
REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur- Fraternité – Justice

MINISTERE DE LA SANTE



REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE (RDPS) 2005-2010

Rapport final



Table des matières

TABLE DES MATIERES	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES GRAPHIQUES	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
PREFACE	9
RESUME	10
INTRODUCTION	14
CHAPITRE I : RAPPEL DES PRINCIPAUX ELEMENTS D'ANALYSE DE LA SITUATION DU SECTEUR DE LA SANTE EN MAURITANIE	17
1.1 LE CADRE INSTITUTIONNEL ET L'ORGANISATION DU SECTEUR PUBLIC DE SANTE	17
1.2 SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET ANALYSE DES INDICATEURS DE SANTE	21
1.3 LA PROTECTION FINANCIERE CONTRE LE RISQUE MALADIE	24
CHAPITRE II : PROCEDURES BUDGETAIRES, CIRCUIT DE LA DEPENSE PUBLIQUE ET IMPACT SUR LE MINISTERE DE LA SANTE EN MAURITANIE	27
2.1. CADRE GENERAL	27
2.2. LES PROCEDURES EN MATIERE DE DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE	28
CHAPITRE III : ANALYSE QUANTITATIVE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE	32
3.1 EVOLUTION DE LA DEPENSE PUBLIQUE DE SANTE ET DE SES SOURCES DE FINANCEMENT	32
3.2 COMPARAISON AVEC QUELQUES PAYS DE LA SOUS-REGION	36
3.3 EFFICIENCE ALLOCATIVE	37

3.3.1	REPARTITION DE LA DPS SELON LES INSTITUTIONS BENEFICIAIRES	37
3.3.2	REPARTITION DE LA DPS SELON LE NIVEAU DES PRESTATIONS	39
3.3.3.	REPARTITION DE LA DPS SELON LE TYPE DE STRUCTURE PRESTATAIRE	43
3.3.4.	REPARTITION DE LA DPS SELON LA CATEGORIE DE DEPENSE (CLASSIFICATION ECONOMIQUE)	47
3.4.	EFFICIENCE	51
3.5.	ÉQUITÉ	54
3.5.1.	REPARTITION DE LA DPS SELON LE MILIEU	54
3.5.2.	REPARTITION DE LA DPS ENTRE LES REGIONS/WILAYAS	56
<u>PRINCIPALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</u>		60
<u>LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>		65
<u>ANNEXES DU RAPPORT FINAL DE LA RDPS</u>		66

Remerciements

Le présent rapport a été élaboré et rédigé par :

- Isselmou Ould MAHJOUB, Directeur de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire
- Mohamed Mahmoud Ould KHATRY, Chef Service Programmation et Etudes /DPCIS/MS
- Driss ZINE- EDDINE EL- IDRISSE, Banque Mondiale, Hub Régional, AFTHE
- Hama Ould MOHAMED LEMINE, Consultant / Directeur Général du Bureau d'Etudes, de Conseils et de Consultations (BECC)

Les différents travaux d'élaboration de la Revue des Dépenses Publiques de Santé (RDPS) ont enregistré une participation active des membres du Noyau Dur du Comité Technique du PNDS qui est composé comme suit :

Mr Mohamed O/ Dick	Chef Service Comptabilité/DAF
Mr Cheikhna O/ Abba	Responsable S & E /DAF
Mr Mohamed O/ Yezid	Chef Service des Infrastructure/DIMM
Mr Youssef O/ Limame	Chef Service DSSB
Dr Abdallahi O/ Mohamed	Chef Service MNT/DLM
Gothiel Ould Djebe	Chef division secteur de développement rural à la DGB/MF
Dr Brahim O/ Abad	Chef Service TSA/DPL
Dr Ahmed O/Mohamed Ahmed	Directeur commercial / CAMEC
Mr Moukhtar O/ ALAOUI	Chef Service FS/DRH
Mr Brahim O/ Amar	Chef Service M SI/DPCIS
Mr Sidi Abdoulah O/ Bechir	Chef Service RDEHP/DMH
Mme Roughaya M/ El Moustapha	Chef Service Coopération /DPCIS
Dr Mamadou Dravé	OMS/Nouakchott
Dr Eby Ould Cheikh	Consultant à la Représentation de la BM à NKTT
Mme Kelly Aminata	OMS/Nouakchott

Les tâches relatives à la collecte des données ont pu être réalisées grâce à la collaboration active des différents responsables des entités enquêtées : les structures de santé relevant du Ministère de la Santé et des autres départements Ministériels, le Ministère des Finances, la CNAM, l'ONS et l'ensemble des partenaires techniques et Financiers du Ministère de la Santé. Ce travail de dimension stratégique pour le secteur sanitaire et l'ensemble du pays a été accompli avec l'accompagnement permanent et dynamique des responsables de la Banque Mondiale (Ibrahim Magazi ; la revue interne a été faite grâce aux experts suivants : Christophe Lemièrre, Agnès Couffinhal, Tania Dmytraczenko et Sameh El-Saharty) et du bureau de l'OMS à Nouakchott, ainsi que l'appui financier du Secrétariat de l'IHP+. Qu'ils trouvent tous ici, nos sincères remerciements ainsi que notre reconnaissance pour les efforts consentis en vue de la finalisation de ce rapport.

