

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice



MINISTERE DE LA SANTÉ

**PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2017-2020**

Volume 2 : Le Plan

Mai 2017

Table des matières

Liste des acronymes et abréviations	3
Introduction	5
Chapitre 1 : Rappel sur le contexte sanitaire national	6
Chapitre 2 : Priorités stratégiques	10
2.1. Vision, but et principes	10
2.2. Résultats d'impact et axes stratégiques.....	11
2.2.1. Impacts attendus du PNDS 2017-2020.....	11
2.2.2. Axes stratégiques du PNDS.....	12
Chapitre 3 : Cadre logique d'intervention	13
3.1. Axe 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire.....	13
3.1.1. Gestion axée sur les résultats.....	13
3.1.2. Leadership, Management, Transparence et Participation.....	15
3.2. Axe 2: Accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale et infanto juvénile /et des adolescents.....	17
3.2.1. Santé de la mère et du nouveau né.....	17
3.2.2. Santé de l'enfant	19
3.2.3. Santé de l'adolescent et du jeune.....	20
3.3. Axe 3 : Prévention, lutte contre la maladie et gestion des urgences de santé publique	22
3.3.1. Préparation et réponse aux urgences de santé publiques	22
3.3.2. Lutte contre les maladies transmissibles.....	22
3.3.3. Lutte contre les maladies non transmissibles.....	25
3.3.4. Prévention et promotion de l'hygiène.....	28
3.4. Axe 4: Renforcement du système de santé orienté vers la CSU	29
3.4.1. Renforcement de la couverture sanitaire	29
3.4.2. Financement de la couverture sanitaire universelle	32
3.4.3. Renforcement de la santé communautaire	33
Chapitre 4 : Cadre de financement, de mise en œuvre et de suivi et évaluation du PNDS	34
4.1. Pilotage, coordination et suivi et évaluation	34
4.2. Cadrage budgétaire du PNDS 2017-2020	34
4.3. Opérationnalisation du PNDS	35
4.4. Conditions de succès	37
4.5. Mesures et réformes nécessaires	37
4.6. Analyse et gestion des risques	40
4.7. Résumé sur le cadre de suivi et évaluation du PNDS	42
Conclusion.....	44

Liste des acronymes et abréviations

AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASC	Agent de santé communautaire
AVP	Accidents de la voie publique
BID	Banque Islamique de Développement
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CONAP	Comité national de pilotage du PNDS
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de santé
DPCIS	Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire
DPS	Dépense publique de santé
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
E.SMART	Enquête nutritionnelle "Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition"
EDSM	Enquête démographique et de santé de Mauritanie
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
FMI	Fonds monétaire international
FOSA	Formation sanitaire
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins
HR	Hôpital régional
HTA	Hypertension artérielle
IHP+	Partenariat international pour la santé
INRSP	Institut national de recherche en santé publique (ex-CNH)
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infections sexuellement transmissibles
JICA	Agence de Coopération internationale du Japon
LNCQM	Laboratoire national de contrôle de qualité du Médicament
MEF	Ministère de l'enseignement fondamental
MI	Mortalité infantile
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MIJ	Mortalité infanto-juvénile
MILDA	Moustiquaire imprégnée de longue durée d'action
MM	Mortalité maternelle
MNN	Mortalité néonatale
MVE	Maladie du virus EBOLA
MS	Ministère de la santé
NV	Naissances vivantes
ODD	Objectifs de développement durable

OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
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
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PNTL	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Poste de santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
RC	Relai communautaire
RDPS	Revue des dépenses publiques
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RSS	Renforcement du système de santé
RSI	Règlement sanitaire international
SCAPP	Stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SNIS	Système national d'information sanitaire
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé de la reproduction
SRAJ	Santé reproductive des adolescents et des jeunes
SRC	Système de recouvrement des coûts
SRO	Solution de réhydratation orale
TB	Tuberculose
UE	Union Européenne
UM / MRO	Ouguiya
USB	Unité de Santé de Base
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Introduction

La première phase du PNDS 2012-2020 a pris fin en 2015 et, comme initialement prévu, une revue à mi-parcours a été conduite avec un léger retard (au cours de l'année 2016) ; cette revue a permis de dégager un ensemble de constats et de recommandations qui ont fait l'objet de validation en octobre 2016.

Les différentes conclusions de cette revue ont d'abord servi à élaborer la nouvelle Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 – en totale harmonie avec la SCAPP – qui servira d'orientation de base à l'action sectorielle ; puis elles ont servi à réviser les choix stratégiques pour la deuxième phase du PNDS couvrant la période 2017-2020.

En effet, il avait été prévu que cette deuxième phase du PNDS soit révisée à la lumière de ces conclusions. S'ajoute à cela l'adoption, au niveau mondial, de nouveaux objectifs de développement durable (ODD) dont le 3^e vise à offrir aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges. Enfin, l'élaboration de la nouvelle stratégie gouvernementale nationale (SCAPP 2016-2030) et le démarrage futur de plusieurs projets d'envergure pour la santé en Mauritanie ont nécessité l'adoption d'une solide stratégie sectorielle, en cohérence avec les engagements nationaux et internationaux, et pouvant servir d'orientation de base pour les projets et programmes engagés dans le département de la santé.

L'adoption d'une nouvelle Politique de santé, mettant en avant le besoin d'un renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur, a poussé à réviser tous les choix stratégiques initialement prévus dans le PNDS 2012-2020 en mettant l'accent sur les problèmes prioritaires de santé, mais en proposant de nouvelles solutions consensuelles tenant compte des leçons apprises de la mise en œuvre de la première phase du PNDS.

Dans le souci de faciliter son exploitation, la 2^e phase du PNDS fut adoptée sous forme de quatre volumes :

- **Volume 1** : Analyse de la situation du secteur en référence à la revue à mi-parcours du PNDS 1 (2012-2015) réalisée en 2016.
- **Volume 2** : Le présent document qui est le PNDS II (2017-2020) dans ses parties (i) Rappel sur le contexte sanitaire national, (ii) Priorités stratégiques, (iii) cadre logique d'intervention et (iv) Cadre de financement, de mise en œuvre et de suivi et évaluation du PNDS.
- **Volume 3** : Le Cadre de dépenses à moyen terme.
- **Volume 4** : Le Plan de suivi et évaluation.

Chapitre 1 : Rappel sur le contexte sanitaire national¹

L'enjeu du secteur de la santé est de taille : Assurer une bonne santé à l'ensemble des citoyens du Pays grâce à une utilisation adéquate de services de santé promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation de qualité.

A ce titre, les défis sont nombreux et sont, d'une part, d'ordre épidémiologique ou comportemental, et d'autre part, d'ordre normatif, conceptuel, organisationnel, ou liés à une disponibilité permanente et efficiente de ressources humaines, matérielles ou financières. Ils sont par ailleurs en lien avec un leadership, une gouvernance et une coordination efficaces à tous les niveaux du système de santé.

Une synthèse de ces défis permet d'introduire l'action sectorielle à mener durant les quatre années 2017-2020.

a. Enjeux en lien avec l'environnement international

Cette phase du PNDS intervient au moment où le monde se fixe de nouvelles ambitions sous forme d'objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030 qui remplacent ainsi les OMD qui étaient en vigueur au moment de l'élaboration du PNDS en 2011. En conformité avec cette vision de développement, l'IHP+ fut élargie afin de couvrir l'ensemble des priorités sectorielles en mettant en exergue la couverture santé universelle qui est devenue la première priorité en matière de santé.

Pour faire face aux flambées épidémiques et d'autres dangers et événements de santé de portée internationale, le Règlement Sanitaire International (RSI 2005), exige que chaque Etat Partie mette en place les capacités pour les prévenir, détecter et riposter rapidement et efficacement.

Il s'agira, pour cette révision, d'adapter les priorités nationales avec les engagements internationaux pris par le Pays dans le cadre de ces nouvelles orientations mondiales.

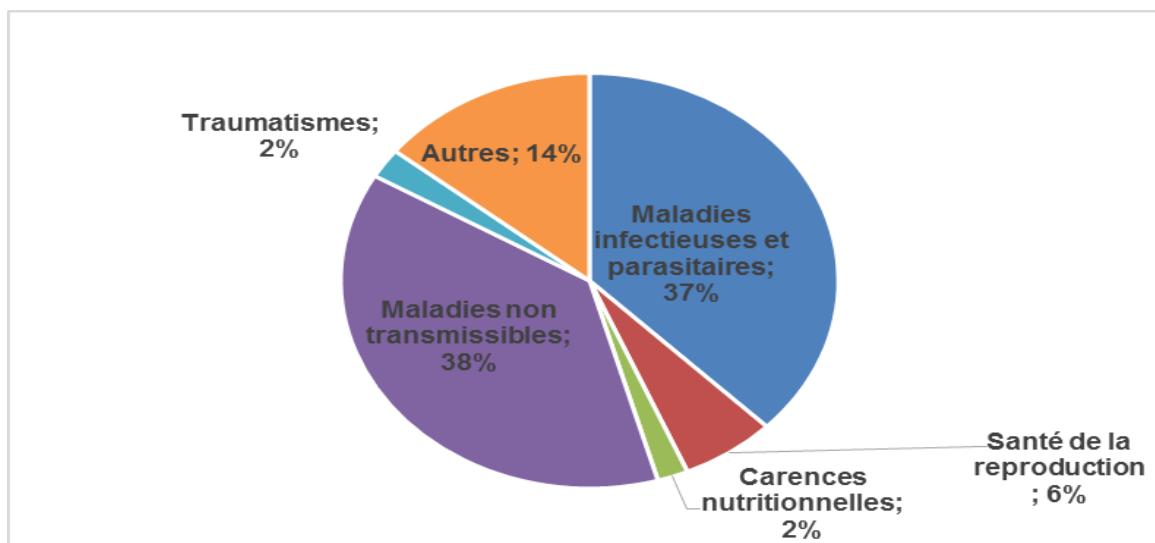
b. Enjeux et défis liés au profil épidémiologique de la population

Le défi est essentiellement lié à la transition épidémiologique qui, en Mauritanie et à l'instar de la plupart des pays de la sous-région, s'est faite suivant un cumul de pathologies. En effet, les maladies transmissibles et les problèmes de santé liés au niveau socio-économique bas et à un accès insuffisant à la santé persistent avec des niveaux de prévalence (et d'incidence) inquiétants.

A ce groupe, viennent s'ajouter l'émergence d'autres maladies transmissibles (VIH, hépatites, schistosomiasés, épidémies de dengue, d'Ebola, de Zika et d'autres pathogènes contagieux) ou non transmissibles (diabète, maladies cardio-vasculaires, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, maladies mentales...) secondaires à la sédentarité, aux comportements à risques, aux changements dans les habitudes culinaires et/ou à un environnement non favorable à la santé.

¹ Ce chapitre est largement détaillé dans le volume 1 (Analyse de la situation du secteur).

Graphique 1 : Répartition des dépenses courantes de santé par maladies



Source : Rapport des Comptes de Santé, période 2012-2015, DPCIS/MS

Dans ce cadre, et malgré d'importants efforts menés en matière d'accès et d'utilisation des services de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, il faut tout particulièrement noter les niveaux inquiétants de mortalité maternelle en comparaison avec les pays de niveau similaire dans la région d'Afrique sub-saharienne.

