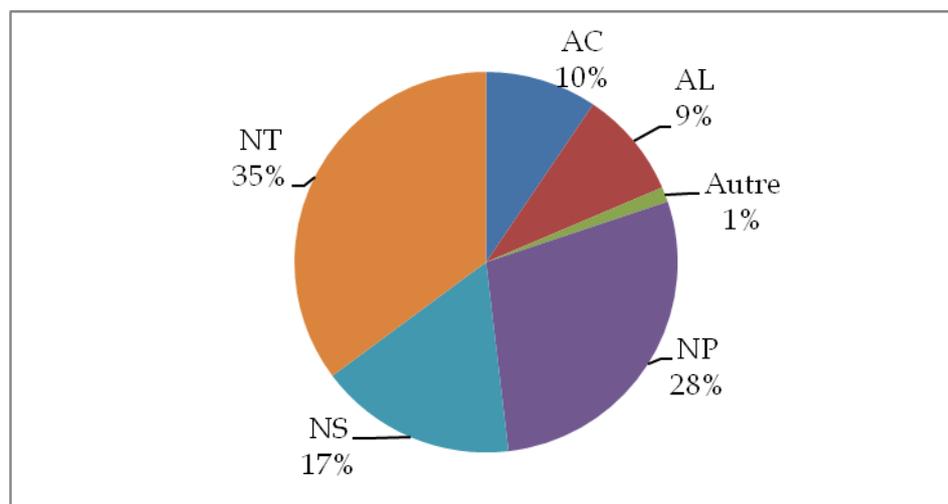


Source : Base de données DPS

1.2.3.2.3. Répartition de la DPS, selon le niveau des prestations

Dans un pays qui reste confronté à une sévérité des maladies transmissibles et à la surmortalité maternelle et infantile, il est très étonnant de voir que 39% des DPS vont au niveau tertiaire contre 23% au niveau primaire et 15% au niveau secondaire où une bonne partie des problèmes d'accouchement et de mortalité maternelle et néonatale pourraient être résolue. Toutefois, il faut noter qu'un effort assez important a été déployé, en 2009 et 2010, pour favoriser le niveau secondaire comme en témoigne les indices d'évolution des dépenses des divers niveaux, entre 2005 et 2010 (voir page suivante). L'indice des soins secondaires est (passé de 100 en 2005) à 841, en 2010, contre 242 pour le niveau tertiaire et seulement 165 pour le niveau primaire. En somme, il paraît que, malgré les efforts récents au profit des soins de second niveau, les soins tertiaires sont, non seulement, budgétivores, mais accaparent aussi l'attention des décideurs, peut être, en raison d'un rapport de force en leur faveur et du fait qu'ils soient une vitrine du secteur, à Nouakchott, le cœur battant du pays. En outre, la part conjointe et hypertrophiée de l'administration (locale et surtout centrale) pompe des ressources qui auraient pu bénéficier d'interventions à haut impact aux niveaux primaire et secondaire (les deux administrations dépensent plus que le niveau secondaire !). Les indices d'évolution de l'administration centrale et de l'administration locale sont passés de 100, en 2005, à respectivement, 356 et 134, en 2010. Il est donc certain que c'est l'administration centrale qui est à l'origine de cette boulimie de l'administration qu'il faudrait évaluer, auditer et contrôler, en vue de lui assigner un niveau adéquat de ressources puis d'améliorer la qualité de ses services.

Graphique 9: Part moyenne de chaque niveau de prestation dans les dépenses du MS, 2005-2010



Source : Base de données DPS

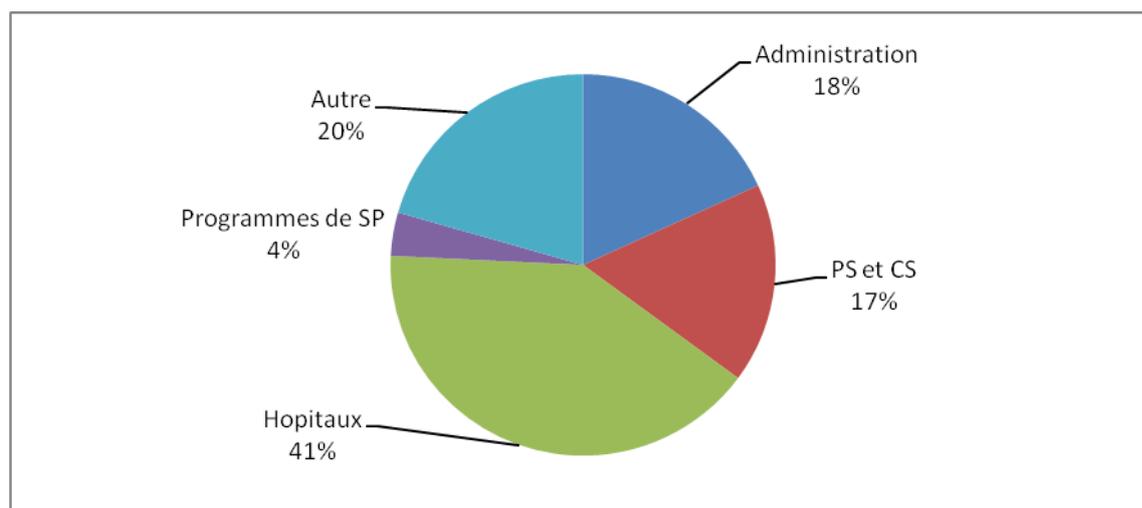
Le MS fait, à peine un peu mieux que les autres institutions (voir tableau et graphique ci-dessous) puisqu'il alloue un peu plus, en termes relatifs, aux niveaux primaire (28%) et secondaire (17%), contre 35% aux soins tertiaires et 19% à l'administration (qui, là aussi, dépense plus que les soins secondaires).

1.2.3.2.4. Répartition de la DPS selon le type de structure prestataire

Cette analyse corrobore les conclusions de la section précédente ainsi que celles qui suivront sur l'équité. En effet, que ce soit le niveau d'analyse sur la DPS ou sur les dépenses du MS, les structures de soins primaires, les centres de santé et particulièrement les postes de santé, ainsi que les programmes de santé publique, demeurent les parents pauvres du secteur public.

Comme on peut le constater sur les deux graphiques suivants, la part des hôpitaux de 41% dans la DPS, dépasse de très loin celle de l'administration (18%), qui reste élevée, celle des structures de base (17%) et celle des programmes de santé publique (4%). Pire, la part des postes de santé, qui desservent les populations rurales les plus éloignées, est d'à peine 1,8%, soit dix fois moins celle de l'administration. En outre, le poids des hôpitaux est croissant durant la période 2005-2010 alors que celui des structures primaires est décroissant.

Graphique 10: Structure moyenne de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010

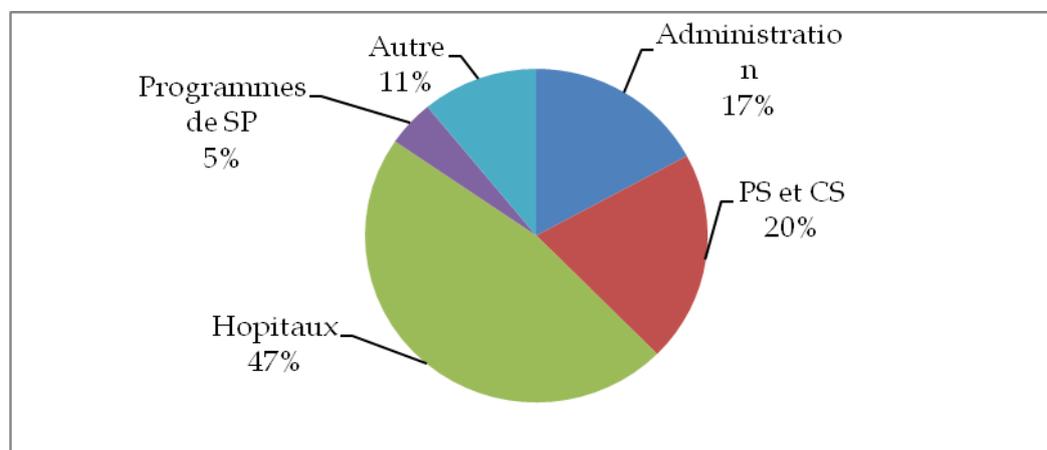


Source : Base de données DPS 22 11 70 33 / 22 13 92 93

La situation est, quasiment, similaire pour le Ministère de la Santé. Les hôpitaux représentent en moyenne 47%, de ses dépenses sur la période 2005-2010, alors que les programmes de santé publique ne bénéficient que de 5% des ressources utilisées par ce département, les structures primaires de 20% et l'administration de 17% (soit neuf fois la part des postes de santé qui s'élève à 1,9%).

A ce niveau également, on peut remarquer le sous financement, d'une part, des structures prestataires qui desservent les populations rurales, et d'autre part, des programmes de santé publique qui seraient hyper-négligés sans le soutien des partenaires techniques et financiers (assurant près de 62% des ressources de ces programmes). A l'instar de la DPS, les dépenses du MS connaissent une forte progression de la part des hôpitaux qui se fait au détriment des structures de soins au niveau primaire dont le poids est passé de 21,9%, en 2005 à 15,8%, en 2010, contre 39,5% en 2005 et 59,1%, en 2010 pour les hôpitaux.

Graphique 11: Composition moyenne des dépenses du MS par type de structure prestataire, 2005-2010



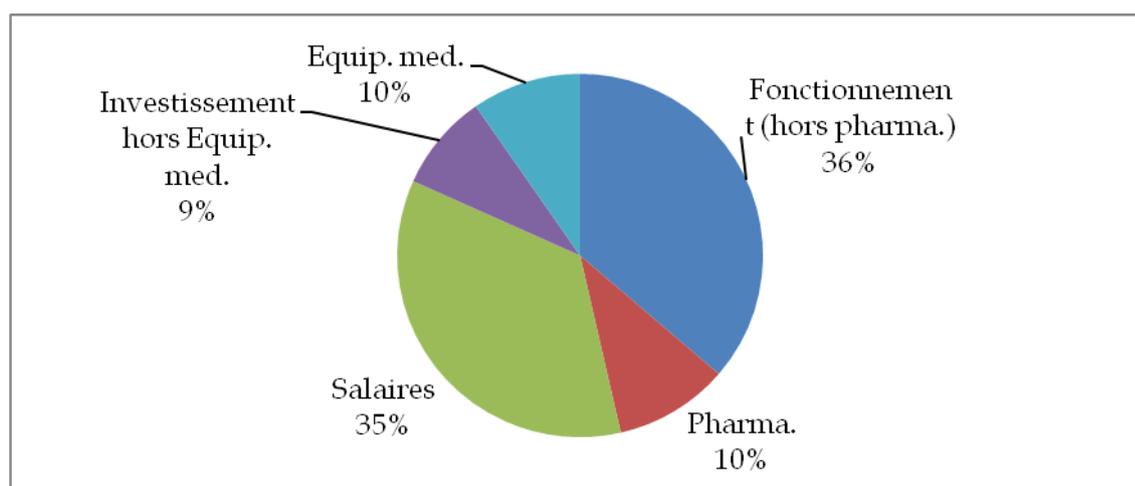
Source : Base de données DPS

1.2.3.2.5. Répartition de la DPS selon la catégorie de dépense

Durant la période étudiée, 2005-2010, en moyenne, le secteur public de santé n'a réservé que 18% de ses ressources à l'investissement contre près de 82% pour le fonctionnement. Cependant, durant l'année 2010, le secteur a consacré davantage de ressources à l'investissement et particulièrement aux équipements médicaux. La part de l'investissement est passée de 14% en 2005 à plus de 30%, en 2010. Est-ce un essai de compenser le gap cumulé depuis plusieurs années ?

D'une manière générale, il est très difficile de comprendre la logique de l'évolution des dépenses du secteur de la santé (comme le montrent les graphiques ci-dessous). La structure de la DPS est très erratique, à l'instar des rubriques « Salaires » et « Fonctionnement hors produits pharmaceutiques ». Ce qui demeure regrettable est la part, de plus en plus, réduite de la « Pharmacie » qui est passée de 18%, en 2005 à 5,5%, en 2010. Son poids moyen durant toute la période de 2005-2010 dépasse, à peine 10%.

Graphique 12: Structure moyenne de la DPS par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010



Source : Base de données DPS

1.2.3.3. Équité dans la dépense publique de santé

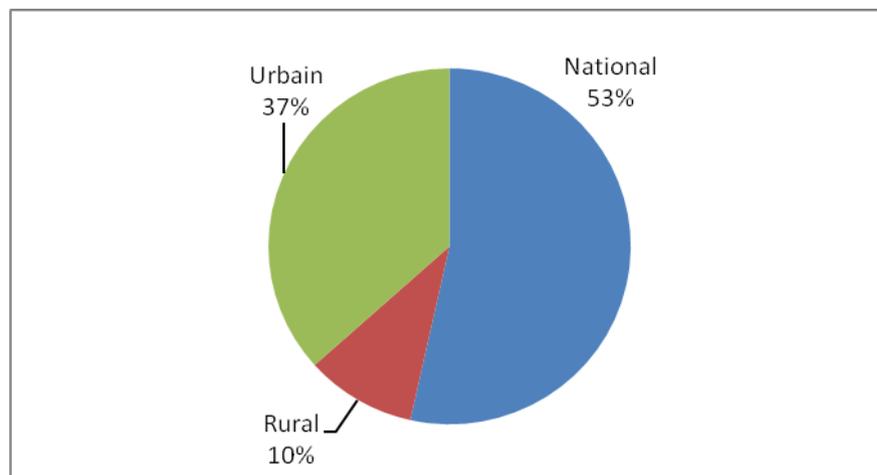
Faute de pouvoir mener une analyse de l'incidence des bénéfices en raison principalement d'une absence de classification des dépenses par fonction (hospitalisation, soins ambulatoires...) dans la revue des dépenses publiques et dans les comptes nationaux de la santé, l'examen de l'équité se fait, ici, juste au travers de l'analyse de la répartition des dépenses publiques selon le milieu et selon les régions (Wilayas).

1.2.3.3.1. Répartition de la DPS, selon le milieu

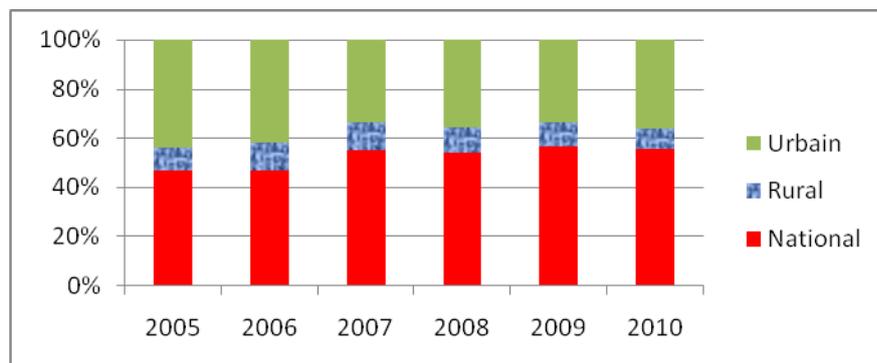
L'analyse de cette répartition durant la période 2005-2010 montre que le Milieu rural ne bénéficie que de 10%, en moyenne, des ressources utilisées par les institutions publiques chargées de la santé, contre 37% pour le milieu urbain et 53% pour le niveau dit « National », lequel concerne, en principe, autant les ruraux que les citadins. Toutefois, tout un chacun sait que ce niveau « National » profite davantage aux urbains qu'aux ruraux. En plus,

l'évolution de la part du milieu rural est, légèrement, négative alors que les responsables du secteur auraient dû privilégier de réduire la marginalisation des familles vivant en zones rurales. En effet, la part du milieu rural est passée de 9,6%, en 2005, à 8,4%, en 2010 (comme le montrent les deux premiers tableaux de la page suivante).

Graphique 13: DPS par milieu de résidence, moyenne de la période 2005-2010



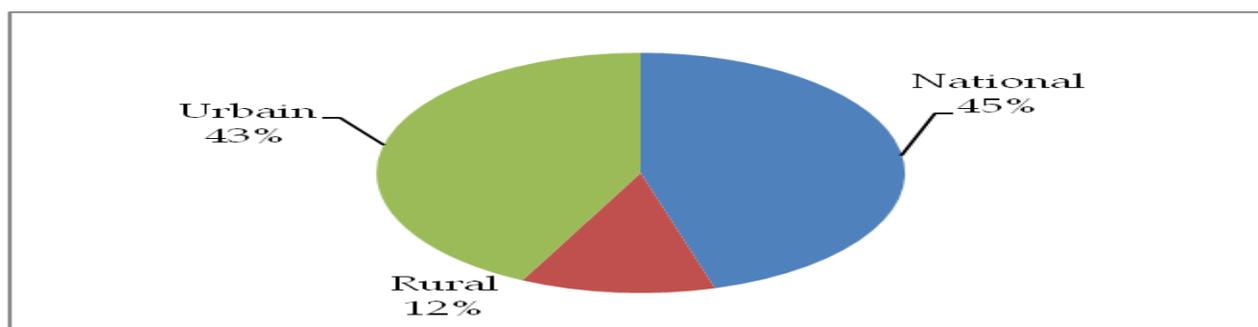
Graphique 14: Evolution de la structure de la DPS par milieu entre 2005 et 2010



Source : Base de données DPS

L'analyse de la même répartition des dépenses du Ministère de la Santé, montre que ce département fait à peine un peu mieux que la DPS totale. Entre 2005 et 2010, la part moyenne du milieu rural dans les dépenses du MS s'élève, seulement, à 12% contre 43% pour le milieu urbain et 45% pour le niveau dit « National ».