Sidi Aly Ould Sidi Boubacar
Secrétaire Général du Ministère de la Santé

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux indicateurs économiques de la Mauritanie, 2005-2010	14
Tableau 2 : Répartition des structures publiques de santé par wilaya/Région et par type de structure	20
Tableau 3 : Principaux indicateurs épidémiologiques	22
Tableau 4 : Taux d'exécution du budget du Ministère de la Santé, 2005-2010	31
Tableau 5 : Evolution de la DPS per capita en MRO constantes et du pourcentage de DPS dans le PIB et dans les dépenses totales de l'Etat, 2005-2010, en MRO courantes.....	33
Tableau 6 : DPS entre 2005 et 2010 par source de financement, en MRO courantes	34
Tableau 7 : Evolution des parts des sources de financement dans la DPS, 2005-2010	34
Tableau 8 : Evolution des dépenses publiques de santé entre 2005 et 2010 selon les types d'institutions, en MRO courants	38
Tableau 9 : Evolution des dépenses publiques de santé entre 2005 et 2010 selon le poids de chaque type d'institutions bénéficiaire, en MRO courants.....	38
Tableau 10 : DPS selon le niveau de la prestation entre 2005 et 2010, en MRO courantes	40
Tableau 11 : Evolution des indices des dépenses publiques de santé entre 2005 et 2010 selon le poids de chaque niveau de prestation, en MRO courantes	41
Tableau 12 : Evolution des dépenses du Ministère de la Santé entre 2005 et 2010 selon le niveau de la prestation, en MRO courantes	43
Tableau 13 : Evolution de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010, en MRO courantes	43
Tableau 14 : Evolution de la composition de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010.....	44
Tableau 15 : Evolution des dépenses du Ministère de la Santé par type de structure prestataire, 2005-2010, en MRO courantes	46
Tableau 16 : Evolution en % de la composition des dépenses du Ministère de la Santé par type de structure prestataire, 2005-2010	46
Tableau 17 : DPS par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010, en MRO courantes	47
Tableau 18 : Structure de la Dépense Publique de Santé par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010.....	47
Tableau 19 : Classification économique des dépenses du MS entre 2005 et 2010, en MRO courantes.....	50
Tableau 20 : Evolution en % de la classification économique des dépenses du MS entre 2005 et 2010	50
Tableau 21 : DPS par milieu de résidence, 2005-2010, en MRO courantes	54
Tableau 22 : Evolution de la structure de la DPS par milieu de résidence, 2005-2010.....	54
Tableau 23 : Dépenses du MS par milieu de résidence, 2005-2010, en MRO courantes	55
Tableau 24 : DPS per capita et par région entre 2005 et 2010, en MRO courantes	56
Tableau 25 : DPS de fonctionnement per capita et par région entre 2005 et 2010, en MRO courantes	57
Tableau 26 : Dépenses du Ministère de la Santé per capita et par région entre 2005 et 2010, en MRO courantes	58

Liste des figures

Figure 1 : Pyramide sanitaire en Mauritanie, secteur public	20
Figure 2 : Pyramide inversée du financement du réseau de soins public en Mauritanie	39

Liste des graphiques

Graphique 1 : Structure de la population assurée par la CNAM en %, 2010	25
Graphique 2 : Evolution de la DPS en tant que % du PIB et des dépenses totales de l'Etat, 2005-2010	33
Graphique 3 : Evolution de la DPS per capita en MRO constantes, 2005-2010	33
Graphique 4 : Evolution des parts des sources de financement dans la DPS, 2005-2010	35
Graphique 5 : Evolution des parts (en %) des sources de financement dans la DPS, 2005-2010	35
Graphique 6 : Dépenses du Gouvernement en Santé per capita en 2009, dans quelques pays de la région (US\$)	36
Graphique 7 : Part en % de la santé dans les dépenses du Gouvernement, 2009 dans quelques pays de la région	36
Graphique 8 : Dépenses du Gouvernement en Santé per capita en 2009, US\$ comparées à celles des pays de la région	37
Graphique 9 : Part en % de la santé dans les dépenses du Gouvernement, 2009 comparées à celles des pays de la région ..	37
Graphique 10 : Evolution annuelle de la part de chaque type d'institution dans la DPS, 2005-2010	38
Graphique 11 : Part moyenne de chaque type d'institution dans la DPS, 2005-2010	39
Graphique 12 : Evolution des indices de la DPS par niveau de prestation 2005-2010.....	41
Graphique 13 : Evolution de la structure (en %) de la DPS par niveau de prestation 2005-2010.....	41
Graphique 14 : Part moyenne de chaque niveau de prestation dans la DPS, 2005-2010	42
Graphique 15 : Part moyenne de chaque niveau de prestation dans les dépenses du Ministère de la Santé, 2005-2010	42
Graphique 16 : Structure moyenne de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010.....	44
Graphique 17 : Evolution de la composition de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010.....	44
Graphique 18 : Composition moyenne des dépenses du MS par type de structure prestataire, 2005-2010	45
Graphique 19 : Evolution de la structure des dépenses du MS par type de prestataire, 2005-2010	45
Graphique 20 : Structure moyenne de la DPS par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010...	48
Graphique 21 : Evolution de la Dépense Publique de Santé par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010.....	48
Graphique 22 : Structure moyenne de la classification économique des dépenses du MS entre 2005 et 2010.....	49
Graphique 23 : Evolution de la structure de la classification économique des dépenses du MS, 2005-2010	50
Graphique 24 : Gap de la tendance actuelle de la mortalité infanto-juvénile par rapport à l'OMD	51
Graphique 25 : Gap de la tendance actuelle de la mortalité maternelle par rapport à l'OMD.....	51
Graphique 26 : Evolution du taux d'accouchement assisté et de couverture vaccinale.....	53
Graphique 27 : Nombre de cas annuels de Paludisme entre 2005 et 2010	53
Graphique 28 : Prévalence de la TB/100.000 Hb, 2005-2010.....	53
Graphique 29 : Prévalence du VIH-SIDA chez les femmes enceintes, 2005-2010.....	53
Graphique 30 : DPS par milieu de résidence, moyenne de la période 2005-2010	55
Graphique 31 : Evolution de la structure de la DPS par milieu entre 2005 et 2010.....	55
Graphique 32 : Dépenses du MS par milieu de résidence, 2005-2010.....	55
Graphique 33 : DPS moyenne per capita et par région, 2005-2010, en MRO courantes	57
Graphique 34 : DPS moyenne per capita et par région, 2005-2010, en MRO courantes	58