Par ailleurs, l'émergence croissante des maladies non transmissibles serait liée aux effets néfastes des facteurs de risque en particulier la consommation du Tabac et ses produits, l'inactivité physique et le régime alimentaire non sain.

c. Enjeux et défis en lien avec un changement des comportements individuels et collectifs

Devant l'ampleur du profil épidémiologique et de sa complexité, le défi sera d'amener des populations – dont une bonne partie est pauvre, analphabète et vivant de manière dispersée – à adopter des comportements qui protègent leur santé ou qui les poussent à une utilisation efficace des services de santé mis à leur disposition. Le premier défi ici sera d'harmoniser, de renforcer et d'encadrer les programmes de communication afin de les rendre plus ciblés et plus adaptés aux besoins prioritaires en matière de changement de comportement. **La vulgarisation et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de communication pour le développement** en sera le premier enjeu. Le 2^e défi sera de toucher tous les groupes, en particulier les plus vulnérables, par des messages précis, clairs et convaincants dans cet environnement de pauvreté. Le 3^e défi sera l'implication effective des communautés bénéficiaires dans cet effort de communication avec un besoin qui s'exprime en milliers de relais communautaires formés en évitant la situation actuellement vécue d'anarchie dans leur mobilisation et de manque d'ancrage institutionnel dans le pilotage de cette approche.

d. Enjeux et défis d'ordre managérial, normatif, conceptuel et organisationnel

Le nombre important de documents stratégiques (politiques, cadres et plans) n'a pas garanti un cadrage efficace de l'action de santé, et le défi serait de les réactualiser de manière harmonisée en garantissant une complémentarité effective des politiques et stratégies du

secteur au niveau national et international, et de les vulgariser en vue d'amener les intervenants du secteur à les respecter dans leurs planifications, dans leurs appuis et dans leurs interventions. Il faut signaler que ces documents stratégiques nationaux ne sont pas déclinés en stratégies de développement régional et que la mise en application des textes est faible (ex : Le décret N° 178 /2016 fixant l'organisation des Formations Sanitaires Régionales). L'élaboration ou la réactualisation de ces politiques et stratégies de manière pertinente, répondant aux besoins réels de santé, inclusive, impliquant tous les acteurs concernés, et prenant en compte les engagements du Pays sera un défi de taille.

L'autre défi serait de corriger le contraste important entre l'importance quantitative de ces documents stratégiques et la quasi-absence des documents normatifs définissant les normes, les procédures et les protocoles dans la mise en œuvre des politiques et stratégies sectorielles.

Le véritable défi serait ensuite d'amener tous les intervenants (Gouvernement, société civile, secteur privé et Partenaires internationaux) à respecter ces référentiels nationaux (stratégies, normes et procédures) dans un secteur où le leadership, la coordination et la gouvernance sont encore faibles et où la notion d'Etat nécessite d'être renforcée. Un véritable effort de changement de comportements de ces acteurs sera nécessaire, en vue de converger les efforts vers un seul système de santé avec obligation de rendre compte dans un contexte de redevabilité sociale.

e. Enjeux et défis liés à la disponibilité des ressources humaines matérielles et financières

Le principal défi réside dans le **développement d'une ressource humaine** qualifiée, en quantité suffisante, convenablement motivée, affectée en fonction des besoins et rendant compte régulièrement de son action pour laquelle elle est rémunérée. La disponibilité quantitative et qualitative de ces ressources nécessite une « production » nationale, suffisante et encadrée des principales catégories du personnel, en particulier les médecins (généralistes et spécialistes), les biologistes médicaux, les SFE et les infirmiers qualifiés y compris en obstétrique. Pour les médecins, le défi sera de garantir une réelle coordination avec le Ministère de tutelle de la faculté de médecine afin, à la fois, d'améliorer ses capacités de production et **d'adapter ses curricula aux besoins du système de santé**. Pour les paramédicaux, et comme retenu dans le PNDS, la solution et le défi sera de développer des structures – publiques et privées – offrant des formations de qualité afin de satisfaire les besoins de ressources humaines de santé des secteurs public et privé. Au-delà de la formation, le défi du développement de cette ressource sera d'en assurer une gestion **décentralisée, efficiente et équitable** et de lui assurer un état de motivation suffisant (motivation financière, formation continue, responsabilisation et suivi régulier) garantissant son engagement réel en faveur de l'action de santé.

Pour les autres ressources, trois principaux défis sont à prendre en considération :

- **L'accès et l'utilisation rationnelle des médicaments, des consommables** et des autres produits de santé de qualité de manière permanente sur l'ensemble du territoire national. A ce titre, la normalisation et la régulation du secteur pharmaceutique a toujours constitué un défi de taille au vu de l'importance des enjeux, nationaux et internationaux, et au vu du caractère « commercial » de ces produits avec rentabilité financière importante quasi-garantie, ce qui crée d'énormes convoitises dans un pays où la première voie d'embauche est dans le commerce et où le citoyen est prêt à tout dépenser pour sa santé ou pour la

santé des tiens. Le défi est à la fois du côté public à travers un système d'approvisionnement efficace, piloté par une CAMEC ayant toutes les capacités et toutes les ressources nécessaires, et contrôlés et suivis par les entités en charge de ces volets (IGS, DPL et LNCQM). Le défi est aussi du côté privé en régularisant les rôles entre les pharmacies et les dépôts pharmaceutiques et en garantissant la qualité des produits importés à travers des marchés nationaux uniques, pilotés par la CAMEC et impliquant les importateurs, ce qui aura par ailleurs l'avantage d'augmenter les niveaux des marchés et réduire les intermédiaires qui tendent à renchérir les coûts. La mise en œuvre de ces actions dans un cadre de promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments et d'un système intégré (au moins au niveau régional) de gestion, approvisionnement, distribution et stockage constitue aussi un véritable défi pour les prochaines années.

- **L'acquisition et la maintenance d'équipements biomédicaux** et logistiques répondant aux besoins du secteur et adaptés à l'environnement du Pays, et en assurer une maintenance efficace et permanente. Le défi sera d'harmoniser ces acquisitions, y compris les dons d'équipement afin d'en faciliter l'utilisation et la maintenance, et d'intégrer systématiquement des volets de transfert de compétence en vue d'une utilisation efficiente et d'une maintenance préventive et curative nationale.
- **Un financement adéquat du secteur** répondant aux nombreux défis matériels sans renchérissement des services qui risquerait de limiter son utilisation et d'appauvrir les plus démunis. Le défi sera de mettre en œuvre l'orientation de la PNS à horizon 2030 visant la progression vers la CSU dans un Pays où le secteur informel domine la plupart des domaines d'activités et où la culture de mutualisation communautaire est faible. L'autre défi sera de continuer et de renforcer la mobilisation des ressources extérieures tout en les drainant dans un cadre harmonisé, privilégiant la voie de la comptabilité publique dans l'exécution de la dépense, ce qui renforcerait la fiscalité du Pays et limiterait les circuits parallèles et les duplications des dépenses difficiles à maîtriser actuellement. Enfin, le 3^{ème} défi serait de maîtriser les recettes propres au sein des formations sanitaires publiques en harmonisant la tarification des prestations, en normalisant toutes les procédures et en assurant un suivi rapproché de la gestion de ces ressources. Le renforcement de l'efficacité et du caractère inclusif des conseils d'administration et la redynamisation des comités de santé aux niveaux périphériques constituent des défis à relever dans le cadre d'un renforcement effectif de la participation communautaire, y compris au niveau tertiaire.

Chapitre 2 : Priorités stratégiques

2.1. Vision, but et principes

Selon la Politique Nationale de santé à l'horizon 2030, « *la vision de la Mauritanie en matière de santé sera guidée par l'esprit de la constitution du pays qui prône le droit du citoyen au bien-être socio-économique, et par les engagements pris envers la communauté internationale, en particulier l'atteinte des Objectifs de développement durable. A ce titre, le pays entend réaliser une couverture santé universelle à travers une offre de services essentiels de santé de qualité et une protection contre les risques financiers liés à la maladie, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination, et avec la pleine participation des populations. Ainsi, tous les individus et tous les groupes sociaux trouveront dans le système de santé une réponse, à temps et à coût abordable, à leurs besoins aussi bien individuels que collectifs. Cette vision est celle d'un Pays où tous les citoyens (i) prennent conscience des principaux dangers auxquels ils sont exposés, des opportunités pour y faire face et sont solidaires pour les affronter, (ii) ont accès sans distinction de race, de religion ou de niveau socio-économiques aux services essentiels de santé de qualité, (iii) participent de manière appropriée à la gestion de leur santé dans un environnement de décentralisation, de bonne gouvernance et de démocratie, un environnement où la gestion efficace, équitable et efficiente est la règle à tous les niveaux* ».

Les principes d'éthique, d'équité, de justice et de solidarité sociales, découlant des valeurs positives séculaires du Pays, ainsi que le respect des droits humains et de la spécificité du genre constituent le fondement des choix stratégiques en matière de santé, et seront les garants d'une amélioration durable de la santé des populations. L'implication effective de tous les intervenants (public, privé, société civile, PTF, ...), la participation communautaire et la coordination efficace à tous les niveaux seront des éléments moteurs de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle santé. En effet, le maintien, la promotion et la restauration de la santé impliquent une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire large et durable.

L'action du secteur aura pour fondements (i) l'offre équitable de soins de qualité à tous les âges, (ii) le financement des services publics ou privés de santé, (iii) la bonne gestion des dépenses publiques et privées de santé, (iv) la mise progressive à échelle de la couverture santé universelle, (v) la régulation et la coordination de l'ensemble du secteur dans le cadre d'une gouvernance efficace et efficiente du système de santé et (vi) sa réactivité aux besoins émergents et aux situations d'urgence.

Le but du PNDS 2017-2020 **est d'améliorer durablement l'état de santé des populations par l'accès équitable à des services promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation de qualité auxquels participent de manière responsable tous les acteurs en particulier les usagers et les communautés.**

2.2. Résultats d'impact et axes stratégiques

2.2.1. Impacts attendus du PNDS 2017-2020

L'amélioration de la santé des populations sera appréciée à travers l'évolution positive de tous les indicateurs de santé, notamment ceux d'impact en lien avec la mortalité ou la morbidité spécifiques, maternelle, infanto-juvénile ou liée à une des pathologies prioritaires. A ce titre, la Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 vise en priorité la mortalité maternelle, la mortalité infanto-juvénile ainsi que le contrôle des maladies transmissibles ou non transmissibles avec quatre groupes d'impacts :

- *Une accélération de la réduction de la mortalité maternelle à moins de 320 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2020 afin d'atteindre 70 en 2030.*

Tableau 1 : Tendances retenue d'évolution du taux de mortalité maternelle

Taux de mortalité	Scénario	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de mortalité maternelle (p 100.000 nv)	PNDS 2017-2020	582,0	496,2	424,5	365,5	317,0
	Tendance actuelle	582,0	581,4	579,5	577,6	575,6

La mobilisation des ressources, leur exécution en vue de la mise en œuvre des différentes réformes et actions prévues permettront² d'atteindre les tendances prévues dans la SCAPP en vue d'un accès universel aux soins essentiels et d'une élimination des principales endémo-épidémies actuellement responsables des niveaux élevés de mortalité et de morbidité.

L'ISF (Indice Synthétique de Fécondité) connaîtra une réduction quasi-régulière en baissant de 5,1 en 2015³ à 3,67, en 2020, ce qui représente une réduction du cinquième sur un indicateur complexe impliquant plusieurs facteurs de santé et d'ailleurs.