Graphique 15: Dépenses du MS par milieu de résidence, 2005-2010



Source : Base de données DPS

1.2.3.3.2. Répartition de la DPS entre les régions/Wilayas

Si d'une manière générale, le milieu rural est très défavorisé, l'analyse de la répartition de la DPS entre les régions (en excluant le niveau dit « National ») montre que, sans doute, les ruraux de quelques Wilayas le sont bien davantage. Le tableau, ci-après, montre que les régions du Guidimakha et du Gorgol bénéficient onze fois moins des dépenses publiques que la Wilaya de l'Inchiri. En effet, le ratio DPS, per capita, entre ces régions, les moins favorisées, et la wilaya la plus favorisée s'élève à 10,9. En outre, la dispersion (moyenne) autour de la moyenne de la DPS, per capita, (2181 UM) est assez importante, soit 84,8%.

Concernant la région de Nouakchott, il est à noter que si on incluait les dépenses des prestataires de niveau tertiaire (prestataires dits « de niveau national »), sa moyenne per capita serait on ne peut plus élevée.

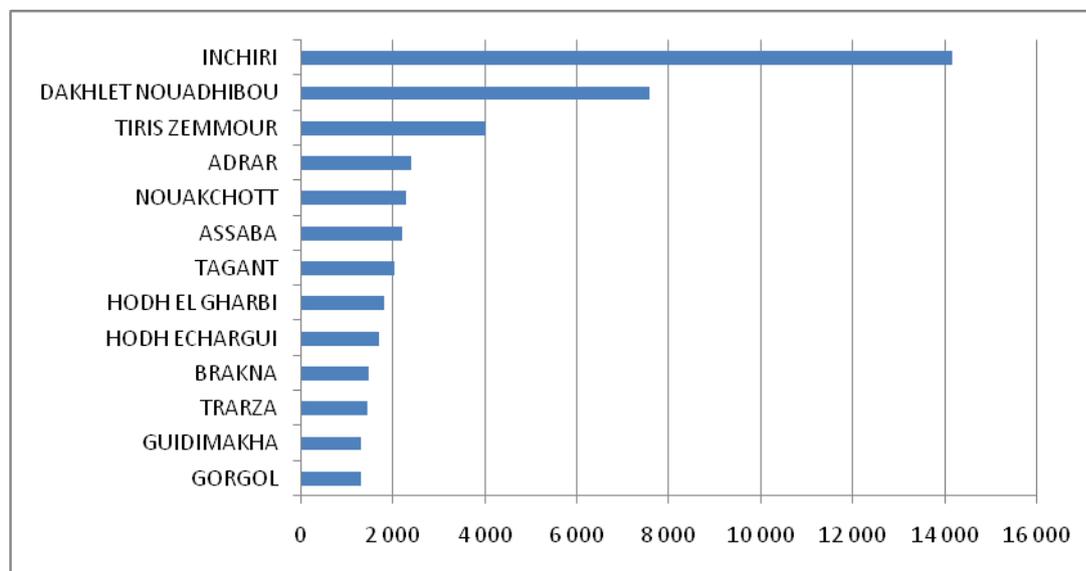
Tableau 8 : DPS per capita et par région entre 2005 et 2010, en UM courantes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
GUIDIMAKHA	1.364	1.237	1.266	1.366	1.213	1.229	1.279
GORGOL	1.196	972	1.108	1.353	1.612	1.436	1.279
TRARZA	998	978	1.131	2.040	1.425	1.904	1.413
BRAKNA	1.411	1.424	1.469	1.718	1.378	1.388	1.465
HODH ECHARGUI	1.279	1.306	1.751	1.993	1.879	1.896	1.684
HODH EL GHARBI	1.391	1.729	1.759	2.072	1.497	2.306	1.792
TAGANT	2.082	1.818	1.915	2.559	2.051	1.716	2.023
ASSABA	1.510	1.975	2.421	2.555	2.644	1.993	2.183
ADRAR	2.477	2.230	2.294	2.679	2.579	2.336	2.433
NOUAKCHOTT	1.348	1.331	1.838	2.042	1.822	7.792	2.695
TIRIS ZEMMOUR	3.675	3.251	3.824	4.487	4.924	3.731	3.982
DAKHLET NOUADHIBOU	4.730	5.924	8.376	9.113	9.077	7.937	7.526
INCHIRI	7.257	10.633	10.420	4.806	46.163	4.552	13.972

Source : Base de données DPS

Quant au MS, la répartition de ses dépenses entre les régions montre une injustice encore plus exacerbée. Entre 2005 et 2010, le ratio moyen entre la wilaya la moins favorisée et la région la plus favorisée s'établit à 11,1. La dispersion moyenne est également plus élevée, soit 88,5%. Il est donc clair que l'action du MS aggrave les disparités entre les régions au lieu de les réduire.

Graphique 16: DPS moyenne per capita et par région, 2005-2010, en UM courantes



Source : Base de données DPS

2. Performance du système de santé

La Politique Nationale de Santé, 2006-2015, adoptée en 2006, a connu une mise en œuvre très partielle. Les nombreux changements politiques à la tête du Département, les planifications opérationnelles sans lien direct avec cette politique et les réductions de financement qu'a connu le secteur de la santé – réduction des financements extérieurs puis du budget Etat – ont fortement limité cette mise en œuvre.

En ce début 2011, l'actuelle analyse de situation a permis un passage en revue – à mi-parcours – de cette PNS à travers un examen rapide (i) des objectifs attendus et (ii) des principales mesures initialement prévues.

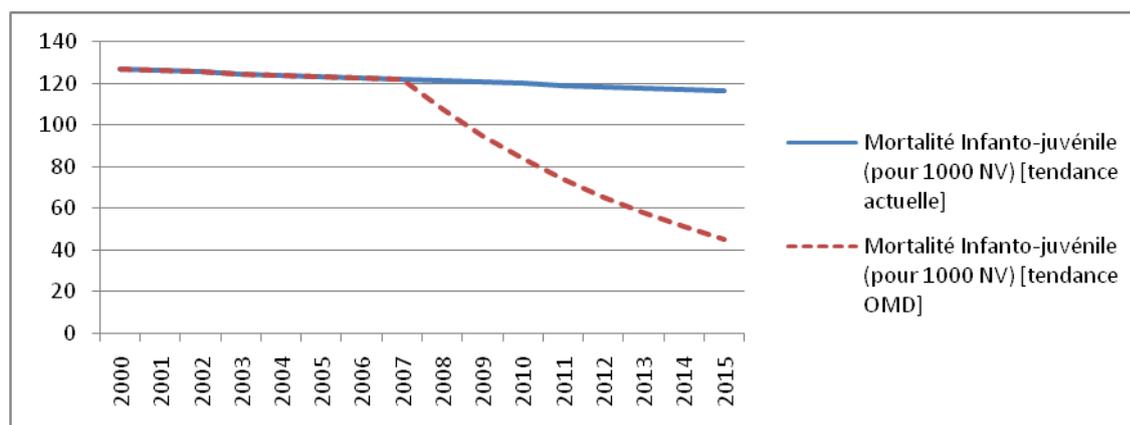
2.1. Résultats d'impact sur la santé des populations

Tableau 9: Résultats d'impact liés aux cibles des OMD

Indicateurs	Situation 2000	Situation actuelle (2007)	Cible en 2010	GAP	Cibles 2015
Taux de mortalité infantile (‰)	77	74			
Taux de mortalité infanto juvénile (‰)	127	122			45
Taux de mortalité maternelle (/100 000 naissances vivantes)	747	686			232
Taux de mortalité néonatale (‰)		43			
Taux de prévalence du SIDA (%) (FE)	0.57	0.48			
Taux de prévalence de la tuberculose (/100000)	117	78			
Taux de prévalence du paludisme (nbre de cas annuels)	223 472	244 319			

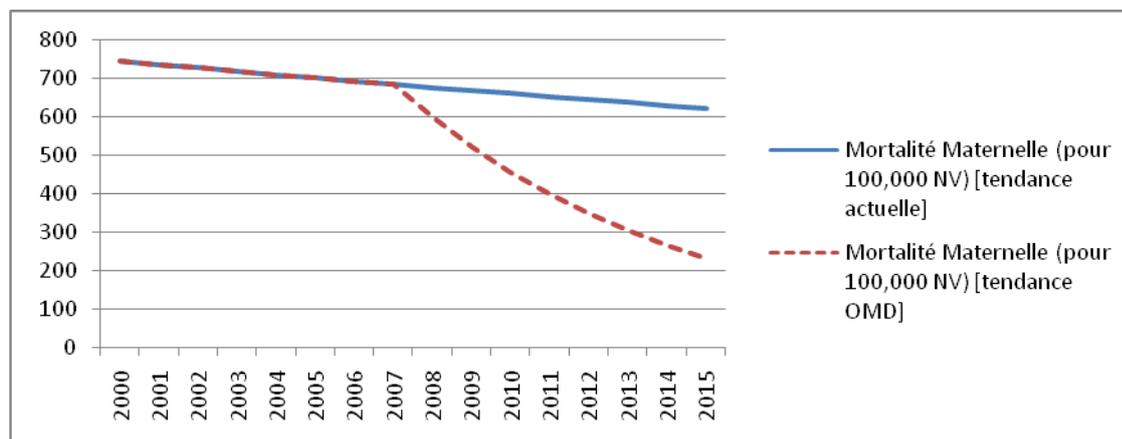
Concernant les objectifs du Millénaire pour le Développement, particulièrement le quatrième et le cinquième, la Mauritanie n'atteindrait jamais ces objectifs au rythme actuel. Entre 2000 et 2007, la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle sont passées respectivement de 127‰ et de 747/100.000NV à 122‰ et 686/100.000NV. A ce rythme, le pays est très loin d'atteindre ces objectifs, comme le montrent les deux graphiques suivants.

Graphique 17: Gap entre la tendance actuelle de la mortalité infanto-juvénile et l'OMD



Sources : EDSM 2001, MICS 2007 et calcul des auteurs

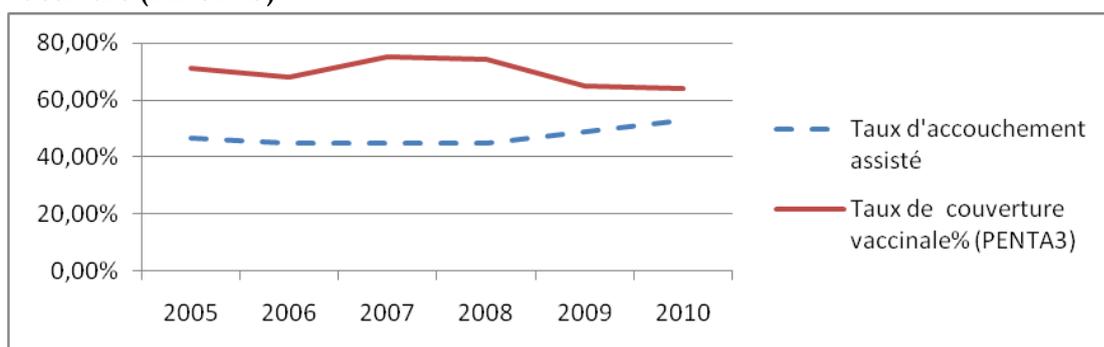
Graphique 18 : Gap entre la tendance actuelle de la mortalité maternelle et l'OMD



Sources : EDSM 2001, MICS 2007 et calcul des auteurs

Toujours en liaison avec la santé de la mère et de l'enfant, il faut noter que la progression du taux d'accouchement dans un milieu médicalement (ou paramédicalement) assisté est également trop lente comme le montre le graphique ci-dessous. Quant au taux de la couverture vaccinale (Penta3, enfants de moins d'un an, complètement, vaccinés), il a baissé de 71%, en 2005, à 64% en 2010. Ces deux indicateurs et, sans doute, une lutte peu efficace contre les causes de mortalité sont, certainement, à l'origine de l'inefficacité des dépenses publiques.

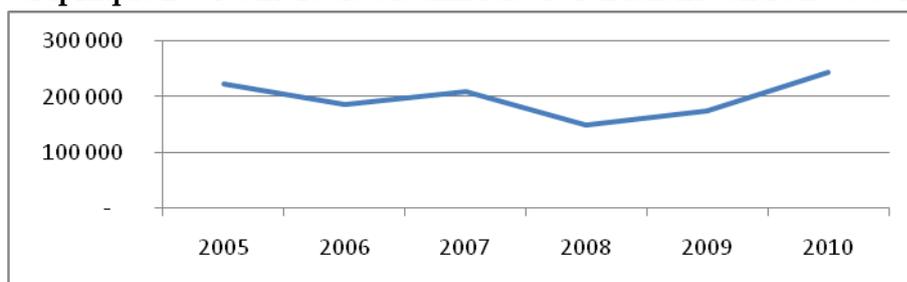
Graphique 19 : Evolution du taux d'accouchement assisté et du taux de couverture vaccinale (PENTA3)



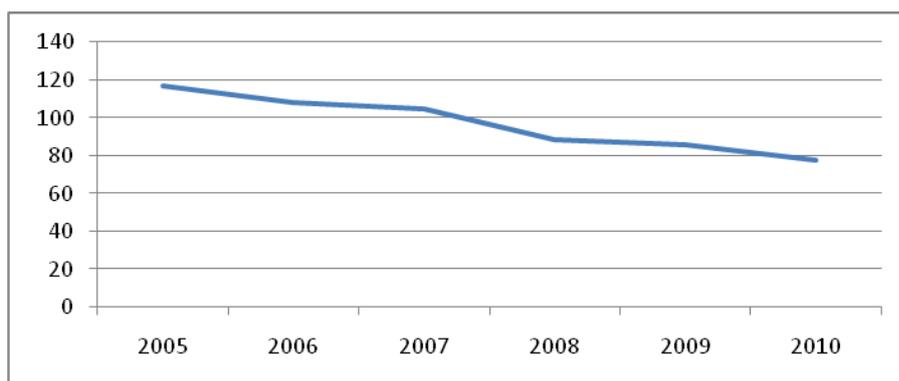
Sources : PEV, SNIS, PNSR et FNUAP

Les autres indicateurs de santé connaissent des fortunes diverses. Si la situation épidémiologique du VIH-SIDA et de la Tuberculose est en amélioration constante (voir graphiques ci-dessous), il en est autrement du Paludisme dont le nombre de cas annuels est passé de 223.472, en 2005, à 244.319, en 2010 (voir graphique ci-dessous).

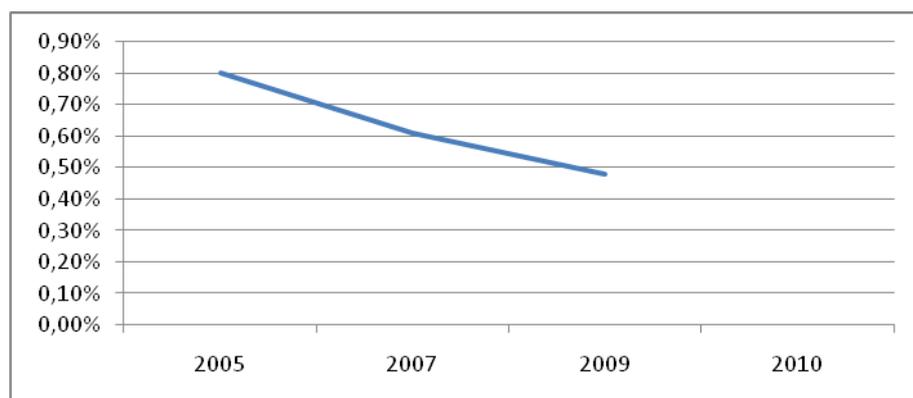
Graphique 20 : Nombre de cas annuels de Paludisme entre 2005 et 2010