LISTE DES ABREVIATIONS

AC	Administration Centrale
AL	Administration Locale
AVP	Accident de la Voie Publique
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CH	Centre Hospitalier
CHME	Centre Hospitalier mère & enfant
CL	Collectivité locale
CNC	Centre National de cardiologie
CNO	Centre National d'Oncologie
DRAS	Direction régionale de l'action Sanitaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CS	Centre de santé
CSA	Centre de santé de type A
CSB	Centre de santé de type B
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DPR	Dépôt Pharmaceutique Régional
DPS	Dépenses publiques de santé
EDSM	Enquête démographique et santé en Mauritanie
ENSP	Ecole Nationale de Santé publique à NKTT
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie
ESP Kiffa	Ecole de Santé Publique à Kiffa
HCZ	Hôpital Cheikh Zayed
HM	Hôpital Moughataa
HR	Hôpital Régional
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
LNCQM	Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments
MICS	Enquête par grappe à indicateurs multiples

MNT	Maladies Non Transmissible
MOUGHATAA	Département administratif/District.
MPE	Maladies à Potentielles Epidémiques
MS	Ministère de la santé
NP	Niveau primaire
NS	Niveau secondaire
NT	Niveau tertiaire
OMD	Objectifs Millénaires pour le Développement
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National du Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PS	Poste de santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
PVVIH/SIDA	Personnes Vivantes avec le VIH/SIDA
RDPS	Revue des dépenses publiques de Santé
SRC	Système de recouvrement des coûts
STEP WISE	Enquête suivant l'Approche étape /étape
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USB	Unité de santé de base
WILAYA	Région administrative.

PREFACE

Le Ministère de la Santé de la République Islamique de Mauritanie a lancé depuis novembre 2010, un processus dynamique visant l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2012-2020, couplé d'un CDMT 2012-2015. Ce processus est basé sur une analyse exhaustive de la situation du secteur de la Santé, y compris les aspects financiers.

C'est, donc logiquement, dans ce cadre que se situe la présente Revue des Dépenses Publiques de Santé (RDPS) dont l'objectif principal est de faire, pour la période 2005-2010 et pour chacun des six exercices budgétaires, un état des lieux assez exhaustif des ressources mises à la disposition des différents services, structures et institutions.

Le diagnostic et l'état des lieux ainsi que l'analyse qui s'en est suivie des Dépenses Publiques de Santé ont, notamment, permis de formuler certaines recommandations pertinentes pour la mise en œuvre effective du PNDS 2012-2020.

C'est en cela que la revue des dépenses publiques de santé (RDPS) aura été une occasion d'appréhender, dans une certaine mesure, les principales entraves qui ont atténué l'efficacité et les performances des services, entraves qui ont, souvent, trait au volume et à la répartition des ressources financières disponibles.

Il est souhaitable que la présente RDPS, prise comme un outil efficace d'aide à la décision, puisse constituer, également, un moyen pouvant justifier l'introduction progressive, dans le cadre du prochain PNDS 2012-2020, de réformes plus profondes en matière d'exécution, d'évaluation et de suivi des dépenses publiques de santé.

L'élaboration de cette RDPS devra être une occasion pour permettre la mise en place des fondements d'une gestion transparente et d'une mobilisation conséquente des ressources publiques susceptibles de créer un environnement plus propice et de meilleures conditions sanitaires au bénéfice des populations mauritaniennes, notamment celles qui demeurent, encore et malgré les efforts consentis par l'Etat et ses différents partenaires au développement, très loin de l'objectif de la santé pour tous qui restera, sans aucun doute, notre souhait le plus ardent.

Ba Housseinou Hamady
Ministre de la Santé

Résumé

La revue de la dépense publique de santé a mis en exergue un certain nombre de maux dont souffre le secteur public de santé, en particulier le Ministère de tutelle de ce secteur. L'analyse de la dépense publique de santé (DPS) a clairement montré que le secteur public alloue et répartit ses ressources d'une manière inefficace et inéquitable. Elle a montré également que la performance du secteur public est faible par rapport aux moyens mobilisés. Même en augmentant les ressources, le secteur public n'atteindrait pas des performances significatives s'il continue d'être géré de la même manière que celle de la période étudiée (2005-2010).

La Mauritanie, n'atteindra même pas le tiers des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015 en maintenant la tendance actuelle.

La DPS, toutes sources confondues et toutes institutions confondues (y compris les sources de financement privées au profit des établissements publics de soins), est passée de 10,7 milliards d'Ouguiya (MRO) en 2005 (2,3% du PIB) à 27,4 milliards de MRO en 2010 (2,8% du PIB), soit une variation annuelle moyenne de 20,5% durant toute la période 2005-2010.