- *Une réduction de la mortalité infanto-juvénile à moins de 35 décès p 1000 afin d'atteindre 20 décès p 1000 en 2030, avec un accent particulier sur la mortalité néonatale qui sera réduite à moins de 16 décès p 1000 en 2020 et 12 décès pour 1000 en 2030.*

Tableau 2 : Tendances retenue d'évolution du taux de mortalité infanto-juvénile et néonatale

Taux de mortalité	Scénario	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de mortalité infanto-juvénile (p 1000)	PNDS 2017-2020	54,0	47,3	41,2	36,6	32,6
	Tendance actuelle	54,0	53,1	52,4	51,8	51,3
Taux de mortalité néo-natale (p 1000)	PNDS 2017-2020	29,0	24,5	20,7	18,0	15,7
	Tendance actuelle	29,0	28,5	28,1	27,6	27,1

- *Une prévention et un contrôle des maladies transmissibles en particulier les principales endémo-épidémies telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida et l'hépatite B avec leur élimination d'ici à 2030.*

² Selon l'application One Health appliquée sur ces bases

³ MICS 2015

- *Une réduction/ contrôle des facteurs de risque et une prise en charge adéquate permettant une réduction de la mortalité liée au HTA et diabète type II (respectivement à moins de 5% et 2% en 2030) avec une élimination de leurs principales complications.*
- *Une réduction d'un tiers d'ici 2030, par la prévention et le traitement, du taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être*

2.2.2. Axes stratégiques du PNDS

Pour assurer l'efficacité nécessaire et atteindre les résultats d'impact attendus, quatre axes stratégiques et prioritaires ont été retenus :

1. Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire par une gestion efficace et efficiente des ressources, effectivement axée sur les résultats à tous les niveaux, et par le renforcement du financement et de la participation des acteurs du système de santé en particulier les communautés et le secteur privé.
2. Accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale, infanto juvénile, de l'adolescent et du jeune à travers (i) des composantes dédiées au couple mère et enfant, à l'immunisation, à la nutrition, à la santé reproductive des jeunes et des adolescents, et à (ii) des composantes transversales de communication pour le développement, d'intégration et de décentralisation des services, d'équité en mettant l'accent sur les couches sociales et les zones géographiques les plus vulnérables, de renforcement de l'approche genre avec la pleine participation des communautés;
3. Contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles par la surveillance, la recherche, la prévention, la prise en charge des cas et par une gestion multisectorielle efficace des évènements de santé publique, des épidémies et des catastrophes, ainsi que la promotion d'un environnement favorable à la santé ;
4. Renforcement du système de santé à travers ses piliers traditionnels en dehors de la gouvernance, en particulier le financement de la santé en vue d'une couverture santé universelle.

Le cadre de résultats garantit le lien d'évidence entre les résultats d'impacts et les quatre domaines prioritaires d'action (ou axes stratégiques).

Chapitre 3 : Cadre logique d'intervention

3.1. Axe 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

3.1.1. Gestion axée sur les résultats

a. Présentation des sous composantes

- **Normalisation et régulation**

Un arsenal de textes normatifs sera élaboré et/ou révisé puis validés et diffusés en vue de disposer d'une assise réglementaire définissant l'organisation du Département ainsi que les différentes normes et procédures de gestion des ressources, de prestations de services, de coordination et de suivi et évaluation.

Par ailleurs, les institutions en charge de la régulation et du contrôle verront leurs pouvoirs renforcés et leurs capacités techniques et logistiques améliorées avec obligation de résultats. Une attention particulière sera accordée à la régulation du secteur privé visant à normaliser la pratique et à protéger la santé des utilisateurs de services.

- **Processus de Planification**

Renforcement du processus de planification du secteur de manière régulière et décentralisée qui sera conduit en ayant pour référence le PNDS 2017-2020, en utilisant des outils et mécanismes par niveau garantissant la participation des différents acteurs du secteur et facilitant ainsi le suivi et la redevabilité des actions et des résultats.

- **Allocation et gestion des ressources**

L'allocation des ressources financières – en particulier l'élaboration du budget et le développement de nouveaux projets – et l'affectation des ressources humaines et matérielles respecteront les normes et procédures validées en vue d'une efficacité et d'une efficience maximales dans le cadre de la mise en place effective d'un budget programme pour le secteur basé sur une identification des besoins. Les niveaux opérationnels seront privilégiés dans l'allocation des ressources afin de faciliter l'exécution et la rendre plus efficiente.

Par ailleurs, un fonds commun (entre MS et PTF) sera mis en place au sein des services du Ministère, avec une gestion nationale et un suivi conjoint du MS et des PTF impliqués à travers un Comité de pilotage et de suivi.

- **Financement basé sur le résultat**

Conformément à la stratégie Nationale du financement basé sur les résultats, le FBR sera testé dans 2 régions (Hodh El Gharbi et Guidimagha) grâce à un financement conjoint Etat-PTF.

- **Suivi et évaluation, et recherche opérationnelle**

Les principaux outils de suivi (rapports de suivi, guide de suivi et évaluation du PNDS, annuaires statistiques fiables) seront régulièrement élaborés par niveau et les leçons tirées et mises en œuvre. Les capacités de suivi et évaluation des niveaux déconcentrés (DRAS, Moughataa) seront renforcés pour un suivi de proximité plus efficient et plus pérenne.

Le SNIS continuera à bénéficier d'une attention particulière lui permettant de poursuivre et de renforcer son effort de mise à échelle afin de couvrir efficacement l'ensemble des structures publiques et privées de santé. Dans ce cadre, les initiatives engagées (ex : DIHS2) seront

renforcées et mises à profit pour un suivi plus efficace du système de santé et de la mise en œuvre du PNDS.

En plus du SNIS de routine, les différentes enquêtes (EDS, MICS, SMART, STEP WISE, Comptes de SANTE, SARA ...) seront menées régulièrement pour mettre à jour les indicateurs de suivi du PNDS.

Par ailleurs, la recherche opérationnelle sera renforcée et davantage orientée vers les besoins du secteur. Une évaluation de la recherche en santé sera réalisée et une stratégie nationale de la recherche en santé axée sur les priorités de santé publique sera développée et mise en œuvre. Parallèlement, les capacités de l'INRSP seront renforcées et un fonds de la promotion de la recherche en santé sera mis en place pour appuyer les projets pertinents.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Gestion axée sur les résultats

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Normalisation et régulation	Révision et MEP d'un nouvel organigramme de l'AC avec définition des fiches des postes	Cabinet				
	Contrat de performance avec les EPA (sur la base du projet d'établissement)	DMH/DPCIS				
	Révision et MEO des textes régissant le CD et CONAP avec la mise en place d'un secrétariat permanent	Cabinet				
	Révision, validation et mise en œuvre de la politique hospitalière	DMH				
	Révision/élaboration des textes organisant le secteur privé (mise en place d'un comité ad'hoc)	Cabinet/DMH				
	Mise en place d'une tarification harmonisée pour le secteur hospitalier public					
	Mise en place d'une tarification harmonisée pour le secteur hospitalier privé					
	Elaboration de l'arrêté relatif à l'organisation et fonctionnement de l'IGS prévu par l'organigramme du MS	Cabinet/IGS				
Processus de Planification	Adoption d'une batterie d'outils harmonisés et consensuels de planification par niveau conformément au PNDS 2017-2020	DPCIS				
	Conduite annuelle du processus de planification et de revue du secteur par niveau	DPCIS				
	Mise en place du fonds commun (entre MS et PTF) avec gestion nationale et suivi conjoint.	Cabinet/DPCIS/DAF				
FBR	Mise en œuvre de la phase pilote du FBR dans le Hodh El Gharbi et le Guidimagha	DPCIS				
Suivi et évaluation, et recherche opérationnelle	Le référentiel et les outils de suivi sont élaborés/révisés, validés et vulgarisés auprès des différents niveaux	DPCIS/DSBN				
	Renforcement des capacités des DRAS et des Moughataa en matière de supervision, de suivi et évaluation (Installation des équipes de supervisions par niveau)	DPCIS/DSBN				
	Renforcement du SNIS avec mise à échelle du DIHS2 (intégration des sous-systèmes, donnés du secteur privé et hôpitaux)	DPCIS				

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
	Mise en œuvre des enquêtes nationales de suivi du PNDS (EDS, MICS, SMART, STEP WISE, Comptes de SANTE, SARA)	DPCIS	EDS CS STEPWI SE SMART	SARA CS SMART	MICS CS SMART	EDS SARA CS SMART
	Elaboration, adoption et mise en œuvre d'une stratégie nationale de la recherche en santé publique.	INRSP				

3.1.2. Leadership, Management, Transparence et Participation

a. Présentation des sous composantes

- **Amélioration du Leadership et du management**

Renforcement du modèle de gestion à tous les niveaux en mettant l'accent sur **la transparence, l'esprit d'équipe, la collaboration et la coordination/synergie entre entités administratives, programmes et projets, l'intégration au niveau opérationnel, la délégation et la supervision, ainsi que le respect de procédures, des normes et des règles établies.** Par ailleurs la sélection et l'évaluation des responsables et cadres se feront sur la base de critères professionnels objectifs et notamment la formation ainsi que les compétences techniques et gestionnaires.

- **Décentralisation et partage de responsabilité**

Un effort particulier sera consenti pour une opérationnalisation effective des districts sanitaires avec révision de l'organisation des services décentralisés (DRAS et EPA). En parallèle, les organes de coordination au niveau déconcentré seront redynamisés et assureront le pilotage et le suivi efficace de l'action de santé aux niveaux déconcentrés.

Par ailleurs, les responsabilités à tous les niveaux seront davantage délimitées dans les textes organisant le secteur et les décisions collégiales seront privilégiées.

- **Coordination intra-sectorielle, intersectorielle et partenariats**

Le Comité de Directions (CD) et le Comité national de pilotage du secteur (CONAP) assureront le suivi du PNDS et l'harmonie de l'action sectorielle à travers un programme régulier de réunions préalablement adopté au début de chaque année, et le suivi des décisions qu'ils auront prises sur la base des différents outils de suivi et évaluation. Parallèlement, des comités techniques multisectoriels seront mis en place ou redynamisés autour des différentes thématiques afin d'assurer une réelle inter-sectorialité de l'action de santé. Enfin, le Compact sera révisé à la lumière des nouvelles orientations, et servira effectivement comme instrument d'harmonisation des différentes interventions.

- **Participation communautaire**

La participation communautaire sera effective à travers la redynamisation des Comités de gestion des PS et CS et à travers une représentation dans les Conseils d'administration des établissements hospitaliers. Parallèlement, des agents de santé communautaires et des relais communautaires seront mobilisés et rendus fonctionnels (formation, dotation en kits et suivi) dans les zones au-delà de 10 km (pour les ASC) et autour des formations sanitaires (FOSA)

pour les RC. Cette mise à échelle des agents communautaires se fera en prenant en compte la pyramide sanitaire comme avec ses responsabilités par niveaux et ses aires de santé.

- **Genre**

En cohérence avec la vision du Pays en matière de genre, un accent particulier sera accordé à la nomination des femmes aux postes de responsabilité dans le secteur afin de réduire l'écart existant en matière de ratio homme/femme dans le groupe des responsables à tous les niveaux. Par ailleurs, les acteurs de la société civile seront davantage impliqués dans les niveaux de prise de décision afin de renforcer le contrôle citoyen et de tirer profit de leur avantage comparatif.

- **Audit et contrôle**

Des audits et contrôles, ainsi que des inventaires des équipements couvriront les différents niveaux suivant un programme assurant un passage, au moins, tous les deux ans dans chaque niveau.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Leadership, management, transparence et participation

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Leadership et Management	Elaboration, validation et vulgarisation des outils de gestion par niveau (Direction centrale, régionale, départementale et FOSA)	Cabinet				
	Mise en place et rendre opérationnelle une entité nationale chargée de formation des cadres en management	Cabinet				
Décentralisation et partage de responsabilité	Mise en œuvre d'un plan d'opérationnalisation des districts	DSBN/DPCIS				
	Redynamisation des organes de coordination au niveau déconcentré	DSBN				
Coordination intra-sectorielle, intersectorielle et partenariats	Elaboration, validation et diffusion d'un plan annuel des réunions des instances (CD / CONAP) avec la mise en place d'un secrétariat permanent chargé de suivi de la mise en œuvre des décisions prises.	Cabinet				
	Révision du Compact et rapport annuel de suivi de sa mise en application.	DPCIS				
Participation communautaire	Redynamisation des Comités de gestion des PS et CS	DSBN				
	Ouverture des Conseils d'administratifs des établissements hospitaliers aux représentants des populations	DMH				
Genre	Adoption de directives de nomination aux postes de responsabilité donnant la priorité aux femmes en cas de compétences égales	Cabinet				
Audit et contrôle	Elaboration et validation d'un guide d'audit et de contrôle au sein du MS	IGS				
	Renforcement de la capacité de l'inspection (RH, matérielle et financière)	IGS				

3.2. Axe 2: Accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale et infanto juvénile /et des adolescents

3.2.1. Santé de la mère et du nouveau né

a. Présentation des sous composantes

- **Planification familiale / Espacement des naissances**

Les services de planification familiale seront mis à l'échelle en profitant de la redynamisation de l'approche communautaire avec un focus particulier sur le renforcement des capacités des prestataires, sur la disponibilité des intrants et sur des programmes ciblés de communication.