Graphique 21: Prévalence de la TB/100.000 Hb, 2005-2010



Graphique 22: Prévalence du VIH-SIDA chez les femmes enceintes, 2005-2010



Sources : INRSP, PNLTi et PNLPG

2.2. Résultats d'effet sur le fonctionnement des services de santé

Tableau 10: Indicateurs d'Effet

Indicateurs	Situation actuelle (2010)	Source
Proportion d'enfants de moins 5 ans dormant sous MILD	56%	Enq OMVS et Enq LQAS
Proportion de mère utilisant convenablement le lavage des mains au savon	5,6%	MICS 2007
Proportion de nouveaux-nés allaités dans l'heure qui suit la naissance	38,9%	Enquête SMART juillet 2010
Proportion d'enfants de 2 ans et plus ayant bénéficié d'AME durant les 6 premiers mois de vie	34,7%	Enquête SMART juillet 2010
Proportion d'enfants de 12 à 15 ans continuant l'allaitement au sein (allaitement maternel prolongé)	87,1%	Enquête SMART juillet 2010
Couverture en CPN1		
Couverture en CPN3	65%	
Proportion de femmes accouchées ayant bénéficié de 4 CPN dont la première au premier trimestre de grossesse	5%	Estimation PNSR, Janvier 2011
Prévalence de la contraception	9%	MICS 2007
Taux d'accouchements assistés de qualité	48,4%	MICS 2007
Taux de césarienne (par rapport à 5%)	0,4%	Estimation PNSR, Janvier 2011
Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de supplémentation en fer acide folique	62,3%	Estimation PNSR, Janvier 2011
Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de	12,7%	Rapport PNL

supplémentation de 2 doses de TPI		2010
Proportion d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	27,7%	MICS 2007 et BDD PEV2009
Couverture en Penta 3		
Couverture en VAR		
Proportion d'enfants de 6 à 36 mois (59 mois) ayant reçu une supplémentation en vitamine A	97,2%	Rapport PEV 2009
Proportion d'enfants de moins de 5 ans, porteurs d'IRA et ayant bénéficié d'une PCIME	24%	MICS 2007
Proportion d'enfants de moins de 5 ans, avec diarrhée et ayant bénéficié d'une PCIME	24%	MICS 2007
Proportion de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'une PTME	3,5%	Estimation SENLS/PNLS Janvier 2011
Proportion de PVVIH éligibles recevant une prophylaxie au Cotrimoxazole	20%	Estimation SENLS/PNLS Janvier 2011
Proportion d'enfants de moins de 5 ans, porteurs de paludisme simple et ayant bénéficié d'ACT	25,9%	Estimation PNLP Janvier 2011
Proportion d'adultes, porteurs de paludisme simple et ayant bénéficié d'ACT	60%	Evaluation du Plan Stratégique 2007
Proportion de cas paludisme grave ayant bénéficié d'une prise en charge correcte	43%	Estimation PNLP Janvier 2011
Proportion de cas de TB bénéficiant de DOTS	24,7%	Estimation PNTL Janvier 2011
Taux de détection de la TB		
Proportion d'enfants de moins de 5 ans, malnutris et ayant bénéficié d'aliments thérapeutiques	41,3%	Proj RGPH, Enq SMART juil 2010, Synthèse SNIS 2009
Proportion d'adultes, porteurs IST, correctement pris en charge	12,5%	Estimation SENLS/PNLS Janvier 2011
Proportion de PVVIH éligibles bénéficiant de PEC par des ARV	29,9%	Estimation SENLS/PNLS Janvier 2011
Proportion d'enfants en âge scolaire, porteurs de carie dentaire et ayant bénéficié d'un dépistage précoce et d'une prise en charge correcte		

Proportion d'enfants en âge scolaire, porteurs de schistosomiase intestinale et ayant bénéficié d'un dépistage précoce et d'une prise en charge correcte		
Proportion d'enfants en âge scolaire, porteurs de schistosomiase urinaire et ayant bénéficié d'un dépistage précoce et d'une prise en charge correcte		
Proportion d'enfants en âge scolaire, porteurs de trachome et ayant bénéficié d'un dépistage précoce et d'une prise en charge correcte		
Proportion de blessés par AVP pris en charge de manière adaptée		
Proportion de ménages utilisant une source d'eau potable améliorée	51%	MICS 2007
Proportion de ménages utilisant une installation sanitaire améliorée	38%	MICS 2007
<u>Inégalité en matière de santé : Couverture de vaccination antirougeoleuse à un an :</u>		
<i>a. Selon le lieu de résidence:</i>		
Urbain		
Rural		
<i>b. Quintile de richesse</i>		
Le plus haut		
Le plus bas		
<i>c. Niveau d'instruction de la mère</i>		
Le plus haut		
Le plus bas		
<u>Utilisation des soins curatifs:</u>		
Couverture sanitaire dans un rayon de 5 km	67%	
* Nombre de nouveaux consultants par an et par habitant		
* (Ou) Taux de fréquentation		

Au-delà des objectifs, la PNS avait prévu un certain nombre de mesures et de réformes qui auraient du supporter l'action sectorielle. Le tableau ci-dessous les rappelle et fait le point de la situation actuelle et les principales réalisations, en relation avec ces mesures et réformes.

Tableau 11 : Suivi des mesures et réformes retenues dans la PNS

Domaines	Mesures et Réformes	Niveau actuel de réalisation
1. Construction, Réhabilitation et Equipement de structures sanitaires publiques et privées et	« Une carte sanitaire couvrant l'ensemble du pays avec réactualisation tous les trois ans »	Il n'existe pas de carte sanitaire
	« Un programme de construction et d'équipements adopté, et régulièrement mis à jour »	Il n'existe pas de Plan national de développement des infrastructures sanitaires sur le moyen et long terme

développement de la maintenance à tous les niveaux	« Un système de révision et d'adaptation des normes et plan-types des structures sanitaires en prenant en compte la dynamique sociale et l'évolution des disponibilités en ressources humaines »	Il n'existe pas de système formel de révision et d'adaptation des normes
	« Un plan régulier d'entretien et de réhabilitation des structures de santé »	Pas de plan régulier d'entretien et de réhabilitation des structures de santé
	« Un système efficace de maintenance basé sur un montage de complémentarité entre le service public et privé, et garantissant une maintenance préventive régulière et curative efficace »	Il n'existe pas de système efficace de maintenance à tous les niveaux
2. Développement des ressources humaines afin de garantir une disponibilité permanente de personnels qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux normes nationales	« Un système de gestion prévisionnelle des ressources humaines en cohérence avec l'ensemble des sous programmes, en particulier avec le programme d'extension de la couverture sanitaire »	Il n'y a pas de système garantissant une cohérence entre le développement des ressources humaines et les programmes d'extension de la couverture sanitaire
	« Normes en personnel régulièrement revues et améliorées »	- Normes adoptées, non respectées ; Pas de système formel de révision des normes en personnel
	« Renforcement des capacités de formation de base des institutions existantes ; ouverture de nouvelles écoles de formation et d'une faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie »	- Création d'une Ecole nationale de santé publique à Kiffa - Lancement de la faculté - Pas de programme soutenu de renforcement des capacités de l'ENSP de Nouakchott
	« Mise en œuvre du plan directeur de formation continue »	- Plan national de formation continue adopté, mais non mis en œuvre
	« Légalisation de l'ouverture d'écoles privées de formation de paramédicaux afin de répondre efficacement au besoin du secteur »	- Pas d'école privée de santé
	« Décentralisation du recrutement du personnel médical et paramédical »	- Le recrutement du personnel est encore centralisé
	« Adoption et mise en œuvre d'un Cadre organique d'emploi »	- Inexistence du Cadre organique d'emploi
	« Adoption et mise en œuvre d'un plan de carrière »	- Inexistence d'un Plan de carrière
	« Adoption et mise en œuvre du Statut particulier du personnel de santé »	- Statut particulier du personnel de la santé élaboré et adopté ???
	« Elargissement du système d'incitation du personnel en y intégrant des primes de performance et de rendement »	- Les primes restent encore limitées aux primes de zone et d'éloignement ; leur mise en œuvre mérite d'être améliorée (voir dernier rapport d'évaluation)
« Construction de logements au profit des	- Les nouveaux postes et centres	

	<i>personnels de santé exerçant au niveau des postes et centres de santé ainsi qu'au niveau des hôpitaux intermédiaires »</i>	construits comprennent des logements de personnel (dans le plan type) - La majorité de ces structures périphériques et la quasi-totalité des hôpitaux intermédiaires ne comprennent pas de logements pour personnel
	<i>« Promotion et renforcement de l'éthique professionnelle »</i>	- Pas de programme spécifique ni d'actions développées dans ce sens
	<i>« Redynamisation de la supervision qui sera l'outil de base de la formation continue, de l'incitation du personnel et de l'évaluation régulière du système »</i>	- La supervision régulière devient de plus en plus rare, voir exceptionnelle - Au profit de supervisions exceptionnelles, lourdes et coûteuses
3. Disponibilité et accessibilité des médicaments et consommables de qualité au niveau des structures publiques et privées	<i>« Renforcement des institutions nationales, régionales et périphériques d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques en vue de garantir une disponibilité permanente et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de médicaments, vaccins et consommables essentiels de qualité »</i>	- L'inspection sectorielle et la DPL n'arrive pas à jouer le rôle de normalisation, de régulation et de suivi de tous les niveaux - La CAMEC connaît de véritables insuffisances dans les domaines du recouvrement, de la passation des services et de la performance en gestion - Les DPR manquent de précision dans le rôle et de capacités techniques
	<i>« La forme générique sera privilégiée »</i>	
	<i>« Les organes de contrôle disposeront de textes réglementaires et de moyens nécessaires pour assumer pleinement leur rôle »</i>	- Les textes régissant l'inspection sectorielle et la DPL n'ont pas été révisés - Pas d'amélioration perceptibles dans les moyens alloués au suivi et contrôle
	<i>« Réorganisation du sous-secteur pharmaceutique privé pour garantir la qualité des produits, l'accessibilité et l'unicité des prix »</i>	- Révision de la loi pharmaceutique (sans ses textes d'application) - Manque d'assainissement du sous secteur pharmaceutique privé
	<i>« Renforcement du rôle consultatif de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens Dentistes qui sera plus décisif dans l'octroi d'autorisation d'ouverture et dans le contrôle du sous-secteur privé pharmaceutique »</i>	- Pas de changement dans les textes régissant les autorisations d'ouverture de pharmacie privées - Pas de changement des textes régissant le fonctionnement du CNOMPCD
	<i>« L'inspection générale de la santé sera dotée d'outils juridiques et de ressources humaines et matérielles lui permettant d'assurer une inspection permanente de</i>	- Pas d'amélioration perceptibles dans les moyens alloués à l'inspection générale de la santé

	<i>l'ensemble des structures, publiques ou privées, et à tous les niveaux »</i>	
4. Assurance qualité pour l'ensemble des prestations sanitaires	<i>« Adoption d'un PMA par type de structures qui devra être mis en œuvre à tous les niveaux et devra aussi concerner les structures privées »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les PMA ont été élaborés pour les postes, centres de santé et les hôpitaux - Leur validation technique n'a pas impliqué certains des principaux acteurs, tels que ceux du secteur privé - Ils n'ont pas été officiellement adoptés et n'ont pas connu de réelle mise en œuvre
	<i>« Révision en conséquences (PMA) des curricula de formation de base afin de garantir la disponibilité de personnels suffisamment qualifiés »</i>	Cette révision n'a pas eu lieu
	<i>« Mise en œuvre d'un plan de formation continue adapté visant en priorité une amélioration continue de la qualité des prestations fournies »</i>	Plan de formation continue validé - non adopté - n'a pas connu de mise en œuvre
	<i>« Système d'assurance qualité complétant l'actuel système d'incitation et permettant de disposer de critères objectifs de mesure de la performance »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de système d'évaluation de la performance et de la qualité ni de critères de mesures de la performance - Pas de contrats de performance
	<i>« Adoption et mise en œuvre d'un système national d'orientation-recours généralisé à tous les niveaux, efficace et durable »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe un système implicite de référence-recours sans textes formels, sans organisation au préalable et sans obligations mutuelles - Les différentes évaluations relèvent des insuffisances et des dysfonctionnements mettant en cause l'efficacité du système de référence-recours
	<i>« Redynamisation de la supervision impliquant tous les niveaux du système, ainsi que les structures privées de soins »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La supervision régulière devient de plus en plus rare, voir exceptionnelle - Au profit de supervisions exceptionnelles, lourdes et coûteuses
	<i>« Renforcement du rôle de l'Ordre National des Médecins Pharmaciens et Chirurgiens Dentistes afin de le rendre opératoire et décisif »</i>	- Pas de changement des textes régissant le fonctionnement du CNOMPCD
	<i>« Mise en œuvre d'un programme de recherche sur la qualité et une concertation technique régulière – à type de congrès, colloques ou journées de concertation – impliquant les différentes catégories de personnels »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de plusieurs colloques et congrès par des associations et sociétés scientifiques, avec l'appui du Ministère de la santé et des PTF - Sans coordination et véritable

		programme cohérent et ciblé de recherche sur la qualité
5. Redynamisation de l'approche communautaire	« Les unités de santé de base (USB) seront mises ou remises en place dans les agglomérations villageoises situées au-delà de 10 km d'un poste ou d'un centre de santé »	<ul style="list-style-type: none"> - Quelques initiatives très limitées liées à des initiatives locales ou à des projets décentralisés - Sans réelle volonté ou programme de relance de l'approche communautaire et de développement des USB dans les agglomérations éligibles
	« Généralisation des comités de santé à toutes les agglomérations villageoises disposant d'un centre, d'un poste ou d'une unités de santé de base, jouant leur rôles de sensibilisation des populations, de suivi de la santé de ces populations et de gestion des structures de santé situées dans leur aire de représentation »	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les centres et postes de santé, rares sont les Comités de santé encore fonctionnels (c'est-à-dire se réunissant régulièrement et participant activement à la gestion des structures - Pour les USB, la même situation en plus de la rareté déjà signalée des USB
	« Mise en place d'agents relais dans les villages ne nécessitant pas de structure de santé ou d'USB »	<ul style="list-style-type: none"> - Quelques initiatives très limitées liées à des initiatives locales ou à des projets décentralisés
6. Organisation et intégration de la médecine traditionnelle	« Institutionnalisation de la médecine traditionnelle dans un cadre juridique national permettant une intégration efficace de la médecine traditionnelle au système de santé publique »	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de mesure prise dans ce sens - Persistance d'émissions radiodiffusées, animées par des tradipraticiens, avec dans certains cas des messages erronés
	« Implication des tradithérapeutes comme acteur de santé dans le cadre des programmes socio-sanitaires, en particulier pour les aspects d'IEC pour une lutte élargie contre la maladie »	
	« Appui à la recherche scientifique sur la médecine traditionnelle »	
7. Lutte contre la Maladie	Meilleur ciblage des programmes de lutte contre la maladie « vers un changement de comportement et une réelle conscientisation de la population face (i) aux facteurs environnementaux influençant leur santé, (ii) à l'utilisation judicieuse des services de santé et (iii) à une participation responsable dans la gestion de leur santé »	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de stratégie nationale de communication constitue ne favorise pas ce ciblage - Le flou entourant les rôles et la place des Programmes de lutte contre la maladie - Peu de communication autour de l'utilisation des services
	« Mise en place du cadre juridique adéquat et des outils nécessaires pour l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement du milieu »	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption du Cade de l'hygiène sans ses textes d'application
	« Mise en place des capacités techniques nécessaires afin d'assurer une prise en charge quasi-totale des cas de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des capacités de certains centres hospitaliers régionaux et nationaux

	<i>(traumatologie et plastie, chirurgie cardiaque et neurologique, oncérologie, radio et chimiothérapie, santé mentale, etc...) ».</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Création de centres hospitaliers spécialisés (Cardiologie, Oncologie) - « Réduction » peu significative du nombre des évacuations liées à ces deux centres
	<i>« Renforcement des capacités techniques au niveau périphérique (postes et centres de santé) et secondaire (hôpitaux régionaux) afin d'améliorer la prévention primaire, le dépistage et la prise en charge des cas, y compris la référence »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Plutôt une « détérioration » des capacités de ces structures liées au manque en ressources humaines, aux ruptures fréquentes en médicaments et consommables et à l'absence d'un programme de renforcement des capacités à ces différents niveaux
	<i>« Développement d'un système d'orientation recours permettant de renforcer l'accès à des structures de qualité »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe un système implicite de référence-recours sans textes formels, sans organisation au préalable et sans obligations mutuelles - Les différentes évaluations relèvent des insuffisances et des dysfonctionnements mettant en cause l'efficacité du système de référence-recours
	<i>« Développement d'un système cohérent de gestion des épidémies et catastrophes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un plan intégré et multisectoriel de gestion des épidémies et catastrophes - Existence d'un Programme national de surveillance épidémiologique mais ne disposant pas d'encrage institutionnel ou de moyens humains et financiers nécessaires
	<i>« Mise en œuvre d'une stratégie spécifique efficace de gestion des déchets hospitaliers dans le cadre d'une politique nationale d'assainissement impliquant tous les acteurs concernés »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de politique nationale d'assainissement multisectorielle et impliquant les acteurs sociaux - Absence de stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux (hospitaliers)
8. Financement adéquat et équitable du système de santé	<i>« Politique de financement résolument orientée vers l'accès universel aux soins essentiels de santé avec l'Etat comme principal bailleur du secteur »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Porter la subvention de l'état à plus de 15% du budget national hors services de la dette »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Amélioration de la fluidité et de la gestion du système de recouvrement des coûts renforçant la part de ce type de financement qui devra connaître une</i>	RDPS / CNS

	<i>croissance régulière tout en maîtrisant son effet sur l'accès des groupes pauvres aux soins essentiels de santé »</i>	
	<i>« Développement de mécanismes de partage de risque (mutuelles, assurances, forfaits) et de système de solidarité (prise en charge des indigents) »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Généralisation des expériences de mutuelles et de forfait dans le cadre d'un programme cohérent et progressif visant à couvrir l'ensemble de la population »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Développement de caisses d'indigence et de fonds d'équité dont le mode de financement et de fonctionnement pourrait varier en fonction du milieu et des circonstances. La participation de l'Etat prendra de plus en plus d'importance au fur et à mesure que le malade évolue dans la pyramide sanitaire et que les soins deviennent plus compliqués et plus chers »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Les fonds extérieurs (nationaux et internationaux) viendront en complément à ces différents types de financements et permettront particulièrement la prise en charge d'opérations d'investissement dans les différents domaines de l'action sectorielle »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Niveau global de financement supérieur à 5200 UM par tête d'habitant et par an équivalent à 20 US\$ »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Ratio investissement sur fonctionnement propice à une absorption efficace des ressources avec un niveau inférieur à 0,6 »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Répartition efficace des ressources entre les niveaux de la pyramide sanitaire avec un ratio financement primaire et secondaire sur financement tertiaire et central supérieur à 1,8 »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Part du SRC dans le financement global du secteur à plus de 15% »</i>	RDPS / CNS
	<i>« Uniformité et harmonie des coûts permettant de préserver les intérêts du patient et du prestataire »</i>	- Absence de tarifs normalisés par niveau et par type de structure - Tarifications mises en place de manière non harmonisées et sans étude de base
9. Système de suivi/évaluation (supervision, contrôle et	<i>- « une politique spécifique de supervision sera adoptée, définissant les objectifs, les stratégies, les modalités de mise en œuvre et les ressources nécessaires à une</i>	- Absence de politique ou stratégie de supervision