L'analyse des différentes sources de financement de la DPS montre que les évolutions positives décrites ci-dessus proviennent davantage d'efforts déployés par les principaux partenaires techniques et financiers au profit du secteur de la santé. Leur part a, ainsi, évolué de 14,5% en 2005 à 27,5% en 2010, avec une moyenne de 17,3% durant toute la période 2005-2010.

La DPS par habitant en MRO constante a évolué très positivement entre 2005 et 2010 en passant de 3709 à 6171, soit une variation annuelle moyenne de 10,7%. Les sources de financement qui ont tiré cette dépense vers le haut sont surtout les PTF, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et les paiements directs des ménages. Le niveau de leur financement a été multiplié respectivement par 4,8 ; 2,8 et 2,5 entre 2005 et 2010 (2007 et 2010 pour la CNAM¹) ; contre seulement 1,6 pour le Budget de l'Etat.

Durant la période étudiée, le rapport de la DPS au PIB est passé de 2,3% à 2,8%. Il est à noter que ce pourcentage a connu une baisse importante en 2006 (1,4%), mais il a assez bien progressé après pour atteindre 2,2% en 2009, soit pratiquement son niveau de 2005, et même atteindre 2,8% en 2010.

Concernant la part de la santé dans les dépenses de l'Etat, à l'exception de l'année 2006 où elle a été seulement de 4,1%, son évolution a été croissante. D'une manière générale, cette part tourne autour de 7% et atteint un pic de 10,7% en 2010.

C'est pour cela que la Mauritanie n'arrive toujours pas à atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja de 15% (sachant que la DPS inclut toutes sources de financement et non seulement les ressources purement étatiques). En outre, et en dépit d'un effort d'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé, le Gouvernement mauritanien n'arrive, toujours, pas à atteindre la moyenne des niveaux des dépenses en santé de la majeure partie des pays voisins à revenu plus ou moins similaire

Durant toute la période 2005-2010, la part moyenne du Ministère de la Santé dans la Dépense Publique de Santé a atteint 81%, contre 12% pour la CNAM et 7% pour le reste des Ministères intervenant dans le cadre de l'action sanitaire.

¹ Le régime géré par la CNAM a démarré en 2007.

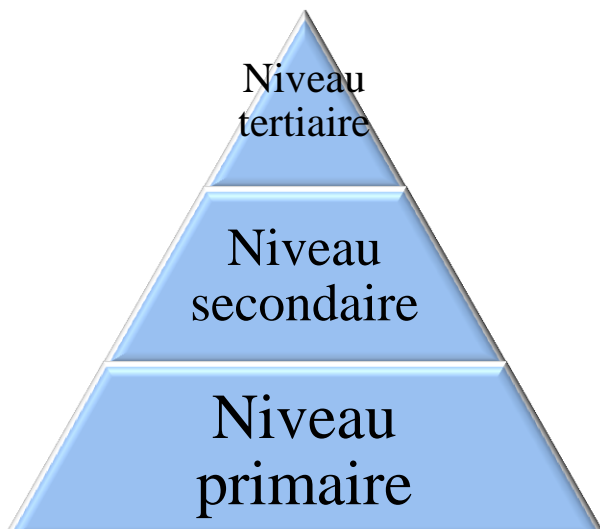
Le poids du Ministère de la Santé a oscillé entre 73 % (son plus bas niveau) en 2009 et 95% en 2005 (niveau le plus élevé) pour se stabiliser à 77 % en 2010.

La répartition de la DPS selon le type de structures prestataires montre que la part des hôpitaux est de 41 %, celle de l'administration de 18 %, celle des structures de soins de base 17 % et celle des programmes de santé publique seulement 4 %. **Il a été constaté que la part des postes de santé, qui desservent les populations rurales les plus éloignées, est à peine de 1,8 %, soit dix fois moins que la part de l'Administration.**

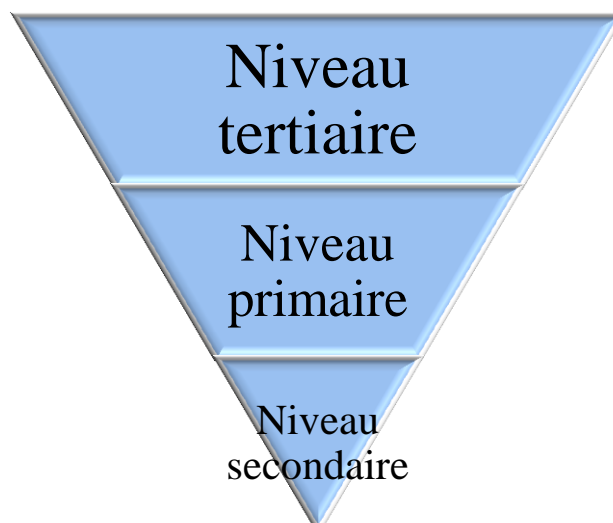
De plus, dans un pays caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles et une surmortalité maternelle et infantile, il est regrettable de voir que 39 % de la DPS vont au niveau tertiaire contre 23% au niveau primaire et 15% au niveau secondaire sachant qu'une bonne partie des problèmes d'accouchement et de mortalité maternelle et néonatale pourraient être résolue au niveau primaire et secondaire.