- **Maternité à moindre risque**

Le suivi prénatal sera renforcé à travers une couverture des FOSA, en particulier les plus périphériques, par des prestataires formés et des outils d'examen nécessaires avec un respect des normes nationales révisées à la lumière des nouvelles directives internationales.

Un accent particulier sera porté sur l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans tous les hôpitaux et les CS ; le PMA des PS intégrera un paquet essentiel de soins obstétricaux et néonataux d'urgence pouvant être offerts à ce niveau.

Dans ce cadre, il s'agira d'assurer une assistance de qualité à l'accouchement dans les FOSA avec un accompagnement adapté des femmes enceintes sur la base d'un programme de suivi personnalisé grâce à la redynamisation de l'approche communautaire. En réponse, les services chirurgicaux seront assurés dans tous les hôpitaux généraux du Pays et dans certains CS de catégorie A. La mise à échelle et l'amélioration de l'efficacité et de la qualité du forfait obstétrical – à travers le renforcement des capacités des prestataires, l'équipement des FOSA et le suivi – permettra de lever les freins financiers au suivi de qualité de la grossesse (échographie), à l'accouchement et à la césarienne.

Amélioration de la disponibilité et la sécurité du sang avec la promotion des donneurs bénévoles, la fidélisation des donneurs et l'approvisionnement des réactifs et consommables nécessaires. Une décentralisation de la transfusion sanguine se fera à travers la mise en place d'antennes inter-régionales.

Toutes les accouchées suivies – en FOSA ou à domicile – bénéficieront d'un suivi post-natal adapté à leurs besoins

Le suivi des décès maternels et néonataux rendu obligatoire⁴ dans toutes les structures publiques et privées de santé, des outils harmonisés seront mis en place pour faciliter l'édition annuelle d'un rapport national sur l'audit de ces décès qui fera l'objet d'assises nationales larges impliquant les secteurs gouvernementaux, les organisations non gouvernementales actives, le secteur privé de la santé et les PTF.

Dans le cadre de la promotion des droits de la mère et du nouveau né, des mesures seront mises en place pour garantir l'enregistrement civil de ces enfants et la mise en place de centres de prise en charge des violences à l'égard des femmes et des enfants.

⁴ Il existe un arrêté ministériel rendant obligatoire la notification des décès maternels et néonataux dans le cadre de la Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et de la Riposte (SDMPR)

- **Soins du nouveau-né**

Les bébés nés dans une structure de santé ou à domicile bénéficieront des premiers soins propres y compris la tétée précoce dans l'heure qui suit l'accouchement grâce au renforcement des capacités du personnel en particulier en cas de situations particulières (prématurité, asphyxie, petit poids de naissance ou infection néonatale). Les agents communautaires seront mis à profit pour assurer ces soins à domicile pour les accouchées et leurs nouveaux nés habitant à plus de 10 km et/ou n'ayant pas pu accoucher dans la structure de santé.

La prise en charge des nouveaux nés sera intégrée aux différents programmes ciblant la mère et l'enfant tel que le forfait obstétrical.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Santé de la mère et du nouveau né

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Planification familiale / Espacement des naissances	Assurer une offre des Méthodes modernes dans tous les hôpitaux et les centres de santé du pays.	PNSR				
	Assurer une offre des contraceptifs injectables et oraux dans tous les PS (DEPO-Privera)	PNSR				
	Renforcement de l'approvisionnement et de la distribution des produits SR	CAMEC / PNSR / PTF				
	Révision des directives nationales en matière d'approvisionnement en produits SR	PNSR				
	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de communication du PNSR	PNSR				
	Renforcement de la distribution à base communautaire de certains produits PF/EN	DSBN (PNSR/ SSC/ DRAS) / ONG				
Maternité à moindre risque	Consolidation du FO en mettant le focus sur la qualité des prestations dans les FOSA sous FO	PNSR				
	Assurer la disponibilité de 13 médicaments qui sauvent la vie	PNSR/CAMEC				
	Mettre en place un réseau SONU opérationnel au niveau national	PNSR				
	Mobilisation des femmes enceintes autour d'un accouchement assisté de qualité garantie, avec recherche active de femmes enceintes perdues de vue, suivi post-natal et enregistrement des naissances même pour les accouchements à domicile	PNSR/DRAS/ Société civile RASC				
	Disponibilité de la césarienne dans tous les hôpitaux généraux du Pays et dans certains CS de catégorie A	PNSR				
	Elaboration/révision de la stratégie nationale du sang	CNTS / PNSR				
	Rendre opérationnel le comité de pilotage du PNSR	PNSR				
	Mettre en place des comités de surveillance des décès maternels et	PNSR				

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
	néonataux au niveau régions et Moughataa					
Soins du nouveau-né	Mettre en place une unité de néonatalogie dans tous les hôpitaux généraux	PNSR				
	Mettre en place la stratégie coin NN dans toutes les FOSA assurant l'accouchement	PNSR				

3.2.2. Santé de l'enfant

a. Présentation des sous composantes

- **Nutrition de l'enfant**

Le Département de la santé mettra en œuvre les volets « *Accès et utilisation par les enfants, les adolescentes et les femmes des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition* » et « *Adoption de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)* » du Plan national multisectoriel de nutrition 2016-2020 et assurera l'appui technique des autres secteurs et du Comité National de Développement de la Nutrition. Plus spécifiquement, l'allaitement maternel exclusif sera promu et accompagné chez toutes les accouchées suivies et les enfants de moins de 5 ans porteurs de malnutrition aigue sévère (MAS) bénéficieront d'une prise en charge gratuite de qualité dans les CRENAS et CRENI du Département en collaboration avec les secteurs chargés de la prise en charge des cas de malnutrition aigue modérée (MAM).

- **PCIME**

La PCIME sera assurée par toutes les FOSA à travers un renforcement des capacités avec intégration de l'enseignement de la PCIME dans les curricula des écoles de formation, un équipement complémentaire, un approvisionnement régulier en intrants essentiels et un programme spécifique de suivi de la qualité dans le cadre d'une collaboration intra-sectorielle avec les autres programmes de santé, en particulier la nutrition, la vaccination et la lutte contre le paludisme et les MTN.

- **Vaccination**

La redynamisation de la vaccination se fera à travers quatre thématiques du PEV : la vaccination systématique, la vaccination supplémentaire, la surveillance des maladies cibles et la sécurité des injections. Un accent particulier sera mis sur la communication pour la vaccination.

La vaccination systématique utilisera des approches innovatrices telles que l'approche « atteindre chaque district », avec un accent particulier sur le suivi des perdus de vue en mettant à profit la redynamisation de l'approche communautaire à travers la mobilisation d'agents communautaires.

la gamme d'antigènes offerte par le PEV de routine sera élargie aux nouveaux vaccins. Des efforts spécifiques seront déployés pour garantir une gestion efficiente de déchets de vaccination et assurer une maintenance préventive et curative des logistiques du PEV.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Santé de l'enfant

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Nutrition de l'enfant	Promotion de l'AME et de l'alimentation de complément (cadre juridique, sensibilisation et formation du personnel, accompagnement communautaire)	DSBN / Société civile				
	Supplémentation de masse des femmes et des enfants de moins de 5 ans en micronutriments	DRAS / Société civile				
	Mise à échelle des services de prise en charge gratuite et de suivi des cas de MAS dans toutes les FOSA avec dépistage communautaire	DRAS / Société civile				
	Plaidoyer et programmes ciblés de communication autour de la fortification de certains aliments	DRAS / Société civile				
PCIME	Intégration de l'enseignement de la PCIME dans les curricula des écoles de formation	DRH /DSBN				
	Renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux en vue de la systématisation de la PCIME lors de tout contact avec un enfant	DSBN/DRAS/HOPITAUX				
Vaccination	Renforcement du PEV systématique à travers des approches novatrices et une recherche active des abandons et l'introduction des nouveaux vaccins	PEV		Rougeole / rubéole - HPV - Fièvre Jaune	MenAfri Vac	
	Renforcement de la vaccination supplémentaire (Campagnes) et de la sécurité des injections	PEV				
	Renforcement de la surveillance des maladies cibles du PEV	PEV				

3.2.3. Santé de l'adolescent et du jeune

a. Présentation des sous composantes

- **Accès équitable des adolescentes et des jeunes aux services cliniques et d'information de qualité**

Un paquet minimum d'activités SRAJ sera assuré par tous les CS en collaboration avec les acteurs communautaires, en particulier les associations de jeunes et les ONG engagés dans la santé des adolescents et des jeunes.

Des centres de prise en charge des violences à l'égard des jeunes femmes et des adolescents seront mis en place progressivement au niveau des structures de référence en commençant par les hôpitaux.

L'implication des acteurs communautaires – à travers des accords de partenariats formalisés – permettra d'assurer du programme ciblé de SRAJ adaptés aux spécificités et aux besoins des jeunes et des adolescents en zones rurales et périurbaines.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Santé de l'adolescent et du jeune

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Accès équitable des adolescentes et des jeunes aux services cliniques et d'information de qualité	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie Nationale de la SRAJ	PNSR	X			

3.3. Axe 3 : Prévention, lutte contre la maladie et gestion des urgences de santé publique

3.3.1. Préparation et réponse aux urgences de santé publiques

a. Présentation des sous composantes

- Préparation, prévention, détection et riposte face aux épidémies et événements de santé publique en mettant à contribution la recherche et la surveillance.
- Un plan national multisectoriel de mise en œuvre du Règlement Sanitaire sera actualisé et mis en œuvre sur la base d'une évaluation externe conjointe. Il devra permettre de mettre en place les capacités requises par le RSI dans un cadre de coordination multisectorielle pour faire face à tout événement de santé publique.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Préparation et réponse aux urgences de santé publiques

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Prévention, détection et riposte aux épidémies et aux événements de santé	Adoption et mise en œuvre d'un plan national multisectoriel de mise en œuvre du Règlement Sanitaire International	DLM				
	Mise en œuvre du Plan National intégré de lutte contre les maladies à transmission vectorielle	DLM				
	Mise en place des capacités requises par le RSI	DLM				
	Rendre fonctionnel le Centre National des Opérations d'Urgence de Santé Publique (CNOUSP)	DLM				

3.3.2. Lutte contre les maladies transmissibles

a. Présentation des sous composantes

- **Lutte contre le paludisme**

La distribution des MILDA sera renforcée à travers des campagnes de masse annuelles et lors des consultations prénatales et des séances de vaccination et de prise en charge de MAS. En complément, le TPI chez la femme enceinte sera effectivement systématisé profitant de l'amélioration de la couverture en CPN. Parallèlement, la mise à échelle de manière gratuite de l'initiative T3 (tester, traiter et traquer) permettra la prise en charge des cas simples dans l'ensemble des FOSA – et même par les agents communautaires – et à celle des cas graves dans les CS et les hôpitaux, avec un accent particulier chez les moins de 5 ans qui bénéficieront **d'initiatives de gratuité**. Ces interventions seront combinées avec celles de renforcement des capacités et de surveillance en fonction du faciès épidémiologique des zones.