<i>l'évaluation)</i>	<i>supervision régulière et efficace »</i>	
	<i>- « Renforcement des moyens de la supervision à tous les niveaux et développement d'instruments d'analyse des résultats de cette supervision en fonction des capacités et responsabilités de chaque niveau »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'engagement politique en faveur de la supervision - Faiblesse des moyens - nationaux et extérieurs - alloués à la supervision
	<i>- « Contrôle régulier des structures sanitaires publiques et privées → garante du respect strict des lois et règlements en vigueur et ce dans le cadre d'une inspection générale de la santé forte et en collaboration avec les directions et institutions concernées dont en particulier l'ordre national des médecins, pharmaciens et odonto-stomatologues de Mauritanie »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrôle reste très sporadique sans stratégie claire consensuelle du type, des mécanismes, des responsables et des moyens de contrôle à mettre en place - Ce contrôle mené ne se fait pas toujours de manière intégrée et n'implique pas les acteurs « indépendants » tel que le CNOMPCD
	<i>- « Renforcement de la recherche en général, de la recherche opérationnelle et de la recherche-action en particulier dans le cadre d'une politique visant la mise en place de compétences et la mobilisation des ressources nécessaires »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Transformation du CNH en Institut National de Recherche en santé publique mais sans la base juridique, l'organisation ni les moyens nécessaires pour un programme efficace de recherche pour la santé - La recherche pour la santé constitue l'un des parents pauvres du secteur, sans réel intérêt dans la prise de décision
	<i>- « Place de choix à l'évaluation des programmes et actions du secteur dans ce programme de recherche »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Des évaluations de l'action sectorielle ont été menées, de manière non coordonnée, non planifiée et répondant à des besoins précis liés à des engagements de financement - Planification et prise de décision ne se fait qu'exceptionnellement sur la base d'évaluation antérieure
	<i>- « Soumission systématique de cette recherche à un contrôle éthique dans le cadre d'une réglementation claire en la matière »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'existe pas de réglementation obligeant la soumission au contrôle éthique de toute action de recherche et mettant en place les institutions et instruments nécessaires - Un Comité éthique a été mis en place, mais peu fonctionnel - Des recherches ont été menées sans « visa » du Comité d'éthique
<i>- « Renforcement et décentralisation du Système national d'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et prise en compte des données</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Le Système national d'information sanitaire reste limité aux données « sanitaire » 	

	<p><i>du secteur privé ;</i></p> <p><i>- Décentralisation de l'analyse afin d'impliquer les communautés dans la prise de décision »</i></p>	<p>recueillies lors des niveaux périphériques (postes et centres de santé) et en partie des niveaux intermédiaires</p> <p>- Le niveau déconcentré ne dispose des capacités technique nécessaire à l'analyse des données collectées, et la prise de décision ne dépend de tels résultats d'analyse (voir plus haut)</p>
10. Renforcement de la déconcentration	<p><i>« Déconcentration de la responsabilité et de la décision au niveau le plus périphérique possible »</i></p>	<p>- Pas de mesure de réforme visant plus de déconcentration de la décision ; ces dernières années, on assiste à plus de centralisation de la décision et de la gestion des ressources</p>
	<p><i>« Renforcement des prérogatives des responsables de santé au niveau de la wilaya et de la moughataa dans les domaines de gestion des ressources humaines, matérielles et financières qui seront directement mises à leur disposition »</i></p>	<p>- Les ressources humaines, matérielles et financières ne sont pas directement mises à la disposition des structures administratives opérationnelles (CSM) ou de coordination (DRAS)</p> <p>- Les décisions de ces responsables de santé dépendent d'accord du niveau central (Cabinet du Ministre ou Directions centrales), du niveau régional (Waly) et du niveau départemental (Hakem)</p>
	<p><i>« Evaluation des responsables des niveaux déconcentrés sur la base de résultats produits relativement aux objectifs fixés dans les programmations régionales et les planifications de moughataa »</i></p>	<p>- Il n'existe pas de système formel, régulier et efficace d'évaluation de l'action des responsables à tous les niveaux</p> <p>- Il n'existe pas de gestion axée sur les résultats</p>
	<p><i>« Au niveau tertiaire, renforcement des responsabilités des conseils d'administration et de gestion, et des directions d'établissements dans le cadre d'une réforme visant à spécifier le caractère des établissements publics de santé conformément aux termes de la politique hospitalière nationale »</i></p>	<p>- La plupart des textes créant les établissement donnent aux Conseils d'administration le minimum de prérogatives nécessaires dans ce sens ; l'application de ces textes se fait dans un climat de pressions extérieures et de clientélisme à l'intérieur</p> <p>- Il n'existe pas de projets d'établissement ou de documents de planification pluriannuelle facilitant aux Conseils d'administration et aux Directions d'établissements d'avoir une vision claire pour la structure</p>

	« A l'intérieur de chaque établissement, plus de responsabilité aux niveaux techniques et opérationnels »	- La gestion des établissements reste très centralisée sans implication effective des services techniques - Il n'existe pas d'obligation dans ce sens
	« Mise à disposition des moyens humains et matériels nécessaires à l'accomplissement de sa tâche de conception, de coordination, de normalisation, de régulation et de suivi »	- Le budget global du secteur a connu des réductions drastiques à côté de certains PTF qui « ont quitté » l'appui du secteur
11. Revitalisation de la participation communautaire dans le cadre d'une décentralisation effective des services	« Mise en application des textes sur le système de recouvrement des coûts et mise en place d'un programme de formation, d'incitation et de suivi des comités de santé à tous les niveaux »	- Les textes sur le SRC – adoptés depuis plusieurs années – n'ont pas connu de véritable mise en application - Il n'existe pas d'actions de formation des comités de santé
	« Entière responsabilité de décision des comités de santé sur la répartition de la subvention étatique et des fonds générés par le SRC »	- La gestion de la subvention Etat est totalement soustraite à la responsabilité des Comités de santé - Il est noté « une régression » dans l'implication des Comités de santé dans la gestion des fonds du SRC, et ce malgré les textes disponibles (décrets et arrêtés)
12. Régulation et appui du secteur privé	- « Renforcement de la régulation à travers les structures habilitées du MS afin de garantir une application stricte des textes réglementaires en vigueur »	- La régulation est quasi-inexistante : textes à mettre en œuvre, institutions et outils à mettre en place
	- « Mise en œuvre d'un programme d'appui et de renforcement du secteur privé dans le cadre d'une stratégie globale d'intégration qui aura défini la place et le rôle de chaque type de structure sanitaire privée »	- Très peu de concertation entre le Département de la santé et les acteurs du secteur privé - Absence de programme d'appui du secteur privé
13. Mise en place d'une approche contractuelle et d'un partenariat large en faveur de la santé	« Adoption d'une politique de contractualisation visant à multiplier et diversifier les possibilités et méthodes de mise en œuvre des actions dans le cadre de contrats »	- Pas de politique de contractualisation dans le secteur
	« Contrats de performance qu'ils soient internes – entre personnels ou niveaux du système – ou externe avec des acteurs (collectivités) privés ou de la société civile »	- Il n'existe pas de contrats de performance dans le secteur
14. Développement de la	« Création des instruments formels de collaboration entre le MSAS et l'ensemble des autres secteurs »	- Malgré des avancées dans les décennies 90 et 2000, il est noté un manque de collaboration entre le

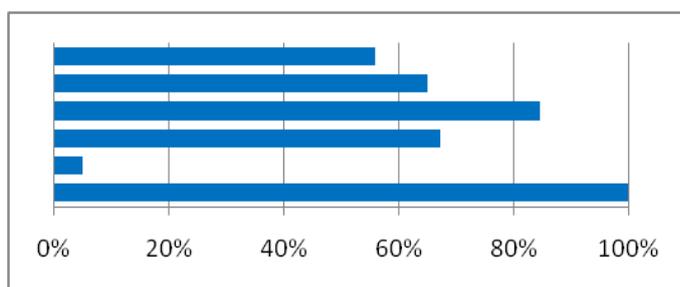
multisectorialité		MSAS et les principaux secteurs
15. Renforcement de l'environnement juridique et institutionnel du secteur	« Adoption et mise en œuvre de la politique hospitalière »	- Pas de politique hospitalière officiellement adoptée et mise en œuvre
	« Révision et mise en œuvre de la loi pharmaceutique »	- Loi pharmaceutique révisée mais ne prenant pas en compte les principaux aspects garantissant un assainissement du secteur
	« Adoption et mise en œuvre du code de santé publique »	- Pas de code de santé publique officiellement adopté
	« Adoption et application de textes préparant le pays à prendre en compte les questions émergentes telles que les erreurs médicales, le don et la greffe d'organes, le clonage humain »	- Pas de textes nationaux relatifs à ces aspects
16. Renforcement de l'approche sectorielle	« <i>Adoption de procédures uniques de gestions des fonds alloués au secteur</i> »	- Pas d'avancée dans ce sens - Le Pays vient d'adhérer à l'IHP+ qui plaide pour de telles procédures
	« <i>Mise en place de mécanismes uniques d'évaluation et de suivi garantissant une confiance totale au système</i> »	- Pas d'avancée dans ce sens - Le Pays vient d'adhérer à l'IHP+ qui plaide pour de telles procédures
	« <i>Formalisation et renforcement du Groupe Thématique sous le pilotage du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales et impliquant les autres acteurs du secteur (privés, société civile, communautés)</i> »	- Ce groupe Thématique ne fonctionne plus (pas de réunion régulière); pas de textes le formalisant - Des réunions à la demande du Ministère ou de PTF - Les PTF ont leur mécanisme de coordination avec des réunions régulières

2.3. Analyse des goulots d'étranglement des interventions à haut impact sur les OMDs

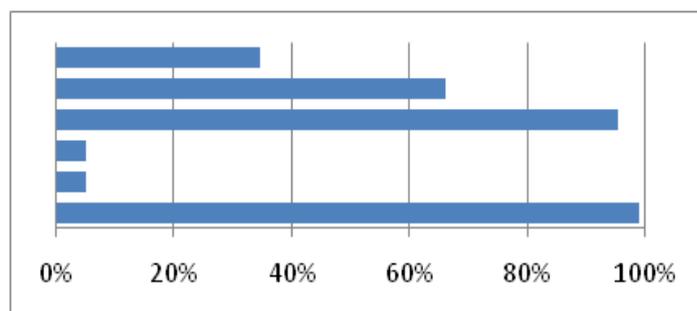
L'utilisation du MBB a permis une analyse plus ciblée sur les interventions, internationalement, retenues comme prioritaires car ayant un haut impact sur les OMD. Pour une analyse efficace, l'application MBB propose des regroupements sous forme de paquets d'interventions répartis en trois modes de services (communautaires et familiaux, soins préventifs délivrés par les structures publiques et soins cliniques individuels).

2.3.1. Demande et utilisation des services préventifs et curatifs délivrés par la famille, la communauté ou les organisations à base communautaire

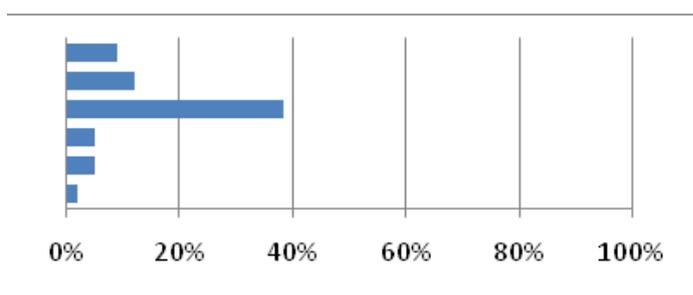
2.3.1.1. Paquet prévention communautaire du paludisme, eau hygiène et assainissement



2.3.1.2. Paquet alimentation du nourrisson et du jeune enfant



2.3.1.3. Paquet PCIME communautaire



2.3.1.4. Commentaire sur l'analyse des goulots au niveau familial et communautaire

Pour être promus et utilisés, de manière pérenne, ces services délivrés par et pour la communauté nécessitent, souvent, le développement d'une approche communautaire soutenue par la mise en œuvre d'une stratégie cohérente et pertinente de communication visant le changement de comportement des populations. En Mauritanie, l'analyse montre que ces deux axes ont été délaissés, ces dernières années, au profit d'actions plus

“médicalisées”, plus coûteuses et nécessitant une disponibilité permanente en RHS et en Médicaments essentiels de qualité (voir plus loin).

De manière plus précise, l’analyse des goulots d’étranglement à ce niveau de prestations communautaires montre:

- Une insuffisance d’utilisation des canaux de transmission de l’information sanitaire au niveau communautaire et un manque d’implication des autres acteurs intervenants dans la transmission de l’information sanitaire au niveau communautaire
- Le manque d’appropriation de l’information par les bénéficiaires consécutif à une insuffisance de qualité de l’information fournie (contenu, méthode, canal, ...) ; l’absence d’une stratégie concertée de communication au niveau du secteur constitue la cause structurelle à côté de l’analphabétisme et la pauvreté de la population.
- Les croyances et considérations socioculturelles ne facilitent pas la tâche, et sont solidement ancrées en l’absence d’actions cohérentes et efficaces de communication pour le changement de comportements ; ces considérations vont d’un comportement favorisant l’apparition de pathologies jusqu’au refus d’utilisation des soins offerts, même gratuits, en cas de maladie.

Parallèlement, il faut noter que le délaissement de l’approche communautaire comme approche stratégique de soins complémentaire au système de santé, constitue un véritable goulot d’étranglement au développement d’interventions aussi efficaces et nécessaires que la promotion des moustiquaires imprégnées, de l’allaitement ou du lavage des mains, la PCIME communautaire et l’accompagnement des parturientes accouchées au domicile et de leurs nouveaux nés, grâce aux soins propres. En effet, au vu de l’insuffisance de la couverture sanitaire, le niveau éducatif des populations rurales dans un pays aussi vaste et éparpillé que la Mauritanie rappelle, à l’esprit, le nécessaire développement de cette approche comme recommandé dans la PNS en vigueur. Dans ce cadre, un certain nombre d’insuffisances ont été retenues comme cause de la faible utilisation de ces interventions communautaire :

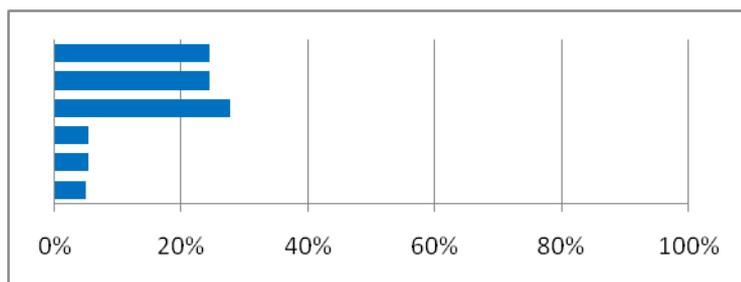
- La quasi-disparition des agents de santé communautaire (ASC) et des relais communautaires (RC) due (i) à l’absence de reconnaissance formelle et d’ancrage institutionnel, (ii) à l’inexistence d’un système pérenne de motivation, et au-delà (iii) à l’absence d’une politique ou stratégie nationale de santé communautaire et à l’insuffisance des financements alloués aux activités à base communautaire ; la question de motivation – matérielle plus particulièrement – de ces agents communautaires méritant d’être analysée de manière plus approfondie, car considérée comme le levier essentiel de pérennisation de cette approche ;
- L’inexistence de système d’approvisionnement et de distribution des intrants essentiels au niveau communautaire due aux mêmes causes citées, ci-dessus, relatives à l’absence d’orientation politique et au manque de moyens financiers ;
- Le ciblage restreint des bénéficiaires, lors de sensibilisation et de distribution ; l’exemple des MILD limitées aux seules femmes enceintes n’ayant pas permis une utilisation large de cet intrant essentiel dans la lutte contre le paludisme et du préservatif limité à des

lieux, parfois, inaccessibles à certains groupes prioritaires ; ce qui diminue l'efficacité de certains stratégies basées, essentiellement, sur de tels consommables promotionnels.

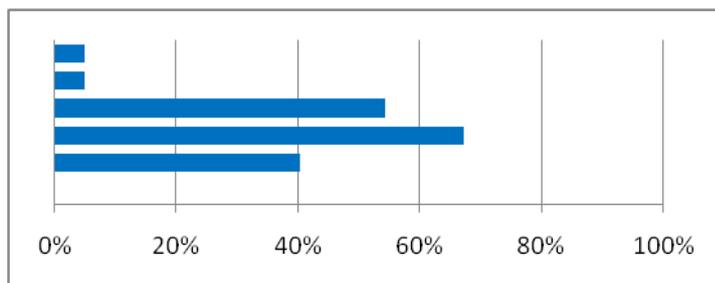
- Dans le cas des MILD, il faut, en plus, noter l'insuffisance de commodité des types distribués, récemment, en Mauritanie, dont la capacité et le mode d'utilisation n'ont pas pris en compte certaines considérations culturelles ; ce qui aurait pu être mieux négocié lors de l'établissement des commandes initiales.