Pyramide inversée du financement du réseau de soins public en Mauritanie

Pyramide se soins



Pyramide inversée de financement



Source: Auteurs

Par ailleurs, durant la période étudiée, 2005-2010, en moyenne, les charges d'investissement n'ont représenté que 18% de la DPS contre près de 82% pour le fonctionnement. Il faut noter, cependant, que l'année 2010, a connu une augmentation sensible de ressources allouées à l'investissement et plus particulièrement à l'acquisition d'équipements médicaux, construction et réhabilitation des infrastructures. La part de l'investissement est passée de 14 % en 2005 à plus de 30 % en 2010. Est-ce un essai de compenser le gap cumulé depuis plusieurs années ? La réponse ne pourrait être connue qu'en étudiant les années qui suivront 2010. En effet 2010 fut exceptionnelle en raison des investissements lourds dans l'hôpital général construit sur financement chinois à Nouakchott et dans le Centre National d'Oncologie (les deux projets ont représenté les deux-tiers du montant d'investissement durant l'année 2010). Toutefois, ces investissements ne sont pas suivis par des ressources humaines et des fonds pour le fonctionnement. Ce qui se traduit par une très modeste

qualité de l'offre de services des structures de soins, y compris les établissements hospitaliers lourds à Nouakchott.

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

Comme annoncé plus haut, la DPS par habitant en MRO constantes a évolué très positivement entre 2005 et 2010 en passant de 3709 à 6171 MRO, soit une variation annuelle moyenne de 10,7%. Toutefois, les principaux indicateurs de santé n'ont pas connu la même évolution durant la période étudiée. Pire, pour quelques uns la situation s'est même dégradée (couverture vaccinale et paludisme). Entre 2000 et 2007, la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle ont enregistré une légère baisse sur les sept années et sont passées respectivement de 127 ‰ et de 747/100.000 NV à 122 ‰ et 686/100.000 NV. A ce rythme, le pays est très loin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, particulièrement le quatrième et le cinquième.

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

En plus, l'évolution de la part du milieu rural est légèrement négative alors que les responsables du secteur auraient dû privilégier de réduire la marginalisation des familles vivant en zones rurales. En effet, la part du milieu rural est passée de 9,6% en 2005 à 8,4% en 2010.

Si d'une manière générale le milieu rural est très défavorisé, l'analyse de la répartition de la DPS entre les régions (en excluant le niveau dit « National ») montre que, sans doute, les ruraux de quelques Wilayas le sont bien davantage. Des régions/Wilayas comme Guidimakha et Gorgol bénéficient onze fois moins des dépenses publiques que la Wilaya de l'Inchiri. En effet, le ratio DPS per capita entre ces régions, les moins favorisées, et la wilaya la plus favorisée s'élève à 10,9.

En outre, la dispersion (moyenne) autour de la moyenne de la DPS per capita (2181 MRO) est assez importante, soit 84,8%.

En conclusion de cette analyse de la DPS, il apparaît que les ressources publiques difficilement mobilisables ne sont pas dépensées de manière optimale principalement pour les raisons suivantes :

- Au niveau allocatif, les hôpitaux, surtout au niveau tertiaire, paraissent hyper privilégiés ; contrairement aux structures desservant les populations les plus marginalisées et aux soins de santé primaires, y compris les programmes de santé publique. Il en est de même pour les dépenses de fonctionnement qui accaparent une très grande part de la DPS, au détriment des dépenses pharmaceutiques et d'investissement.
- Au niveau de l'efficacité technique, si les dépenses per capita et en MRO constantes sont en progression, il en est autrement des performances du secteur public de santé. Au rythme actuel, la Mauritanie n'atteindra même pas le tiers des OMD 4 et 5 d'ici à 2015 !

-
- Au niveau de l'équité, il faut souligner le caractère inéquitable et inégalitaire des dépenses publiques de santé. La population rurale est très mal desservie et les ressources sont distribuées entre les régions d'une manière très déséquilibrée.

En raison de ce constat assez alarmant, il serait certes recommandable de mobiliser davantage de ressources pour le secteur de la santé (dont l'espace fiscal pourrait être élargi), mais surtout d'assurer les actions suivantes :

- Opérer un équilibrage progressif de la distribution des ressources entre les régions et entre les milieux de résidence (bien évidemment au profit des ruraux). Il s'agirait d'utiliser les ressources additionnelles en vue de les répartir plutôt au profit des zones défavorisées.
- Mieux doser la classification économique des dépenses publiques au profit des produits pharmaceutiques et de l'investissement (particulièrement les efforts de rénovation).
- Favoriser les structures de soins de base, les prestations à haut impact (programmes de santé publique comme l'immunisation, la lutte contre le Paludisme, la lutte contre la malnutrition...) et le niveau secondaire.
- Améliorer la gouvernance et la transparence du secteur public de santé en vue de mieux utiliser les ressources et d'améliorer le crédit « confiance » dont le secteur a tant besoin pour mobiliser des ressources additionnelles.
- Améliorer la qualité des soins dans les structures publiques et promouvoir le secteur privé en vue de réduire les évacuations sanitaires vers l'étranger et d'améliorer les performances de la CNAM. Celle-ci se doit de mieux couvrir les prestations assurées, avec des taux de remboursement plus élevés, tout en améliorant sa communication avec les assurés et en réduisant ses charges administratives.
- Promouvoir plus de protection sociale dans le secteur en vue de mieux couvrir les plus défavorisés et le secteur informel, autant que possible. L'Etat se doit aussi de mieux promouvoir et de cofinancer les initiatives communautaires d'assurance maladie qui pourraient être fédérées en regroupements plus grands (au niveau des Moughataa/Districts et des Wilayas/Régions) qui, à leur tour, devraient être bien soutenus par le Gouvernement et par les PTF.