Parallèlement, d'autres interventions essentielles compléteront la stratégie nationale : la pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent à l'intérieur des habitations, La chimio prévention du paludisme saisonnier à Plasmodium falciparum,

- **Lutte contre la tuberculose**

Le renforcement de la détection – active et passive – des cas sera accompagné par la décentralisation de la prise en charge des patients TB avec l’opérationnalisation des CDT existants et la mise en place de nouveaux CDT. Un accent particulier sera mis sur la prévention et la prise en charge des cas de multi-résistance par la disponibilité des médicaments de première et deuxième ligne à tous les niveaux et la gestion de la co-infections TB/VIH avec le renforcement de la capacité et la mise aux normes de l’INRSP . Pour tous ces aspects, un renforcement des capacités des laboratoires et un suivi régulier de la situation seront nécessaires dans le cadre du renforcement du système de santé.

- **Lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites**

L’action multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA se fera sous la coordination du CNLS. Le Département de la santé sera en particulier responsable de la mise à échelle (i) du Dépistage du VIH à tous les niveaux en profitant des opportunités de consultation ou de suivi (dépistage à l’initiative du soignant), (ii) de la prise en charge systématique des cas séropositifs en réponse aux directives internationales et (iii) de la PTME intégrée VIH/HepB chez toutes les femmes enceintes vues en CPN et chez toutes les femmes accouchant dans une FOSEA, dans le cadre de l’initiative mondiale des 3 fois 90⁵. Parallèlement, le système d’approvisionnement – en tests, en ARV, en antiviraux anti HB et en matériel de prévention – et le suivi seront renforcés dans le cadre du renforcement du système de santé. Enfin, le Département jouera pleinement son rôle de leader technique dans le dispositif multisectoriel de réponse à la pandémie. Par ailleurs, la coordination de la stratégie de lutte contre les hépatites virales axée sur la prévention et la prise en charge des hépatites sera sous la responsabilité de l’Institut national d’hépatovirologie qui en assure la référence nationale.

- **Lutte contre les MTN**

Les principales maladies tropicales négligées ciblées sont la schistosomiase, les géo-helminthiases, le trachome folliculaire et la rage. Une recherche active permettra de cartographier le faciès épidémiologique du pays au regard de ces pathologies infectieuses, ce qui permettra d’adapter les actions de contrôle sous forme de chimio-prophylaxie de masse ou de détection et de prise en charge des cas, avec accent particulier sur le renforcement des capacités de diagnostic et de traitement.

⁵ 90% des personnes dépistées, 90% des séropositifs mis sous ARV et 90% des PVVIH suivies avec charge virale indétectable

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Lutte contre les maladies transmissibles

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Lutte contre le paludisme	Distribution des MILDA à travers des campagnes régulières annuelles et lors des consultations prénatales et des séances de vaccination et de prise en charge de MAS	PNLP				
	Systématisation du TPI lors des CPN	PNLP				
	Prise en charge des cas simples dans l'ensemble des FOSA à travers une mise à échelle de manière gratuite de l'initiative T3 (tester, traiter et traquer)	PNLP				
	Prise en charge communautaire du paludisme dans les zones à transmission régulière	PNLP				
	Surveillance épidémiologique des cas	PNLP				
Lutte contre la tuberculose	Renforcement de la détection active et passive des cas	PNLT				
	Décentralisation de la prise en charge des patients TB jusqu'au niveau du PS	PNLT				
	Renforcement de la prise en charge et du suivi biologique des cas de multi-résistance	PNLT				
	Renforcement de la détection et de la prise en charge des co-infections TB/VIH en collaboration avec le SENLS	PNLT				
Lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites	Mise à échelle du Dépistage du VIH à tous les niveaux en profitant des opportunités de consultation ou de suivi (dépistage à l'initiative du soignant)	UCS				
	Mise à échelle de la prise en charge systématique des cas séropositifs en réponse aux directives internationales	UCS				
	Mise à échelle de la PTME chez toutes les femmes enceintes vues en CPN et chez toutes les femmes accouchant dans une FOSA	PNSR				
	Renforcement du système d'approvisionnement en tests,	CAMEC				

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
	en ARV et en matériel de prévention					
	Mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales.	CNLH				
	Mise à échelle des services de dépistage et la prise en charge des hépatites sous la coordination du Centre national de lutte contre les hépatites	CNLH				
Lutte contre les MTN	Recherche active permettant de cartographier le faciès épidémiologique du pays au regard des principales MTN (schistosomiase, géo-helminthiases et trachome folliculaire)	PNL-MTN				
	Chimio-prophylaxie de masse	PNL-MTN				
	Renforcement des capacités des FOSA en matière de détection et de prise en charge des cas	PNL-MTN				

3.3.3. Lutte contre les maladies non transmissibles

a. Présentation des sous composantes

- **Lutte contre les maladies à facteurs de risques communs (cardio-vasculaires, respiratoires, diabète, cancers)**

La multiplicité et la complexité des facteurs de risques de ces maladies non transmissibles nécessitera le développement de l'arsenal juridique nécessaire (loi antitabac, étiquetage des produits alimentaires importés,), la mise en place d'un système de surveillance des facteurs de risque (enquête périodique Step-Wise, GYTS et GATS), le développement et la mise en œuvre de programmes de communication ciblés sur les principaux facteurs de risque, en particulier le tabagisme, la promotion de l'activité physique, consommation des fruits et des légumes, et la pollution environnementale, en collaboration avec les autres secteurs impliqués (communication, affaires religieuses, justice, commerce et finances...). Pour la prévention secondaire, le dépistage passif lors des consultations sera renforcé et le dépistage actif sera organisé avec des acteurs communautaires. Pour la prévention tertiaire, il s'agira essentiellement de transplantation, de greffe, de soins palliatifs et de dialyse, mais aussi de soins de physiothérapie et de réadaptation fonctionnelle dans le cadre de prise en charge des handicapés physiques et neuro-sensoriels. La prise en charge connaîtra une décentralisation progressive à la faveur du renforcement des capacités du personnel et de l'amélioration du plateau technique des FOSA à différents niveaux.

- **Santé bucco-dentaire**

Un programme de prévention et de dépistage des caries dentaires sera mis en œuvre au niveau scolaire en collaboration avec le Ministère de l'éducation. Parallèlement, les services de santé bucco-dentaire au niveau des CS et des hôpitaux seront renforcés dans le cadre du renforcement du système de santé en veillant à l'accès aux médicaments et consommables dentaires. Enfin, un programme de prévention des cancers bucco-dentaires sera mené afin d'en assurer une prise en charge précoce.

- **Santé mentale et neurologique**

Un programme de santé mentale et neurologique permettra de renforcer la décentralisation de la prise en charge des troubles mentaux et des pathologies neurologiques légères jusqu'au niveau des CS avec la formation du personnel, la disponibilité des intrants et l'intégration aux paquets minimums d'activités des CS, ainsi qu'un suivi technique par les services centraux servant aussi de référence nationale, et qui bénéficieront de renforcement de leurs capacités.

La thématique Santé mentale et neurologique doit bénéficier de moyens techniques et financiers pour pouvoir faire face aux activités qui lui incombent : décentralisation (création d'autres antennes, formation et recyclage du personnel impliqué), sensibilisation, recherche, suivi et évaluation.

Aussi, la consommation des drogues et stéropécifiants constitue un vrai problème de santé publique au niveau international. Dans notre pays, ce problème continue à prendre de l'importance particulièrement chez les adolescents et les jeunes écoliers dans les grandes villes comme Nouakchott et Nouadhibou. A cet effet, un service d'addictologie devra être mis en place pour la prise en charge de cette masse de population.

- **Lutte contre les autres maladies non transmissibles (métaboliques, génétiques, cécité, surdité, etc)**

L'action de lutte contre ces pathologies non transmissibles résidera essentiellement dans la mise à échelle de l'offre de services de prévention, de prise en charge et de suivi des cas. Cette mise à échelle consistera essentiellement dans l'introduction de ces services dans le PMA des CS et le PCA des hôpitaux avec implication des infirmiers chefs de poste et des agents communautaires dans la mobilisation des communautés.

- **Lutte contre les accidents de la voie publique**

L'épidémie « silencieuse » bénéficiera d'un programme spécifique de sécurité routière impliquant plusieurs secteurs dans lequel le Département sera chargé de la réduction de la létalité à travers une prise en charge précoce des accident s grâce à la multiplication des services spécialisés de traumatologie et la réhabilitation fonctionnelle au niveau des structures hospitalières   côté des grands carrefours routiers du Pays.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Lutte contre les maladies non transmissibles

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Lutte contre les maladies à facteurs de risques communs (Pathol cardio-vasculaires, respir chroniq, Diabète, Cancers)	Développement et mise en œuvre de programmes de communication ciblés sur les principaux facteurs de risque, en particulier le tabagisme et la sédentarité, en collaboration avec les autres secteurs impliqués (communication, affaires religieuses, justice, ...).	Soc Civile				
	Organisation du dépistage passif (aux occasions de consultation) et du dépistage actif en collaboration avec les acteurs communautaires	DLM				
	Décentralisation progressive de la prise en charge à la faveur du renforcement des capacités du personnel et de l'amélioration du plateau technique des FOSA à différents niveaux	PNL-MTN				
Santé bucco-dentaire	Adoption et mise en œuvre d'un programme de prévention et de dépistage des caries dentaires au niveau scolaire en collaboration avec le Ministère de l'éducation	PNSB				
	Renforcement des services de santé bucco-dentaire au niveau des CS et des hôpitaux	PNL-MTN				
	Mise en œuvre du programme de prévention des cancers bucco-dentaires avec prise en charge précoce	PNL-MTN				
Santé mentale et neurologique	Décentralisation de la prise en charge des troubles mentaux et des pathologies neurologiques légères jusqu'au niveau du CS avec suivi technique par les services centraux servant aussi de référence nationale	PNSM				
	Renforcement des capacités des centres de référence nationale afin d'assurer l'encadrement et le suivi	PNSM				
Lutte contre les autres maladies non transmissibles (métaboliques, génétiques, cécité, surdité, etc. ...)	Mise à échelle de l'offre de services de prévention, de prise en charge et de suivi des cas de maladies métaboliques, génétiques, de cécité et de surdité	DLM				
	Renforcement des capacités des centres de référence nationale afin d'assurer l'encadrement et le suivi	DLM				
Lutte contre les accidents de la voie publique	Adoption et mise en œuvre de programme spécifique de sécurité routière impliquant plusieurs secteurs, avec en particulier la prévention et la prise en charge précoce des accidentés grâce à la multiplication des services spécialisés de traumatologie au niveau déconcentré	DLM				

3.3.4. Prévention et promotion de l'hygiène

a. Présentation des sous composantes

- **Gestion des déchets biomédicaux et promotion des règles d'hygiène**

Les actions prioritaires par rapport à la gestion des DBM sont (i) le renforcement du cadre institutionnel, organisationnel et juridique de la gestion des DBM ; (ii) le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la GDBM ; et (iii) l'adoption et l'acquisition de technologies appropriées pour une gestion efficace et durable des DBM et adaptées au contexte du pays. D'une façon précise, il s'agira de s'assurer que le système de destruction des déchets de toutes les FOSA répond aux normes nationales définies. Dans ce cadre, ces normes seront élaborées, adoptées et vulgarisées accompagnées de programme de formation et de sensibilisation des responsables des FOSA et des agents de santé.

- **Promotion de bonnes pratiques d'hygiène au niveau communautaire**

L'approche communautaire sera mise à profit pour une vulgarisation des bonnes pratiques d'hygiène auprès des ménages grâce aux agents communautaires formés et appuyés par des outils de communication adaptés en fonction des différentes situations.