2.3.2. Demande et utilisation des interventions préventives délivrées par le premier niveau de soins (ou services préventifs orientés vers les populations)

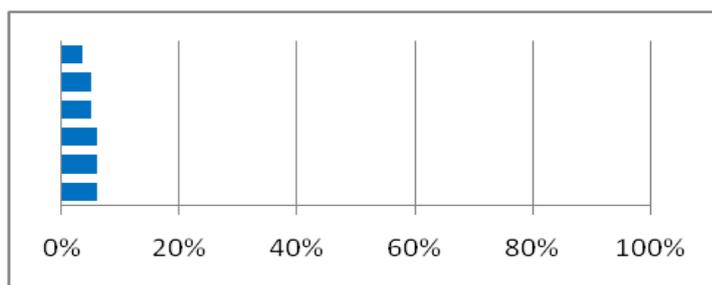
2.3.2.1. Paquet espacement des naissance et utilisation des préservatifs



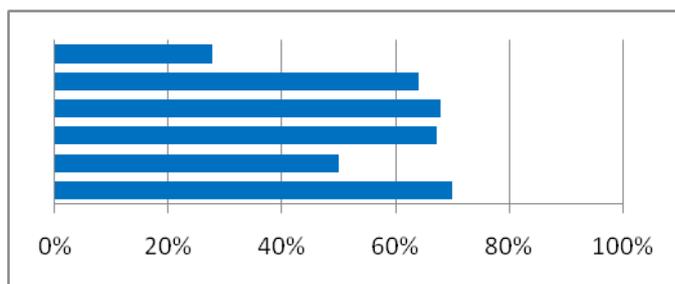
2.3.2.2. Paquet de Suivi prénatal et de prévention des complications de grossesse



2.3.2.3. Paquet prévention du VIH et PTME



2.3.2.4. Paquet de vaccination et prévention des maladies de l'enfant



2.3.2.5. Commentaire sur l'analyse des goulots, au niveau orienté vers les populations

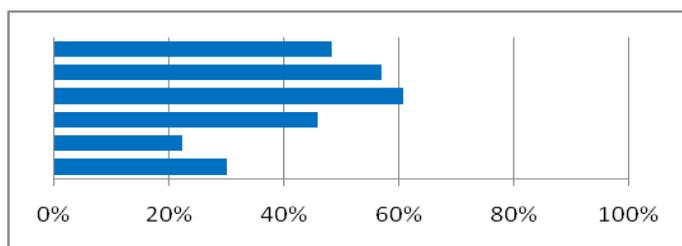
L'utilisation des services préventifs est fortement corrélée, au niveau éducatif⁶⁰; leur demande encore faible en Mauritanie est étant due, essentiellement:

- au niveau éducatif bas de la population, en général, et des populations rurales en particulier; ces dernières sont, en plus, défavorisées par l'inaccessibilité géographique des services fixes et l'inexistence de services avancés ou mobiles portés au sein des communautés, les plus éloignées;
- Aux croyances socio-culturelles ne favorisant pas toujours l'utilisation de tels services (ex: contraception, accouchement, allaitement maternel exclusif ou encore l'utilisation de l'eau potable); la faiblesse des actions de communication – limitées essentiellement à des émissions radio-télévisées, parfois, hors de portée des populations vulnérables ou ne les intéressant pas – ne plaide pas pour une amélioration de cette situation et reflète l'absence d'une stratégie concertée de communication centrée autour des priorités du secteur ;
- Pour les interventions à passage multiples (ex: CPN, vaccination, ...), il a été noté l'importante déperdition entre le premier et le dernier passage qui serait due, essentiellement, à deux facteurs:
 - le retard du premier passage (ex: aux derniers mois de grossesse ou de la première année pour les enfants à vacciner) consécutif aux éléments développés ci-dessus et relatifs à la communication pour le changement de comportements,
 - l'insuffisance de communication – interpersonnelle en particulier – effectuée lors du premier passage; la pression de travail exercée sur les personnels chargés de ces prestations et le manque de suivi et de formation continue seraient en cause; elle expliquerait aussi la différence, énorme entre la faible utilisation de la PTME (3,5%) et le niveau élevé de couverture en CPN (plus de 70%), laquelle est le support de la PTME et le passage à l'échelle de cette "nouvelle" intervention ne nécessiterait pas de gros investissements.

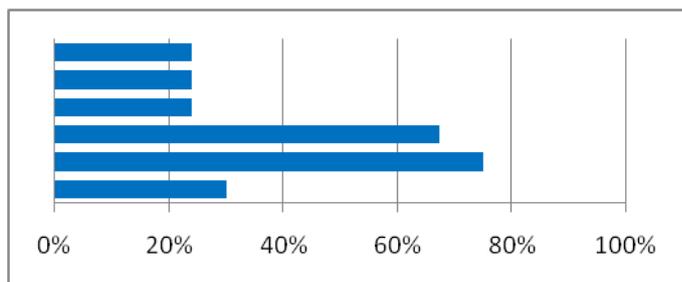
2.3.3. Demande et utilisation des services délivrés par le premier niveau de soins cliniques individuels

⁶⁰ Voir enquête MICS

2.3.3.1. Paquet Prise en charge de l'accouchement et soins périnataux



2.3.3.2. Paquet Prise en charge clinique des maladies de l'enfant et de l'adulte



2.3.3.3. Commentaire sur l'analyse des goulots au premier niveau clinique

Pour mener l'analyse de ce type de services, nous avons procédé à l'analyse de deux groupes d'interventions traceurs pour permettre de dégager les principales insuffisances qui entravent le passage à l'échelle de ces interventions:

⇒ **Insuffisance de couverture en accouchement assisté de qualité (48,4%) :**

Plusieurs causes peuvent être avancées pour expliquer cette insuffisance de couverture :

- L'importance des considérations socio-culturelles empêchant l'accouchement dans une structure de santé, en particulier, en présence d'un personnel de santé de sexe masculin ; comme déjà développé, cette contrainte persiste en l'absence (i) de stratégie et d'actions de communication pour le changement de comportements ciblés et (ii) de stratégie d'adaptation de l'organisation des services aux besoins des populations.
- Le coût du transport (de la patiente et des accompagnants) et les frais des soins d'accouchement. Les initiatives de forfait obstétrical restent limitées et ce paiement – qui n'est pas accessible financièrement à une frange de population – ne couvrent pas l'ensemble des frais et ne constituent donc pas une solution suffisante à l'utilisation de ces services.
- Enfin, la diminution de la confiance des populations dans le système de soins vient aggraver cette situation ; ce manque de confiance est le fruit d'un ensemble de facteurs dont en particulier :
 - le mauvais accueil des parturientes et de leur entourage accompagnant,
 - l'absence de stratégies de communication visant un meilleur rapport personnel-malade et intégrant les volets d'utilisation des services
 - l'absence de programme d'assurance-qualité des services fournis..

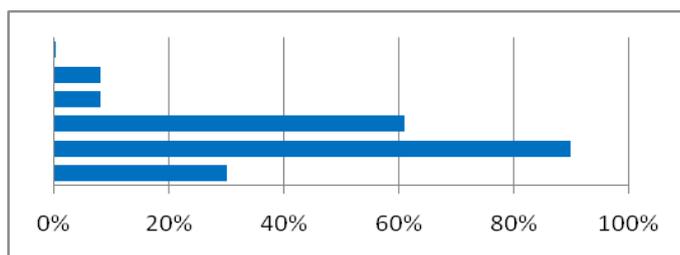
⇒ **Faible prise en charge de qualité des enfants malades (24%)**

Avec comme principales causes retenues :

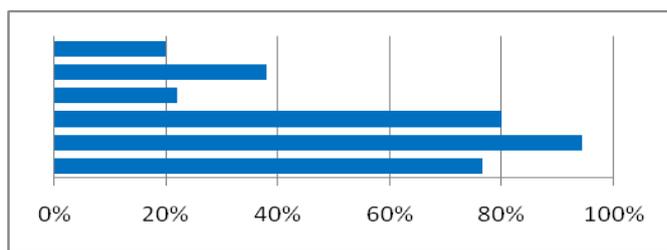
- Le retard dans la recherche de soins en cas de maladie de l'enfant ; seule une partie des enfants malades (la MICS 2007 n'en donne pas le chiffre) consultent un personnel de santé ; le niveau d'éducation bas de la plupart des mères et l'insuffisance de la communication autour de la maladie et de sa prise en charge en étant les deux principales causes .
- L'existence de système de « recours » parallèle et facilement accessible (à proximité) chez le tradi-praticien ou chez un agent offrant « informellement » le service de santé sans autorisation ni contrôle ; cette situation est favorisée par une absence de contrôle et de suivi de l'exercice de santé au niveau périphérique.
- Chez les ménages pauvres, le coût « élevé » de la prestation de soins, des médicaments et du transport freine l'utilisation des services de santé par les enfants malades. En cause, on peut citer la faible couverture par les systèmes de couverture du risque - maladie, en particulier, chez les plus démunis, puis l'absence de stratégie spécifique visant l'accès financier des prestations prioritaires.

2.3.4. Demande et utilisation des services livrés par les niveaux de références pour soins cliniques individuels

2.3.4.1. Paquet de prise en charge accouchement, soins périnataux et prise en charge des maladies, au premier niveau de référence



2.3.4.2. Paquet de prise en charge accouchement, soins périnataux et prise en charge des maladies au deuxième niveau de référence



2.3.4.3. Commentaire sur l'analyse des goulots, au niveau clinique de référence

Le respect de la pyramide de soins offre d'importants avantages en termes (i) d'efficacité de la prise en charge, (ii) de performance des services et (iii) de réduction des « coûts de la santé ».

L'inefficacité dans l'organisation des services et de la référence, en particulier, seraient à l'origine d'une faible utilisation des soins de référence, respectant la pyramide de soins. En effet, la référence n'est pas, clairement, définie dans le PMA et dans les protocoles thérapeutiques et l'absence de directives claires et l'insuffisance des recyclages des personnels de santé ne favorisent pas une référence efficace des cas. Il faut noter l'insuffisance du système de transport « sanitaire » (ambulance) et le coût élevé des évacuations pour les familles appelées à prendre en charge le coût du carburant et parfois les frais de prise en charge des personnels de santé accompagnant le patient.

La faiblesse du rôle normatif du Ministère de la santé et le faible engagement politique pour organiser cette référence constituent la véritable cause structurelle de cette situation.

De manière plus spécifique, il faut aussi signaler la faible/mauvaise utilisation des structures hospitalières, consécutive :

- Au manque de pertinence dans la création de certaines structures hospitalières de niveau tertiaire ; l'absence de carte hospitalière nationale et l'inexistence d'une vision stratégique en matière de développement du système de santé dans sa globalité en sont les deux causes sous-jacentes .
- À la faible accessibilité financière aux prestations du niveau tertiaire. En effet, l'absence d'une tarification nationale pertinente et efficace (prenant en compte la subvention de l'Etat) et la faiblesse (<20%) de la population bénéficiant de couverture du risque maladie (assurance médicale, forfait, mutuelles, fonds d'indigence) sont à l'origine d'un coût jugé élevé par la grande majorité de la population. Les études menées placent le frein financier comme premier obstacle à l'utilisation des services de santé .
- A l'insuffisance de confiance des populations dans le système de soins en général (voir plus haut) ;
- A la discontinuité des services (après 16h) . L'absentéisme du personnel de permanence et/ou de garde serait du en particulier à l'exercice mixte public/privé (inadaptation de la réglementation régissant l'exercice public/privé) et à la faiblesse du suivi et du contrôle au sein des structures hospitalières dans un cadre institutionnel plus, généralement, marqué par la faiblesse de rigueur dans la gestion des services de santé ;

Parallèlement, il faut noter le débordement dans certains services hospitaliers - en particulier- les urgences et consultations externes - dû, en particulier , à la sous-utilisation des structures primaires et secondaires, elle-même secondaire :

- à la faiblesse et l'inefficacité du système de référence-recours : inexistence d'une stratégie nationale de référence-recours, absence de normes et de directives claires en matière de référence -recours et manque de coordination entre les différents niveaux du système de soins ;

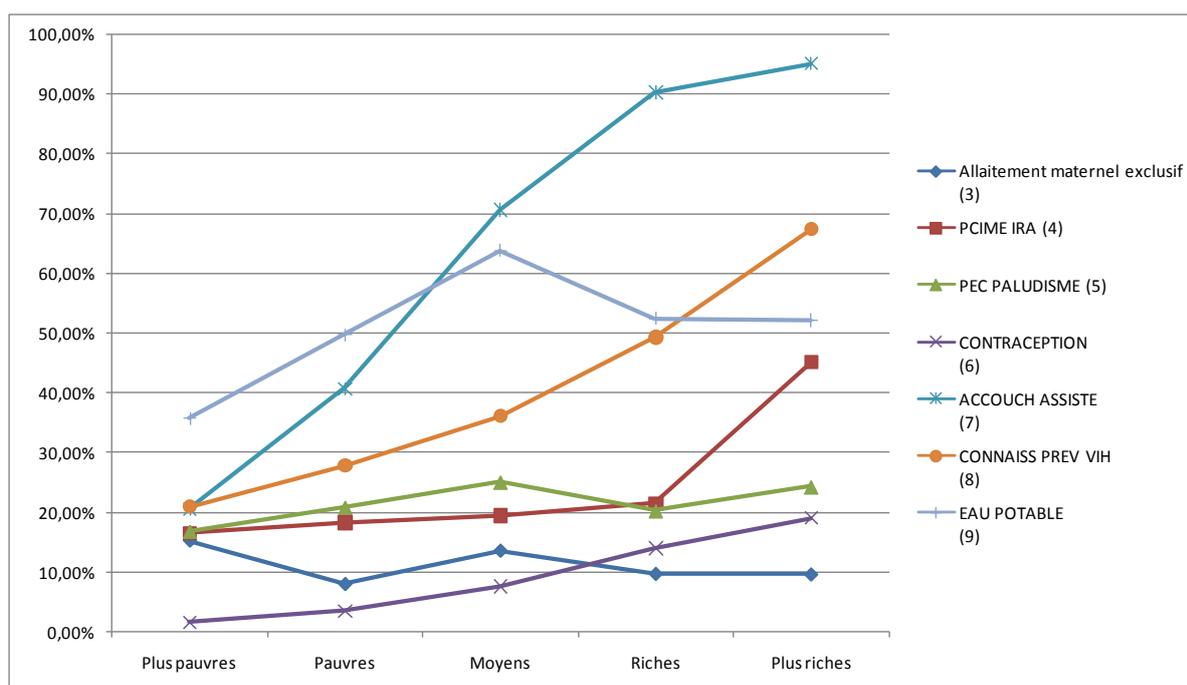
- à la faiblesse et à la mauvaise qualité des services de garde au niveau des structures primaires et secondaires
- et au recours excessif aux spécialistes: insuffisance de confiance des populations dans les niveaux primaire et secondaire et absence d'une stratégie nationale cohérente de communication.

2.4. Analyse de l'équité dans la couverture par certaines interventions à haut impact sur les OMD

Au vu de l'analyse des niveaux de couverture en interventions à haut impact, on note une insuffisance de couverture des populations par ces interventions dont l'évidence scientifique est prouvée et quantifiée quant à leur impact sur la morbidité et la mortalité des principales pathologies.

L'analyse plus approfondie – par région, par milieu ou par groupe de pauvreté – montre une accentuation de ce déficit dans les régions les plus pauvres, le milieu rural et chez les quintiles les plus pauvres (voir tableau et graphique ci-dessous).

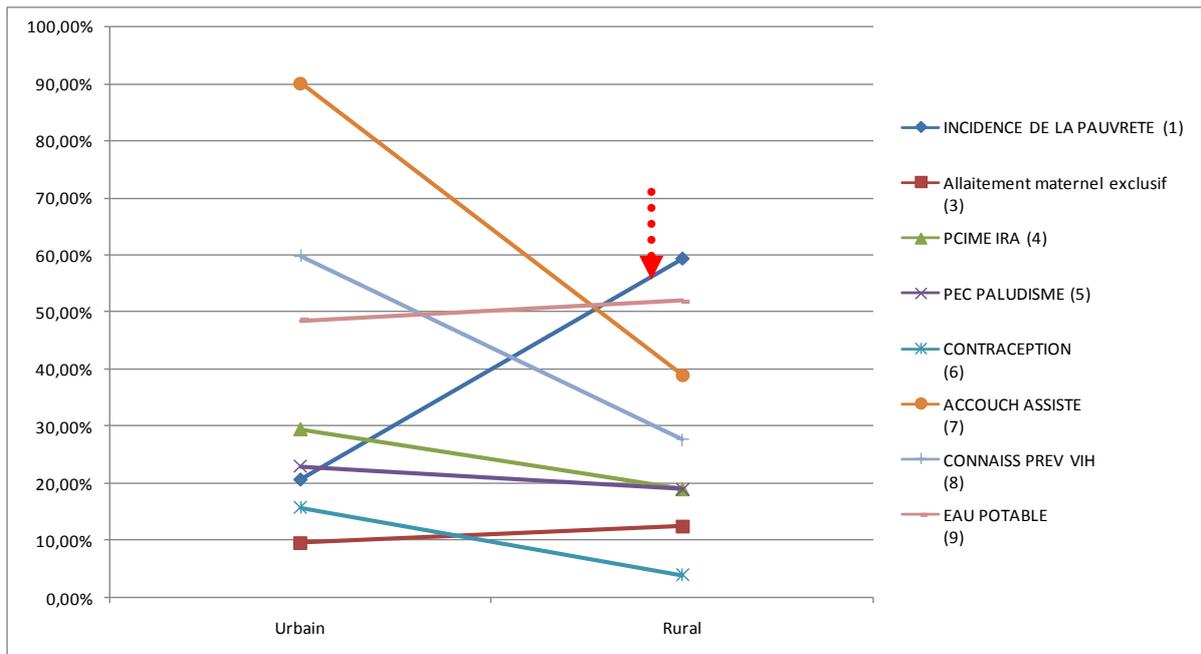
Graphique 34: Evolution des niveaux de couverture de certaines interventions à haut impact, par rapport au niveau de pauvreté



Source : MICS 2007

L'examen de la couverture en sept interventions essentielles chez les cinq quintiles de pauvreté montre une évolution croissante des proportions de populations ayant bénéficié de ces interventions en allant du quintile le plus pauvre vers le quintile le plus riche ; ce qui pose véritablement la question d'équité dans les choix stratégiques qui seront opérés.