Introduction

Contexte socio-économique

Selon le document du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté - CSLP (MAED 2011), la croissance économique s'est établie en moyenne à 4% (3,7 % hors pétrole) sur la période 2006-2010, soit environ la moitié des prévisions, qui portaient sur une croissance de 9,4 %. Cette situation s'explique selon les auteurs du CSLP par (i) les faibles résultats enregistrés au niveau de l'exploitation pétrolière ; (ii) les crises internationales alimentaires, énergétiques et financières et ; (iii) les différents changements institutionnels qu'a connus le pays durant cette période. Comme le montre le tableau suivant, le PIB par habitant en \$US est passé de 938 en 2006 à 1099 en 2010.

Tableau 1 : Principaux indicateurs économiques de la Mauritanie, 2005-2010

Indicateurs	2006	2007	2008	2009	2010a
Variation annuelle en%					
Taux de croissance réel du PIB (hors pétrole)	4.1	5.9	3.5	-1.2	5.2
Taux d'inflation	6.2	7.3	7.3	2.2	6.3
Recettes publiques totales (% du PIB hors pétrole)	27.1	30.3	25.1	25.9	26.5
Dépenses publiques totales (% du PIB hors pétrole)	36.4	32	32.9	32.1	29.7
Solde budgétaire global (hors dons) (% du PIB hors pétrole)	46	-2	-7.8	-6.2	-3.2
PIB par habitant (en dollars US)	938	952	1123	940	1099

Source: FMI (2011). - a/Projections

Cette croissance modeste et inégalement répartie n'a pas permis de réduire significativement la pauvreté. Les résultats de l'enquête EPCV (Enquête Permanente sur les Conditions de Vie) 2008 ont révélé notamment que l'incidence de la pauvreté est de 42%. Une telle proportion, bien que plus faible qu'en 2004 (46,7%), reste encore loin de l'objectif fixé à l'horizon 2015 qui est de 25%.

Dans les domaines sociaux, le développement des ressources humaines et la généralisation de l'accès des pauvres aux services de base, constituaient une des priorités du gouvernement au cours de la période 2006- 2010. Dans ce cadre, le bilan du CSLP II, révèle certaines avancées particulièrement dans les secteurs de l'éducation, de l'hydraulique, le développement urbain... Toutefois le rythme de ces avancées demeure insuffisant.

Dans le domaine de la santé, depuis la fin de l'année 2010 (novembre –Décembre), le Ministère de tutelle s'est engagé dans un processus dynamique devant conduire à l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), en coordination et en étroite concertation avec toutes les parties prenantes du Secteur, pour la période 2012-2020. Ce PNDS intervient dans un contexte particulier avec l'arrivée à mi-chemin de la Politique Nationale de Santé (PNS 2006-2015), l'adoption de la 3^{ème} génération du CSLP 2011-2015 et après l'adhésion de la Mauritanie au partenariat INTERNATIONAL HEALTH PARTENERSHIP (IHP+).

L'adhésion du pays à ce partenariat a été suivie par la mise en place d'un arsenal institutionnel (comité de pilotage et comité technique, etc...) chargé de l'élaboration du PNDS couplé d'un Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) pour la période 2012-2015. Ce processus a nécessité la conduite d'une Revue des Dépenses Publiques de Santé (RDPS) couvrant la période 2005-2010.

La RDPS 2005-2010 met, particulièrement, l'accent sur les dépenses publiques de santé effectuées en vue de dégager les tendances pour élaborer un cadre de dépense à moyen terme (CDMT) devant soutenir le financement du PNDS.

Les résultats de la RDPS fournissent des tendances évolutives des dépenses relatives aux interventions sanitaires publiques et leur répartition selon les différentes sources de financement (Etat, partenaires, ménages, autres) entre 2005 et 2010.

C'est pour cela que l'élaboration de la RDPS permettrait, entre autres, d'évaluer les hypothèses de financement et de mesurer le degré d'équité et d'efficacité allocative et technique des dépenses publiques de santé.

Les recommandations issues de cette RDPS serviront l'analyse de situation du secteur de la santé, base de l'élaboration en cours du PNDS 2012-2020 et du CDMT 2012-2015 visant l'accélération de l'atteinte des objectifs aussi bien du CSLP que des OMD.

Methodologie

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

Ces données, contrôlées, saisies, nettoyées et organisées ont alimenté une base de données consolidée sur le Logiciel Excel incluant les informations codifiées comprenant : Libellés, Ministères/Institutions concernés, montants en monnaie nationale, sources de financement, année, catégories de dépenses (classification économique), niveaux de prestations, Wilayas/Régions et milieu (urbain Versus rural). Au cours du traitement des informations disponibles et reçues, la constitution de la base de données consolidée a pris en compte des éléments de catégorisation spécifiques, notamment :

- Séparation des dépenses engagées par l'Administration Centrale et celles engagées par l'Administration Locale en vue d'éviter de compter doublement les mêmes dépenses.
- Intégration des Primes de zone et de technicité et toutes autres formes de motivation salariale du personnel dans la masse salariale.
- Prise en compte des double-comptes potentiels induits par le rôle intermédiaire de la CNAM. Une partie des dépenses de cette caisse est financée par les cotisations salariales

payées par l'Etat et comptabilisées dans les salaires bruts dans les comptes publics. Ainsi, les cotisations qui font partie des salaires bruts des professionnels de santé ont été déduites des dépenses de la CNAM. Il est à noter également que les dépenses des prestataires publics sont financées en partie par la CNAM dont les charges sont incluses dans la DPS. A chaque fois, ces dépenses ont été rattachées à la CNAM et à la CNAM seulement.