- **Contrôle alimentaire**

Dans le cadre de la promotion de l'hygiène, dont l'hygiène alimentaire, des brigades de police d'hygiène seront mises en place dans les différentes Wilayas pour l'application des normes d'importation, de stockage et de distribution des aliments vendus dans le commerce général.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Prévention et promotion d'hygiène

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Gestion des déchets biomédicaux et promotion des règles d'hygiène	Renforcement du cadre institutionnel, organisationnel et juridique de la gestion des DBM	DHP				
	Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la GDBM	DHP				
	Adoption et acquisition de technologies appropriées pour une gestion efficace et durable des DBM et adaptées au contexte de la Mauritanie	DHP				
Promotion de bonnes pratiques d'hygiène au niveau communautaire	Mise à profit de l'approche communautaire pour une vulgarisation des bonnes pratiques d'hygiène auprès des ménages	DHP				
Contrôle alimentaire	Mise en place et renforcement des capacités des brigades de police d'hygiène les différentes capitales de Wilayas	DHP				
	Contrôle de la qualité des aliments par l'INRSP	INRSP				

3.4. Axe 4: Renforcement du système de santé orienté vers la CSU

3.4.1. Renforcement de la couverture sanitaire

a. Présentation des sous composantes

- **Développement des ressources humaines**

Après une analyse ciblée de la situation des ressources humaines (publiques et privées) de santé, un nouveau Plan stratégique de développement des ressources humaines sera élaboré tenant compte des orientations stratégiques des trois premiers axes du PNDS et des besoins spécifiques des FOSA et de la carte sanitaire. Les différents volets de formation de base, de recrutement/sélection, de gestion, de motivation, de suivi et d'évaluation seront définis dans ce plan. (voir en annexe une estimation des besoins en effectif pour la période 2017-2020)

- **Infrastructures et équipements**

La carte sanitaire sera régulièrement mise à jour afin de prendre en compte les différents besoins en matière de mise aux normes des infrastructures, et d'accès et d'utilisation des services essentiels de santé. Pendant cette période (2017-2020), le focus sera davantage mis sur la mise aux normes des infrastructures existantes (locaux, équipements, accès à l'eau, à l'électricité et aux latrines) et sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie efficace de maintenance des équipements avec un accent particulier sur les normes d'acquisition, de garanties et de transfert de compétence aux cadres nationaux.

- **Accessibilité aux médicaments, consommables et autres produits de santé de qualité**

Les réformes entreprises par le Département (Exclusivité de l'importation des antibiotiques, stupéfiants, psychotropes, Insulines, Médicaments endocriniens, des antihypertenseurs et anti glaucomeux), dans le but d'assurer la qualité initiale des médicaments n'ont pas permis d'améliorer la disponibilité de ces produits. Ces réformes ont entraîné un renchérissement des médicaments et le changement du paysage pharmaceutique induisant des difficultés pour le remboursement au niveau de la CNAM

Au vu de l'importance et de la complexité de la problématique de l'accès aux Médicaments de qualité, la Politique nationale pharmaceutique sera révisée sur la base d'assises nationales qui seront organisées avec la participation des acteurs et des bénéficiaires et qui dégageront les pistes d'amélioration durable dans le sous-secteur pharmaceutique. Parallèlement, les capacités des institutions en charge de la normalisation et de la régulation (IGS, DPL), du contrôle de qualité (LNCQM), de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et consommables (CAMEC) seront renforcées dans le cadre de rôles complémentaires clairement définis. Une action énergique sera menée contre les réseaux d'importation et de distribution des faux médicaments.

Toutes ces actions se feront dans le cadre d'un système GAS intégré appuyé par un plan d'utilisation rationnelle des médicaments.

- **Fonctionnement régulier des services, organisation et qualité des prestations**

Le Décret sur le fonctionnement et organisation des formations sanitaires sera mi en application et la politique hospitalière sera révisée et mise en œuvre. Par ailleurs, un référentiel d'organisation des services et des normes de qualité des prestations par niveau viendront compléter les PMA et PCA dans une volonté réelle de réguler l'offre de services

publics de santé. Dans ce cadre, le système de référence et de contre référence sera formalisé, appliqué et évalué régulièrement.

Les zones les moins couvertes bénéficieront d'activités avancées et mobiles organisées de manière périodiques par les services départementaux et régionaux de santé ainsi que par les principaux postes de santé dotés de moyens logistiques.

L'application effective des référentiels se fera en harmonie avec les efforts menés dans les domaines des ressources humaines, des médicaments et consommables, et des équipements.

Un accent particulier sera porté sur le Système de recouvrement des coûts (SRC) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Une tarification nationale par niveau et par type de structure sera formalisée à travers un texte réglementaire, et le suivi du recouvrement et de la gestion de ces ressources sera renforcé.

Enfin, les besoins financiers seront objectivement évalués et affectés aux FOSA avec obligation de résultat en termes d'accès, de qualité et d'utilisation des services essentiels de santé. Des documents normatifs fixeront les différents niveaux de budget et les critères d'affectation des ressources.

- **Développement de la cybersanté**

La cybersanté est désormais incontournable dans l'édifice de la couverture sanitaire universelle (CSU)⁶. Dans le cas de la Mauritanie, la cybersanté permettra de mettre en œuvre les technologies de la santé grâce à des applications et des services électroniques, tels que les applications mobiles pour la santé (mHealth), la télémédecine, la formation en ligne, les dossiers médicaux électroniques (DME), les systèmes d'information sanitaire (SIS), les systèmes électroniques de gestion logistique et les systèmes d'information de laboratoire.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Renforcement de la couverture sanitaire

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Développement des ressources humaines	Elaboration d'un nouveau Plan stratégique de développement des ressources humaines (PSDRH) avec ses plans annexes (plan de formation continue et plan de carrière)	DRH				
	Elaboration et validation du guide de mobilité des RH	DRH				
	Mise en place d'une institution de formation des cadres de santé	Cabinet/DRH				
	Evaluation/Révision des PZT	DRH				
	Mise en place d'une BDD pour la gestion des RH	DRH				
	Mise en place d'une entité chargée d'inspection pédagogique pour la formation de base	Cabinet/DRH				

⁶ Forum régional sur le renforcement des systèmes de santé en vue d'atteindre les ODD et la CSU 8 au 13 Décembre 2016, Windhoek, Namibie : « la cybersanté joue un rôle crucial pour renforcer les systèmes et services de santé, réduire les coûts tout en améliorant la qualité des données et fournir des informations et données factuelles pour la formulation de politiques et la prise de décisions »

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
	Renforcement de la capacité des écoles (50 formateurs, équipements didactiques et génie civil)	DRH/DPCIS/DIMM				
Infrastructures et équipements	Mise à jour régulière de la Carte sanitaire	DPCIS				
	Evaluation de la situation et mise aux normes des structures sanitaires existantes	DIMM				
	Adoption et mise en œuvre d'une stratégie nationale de maintenance des équipements	DIMM				
Accessibilité aux médicaments, consommables et autres produits de qualité	Mise en place des instances chargées de piloter coordonner les sous secteur pharmaceutique	DPL/DPCIS				
	Révision, validation et vulgarisation de la PPN	DPL				
	Renforcement de la capacité de la CAMEC (stockage, logistique et assurance qualité)	CAMEC				
	Mise en place effective de l'unité de pharmacovigilance	DPL				
	Renforcement des capacités de contrôle et de suivi du LNCQ	LNCQM				
Fonctionnement régulier des services, organisation et qualité des prestations	Elaboration et mise en application d'un référentiel d'organisation des services et de normes de qualité des prestations par niveau	DSBN DMH DLM				
	Adoption et application du système de référence et de contre référence	DSBN DMH				
	Réglementation de la tarification à tous les niveaux, et renforcement du suivi du SRC	DSBN DPL CAMEC DMH				
Développement de la cybersanté	Amélioration des compétences des ressources humaines médicales et paramédicales par la mise à contribution des TICs	PNCS				
	Amélioration et extension de la prise en charge particulièrement dans les zones rurales et isolées.	PNCS				
	Amélioration de la disponibilité et de la qualité des informations sanitaires et médicales pour en tirer le meilleur parti.	SNIS/DPCIS				
	Mise à contribution des TICs dans la prévention et à la lutte contre les maladies.	Programmes				
	Amélioration de l'information et la communication entre les professionnels de la santé et les populations et promouvoir une meilleure éducation pour la santé auprès des communautés	PNCS				
	Amélioration des capacités managériales et de la gestion du système de Santé.	Cabinet				

3.4.2. Financement de la couverture sanitaire universelle

Le financement de la CSU concerne, à la fois, le financement de l'offre et celui de la demande et de l'utilisation. Le financement de l'offre est largement développé dans le financement du 4^e axe avec un besoin urgent d'amélioration de la gouvernance. Dans cette partie sera essentiellement développé le financement de la demande et/ou de l'utilisation.

a. Présentation des sous composantes

- **Mise à échelle de l'assurance maladie**

En perspective de la CSU, une Stratégie nationale de financement de la santé sera élaborée et validée définissant les principaux mécanismes de mise en application progressive passant par la généralisation de l'assurance maladie auprès de tous les travailleurs du secteur formel et le développement de mutuelles dans le secteur informel (commerce, agriculture, élevage) avec accompagnement technique et financiers par la CNAM et des principaux PTF engagés dans ce domaine.

Dans ce cadre, des mécanismes visant la protection financière des indigents et leur affiliation à l'assurance maladie seront financés et mis en place.

- **Développement d'initiatives de gratuité**

Il s'agira d'analyser et réviser les mécanismes actuels afin de les rendre plus efficaces en précisant les interventions et/ou intrants objets de gratuité et fixant les modalités de fonctionnement par niveau et par type de prestation.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Financement de la demande pour une couverture sanitaire universelle

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Mise à échelle de l'assurance maladie	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé (SNFS)	DPCIS/PTF				
	Mise en place d'un Fonds pour la Couverture sanitaire universelle (FCSU) avec prise en charge gratuite des indigents	DPCIS/PTF				
Développement d'initiatives de gratuité	Elaboration d'une stratégie nationale de gratuité des soins	DPCIS/PTF				
	Révision des gratuités en cours à la lumière de la stratégie nationale et développement de nouvelles initiatives	DPCIS/PTF				

3.4.3. Renforcement de la santé communautaire

a. Présentation des sous composantes

- **Mise à échelle des services de santé à base communautaire**

La stratégie nationale de santé communautaire sera révisée afin de l'adapter à la situation actuelle en prenant en compte les besoins d'appui communautaires développés dans les différents domaines d'action.

Dans ce cadre, le nombre nécessaire d'agents de santé communautaire (au-delà de 10 km d'une structure de santé) et de relais communautaires (moins de 10 km d'une structure de santé) seront sélectionnés conformément aux critères définis dans la stratégie. Ils bénéficieront de la formation, de la motivation, de la dotation en kits et du suivi nécessaires afin de les aider à jouer leur rôle d'offre de soins primaires et de mobilisation des communautés autour des priorités de santé.

- **Promotion de la santé au niveau communautaire**

Grâce aux agents communautaires, et tenant compte des différentes actions des programmes de santé, des micro-planification trimestrielles de mobilisation des communautés autour des thématiques de vaccination, de CPN, de PF, de prévention du paludisme, du VIH, des MNT et des MTN seront adoptés par les différents intervenants.

b. Cadre logique de mise en œuvre de la composante Renforcement de la santé communautaire

Sous composantes	Stratégies et Interventions	Responsable	Chronogramme			
			2017	2018	2019	2020
Mise à échelle des services de santé à base communautaire	Evaluation et révision de la stratégie nationale de santé communautaire	DSBN				
	Sensibilisation, ciblage, sélection et formation des ASC et des RC	DRAS/DSBN				
	Dotation en kits et motivation des ASC et des RC	DRAS/DSBN				
	Suivi régulier des ASC et des RC	DRAS/DSBN				
Promotion de la santé au niveau communautaire	Adoption et mise en œuvre de micro-planification trimestrielles de mobilisation des communautés autour des principales thématiques de santé et de nutrition.	DRAS/DSBN				
	Coordination avec les activités des autres secteurs et de la société civile centrés sur la communauté (éducation, AGR, culture et sports)	DSBN/PTF				

Chapitre 4 : Cadre de financement, de mise en œuvre et de suivi et évaluation du PNDS

4.1. Pilotage, coordination et suivi et évaluation

Pour être efficace, le pilotage de la mise en œuvre du PNDS sera assuré par le Comité national de pilotage du secteur (CONAP) à travers (i) l'adoption des plans annuels du secteur, (ii) la mobilisation et l'allocation des ressources nationales et extérieures, et (iii) la coordination de la mise en œuvre et du suivi évaluation du PNDS à travers les organes définis dans l'axe « Gouvernance ».