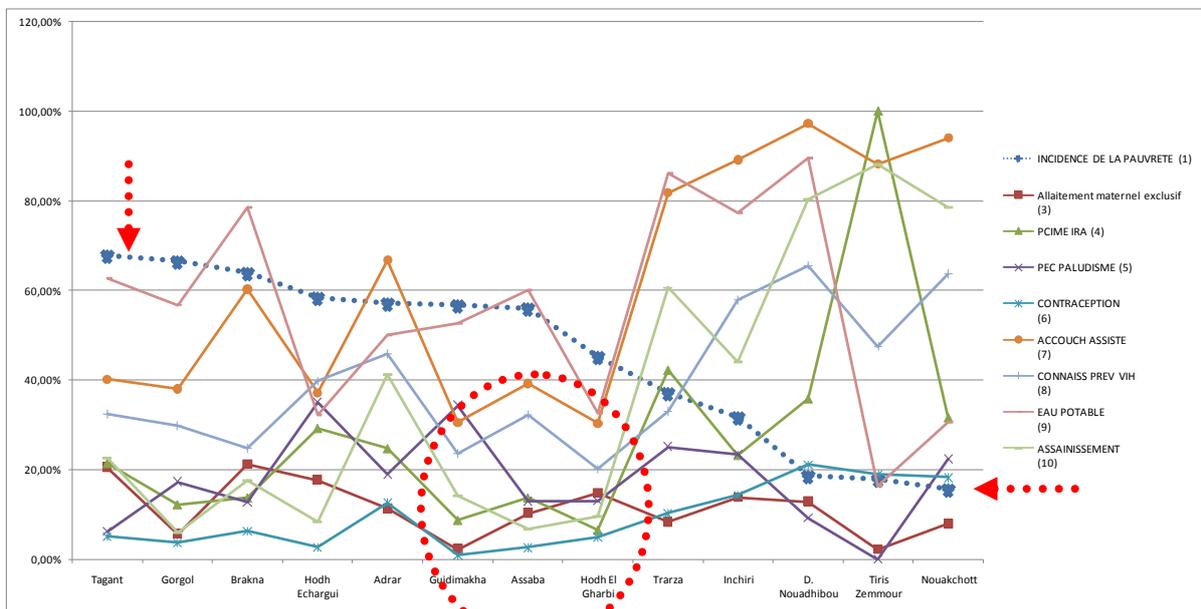
Graphique 35: Evolution des niveaux de couverture de certaines interventions à haut impact, par rapport au milieu (urbain, rural)



Source : MICS 2007

La même image se retrouve, en allant des populations du milieu rural vers le milieu urbain ; cependant, l'incidence de la pauvreté va en sens inverse, avec plus de pauvreté en milieu rural, confirmant par la même occasion le besoin de ciblage des populations rurales.

Graphique 36: Evolution des niveaux de couverture de certaines interventions à haut impact par région



Source : MICS 2007

Deux remarques sont à relever :

- En allant des régions les plus pauvres (à gauche) vers les régions les moins pauvres (à droite), le niveau de couverture de la plupart des interventions augmente, sensiblement, allant parfois du simple au double, voir au triple ;
- Trois régions - Guidimakha, Assaba et Hodh Elgharbi - montrent un niveau de couverture inférieur, souvent, à celui des régions plus pauvres ; et ce, malgré l'importance des programmes et projets développés, en particulier, dans les deux dernières régions.

Les différentes analyses menées sur l'utilisation des services⁶¹ montrent que les facteurs socio-culturels et financiers constituent les principaux freins à l'utilisation des services disponibles. La faiblesse, voire l'inexistence d'actions de communication pour le changement de comportements n'a pas permis de répondre, efficacement, aux fausses informations et faciliter l'adaptation de l'utilisation de ces services aux considérations socio-culturelles. Alors que l'insuffisance d'accès géographique (couverture sanitaire à 67,3%) exagère ces obstacles financiers à l'utilisation des services de santé en engendrant des coûts additionnels liés au transport et à la prise en charge des patients et des accompagnants.

⁶¹ Santé et pauvreté, MSAS/BM, 2004

3. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

Tenant compte de l'analyse de la situation épidémiologique, plus particulièrement, des niveaux de mortalité maternelle, de mortalité infantile et infanto-juvénile, de morbidité et mortalité liées à la malnutrition et aux principales maladies transmissibles et non transmissibles, et au vu des connaissances internationales et des évidences scientifiques à notre disposition, un certain nombre de forces, faiblesses, opportunités et contraintes paraissent les plus importantes à prendre en compte dans la relance du secteur.

3.1. Forces et faiblesses actuelles du secteur

3.1.1. Prestation des services

DOMAINES	FORCES	FABLESSES
Infrastructures, équipements et logistique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Système de soins avec plus de 500 postes de santé, de 60 centres de santé, de 12 hôpitaux intermédiaires et de 10 hôpitaux du niveau tertiaire ▶ 67% de la population vivant à moins de 5 km ▶ Existence d'un outil informatique servant de base à un système d'information géographique ▶ Par le passé, adoption d'un plan de développement des infrastructures sanitaires ▶ Existence d'une Direction nationale dotée d'experts en génie civil appelée DIMM 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pas de vision pour le développement de ce système de soins (pas de carte sanitaire ou de carte hospitalière) ▶ Couverture sanitaire insuffisante (33% au delà de 5 km d'une structure de santé) et inégalement répartie ▶ Absence de programme national de développement des infrastructures sanitaires et de critères objectifs d'implantation des nouvelles structures de santé ▶ Manque d'harmonisation entre les programmes d'infrastructures et ceux des ressources humaines ▶ Logistique insuffisante et vétuste ▶ Insuffisance des capacités en génie civil et quasi-inexistence de capacités en technologie biomédicale ▶ Absence de plan de réhabilitation des infrastructures ▶ Absence de système de maintenance et de plan de maintenance des équipements biomédicaux ▶ Centralisation des décisions d'acquisitions des équipements Inadéquation entre les équipements acquis et les besoins réels des établissements ▶ Absence de normes d'équipements par type et niveau d'hôpital ▶ Manque de coordination entre le Département et les Hôpitaux tertiaires

<p>Organisation des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organisation pyramidale des soins facilitant une prise en charge large des soins de base ▶ Existence de textes réglementaires instituant les différents niveaux administratifs de cette pyramide sanitaire ▶ Existence de paquets minimums d'activités par niveau 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Absence de schéma directeur d'organisation des soins ▶ Manque de normes et procédures pour l'organisation des soins ▶ Insuffisance d'accueil et d'orientation des malades ▶ Absence d'une politique nationale « d'humanisation des hôpitaux et services de santé ▶ Manque d'harmonisation des protocoles thérapeutiques ▶ Inexistence ou faiblesse des cadres de concertation technique et de formation continue ▶ Inexistence de programme précis d'activités avancées et mobiles ▶ Absence de protocoles de soins définissant le protocole de suivi du malade ▶ Inexistence de système régulier de suivi et d'évaluation des services hospitaliers ▶ Absence de directives et de normes pour la référence et la contre-référence
<p>Paquets minimums d'activités par niveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'existence de documents définissant ces PMA ▶ L'organisation pyramidale des soins qui facilite l'application de ces PMA 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Absence de dispositions réglementaires définissant ces PMA ▶ Non application effective du PMA au niveau de la plupart des postes et centres de santé ▶ Non disponibilité des compétences et des équipements nécessaires pour certains soins (ex : Accouchement assisté dans certains PS, PTME dans la plupart des CS, PEC traumatologique dans tous les hôpitaux intermédiaires)

3.1.2. Développement des ressources humaines

DOMAINES	FORCES	FABLESSES
Normes et standards	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence de normes en personnel par structure sanitaire ▶ Existence d'un statut particulier du personnel ▶ Existence de curricula de formation et protocole de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les normes en personnels n'ont pas été véritablement consensuelles, ne couvrent pas tous les types de structures et ne sont pas régulièrement réactualisées ▶ Le statut particulier du personnel ne couvre pas toutes les catégories du personnel ▶ Ces outils (normes, statut, ...) ne sont pas partagés par les gestionnaires de proximité donc sont mal appliqués ▶ L'insuffisance et la non prise en compte de l'avis des spécialistes en gestion des ressources humaines dans la fixation des normes en personnels ▶ Le manque de réalisme dans la fixation des normes à cause en partie de l'absence d'évaluation de base et de l'insuffisance d'implication de tous les acteurs (y compris les « formateurs » et les « recruteurs »)
Production et acquisition	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence de deux écoles de formation d'infirmiers et de sages femmes ▶ Existence de bourses de formation pour certaines qualifications spécialisées ▶ Existence de nouvelles fiches budgétaires annuelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Insuffisance quantitative et qualitative des capacités de formation ▶ Inexistence d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux ▶ Absence d'un accompagnement technique et professionnel des nouvelles recrues dans le système ▶ Absence de mise en œuvre du plan directeur de formation continu ▶ Absence d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines ▶ Insuffisance dans la planification des besoins ▶ Insuffisance des liens formels, organisationnels et scientifiques, entre la faculté de médecine et le Département de la santé ▶ Inexistence de structures privées de formation de cadres de la santé

<p>Utilisation des RHS (répartition, motivation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence de mouvements annuels des personnels ▶ Existence d'un système de motivations matérielles (PZI) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Absence d'une description claire des responsabilités et des tâches ▶ Manque d'équité (absence de critères et fréquence des notes individuelle) dans l'affectation, le développement de la carrière (avancements arbitraires) et la formation continue ▶ Manque de rigueur dans la gestion des ressources humaines avec non application des normes ▶ Prise de décision d'affectation suite aux fortes pressions sociale et politique ▶ Instabilité du personnel ▶ Mauvaises conditions de travail et de vie: insuffisance du plateau technique, surcharge de travail, conditions difficiles de vie (hébergement, communication, éducation des enfants, loisirs, ...) ▶ Faiblesse de la rémunération (salaires et primes) par rapport au niveau réclamé ▶ Forte disparité entre les rémunérations de personnels de même catégorie au dépend des zones éloignées malgré les primes de zones et de technicité ▶ Manque de suivi efficace et l'absentéisme fréquent du personnel – plus prononcé dans les zones reculées et pauvres ▶ Absence d'un système efficace et équitable de récompense et de sanction
---	---	---

Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'une loi de la fonction publique comme base réglementaire ▶ Existence de statuts particuliers du personnel ▶ Existence d'une direction centrale chargée du développement et de la gestion des RHS ▶ Existences de services régionaux de gestion des RHS ▶ Existence d'une base de données sur les RHS 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La multitude des intervenants dans la GRH ne s'est pas accompagnée d'une coordination entre les départements impliqués dans la gestion des ressources humaines (Santé, Fonction publique, Finances, Intérieur) et entre les différents niveaux (central, régional, de Moughataa) ▶ Insuffisance des capacités des structures de gestion en termes de prérogatives, de compétences, d'équipements et d'outils, et à tous les niveaux de la pyramide de santé ▶ Insuffisance d'efficacité du système d'information et de gestion existant ▶ Insuffisance de fiabilité par manque de mise à jour régulière ▶ Manque d'exhaustivité de la BDD ne renseignant pas sur toutes les données essentielles (telles que celles relatives à l'historique et à la formation) ▶ Insuffisance de cohérence avec les autres systèmes tels que celui des Finances (base de données de la solde)
--	--	---

3.1.3. Accessibilité aux médicaments, vaccins et consommables essentiels

DOMAINES	FORCES	FABLESSES
Politiques, normes et standards	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'une politique pharmaceutique nationale ▶ Existence d'une loi pharmaceutique ▶ Existence d'une Direction centrale chargée de la normalisation et de la régulation du médicament ▶ Existence de services régionaux chargés du médicament 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plusieurs dizaines de produits pharmaceutiques très prescrits et très vendus en Mauritanie ne figurent pas dans la liste autorisée et seraient donc en situation irrégulière ▶ L'importation illicite des médicaments prospère avec l'absence d'un contrôle efficace des importations de médicaments dans le pays ▶ Les contrôles ont toujours été suivis par la fermeture de plusieurs structures dont la plupart ré ouvraient peu après due à la

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise en place successive d'un système de recouvrement des coûts aux niveaux périphérique puis intermédiaire et central ▶ Existence de textes réglementaires (décrets, arrêtés) sur le SRC ▶ l'édition d'une nomenclature nationale de produits enregistrés (actuellement 2140 présentations) ▶ Existence d'une tarification nationale des médicaments du secteur public ? ▶ Depuis le début des années 90, des opérations « coup de poing » ont été menées de façon ponctuelle visant à vérifier la régularité de ces structures ainsi que l'origine des produits qu'elles vendent 	<p>pression des groupes d'intérêts sans régularisation formelle de leur situation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bon nombre de nos structures de vente de médicaments sont en situation irrégulière soit par manque d'autorisation du MS ou soit par non qualification du responsable technique ou non-conformité des locaux ▶ Absence de tarifs fixés pour les produits pharmaceutiques vendus en privé, ni ceux distribués par les hôpitaux, en particulier du niveau tertiaire ▶ Les différentes tentatives de tarification menées par le MS n'ont pas put aboutir due au laxisme qui prévaut, le manque de volonté et capacité de négociation des prix (PGHT) lors de l'enregistrement des produits et prenant en compte les aspects liés aux fluctuation de la monnaie nationale
<p>Approvisionnement et distribution des produits pharmaceutiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence de réglementation nationale en terme de passation des marchés publics qui tend de plus en plus vers plus de déconcentration, de transparence et de contrôle ▶ Existence d'une société nationale autonome jouant le rôle de centrale nationale chargée de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments du secteur public (CAMEC), avec un Capital substantiel ▶ Statuts claires de la CAMEC lui donnant 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fréquents ruptures en stocks de Médicaments essentiels au niveau des structures périphériques, intermédiaires, et même tertiaires ▶ Inefficacité du système de gestion des médicaments à tous les niveaux de la pyramide de santé ▶ Pas de documents de normes et procédures de gestion par niveau ▶ Insuffisance des compétences techniques requises pour une gestion prévisionnelle des stocks et une estimation efficace des besoins ▶ Inefficacité du système national d'approvisionnement en Médicaments piloté et géré par la CAMEC ▶ Non respect des statuts et règlement intérieur de la CAMEC et les relations « d'affiliation » de la CAMEC au Ministère de la santé sont contraire à l'esprit de création de cette Société Nationale

	<p>une autonomie assez suffisante pour assurer une disponibilité permanente des produits pharmaceutiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence de dépôts pharmaceutiques régionaux dépendant de la CAMEC ▶ Existence d'un système d'approvisionnement et de distribution avec une gestion informatisée des stocks 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Chevauchement et multiplicité des intervenants dans l'approvisionnement de certains produits essentiels (produits SR, ARV, antituberculeux,) avec des circuits parallèles ▶ Absence de coordination en matière d'entreposage, d'acheminement, de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques couverts par les programmes ▶ Capacités de stockage insuffisantes au niveau périphérique et intermédiaire ▶ Utilisation des fonds générés par la vente des médicaments à d'autres fins que celles stipulées dans la réglementation ▶ Gestion verticalisée de certains produits avec péremption des stocks à côté de besoins urgents pour d'autres activités (ex: ARV pour PEC non utilisés et péremption à côté de besoins pour PTME) ▶ Insuffisance / vétusté des moyens de logistiques utilisés pour le transport des médicaments tant au niveau central que régional
<p>Accès équitable aux médicaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Exigence législative de droit universel à la santé (garanti par la constitution mauritanienne) ▶ Dans un contexte de rareté de ressources, plusieurs programmes ont été mobilisés pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments ▶ Initiative de Bamako ▶ Gratuité de certains produits (ex: certains antipaludéens) ▶ Exonération de taxes sur les médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Insuffisance de disponibilité et d'accès aux médicaments essentiels ▶ Prix des médicaments élevés pour une bonne partie de la population

<p>Contrôle de qualité du Médicament</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'un laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inefficacité du système actuel de contrôle de qualité du Médicament ▶ Développement de circuits parallèles, parfois informels, d'approvisionnement du marché par des produits dont la qualité est douteuse et n'ayant été soumis à aucun contrôle efficace ▶ L'absence de supervision et de contrôle au sein du système de santé a facilité à certains responsables de structures publiques de santé (surtout les postes de santé éloignés) à s'adonner au sein de la structure à la vente des ces « Médicaments » douteux du circuit informel dans le cadre d'une activité privée lucrative non autorisée et non contrôlée ▶ Faiblesse et non respect de la réglementation instituant les différentes structures - publiques et privées - d'approvisionnement et de distribution des Médicaments ▶ Manque de coordination et de collaboration entre les structures du MS c'est à dire entre la DPL (normalisation et régulation), la CAMEC (approvisionnement et distribution) et le LNCQM (contrôle de qualité)
---	--	---