Cette base de données consolidée a servi à filtrer les informations désirées par année, par source de financement, par catégorie ou par institution... et puis à élaborer des Tableaux Croisés Dynamiques, sur le même Logiciel Excel.

Le rapport s'articule autour de trois principaux chapitres en sus du chapitre IV sur les recommandations et des annexes. Ces différentes parties se présentent comme suit :

Chapitre I. : Rappel des principaux éléments de l'analyse de la situation du secteur de la santé ;

Chapitre II : Procédures et circuit de la dépense publique en Mauritanie et leur impact sur le secteur de la santé ;

Chapitre III : Analyse quantitative des dépenses publiques de santé de 2005 - 2010

Chapitre IV : Conclusions et recommandations

Chapitre I: Rappel des principaux éléments d'analyse de la situation du secteur de la santé en Mauritanie

Ce chapitre ne vise pas à effectuer une description exhaustive du secteur public de santé. L'objectif ici est de donner au lecteur un aperçu sur (i) le cadre institutionnel et l'organisation du secteur public de santé, (ii) la situation épidémiologique et le niveau de santé de la population et (iii) les mécanismes existants de protection financière contre le risque maladie.

1.1 Le cadre institutionnel et l'organisation du secteur public de santé

On distingue deux niveaux organisationnels en ce qui concerne le secteur de la santé. Le niveau de l'administration et le niveau des prestations et services de santé. Le cadre organisationnel de l'administration du département de la santé est établi par un décret du Premier Ministre fixant les attributions du Ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale de son Département². Il applique les dispositions du décret n° 075-93 du 6 juin 1993 fixant les conditions d'organisation des administrations centrales et définissant les modalités de gestion et de suivi des structures administratives.

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

Au niveau administratif, les changements des organigrammes ont été soit en réponse à des besoins et/ou dictés par des facteurs propres au département et/ou encore en rapport avec l'organisation des organes du pouvoir exécutif dans son ensemble. Indépendamment des différences entre les compositions des structures qu'ils instituent, les organigrammes consécutifs mis au point pour le secteur se rassemblent en grande partie et ont suivi les mêmes procédures d'élaboration. Ces organigrammes présentent des faiblesses essentielles dont³ :

- La première se situe au niveau de la procédure d'élaboration des organigrammes qui se fait suivant une approche à la fois improvisée et normative. Cette procédure ne donne pas lieu à une analyse organisationnelle préalable qui permet de définir les problèmes et de fixer des objectifs de fonctionnement à réaliser à travers le mode d'organisation choisi. Aussi, ces organigrammes ne se mettent-ils pas dans la perspective de mieux adapter les organes du secteur à la mise en œuvre des politiques sectorielles adoptées et de ce fait ne prennent pas en compte l'intégralité des missions à accomplir.
- La deuxième faiblesse réside dans l'absence des textes d'application nécessaires pour préciser et détailler certaines attributions. Dans la plupart des cas, les lignes de démarcation entre les

² Le décret N° 90/2011/ PM en date du 26 mai 2011, fixant les attributions du MS et l'organisation de son administration centrale.

³Rapport d'analyse de situation du Secteur de santé, juin 2011

attributions des organes ne sont pas suffisamment claires et font l'objet de conflits de compétences.

- En plus, ces organigrammes se limitent à la décomposition des organes administratifs en unités organiques plus petites ce qui permet de fixer les liens diachroniques (hiérarchiques) entre les unités mais ils négligent les liens synchroniques (transversaux) entre les unités de mêmes niveaux. Les liens fonctionnels et les circuits de circulation de l'information ne sont pas explicites et sont soumis aux seuls liens définis (liens hiérarchiques). Ces limites favorisent l'instauration d'une bureaucratie qui alourdit le fonctionnement des organes et la propagation des pratiques informelles dans le travail entre les organes.
- D'autres insuffisances sont souvent signalées telles que le manque d'intégration des activités dû à la répartition fragmentaire des fonctions, la tendance à la verticalité dans la gestion des organes centraux et les déconnexions entre les différents niveaux (central, régional et périphérique).

Au niveau des services de santé, l'organisation dans les structures de soins est variable selon les niveaux de la pyramide sanitaire.

Si pour certaines structures autonomes les cadres organisationnels sont fixés dans les textes statutaires, il n'en est pas le cas pour les autres structures notamment les niveaux primaire et secondaire où la pratique se substitue à la norme et au règlement.

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

- Le niveau opérationnel ou périphérique (dans les Moughataa / District) appelé "primaire" où il existe deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé respectivement au nombre de 530 et 67. En appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) furent installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centre de santé (au-delà d'un rayon de 10 km). Depuis la moitié des années 90, la plupart de ces USB ont été fermées, essentiellement par manque d'agents de santé communautaire ou d'accoucheuse.
- Le niveau intermédiaire ou secondaire comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales (Wilaya) ou de Moughataa : (i) les hôpitaux de Moughataa, limités encore en nombre⁴, et appelés à couvrir les Moughataas les plus peuplées ou enclavées, (ii) les hôpitaux régionaux au nombre de six (Aleg, Tidjikja, Atar, Sélibaby, Zouerate et Akjoujt) et (iii) les centres hospitaliers régionaux, érigés en établissements publics à caractère administratif, au nombre de sept⁵ (Néma, Aïoun, Kiffa, Kaédi, Rosso, Nouadhibou et Nouakchott).
- Le niveau tertiaire essentiellement concentré à Nouakchott⁶ comprend quatre types d'établissements publics de référence :