4.2. Cadrage budgétaire du PNDS 2017-2020

Ce cadrage permet de proposer un financement adéquat et réaliste pour la mise en œuvre de la deuxième phase révisée du PNDS 2012-2020, et qui couvre la période 2017-2020. Les détails méthodologiques et analytiques sont dans le volume 3 (CDMT).

Tableau 3 : Composantes budgétaires annuelles du CDMT 2017-2020

Axe stratégique	2017	2018	2019	2020	Budget total par axe
Budget Axe 1 : Gouvernance et Leadership (en millions de MRO)	4 123	4 733	5 217	5 670	19 743
Budget Axe 2 : Santé maternelle, néonatale, infantile et santé adolescents et jeunes (en millions de MRO)	8 288	9 514	10 487	11 397	39 687
Budget Axe 3 : Lutte contre la maladie (en millions de MRO)	8 894	10 210	11 254	12 231	42 589
Budget Axe 4 : Renforcement du système (en millions de MRO)	21 942	25 188	27 763	30 172	105 064
Budget Annuel total (en millions de MRO)	43 248	49 645	54 721	59 469	207 082
Budget annuel par habitant (en USD)	29,6	33,3	35,9	38,3	

Globalement, la mise en œuvre du PNDS nécessitera, sur les 4 années, la mobilisation de plus de 207 milliards d'ouguiyas, avec une évolution annuelle de 43 milliards environ en 2017 à plus de 59 milliards en 2020, ce qui constitue une augmentation raisonnable de 15% en 2018, de 10% en 2019 et de près de 9% en 2020.

En évoluant de près de 30 dollars par tête d'habitant en 2017 à plus de 38 dollars en 2020, la dépenses publiques de santé reste en deçà des prévisions du PNDS 2012-2020 qui prévoyait une évolution de « moins de 15 dollars par habitant et par an en 2010 à 32 en 2015 et à 55 en 2020 ».

Ces dépenses de santé seront couvertes, en quasi-totalité, par le budget de l'Etat et par les apports financiers des PTF du secteur. Les différents PTF ont été approchés par le Ministère de la santé en vue d'estimer les ressources mobilisables en faveur du présent PNDS sous forme de disponibilités financières pour le moyen terme.

Tableau 4: Disponibilités financières annuelles (en millions MRO) par source potentielle de financement

Source de financement	2017	2018	2019	2020	Total 2017-2020	%
Gouvernement	24 654	25 005	26 163	27 521	103 344	51,00%
CNAM	6 600	7 128	7 770	8 546	30 044	14,80%
PTF	14 640	19 150	17 790	17 790	69 372	34,20%
Total	45 895	51 283	51 723	53 858	202 759	

Ce financement sera d'abord assuré par les ressources nationales à hauteur de 65,8% provenant de l'Etat (51%) et de la CNAM (14,8%). L'apport de la CNAM provient de la régularisation des prises en charge des populations couvertes par l'assurance maladie. Les 34,2% restants proviendraient des différents PTF, bilatéraux et multilatéraux (voir tableau ci-dessus). Une partie de ces fonds constitue des engagements formels à travers des documents de projets et autres accords de financement, alors que la grande part représente des intentions de financements qui méritent d'être formalisées à travers les instruments appropriés (table ronde, signature d'accord, ...).

Tableau 5: Différences budgétaires (ou gap de financement) entre disponibilités financières annuelles et enveloppes du CDMT (en millions de MRO) par axe stratégique

Axe stratégique	2017	2018	2019	2020
Axe 1 : Gouvernance et Leadership	841	338	48	-198
Axe 2 : Santé maternelle, néonatale, infantile et santé adolescents et jeunes	-740	-1 428	-2 056	-2 715
Axe 3 : Lutte contre la maladie	-130	1 911	1 457	1 046
Axe 4 : Renforcement du système	2 684	825	-2 440	-3 735
Total Annuel	2 654	1 645	-2 990	-5 602

Globalement, les disponibilités financières actuelles (202 789 millions de MRO) restent légèrement en deçà des besoins du CDMT (207 082 millions de MRO) avec un gap d'environ 5,6 milliards de MRO sur les quatre années.

Ramenée par an, cette comparaison montre un surplus d'environ 2,6 milliards en 2017, diminuant en 2018 à 1,65 pour redevenir négatif en 2019 (-2,99 milliards de MRO) et en 2020 (-5,6 milliards de MRO). Cette simulation constitue une certaine garantie de disponibilité en cas de retard de mise en place de certains financements prévus en 2017.

4.3. Opérationnalisation du PNDS

Les orientations stratégiques définies dans le PNDS seront déclinées (i) au niveau intermédiaire, à travers des plans régionaux de développement sanitaires et (ii) au niveau des institutions sous tutelles (Etablissements publics de santé) par des projets d'établissement et des contrats programmes.

Parallèlement, des documents stratégiques satellites du PNDS seront élaborés ou révisés afin de définir avec plus de précision les options stratégiques relatives à la carte sanitaire, au

développement des ressources humaines, à la disponibilité et l'accessibilité du Médicament, à l'approche communautaire, à la santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile, à la lutte contre telle ou telle pathologie,... (Voir liste des documents stratégiques satellites du PNDS en annexe).

La coordination des activités de planification sera assurée :

- Au niveau national par la Direction en charge de la planification et de l'information sanitaire qui conduira techniquement le processus national sous l'autorité du CONAP ;
- Au niveau régional, par l'équipe cadre de la DRAS sous l'autorité du conseil de développement socio-sanitaire de la Wilaya,
- Au niveau Moughataa, par l'Equipe cadre sous l'autorité du comité de développement socio-sanitaire de la Moughataa,
- Et au niveau des hôpitaux et établissements par l'équipe directionnelle sous l'autorité des conseils d'administration en conformité avec les orientations de la réforme hospitalière et du renforcement de la gouvernance dans le secteur.

Ces comités seront des cadres intégrateurs des structures gouvernementales, des organisations et associations de la société civile, des acteurs du secteur privé de la santé et des PTFs, en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé. Des textes réglementaires seront révisés ou élaborés pour toutes ces entités de coordination en vue de garantir la réalité de l'approche sectorielle, de la transparence et de la participation communautaire à tous les niveaux de mise en œuvre.

La mise en œuvre du PNDS se fera dans le cadre de ce Dispositif institutionnel de pilotage, de coordination et de suivi.

La première étape de l'opérationnalisation du PNDS consistera en l'élaboration d'un plan d'action opérationnel annuel par chaque structure déconcentrée en collaboration avec l'ensemble des acteurs intervenant dans sa zone de responsabilité à partir de son plan de développement. Après validation par les instances de coordination, les plans opérationnels seront soumis au CONAP afin de les intégrer au plan de financement de l'année en cohérence avec le CDMT 2017-2020. En cas de mobilisation des ressources, la réalisation des activités prévues dans ledit Plan opérationnel sera assurée par les acteurs de la structure concernée en collaboration avec l'ensemble des intervenants locaux incluant la société civile et le secteur privé.

Les directions régionales et centrales produiront des plans d'action opérationnels annuels portant essentiellement sur l'appui à la mise en œuvre optimale des activités concourant à l'atteinte des résultats du PNDS.

En complément, pour ce qui est des hôpitaux et établissements autonomes, il sera demandé aux directions des ces établissement de transmettre leurs plans d'action opérationnels annuels après leur adoption par leurs conseils d'administration respectifs.

Par ailleurs, les présentes orientations du PNDS ont été en totale cohérence avec celles des différents plans stratégiques des programmes⁷ en cours. Dans le même sens, la mise en œuvre du PNDS se fera – en partie – à travers la mise en œuvre de ces plans stratégiques sous-sectoriels. Cependant, l'intégration des activités de ces différents programmes et leur décentralisation seront deux principes cruciaux de la mise en œuvre de ce PNDS. Ainsi, l'ancrage institutionnel et l'organisation de ces programmes seront revus pour mettre en place les conditions de cette intégration et d'une décentralisation effective.

4.4. Conditions de succès

Les trois principales conditions de succès sont :

- L'engagement politique de haut niveau en faveur de ce PNDS, et en particulier en faveur des niveaux opérationnels les plus périphériques. Cet engagement reste le principal garant (i) d'un leadership robuste, (ii) d'une mobilisation suffisante des ressources nationales et internationales, (iii) d'une régulation et d'un contrôle efficace à tous les niveaux et (iv) d'une décentralisation dans la gestion, l'utilisation et le suivi des ressources et dans la définition des responsabilités.
- L'engagement des PTF pour un accompagnement effectif de cette stratégie. Cette condition est fortement tributaire de la précédente, même si l'engagement des PTF pourrait en retour mobiliser davantage le niveau politique. Le consensus autour de ce PNDS et la signature du Compact qui l'accompagne facilitera cet engagement des PTF.
- La mobilisation, la préparation et l'encadrement des communautés et de la société civile pour leur implication active dans la mise en œuvre du PNDS. Cette implication des communautés garantit un certain « contrôle citoyen » sur la mise en œuvre de cette stratégie tout en garantissant le ciblage des besoins prioritaires des populations. La révision de la stratégie nationale de santé communautaire et son adaptation aux besoins actuels des populations et du secteur, le plaidoyer et la mobilisation autour de sa mise en œuvre et le renforcement des capacités des communautés et leur participation effective à la gestion du système de santé sont les garanties d'une réelle implication de ces bénéficiaires.
- La coordination multisectorielle dans les différents domaines de santé impliquant un ou plusieurs secteurs à travers des instruments efficaces garantissant une synergie des actions de nutrition, de lutte contre les épidémies, de gestion des ressources humaines ou des approvisionnements en médicaments à titre d'exemple.

4.5. Mesures et réformes nécessaires

L'efficacité du PNDS nécessitera la mise en œuvre de réformes et mesures d'accompagnement dont certaines relèvent du Ministère de la santé alors que d'autres nécessitent des décisions gouvernementales ou des conventions internationales. Ces mesures et réformes sont présentées ci-dessous par composante du système de santé.

⁷ Plans stratégiques SR, « SIDA », « palu », PCIME, « tuberculose », ...

➤ **En matière de prestations de services**

Pour un accès universel aux soins essentiels de santé de qualité, il sera nécessaire l'élaboration ou la révision :

- de la Carte sanitaire sous la forme juridique garantissant son strict respect par tous et définissant avec précision (i) les critères et les projections d'implantation de nouvelles structures, (ii) les plans types de structures, (iii) les normes en équipements et (iv) les PMA et PCA par niveau et par type de structure de santé, y compris les USB ;
- du Code National de santé publique, avec des protocoles thérapeutiques pour les maladies prioritaires et des référentiels de qualité pour les structures de soins ;
- d'un schéma directeur d'organisation des soins avec normes et procédures par type de structure, y compris les normes et procédures de référence et contre-référence ;
- d'une tarification harmonisée des prestations de soins

➤ **En matière de développement des ressources humaines**

Pour une disponibilité permanente et à tous les niveaux de ressources humaines efficaces, il s'agira de mettre en oeuvre les principales mesures et réformes suivantes:

- Réactualisation et adoption du plan stratégique national de développement des RHS ;
- Elaboration et adoption d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux ;
- Réactualisation et mise en oeuvre du plan directeur de la formation continue ;
- Révision des modalités et meilleur suivi de l'application des primes de zones et de technicité avec mise en place de mécanisme d'évaluation des performances individuelles et collectives du personnel ;

➤ **En matière d'accès au Médicament et consommable de qualité**

Pour un accès universel au Médicament et consommables de qualité, il sera mis en oeuvre les mesures et réformes suivantes :

- Révision de la loi pharmaceutique afin de la rendre plus adaptée à l'exercice correct de la Pharmacie ; Elaboration et adoption de ses textes d'application ;
- Elaboration d'une stratégie nationale intégrée de gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et produits pharmaceutiques.
- Révision, adoption, mise en oeuvre d'une tarification harmonisée des médicaments et consommables essentiels (et la rendre stable au moins pour une année).
- Révision, adoption et mise en oeuvre d'une politique nationale de transfusion sanguine adaptée aux besoins des structures publiques et privées de santé.