<p>Cas particulier de la disponibilité et de la sécurité du sang</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'une politique nationale de transfusion sanguine ▶ Existence d'un centre national de transfusion sanguine ▶ Existence d'associations nationales de don de sang ▶ Mise en œuvre d'une stratégie de sélection et de fidélisation des donneurs ▶ Mise en œuvre d'un programme d'assurance qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Demandes en sang désorganisées et non planifiées ▶ Méconnaissance des structures de leurs besoins en sang et fonctionnement "au jour le jour" de la plupart des structures d'hospitalisation publiques et privées sans une stratégie de gestion efficace du sang ▶ Création de nouvelles structures utilisatrices de sang comme le CNO, le CNC, le CME et l'HA sans mesures de renforcement des capacités du CNTS ▶ Absence d'un cadre formel de concertation et de coordination entre les structures d'offre et les établissements utilisateurs ▶ Absence d'autofinancement ce qui limite les ressources aux subventions de l'état ▶ Insuffisance quantitative en sang due à une insuffisance en personnel spécialisé ou non et à l'insuffisance des moyens logistiques et de stockage nécessaires à une mobilisation nationale permanente ▶ Insuffisance dans la fidélisation des donneurs secondaire à la faiblesse du programme de communication en faveur du don volontaire et bénévole et au faible intérêt politique dans ce programme de communication en faveur du don de sang ▶ Faiblesse de capacités et de moyens des associations de don de sang ▶ Insuffisance de ressources nécessaires au développement d'un programme d'assurance qualité ▶ Concentration des structures transfusionnelles
---	---	--

3.1.4. Information, recherche et gestion de la connaissance

DOMAINES	FORCES	FABLESSES
<p>Système de surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'un groupe de maladies à potentiel épidémiologique ▶ Existence d'un service national de surveillance épidémiologique ▶ Existence d'un système de suivi hebdomadaire de ces maladies à potentiel épidémiologique ▶ SIMR introduite officiellement dans certaines wilayas du pays avec mises en place de Comité de surveillance épidémiologique 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SMIR) connaît dans la pratique des faiblesses dont la plupart sont liées à l'insuffisance dans l'organisation et aux lacunes de la planification, supervision, monitoring et gestion des données ▶ Insuffisances dans la mise en œuvre de la SMIR au ni veau du pays (absence de généralisation de la SIMR dans tous les Moughataas ▶ Insuffisances de sa mise en œuvre de la SIMR dans les Moughataa où elle est introduite et insuffisance de la mise en œuvre du volet communautaire de la SIMR ▶ Insuffisance des ressources humaines formées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ▶ Vétusté des infrastructures et sous-équipement du service national de surveillance épidémiologique ▶ La SIMR n'est jusqu'à présent introduite officiellement que dans 4 sur 13 régions du pays ▶ Difficultés de collecte et de transmission de données qui se traduit par une très faible promptitude et complétude de la transmission des rapports ▶ L'analyse des données collectées est insuffisante et leur utilisation à la prise de décisions au niveau des Moughataa s et des régions est faible ▶ Les comités de surveillance épidémiologique mis en place aux différents niveaux qui devront appuyer la lutte contre les maladies ne sont fonctionnels qu'en cas d'épidémie ▶ Le laboratoire n'est pas suffisamment impliqué dans la surveillance des maladies ▶ L'équipement des laboratoires des structures sanitaires des régions est globalement faible et la formation de leur personnel est insuffisante. Le matériel pour le transport des prélèvements (LCR, selles) et des consommables ne sont pas toujours disponibles au niveau des structures périphériques ▶ Les communautés ne sont pas impliquées dans la surveillance

		<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'implication du secteur privé et des tradi-praticiens dans la surveillance épidémiologique demeure insuffisante ▶ Le règlement sanitaire international 2005 n'est pas connu des différents services nationaux en charge de sa mise en application
SNIS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'un service national chargé du SNIS ▶ Opérationnalisation de 13 services régionaux dotés d'unités informatiques avec logiciel pour la saisie et l'analyse de données dont le personnel a été formé sur la collecte et l'analyse de données ▶ Mise en place d'un système de recueil des données au niveau des PS et CS ▶ Publication d'annuaires statistiques annuels (depuis 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le SNIS n'arrive toujours pas à rendre disponible les informations pertinentes et fiables à tous les niveaux du système de santé ▶ La supervision de l'équipe du SNIS de la DRAS et de la Moughataa, dans les structures de santé se limite parfois à de simples missions de ramassage des rapports ▶ Absence de guide de supervision et d'outils de collecte de données pour la supervision au niveau des structures ▶ Non intégration des données hospitalières et des données du secteur privé ▶ Non utilisation locales et régionales des données avant leur transmission.

<p>Recherche pour la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'un Institut national de recherche en santé publique ▶ Existence d'un pool de professeurs chercheur en santé ▶ Existence de laboratoires avec des capacités de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La recherche pour la santé, n'arrive toujours pas à faire une contribution significative à l'amélioration du développement sanitaire et à l'atteinte des objectifs de développement ▶ Elle ne joue pas encore pleinement son rôle dans la production de connaissances que l'on peut utiliser pour promouvoir, restaurer, maintenir, protéger et suivre de près ou surveiller la santé des populations ▶ Absence de politique nationale dans le domaine de recherche ▶ Manque de coordination entre les parties impliquées dans le projets de recherche ▶ Insuffisance du financement de la recherche pour la santé ▶ Les projets de recherche sont conçus et exécutés sans impliquer toutes les parties intéressées, particulièrement les responsables politiques, les décideurs et les praticiens ▶ Compétences insuffisantes dans le domaine de la recherche pour la santé ▶ Capacités limitées de l'INRSP (infrastructure, équipements, ressources humaines...) ▶ Collaboration insuffisante entre les institutions nationales et internationales de recherche ▶ Absence de comité d'éthique pour la recherche ▶ Environnement peu attractif pour la recherche pour la santé.
---------------------------------------	---	--

3.1.5. Financement de la Santé

DOMAINES	FORCES	FABLESSES
<p>Costing et CDMT sectoriel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence de bordereaux de prix proposés par l'IGE ▶ Existence de proposition d'harmonisation des prix au sein du secteur ▶ Existence d'un Cadre de dépenses à moyen terme du Département (2002-2004) qui fut un exemple pour tous les pays francophones en développement, et qui avait permis une augmentation substantielle des ressources du secteur, en particulier sur budget Etat ▶ Tentatives annuelles de mise à jour du CDMT 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les budgets du secteur ont toujours souffert de l'absence de bordereaux de prix ▶ Ces propositions d'harmonisation sont dépassées par manque d'actualisation régulière ▶ L'absence des conditions nécessaires pour la mise en concurrence saine et effective lors de l'exécution budgétaire empêche d'aligner les couts utilisés dans les estimations aux prix réels du marché ▶ Application de coûts forfaitaires qui ne prennent pas en compte le plus souvent les composantes du prix réel ▶ Absence de la mise à jour régulière des Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et des revues de dépenses publiques aussi bien pour le gouvernement que pour le secteur de la santé contribue à l'affaiblissement des processus de l'approche sectorielle, de planification et de budgétisation à moyen terme et de suivi et d'évaluation de l'exécution ▶ A l'exclusion du CDMT 2002-2004 les versions ultérieures de CDMT ne répondaient pas souvent aux conditions techniques requises et leur utilisation n'a jamais été mise à l'épreuve dans les processus de planification et de budgétisation ▶ Mise en place du processus de CDMT n'était plus efficace : mise à jour tardive en 2002, rompue après 2005 et suspendu à partir de 2006 ▶ Elaboration des budgets ne se réfère plus aux enveloppes et orientations du CDMT ▶ Volatilité des financements qui hypothèque l'efficacité et la durabilité des résultats et des acquis en général ▶ Absence d'une approche sectorielle et diversité des modes de gestion des

		<p>différents intervenants de la santé qui provoquent d'énormes difficultés de gestion et de suivi des dépenses de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Absence de système d'information exhaustif sur l'exécution des enveloppes budgétaires antérieures et les prévisions budgétaires acquises afin d'apprécier l'efficacité de la dépense et les capacités d'absorption des montants disponibles pour la période ▶ Absence de cadrage budgétaire permettant d'apprécier la répartition des enveloppes budgétaires aux différents niveaux et responsables d'opérations et d'appui (aux niveaux central et régional) afin de leur permettre de préciser (et éventuellement d'ajuster) les résultats escomptés en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible ▶ La dépense publique de santé a plus profité (i) aux programmes de renforcement des capacités au détriment des programmes « d'action » et (ii) aux niveaux tertiaire et administration centrale au détriment des niveaux opérationnels ▶ Une réduction du niveau de la dépense publique du fonctionnement non salarial a occasionné des risques de ruptures en médicaments ou consommables et d'insuffisance de la maintenance des constructions et équipements
--	--	--

3.1.6. Leadership et Gouvernance

DOMAINES	FORCES	FABLESSES
<p>Cadre organisationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence de textes réglementaires mettant en place l'organisation du département (Décret du Premier Ministre fixant les attributions du Ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale du Département, Décrets fixant l'organisation des niveaux déconcentrés) ▶ Organisation pyramidale du système de santé facilitant les réformes de déconcentration et de décentralisation ▶ Existence d'un organigramme connu de tous et souvent mis à jour ▶ Existence d'instances statutaires de coordination, de contrôle et de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les changements des organigrammes ont été soit en réponse à des besoins et/ou facteurs propres au département et/ou en rapport avec l'organisation des organes du pouvoir exécutif dans son ensemble ▶ Les organigrammes consécutifs mis au point pour le secteur se rassemblent en grande partie et ont suivi les mêmes procédures d'élaboration ▶ La procédure d'élaboration des organigrammes qui se fait suivant une approche à la fois improvisée et normative. Cette procédure ne donne pas lieu à une analyse organisationnelle préalable ▶ Ces organigrammes ne se mettent pas dans la perspective de mieux adapter les organes du secteur à la mise en œuvre des politiques sectorielles adoptées et de ce fait ne prennent pas en compte l'intégralité des missions à accomplir ▶ Ces organigrammes se limitent à la décomposition des organes administratifs en unités organiques plus petites mais ils négligent les liens synchroniques (transversaux) entre les unités de mêmes niveaux. Les liens fonctionnels et les circuits de circulation de l'information ne sont pas explicites et sont soumis aux seuls liens définis (liens hiérarchiques). Ces limites favorisent l'instauration d'une bureaucratie qui alourdi le fonctionnement des organes et la propagation des pratiques informelles dans le travail entre les organes ▶ Absence des textes d'application nécessaires pour préciser et détailler certaines attributions ▶ Dans la plupart des cas, les lignes de démarcation entre les attributions des organes ne sont pas suffisamment claires et font l'objet de conflits de compétences ▶ Manque d'intégration des activités dû à la répartition fragmentaire des fonctions, la

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tenue de réunions de coordination au sein du Département 	<p>tendance à la verticalité dans la gestion des organes centraux et les déconnexions entre les différents niveaux (central, régional et périphérique).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si pour certaines structures autonomes les cadres organisationnels sont fixés dans les textes statutaires, il n'en est pas le cas pour les autres structures notamment les niveaux primaire et secondaire ou la pratique se substitue à la norme et règlement
<p>Coordination intra et extra sectorielle, et partenariat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'instances statutaires de coordination (réunions de cabinet, commissions et comités de coordination, CDSSR) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les mécanismes intersectoriels sont non opérationnels ; il n'existe pas de réelle multisectorialité dans la réponse aux différents problèmes de santé qui ont leurs causes et/ou leurs conséquences relevant d'autres secteurs du développement ▶ Absence d'un cadre de partenariat harmonisé ▶ Non implication du secteur privé dans les interventions du secteur public ▶ Insuffisance d'implication de la société civile et existence d'une multitude d'acteurs non gouvernementaux avec une capacité limitée ▶ Les comités régionaux, départementaux et locaux, mis en place dans une vision d'implication des acteurs communautaires, ne sont pas opérationnels ▶ Multitude des organes de coordination intra-sectorielle sans réelle efficacité et dysfonctionnement de la plupart de ces organes (réunions irrégulières, décisions souvent sans suite) ▶ Insuffisance de la coordination entre les intervenants (entre les structures internes du MS et entre le MS et les autres intervenants du Secteur) ▶ Insuffisance des outils de coordination (manuels de procédures, TDR, directives,...) et absence d'utilisation des expériences réussies ailleurs en matière de coordination ▶ Manque de précision et de clarté dans la définition des relations entre le Département central, ses entités déconcentrées et les institutions sous tutelle

		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cadre juridique inadapté (les textes en vigueur ne précisent pas aux DRAS ce rôle de coordination de toute l'action sectorielle dans la wilaya) ▶ Insuffisance au niveau régional des moyens humains, matériels et financiers nécessaires à assurer une coordination efficace ; les quelques moyens disponibles ne sont pas orientés en priorité vers cette action de coordination ▶ Insuffisance de la décentralisation dans le Département (gestion budgétaire, gestion des RH, etc...)
<p>Harmonisation des interventions des partenaires et alignement sur les priorités nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'entités de coordination pour certains programmes de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les interventions des PTF ne sont pas toujours harmonisées, ▶ Les interventions ne respectent pas toujours les priorités nationales présentées dans les différents documents stratégiques du secteur ▶ Insuffisance de l'implication des partenaires dans le pilotage du Département (planification, mise en œuvre, suivi et évaluation) ▶ Incohérence entre les plans d'action et les requêtes de financement adressées aux PTF.

<p>Politiques et stratégies</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence de documents de politique et stratégies : le Plan Directeur 1998-2002, la PNS 2006-2015, la Politique hospitalière, le PSDRH, la Politique pharmaceutique, la PNDN, la Politique nationale d'hygiène, la SNSE, les plans et cadres stratégiques PNSR, PNLP, PNLN, PNTL, ou de PCIME, etc ... ▶ la plupart de ces documents ont été élaborés en impliquant les principaux acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Faiblesse du processus de planification et absence de planification stratégique basée sur les résultats Insuffisance de mise en œuvre des différentes planifications ▶ Rares les plans qui ont connue une évaluation et/ou une réactualisation ▶ Le document de Politique nationale de Santé (PNS) 2006-2015 n'a pas été actualisé pour prendre en compte les orientations internationales et sous-régionales (Ouagadougou) de 2009 relatives aux soins de santé primaires ▶ Le pays ne dispose pas encore de Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2012-2020) ▶ Les orientations stratégiques nationales se caractérisent par un manque de partage de ces documents, une mise en œuvre très partielle et une absence d'actualisation régulière ▶ Faiblesse du management au sein du Ministère et Organigrammes successifs peu efficace au vu des priorités du secteur et des orientations stratégiques ▶ Cadre organique d'emploi non adopté et non actualisé ▶ Faiblesse du système de suivi et évaluation
--	---	--

<p>Processus de Planification dans le secteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Depuis 15 ans, élaboration tous les ans d'un plan opérationnel ▶ Revues annuelles organisées avec régularité et implication d'un maximum d'intervenants dans le secteur ▶ Tentative de référence de ces plans opérationnels aux documents stratégiques ▶ Processus de planification allant depuis le niveau déconcentré avec consolidation nationale ▶ Elaboration de plans opérationnels de Moughataa et de régions ▶ Existence d'instances d'échanges entre le Gouvernement et ses partenaires sur les planifications et programmations budgétaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun processus n'a pu intégrer l'ensemble des interventions dans le secteur ▶ Les responsables du Département n'ont pas toujours été transparents quant à l'utilisation du budget national comme ressource essentielle du secteur à laquelle les ressources extérieures apportent un complément indispensable ▶ Faiblesse des capacités de planification basée sur les résultats, des capacités managériales et des compétences de suivi et évaluation du Ministère ▶ Absence de directives de planification clairement définies et basées sur l'évidence scientifique ▶ Insuffisance de déconcentration dans le Département (planification, gestion budgétaire, gestion des RH, etc...) ▶ Faiblesse, voir inexistence, de capacités en matière de planification et de gestion aux niveaux déconcentrés ▶ Non fonctionnalité des comités de gestion à tous les niveaux
--	--	---

<p>Régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Existence d'une Inspection générale de la santé ▶ Existence de Directions normalement chargées de la régulation du secteur privé pharmaceutique (DPL) et médical (DMH) ▶ Existence de textes réglementaires appuyant cet aspect de régulation 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La régulation est à dimension transversale ne bénéficie pas encore, hélas, de l'intérêt qu'elle mérite dans la gestion du secteur ▶ Des insuffisances se situent aussi bien au niveau des textes qu'au niveau des organes ainsi qu'au niveau de l'exercice même de cette mission ▶ S'agissant des textes, la dynamique réglementaire et normative ne répond pas à l'évolution du système de santé et ne permet pas à l'état actuel son intégration dans son environnement ▶ Pour ce qui est des organes, leur multiplicité ne permet pas une gestion intégrée du système ▶ En outre, malgré le nombre important, les organes existant ne prennent pas en charge toutes les questions devant faire l'objet de régulation et connaissent de véritables problèmes de fonctionnement lié notamment à l'organisation de leur travail ▶ Le manque de motivation des membres, l'irrégularité des réunions, la faible application des mesures prises et le manque de continuité et de suivi des activités ▶ La faible circulation de l'information et l'absence de climat de concertation entre les différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) ▶ Le chevauchement des compétences entre les autorités administratives - régionales et départementales - et les services de santé ▶ L'amalgame entre structures publiques et privées avec un exercice souvent mixte - en particulier pour les catégories médical - avec un certain délaissement du service public au profit du privé, plus rémunérateur ▶ La faiblesse du cadre règlementaire (en particulier la tarification) et l'insuffisance de son application -- en particulier la tarification qui est encore très disparate et fluctuante ▶ La réglementation pharmaceutique - privée en particulier - qui est inappropriée et souvent inappliquée ▶ l'absence de traçabilité de la plupart des produits commercialisés dans le sous-secteur privé,
--------------------------	---	--