➤ **En matière de prévention de lutte contre les épidémies**

- Elaboration et adaptation des textes réglementaires des normes et procédures en vue de renforcer les capacités nationales de prévention, de dotation, et de riposte des événements de santé publique dans le cadre de la mise en œuvre de Règlement Sanitaire International (RSI)

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

L'augmentation et l'efficacité du financement du secteur seront assurées grâce à la mise en œuvre des mesures et réformes suivantes :

- Elaboration et adoption par le Conseil des Ministres d'une stratégie nationale du financement de la santé en perspectives de la CSU
- Révision et signature du Compact national, respect des engagements financiers et adoption d'une charte de bonne conduite entre Partenaires du Compact ;
- Mise en place d'un Fonds commun pour une gestion des ressources prévues dans le Compact national avec normes et procédures adoptées ;
- Renforcement des capacités en passation des marchés et adoption d'un bordereau national de prix pour la santé.

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

Pour une disponibilité, une analyse et une utilisation optimale de l'information stratégique, les mesures et réformes ci-dessous seront mises en œuvre:

- Révision et adoption de normes et procédures de collecte, d'analyse, de transmission et de synthèse des données du SNIS de routine et la mise en place de la plateforme DHIS2
- Réalisation de façon régulière les enquêtes (CNS, SARA, SMART, Step Wise, EDS, MICS...) pour actualiser les valeurs des indicateurs de suivi du PNDS.
- Généralisation de la SMIR à toutes les Moughataa impliquant les principaux acteurs ;
- Adoption d'une politique nationale de recherche opérationnelle pour la santé impliquant d'autres secteurs (Enseignement supérieur, Affaires sociales, ...) et adoption de textes régissant la recherche pour la santé dans le Pays (y compris l'obligation de visa du Comité d'éthique) avec renforcement des capacités en recherche et analyse des données à tous les niveaux. A cet effet, l'INRSP et la Faculté de Médecine seront renforcés dans le cadre d'un programme impliquant les Ministères en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche.

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

Les différents aspects ci-dessus dépendront fortement du leadership et de l'efficacité de la coordination à tous les niveaux; pour cela, il sera mis en œuvre les principales mesures et réformes nécessaires suivantes :

- Révision de l'organisation du secteur pour l'adapter aux grandes orientations du PNDS avec intégration effective des Programmes de santé dans l'organisation et le fonctionnement du Département ;
- Adoption de textes réglementaires mettant en place les entités de coordination intra et intersectorielle, et mise en place de manuels de procédure, de TDR, de directives et de moyens de fonctionnement de ces entités ;
- Intégration du secteur santé dans la loi nationale sur la régulation et adoption de texte réglementant cette régulation « santé ».
- Elaboration, adoption et mise en œuvre d'une stratégie de décentralisation effective jusqu'au niveau périphérique (CS et PS) ;
- Partage régulier – par le canal le plus approprié – de l'ensemble des informations relatives à l'allocation, à l'exécution et au décaissement des ressources financières tant nationales qu'extérieures ;
- Révision et mise en œuvre d'une approche communautaire permettant à la fois une mobilisation sociale efficace et une implication effective des populations bénéficiaires dans la gestion du système de santé ; une attention particulière sera accordée aux mécanismes et systèmes de recrutement, de formation et de motivation des RC et des ASC.
- Elaboration d'une Stratégie nationale de communication en matière de santé

4.6. Analyse et gestion des risques

Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
Faiblesse de la gouvernance du secteur	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales - Révision/élaboration de textes instituant une régulation forte dans le secteur - Mobilisation des moyens et renforcement des capacités de régulation 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des autorités politiques - Amélioration du cadre juridique et renforcement des capacités de gestion
Non mise en œuvre de l'approche communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir le consensus autour de la stratégie communautaire (en présence des niveaux déconcentrés) - Assurer le financement nécessaire pour le démarrage effectif de sa mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir les ambitions de couverture à la baisse - Mener une évaluation indépendante, et prendre les décisions qui s'imposent
Non respect de la carte sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Implication de toutes les parties prenantes dans le processus d'élaboration de la Carte sanitaire. - Révision et adoption de la Carte sanitaire sous une forme juridique contraignante 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques
Exagération de la mauvaise répartition du personnel au	<ul style="list-style-type: none"> - Instituer le recrutement sur poste - Revoir l'application des primes de zones et 	<ul style="list-style-type: none"> - Mener une évaluation approfondie et dégager les

détriment des niveaux opérationnels	de technicité - Mettre à échelle le FBR	principales causes - Réviser les termes d'application des primes de zones et de technicité, et renforcer le suivi de leur application
Les capacités de formation n'arrivent pas à combler les gaps en RHS	- Renforcer les capacités actuelles de formation des Ecoles publiques	- Accélérer la libéralisation de la formation des cadres de la santé avec un encadrement et un suivi efficace
Retard dans la mise en place et dans les décaissements de fonds au profit de la phase pilote de FBR	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités et mobilisation des PTF pour le financement	- Révision à la baisse de certaines ambitions programmatiques
Maintien de la loi cadre pharmaceutique dans son état actuel (sous pression des lobbies d'intérêt)	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités et parlementaires en faveur de la révision de la loi - Implication de l'Ordre national, des associations professionnelles et des compétences nationales et internationales dans la révision de la loi	- Renforcement du plaidoyer politique
Multiplicité des circuits parallèles d'acquisition des médicaments et consommables en liaison avec les programmes verticaux	- Révision de la place, de l'organisation et du fonctionnement des programmes - Institutions de normes et procédures obligatoires en termes d'approvisionnement et de distribution des médicaments consommables	- Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Plaidoyer et sensibilisation à tous les niveaux
Inefficacité du contrôle de qualité du Médicament, en particulier privé	- Révision et mise en œuvre de la loi cadre pharmaceutique - Renforcement des compétences et implication des institutions ordinales	- Renforcement du plaidoyer politique
Inefficacité du SNIS et insuffisance d'analyse des données collectées	- Poursuite du plan de renforcement du SNIS - Renforcement de la collaboration avec les différentes entités du Ministère et avec l'ONS	- Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Plaidoyer et sensibilisation à tous les niveaux
Insuffisance de mobilisation des ressources financières et/ou réduction des budgets	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF - Signature d'un Compact avec des engagements réciproques précis en termes de résultats et d'enveloppes budgétaires annuelles	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF - Révision à la baisse des ambitions du secteur
Multiplicité des procédures de gestion sans mise en commun des fonds, et	- Intégration des éléments relatifs au fonds commun dans le Compact et renforcement du système conjoint de suivi et d'évaluation	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités et des PTF - Mise en place des garanties

difficulté dans leur exécution		nécessaires en termes de transparence dans la gestion des fonds
Maintien du déséquilibre de financement au détriment des niveaux opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF - Signature du Compact et respect des engagements 	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques

4.7. Résumé sur le cadre de suivi et évaluation du PNDS

L'objectif étant de systématiser le processus de collecte, d'analyse, de traitement et de diffusion de l'information relative à la situation sanitaire et à la réponse apportée, afin d'identifier les insuffisances et obstacles et d'alerter les autorités compétentes.

Pour cela, il s'agira, dans ce plan de définir :

- le cadre institutionnel du suivi et évaluation du PNDS
- les mécanismes de suivi et d'évaluation
- le cadre de performance avec les principaux indicateurs stratégiques
- les circuits des données jusqu'à la prise de décision
- Les responsabilités à tous les niveaux
- Les moyens nécessaires

Ce dispositif s'adapte aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et se compose ainsi de quatre niveaux :

- le **niveau opérationnel** : premier niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information.
- le **niveau intermédiaire** : deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques
- le **niveau central** : troisième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures du niveau national ou de référence.
- le **niveau de pilotage** : quatrième niveau où sont traitées et diffusées aux différents acteurs les informations stratégiques permettant un suivi et une évaluation continus de la mise en œuvre du PNDS. C'est (à ce niveau que sont conduites les études d'impact et d'effet permettant l'évaluation de l'atteinte des résultats.

Le suivi évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PNDS et des résultats obtenus reposera donc sur un système d'information performant qui soit à même de fournir en temps réel l'ensemble des informations stratégiques nécessaires. Pour ce faire, la redynamisation du SNIS, de la supervision intégrée et de la recherche pour la santé y compris la réalisation d'enquêtes régulières permettront de disposer à temps et au niveau voulu des informations nécessaires au pilotage du PNDS. L'évaluation finale comprendra deux

évaluations – interne et externe – ainsi que des enquêtes spécifiques (EDSM, enquête de satisfaction des bénéficiaires, ...).

Le respect de certains principes de base garantit aux mécanismes de suivi et d'évaluation l'efficacité nécessaire ; il s'agit en particulier :

- De la fiabilité de l'information sanitaire grâce à une affectation des ressources humaines ayant les compétences requises, à une large utilisation des technologies de l'information et de la communication, et à la mise en œuvre de procédures simples et souples de suivi et d'évaluation.
- De la mobilisation conséquente des ressources financières pour le suivi et l'évaluation.
- De l'implication effective de toutes les parties prenantes dans le processus de collecte, d'analyse et de prise de décision.
- Et de la mise en œuvre des décisions découlant des résultats du suivi et de l'évaluation.

Les détails de tous ces aspects, y compris le cadre de performance et le tableau de définition des indicateurs stratégiques est à retrouver dans le volume 4 (plan de suivi et évaluation).

Conclusion

A la suite d'un processus participatif qui a abouti à l'atelier national de validation, le PNDS 2 (2017-2020) – dans ses quatre volumes – cible les principales faiblesses qui se dégagent de la revue à mi-parcours et des différentes analyses sectorielles menées ces trois dernières années.

Son financement serait en majorité disponible si les engagements nationaux et internationaux se concrétisent dans le cadre d'une action ciblée sur la couverture santé universelle conjointement assurée par l'Etat et par ses Partenaires.

Sa mise en œuvre dépendra essentiellement de la qualité de mise en œuvre de son premier axe stratégique centré sur le renforcement du leadership et de la gouvernance. Elle dépendra aussi du respect de son cadrage budgétaire et de l'efficacité de son suivi et de son évaluation.

Annexe: **Besoins en RH 2017-2020**

	Besoins en RH le scénario avec un redéploiement complet	Besoins en RH le scénario recrutements et un redéploiement partiel
Anapathologie	12	15
Anesthésie	38	46
Cardiologie	5	20
Chirurgie	14	37
Chirurgie cardiovasculaire	7	8
Chirurgie Pédiatrique	11	15
Chirurgie vasculaire	10	11
Dermatologie	20	28
Endocrinologie	5	11
Epidémiologie	24	25
Gastrologie	22	30
Gynécologie	14	45
Hématologie	10	11
Médecine Interne	18	28
Néphrologie	10	16
Neurologie	11	16
Neurochirurgie	9	16
Oncologie	8	11
Ophtalmologie	10	25
ORL	13	25
Orthopédie	17	30
Pédiatrie	8	28
Pédopsychiatre	15	16
Pneumologie	11	15
psychiatrie	9	10
Radiologie	26	43
Rhumatologie	12	13
Urologie	20	28
MEDE Généraliste	162	451
Dentiste	60	153
Pharmacien	3	67
Biologiste	12	54
Biomédical	36	54
PTAS	34	50
Technicien Supérieur de Santé	178	489
Sage femme	68	672
Infirmier d'Etat	219	1421
Infirmier médical	0	1613

Chauffeurs	68	68
Personnels d'appui/nettoyage	918	918
Techniciens en génie civil	13	13
Total	1830	6645