		<p>et parfois même de certains produits dans les structures publiques de santé acquis par des voies parallèles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'existence de circuits pharmaceutiques spécifiques, plus longs et non soumis à la régulation ▶ L'anarchie dans le sous-secteur pharmaceutique privé (médicaments douteux, stockage inapproprié...) non soumis à une régulation ou à un contrôle, profitant de la désorganisation du secteur public s'il n'en est pas l'instigateur ▶ Inexistence de normes et procédures dans la plupart des domaines et non-respect de celles existantes ▶ Inexistence de structures chargée spécifiquement de la régulation à différents niveaux ▶ Libéralisation dans le secteur sans mise en place et renforcement de la régulation en général, et de la régulation dans le secteur ▶ Suivi et contrôle insuffisants et inefficaces ▶ Cadre juridique et réglementaire inadapté; la dernière révision de la loi pharmaceutique en est l'illustration: les officines continuent à être autorisées à des non professionnels et les normes d'installation de pharmacie continuent à ne pas respecter les règles internationalement reconnues ▶ Les organes de contrôle (contrôle financier et inspection sectorielle) sont dotés de peu de moyens et ne peuvent de ce fait effectuer un contrôle complet et approfondi. Le contrôle interne est particulièrement faible
--	--	---

<p>Procédures gestionnaires, autonomisation et contractualisation des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Séparation entre l'ordonnateur (SG/MS) et le Comptable public (DG Trésor CP) ▶ Existence de manuels de procédures pour certaines structures (ex: CAMEC) et la plupart des projets ▶ Existence d'une stratégie de contractualisation ▶ Existence d'un guide de contractualisation avec les acteurs de la société civile <hr style="border-top: 1px dotted black;"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le processus d'élaboration des budgets de l'Etat est souvent en retards et les budgets élaborés ne s'articulent pas souvent avec les politiques publiques sectorielles ▶ Retards dans la notification et régulations budgétaires drastiques par la fermeture du logiciel d'exécution budgétaire (RACHAD) ▶ Faible circulation de l'information avec une forte centralisation des opérations financières et budgétaires, de leur programmation, de leur budgétisation et de leur comptabilisation ▶ Les procédures en vigueur ne permettent pas à l'état actuel leur application à tous les niveaux du système ou se trouvent des ressources publiques (PS, CS, etc.) ▶ Le manque de rigueur dans l'application des règles de gestion des achats et marchés publics qui donnent lieu au fractionnement, aux dérogations à l'utilisation des procédures autres que celle des appels d'offres ouverts ▶ le manque de personnel qualifié requis, la multiplicité des services intervenant dans le processus, la mauvaise répartition des tâches, l'atteinte à la confidentialité, l'absence de système de lutte contre l'imitation et la contre façon et les problèmes de suivi et d'archivage ▶ Le système permet une place importante pour le favoritisme ▶ Les ressources reçues par plusieurs unités de gestion et de prestation au niveau du secteur ne sont pas suffisamment connues, leur traçabilité est très faible et leur suivi n'est pas du tout assuré ▶ l'absence d'informations précises sur les ressources, la centralisation, l'exploitation et la diffusion de ces informations ▶ Absence pour le moment du rôle du comité de pilotage, notamment dans la coordination et le suivi opérationnel de la mise en œuvre des plans d'action ▶ L'absence d'une procédure harmonisée et commune pour tous les financements extérieurs mis à la gestion du secteur
--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Multitude des unités de gestion avec pour corolaire l'importance des frais de gestion, les doubles emplois et les difficultés de suivi et de contrôle ▶ Le manque de maîtrise des procédures de gestion par les différentes parties impliquées dans la mise en œuvre des activités financés sur ces ressources étant donnée le caractère intégré de leur gestion
--	--	---

3.2. Opportunités et contraintes actuelles du secteur

PILIERES	OPPORTUNITES	CONTRAINTES
Prestations des services essentiels	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Intérêt politique pour les nouvelles constructions et les nouvelles créations ⇒ Existence de compétences nationales publiques et privées en matière de génie civil ⇒ Révision récente du Code des marchés favorisant plus de transparence et plus d'implication de la société civile et autres secteurs indépendants ⇒ Tendance à plus de déconcentration des prérogatives ⇒ Elévation du niveau des responsables des structures avec de plus en plus de compétences en matière de gestion des structures de santé ⇒ Dans certaines structures hospitalières, il existe des services chargés de l'organisation des services ⇒ La révision des curricula de formation des infirmiers et sages femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Décisions politiques de création/construction de plus haut niveau sans concertation avec le ministère ni respect d'une programmation sectorielle ⇒ Mauvaise gouvernance plus globale ⇒ Insuffisance des compétences en passation des marchés et insuffisance d'efficacité dans l'application des procédures de passation des marchés ⇒ Centralisation des rôles de contrôle à priori et/ou à postériori et de recours (autorité indépendante) ⇒ Provenance multiples des équipements biomédicaux ⇒ La ministère ne maîtrise pas tous les aspects liés au développement des RHS (ex: recrutement, plan de carrière) ⇒ Faiblesse des capacités nationales en gestion des services de santé ⇒ La multiplicité et la diversité de la formation d'une bonne partie des cadres du secteur (médecins, techniciens supérieurs, etc...) avec des protocoles thérapeutiques diversifiés ⇒ Le manque de stabilité du personnel formé ajouté aux

		nombreuses formations nécessaires pour le renforcement des capacités des personnels de santé
Développement des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Meilleure disponibilité à régler la gestion des ressources humaines à travers l'adoption de statuts particuliers ⇒ Existence de normes internationales recommandées et devenant de plus en plus réalistes et efficaces ⇒ Le secteur reste un des secteurs pouvant encore procéder à de nouveaux recrutements ⇒ L'existence d'une faculté de médecine ⇒ Engagement politique de haut niveau en faveur du secteur ⇒ L'axe développement des ressources humaines continue d'être une priorité du CSLP ⇒ Ordonnancement des PZT maîtrisées par le Département (SG) ⇒ Pressions communautaires en faveur de l'affectation et/ou du maintien d'un personnel de santé, d'où disponibilité à appuyer son installation et à améliorer ses conditions ⇒ Plus de volonté politique en faveur de plus de gouvernance et de transparence dans la gestion ⇒ Existence de Partenaires sociaux de plus en plus nombreux et solides (Associations et syndicats). 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ L'absence d'un Code National de santé publique ⇒ L'absence d'une culture de références aux compétences dans le domaine lors de la détermination des normes ⇒ La limitation des ressources financières du Pays ⇒ L'inexistence dans le marchés du travail de professionnels de santé demandeurs d'emploi en quantité suffisante ⇒ L'insuffisance d'implication du Département de la santé dans les orientations de formation de médecins (au sein du MEN) ⇒ Absence de lettre de mission claire (pour le ministre) et de contrats de performance par niveau ⇒ Centralisation de la fonction publique ⇒ Centralisation de la solde ⇒ Pressions politiques des élus et des responsables gouvernementaux de haut niveau en faveur d'affectations spécifiques ne répondant pas toujours à des besoins prioritaires du secteur ⇒ Mauvaises conditions de vie (électricité, eau, types de construction, climat, ...) dans la plupart des localités du pays (en particulier pour les postes de santé et certains centres de santé) ⇒ La scolarité des enfants qui poussent la plupart des personnels à chercher à regagner la Capitale Nouakchott ⇒ Dans certaines zones, la faible densité de population démotive le personnel qui reste désœuvré et par la suite désapprend ⇒ Mauvaise gouvernance généralisée ⇒ Clientélisme, favoritisme, corruption

		⇒ Insuffisance des compétences en gestion des ressources humaines.
Accès aux médicaments, vaccins et consommables	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Plus de volonté politique en faveur de plus de gouvernance et de transparence dans la gestion ⇒ Prise de conscience de la population et de certains élus de l'existence et des risques de médicaments de mauvaise qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mauvaise gouvernance du sous-secteur pharmaceutique ⇒ Faiblesse du rôle, des capacités et de la volonté de régulation (loi pharmaceutique peu rigoureuse) du secteur ⇒ Manque de coordination et de collaboration synergique entre le MS et autres départements et autorités en relations avec le médicament
Information, recherche et gestion de la connaissance	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Existence d'un Office National des Statistiques ⇒ Existence d'un RGPH ⇒ Existence de publications régulières sur les statistiques nationales 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Absence de structures nationales de pilotage et de coordination des statistiques nationales ⇒ RGPH remontant à 2000
Financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Priorité accordée par tous aux secteurs sociaux, en particulier santé et éducation ⇒ Multitude de PTF appuyant le secteur ⇒ Importantes Possibilités de financement au niveau international ⇒ Existence d'outils de costing de plus en plus efficaces et consensuels 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Contraintes macro-économiques ⇒ Absence de comptabilité analytique ⇒ Faiblesse du dialogue entre le Département et les Ministères des finances et du MAED ⇒ Faiblesse de la multisectorialité
Leadership et Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Déclaration internationales (de Paris, de Rome, UNGASS, d'Abuja, d'Accra) ⇒ Existence d'une coordination formelle du SNU (Coordinateur des NU) ⇒ Existence d'entités de coordination entre PTF par thématique ⇒ Existence d'une autorité de régulation nationale pour d'autres secteurs ⇒ Existence de structures de contrôle de la régularité formelle des opérations initiées par l'ordonnateur 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Insuffisance du leadership du Ministère de la Santé (une vision claire, des capacités suffisantes, une transparence dans la gestion du Département et un partage de l'information, tous aspects faisant actuellement défaut) ⇒ Changement fréquent des décideurs au niveau du Secteur (Ministres de la santé et Secrétaires généraux) ⇒ Absence de procédures de gestion transparentes standardisées et fiables au niveau du département ⇒ Insuffisance d'alignement des PTFs aux priorités de la politique nationale

	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Existence d'une loi comptable nationale et de textes d'application ⇒ Autonomisation de la plupart des structures hospitalières ⇒ Existence de barèmes unifiés des Nations Unies ⇒ Révision récente du Code des marchés garantissant plus de transparence 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Faible synergie entre les appuis techniques et financiers des partenaires ⇒ Multiplicité des procédures de gestion au niveau des PTF ⇒ Manque de confiance dans les procédures nationales de gestion ⇒ Engagement politique insuffisant en faveur du secteur ; les réductions budgétaires opérées ces dernières années en sont l'illustration (part de la santé dans le budget Etat serait inférieure à 4% en 2010) ⇒ Insuffisance de la décentralisation dans le Département (planification, gestion budgétaire, gestion des RH, etc...) ⇒ les particularités du marché local ne permettent pas une application stricte des critères de capacité (technique, financière et juridique) nécessaires pour l'équité et la transparence dans l'attribution des marchés. ⇒ Non opérationnalité des mécanismes de coordination et de suivi intersectoriels ⇒ Inexistence d'une réelle multisectorialité dans la réponse aux différents problèmes de santé qui ont leurs causes et/ou leurs conséquences dans plusieurs secteurs du développement ⇒ Non prise en compte des priorités de la santé dans les politiques des autres secteurs ⇒ Absence de volets santé dans les programmes et projets de développement ⇒ Manque de volonté des responsables administratifs (Waly).
--	---	--

4. Synthèse des principaux problèmes du secteur

Le rapport d'analyse de situation, les débats qui ont lieu au cours de son atelier de validation et des autres rencontres qui ont suivi et les différentes analyses des situations similaires dans d'autres situations comparables ont été synthétisées dans les paragraphes ci-dessous.

➤ En matière de prestations de services

Le défi majeur est d'assurer un accès universel aux services essentiels de santé à des populations "mobiles" éparpillées sur un vaste territoire; l'insuffisance des ressources (humaines et matérielles), l'absence de vision, de normalisation et de programmation efficace constituent les principaux obstacles sur la voie de l'accès universel handicapé par ailleurs par l'absence de gouvernance dans les choix opérés.

Parallèlement, quand elles existent, les structures de soins ne sont pas gérées de manière optimale, et l'organisation des soins mérite une attention particulière.

➤ En matière de développement des ressources humaines

L'absence de normes par niveau et de planification prévisionnelle des besoins (en concertation avec le Département de l'éducation), l'insuffisance quantitative et qualitative de la formation de base, l'absence d'une gestion efficace des RHS disponibles et l'insuffisance de motivation en particulier pour les personnels dans les zones reculées et pauvres constituent les principaux obstacles à une disponibilité de ressources humaines efficaces à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

➤ En matière d'accès au Médicament

Les principaux obstacles sont la faiblesse de la régulation et de la normalisation du sous-secteur pharmaceutique ne permettant pas un contrôle efficace à toutes les étapes et à tous les niveaux ni une planification efficace des besoins, l'absence d'une tarification objective et universelle des médicaments et consommables essentiels, l'insuffisance de coordination des différents intervenants dans la chaîne d'approvisionnement et de distribution et la faiblesse de leurs capacités techniques. L'approvisionnement et la distribution du Médicament privé se fait sans aucune régulation publique donnant une impression d'anarchie totale qui met en danger la vie de ses utilisateurs et influe sur l'efficacité du soin de santé, renforçant ainsi la non confiance des populations dans les services de santé. L'assurance d'une disponibilité permanente de sang sécurisé constitue un des défis méritant des mesures pérennes. La recherche sur les plantes médicinales nationales est insuffisamment prise en compte, la normalisation et le contrôle de leur utilisation restent inexistent.

➤ En matière d'information, de recherche et de gestion de la connaissance

Le système national d'information sanitaires n'assure pas une disponibilité permanente et à tous les niveaux de l'information stratégique fiable nécessaire à une prise de décision pertinente; le système de routine souffre d'insuffisances en capacités humaines et matérielles, d'absence de normes et procédures et de faiblesse de la supervision garantissant la collecte, l'analyse et la diffusion des informations prioritaires et fiables à tous les niveaux; la recherche – opérationnelle ou appliquée – ne bénéficie pas de toute l'attention requise, n'est pas coordonnée et ne respecte pas toujours les règles universelles d'éthique et de déontologie; la SMIR connaît des insuffisances liées à la planification, à la supervision, au monitoring et à la gestion des données, ainsi qu'à la non implication des principaux acteurs

➤ **En matière de financement de la santé**

L'insuffisance du financement du secteur constitue un obstacle transversal à tous les autres aspects nécessaires à l'accès universel des soins essentiels. Cette insuffisance – quantitative et qualitative – est essentiellement secondaire (i) à la faiblesse de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat (avec moins de 4% du budget), (ii) à l'absence d'une stratégie nationale consensuelle et concertée (PNDS et CDMT), (iii) à la faiblesse des compétences techniques de planification et de plaidoyer, (iv) à la mauvaise gouvernance du secteur et (v) à l'absence d'un système de gestion efficace des ressources allouées au secteur. La RDPS montre que l'allocation des ressources financières n'est ni suffisante, ni efficace (orientée vers les priorités) ni équitable, et que l'utilisation de ces ressources n'est pas efficiente. La multiplicité des sources de financement et l'absence de mécanismes d'harmonisation des appuis financiers constituent d'autres obstacles à un financement efficace du système. Enfin, l'absence d'une tarification objective des services (publics et privés) et la faiblesse de couverture par les systèmes de partage des risques constituent les principales causes d'un accès financier limité aux services essentiels de santé, en particulier au niveau hospitalier et privé; pour les plus pauvres, cet accès est fortement limité par l'absence de mécanismes spécifiques à type de fonds de solidarité ou d'appui à l'adhésion aux systèmes existents d'assurance maladie.

➤ **En matière de leadership et de coordination**

Le leadership et la gouvernance constituent deux questions transversales indispensables à une action efficace de santé. En Mauritanie la faiblesse du leadership du Département de la santé est essentiellement due (i) à la mobilité importante des responsables du secteur (ministres, secrétaires généraux, directeurs, ...), (ii) à l'environnement national marqué par un système social ne favorisant pas une bonne gouvernance du secteur, (iii) à la faiblesse des compétences techniques chargées du pilotage, de la coordination et du suivi, (iv) de l'insuffisance de transparence dans la prise de décision et (v) de l'insuffisance d'accompagnement et d'appui des PTF. C'est ainsi que les organigrammes qui se suivent ne visent pas à un

besoin d'efficacité dans la mise en oeuvre de la stratégie nationale; les décisions d'affectation et de nomination aux postes de pilotage, de coordination et de suivi ne respectent pas les critères d'exigence d'efficacité et d'équité; les processus de planification ne permettent pas véritablement les choix prioritaires d'action et ne sont pas à la base de l'allocation budgétaire; les mécanismes de coordination - intra et extra sectorielle - prévus dans les textes ne sont pas activés en faveur de plus d'efficacité; les rapports avec les PTF ne sont pas développés dans un esprit d'efficacité de l'aide publique au développement en conformité avec la déclaration de Paris; enfin, l'absence de régulation dans le secteur donne cette impression de "laisser aller" mettant fortement en cause ce leadership du Ministère sur l'action sectorielle.