⁴ Il n'existe encore, actuellement, que deux hôpitaux de Moughata ; le premier à Boutilimit et le second à Chinghitty

⁵ Le statut de l'hôpital de l'Amitié est considéré par cette étude comme hôpital de la région de Nouakchott

⁶ Seule l'Ecole de Santé Publique de Kiffa n'est pas à Nouakchott

- Les centres hospitaliers généraux au nombre de deux à savoir le Centre Hospitalier National (CHN) et l'Hôpital Cheikh Zayed (HCZ).
- Les Centres Hospitaliers Spécialisés au nombre de cinq : le Centre Neuropsychiatrique (CNP), le Centre National de Cardiologie (CNC), le Centre National d'Oncologie (CNO), le Centre Hospitalier Mère & Enfant (CHME) et le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle (CNORF).
- Les structures spécifiques d'appui au nombre de trois à savoir : le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS), l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM),
- Les établissements de formation au nombre de deux à savoir l'Ecole Nationale de Santé Publique à Nouakchott (ENSP) et l'Ecole de Santé Publique de Kiffa (ENSK).

En dehors des structures publiques gérées par le Ministère de la Santé, d'autres formations sanitaires contribuent, également à leur manière, à développer l'offre de soins de santé. Il s'agit des formations sanitaires des Ministères de la Défense Nationale (hôpital militaire du Ksar et les infirmeries de garnison), de l'Intérieur (les structures relevant de la Garde et de la Police), de la Justice, de la Fonction Publique avec quatre (4) centres socio sanitaires gérés par l'ONMT.

A côté de ces infrastructures sanitaires publiques gérées et administrées par l'Etat, il en existe d'autres parapubliques ou privées comme celles de la SNIM, de la société minière Taziast Mauritanie, ainsi que les structures sanitaires du secteur privé proprement dit qui ne sont pas concernées par la présente RDPS mais qui contribuent, elles aussi, à la production des soins.

Les deux systèmes parapublique et privé se développent et évoluent dans l'ensemble de façon parallèle à la Politique Nationale de Santé même s'ils devraient, logiquement, lui être complémentaire et même synergique. L'implantation du secteur privé sanitaire tient compte non seulement de la demande des populations mais surtout de leur capacité à payer les soins. De ce fait, il est prépondérant en milieu urbain où la demande est relativement solvable. Le secteur privé comporte, selon les sources les plus récentes du Ministère de la Santé et de l'ONS, quelques centaines d'unités réparties comme suit:

- 15 cliniques Médico-chirurgicales
- 47 Cabinets Médicaux
- 47 Cabinets Dentaires
- 15 Cabinets de soins
- 118 Pharmacies
- 280 Dépôts pharmaceutiques

Selon l'Annuaire Statistique 2008 de l'Office Nationale de la Statistique (Partie Santé-Edition Août 2009), on assiste à une sensible amélioration de son implantation qui déborde de plus en plus la capitale Nouakchott pour gagner d'autres villes ou localités du pays. En effet, en 2008, Nouakchott disposait de 69,2 % des cliniques et cabinets privés contre 80,4 % en 2005.

Figure 1 : Pyramide sanitaire en Mauritanie, secteur public

Niveau Central

- Cabinet du Ministre
- Inspection Générale
- 9 Directions centrales
- 9 EPA non hospitaliers

Niveau Wilaya

(Régional)
13 DRAS

Niveau Moughataa

(Départemental)
54 CSM

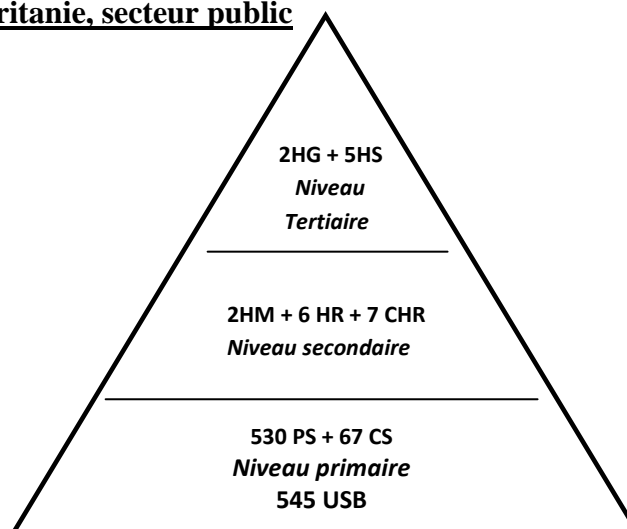


Tableau 2 : Répartition des structures publiques de santé par wilaya/Région et par type de structure

Formations Sanitaires Wilayas	Hôpitaux	Centres de Santé	Postes de Santé	Autres établissements publics	Unités de Santé de base
Nouakchott	8	17	23	8	0
Nouadhibou	1	5	11		5
Hodh El Charghi	1	6	99		57
Hodh El Gharbi	1	4	44		16
Assaba	1	5	69	1	150
Gorgol	1	4	45		46
Brakna	1	5	70		89
Trarza	2	6	74		61
Adrar	2	4	25		23
Tagant	1	3	24		28
Guidimakha	1	4	39		50
Tiris Zemmour	1	3	3		0
Inchiri	1	1	4		7
Total	22	67	530	9	532

Source : Carte des structures de santé au 1^{er} mars 2009, actualisée en 2011, DPCIS

1.2 *Situation épidémiologique et analyse des indicateurs de santé*

Les trois principaux enjeux du système de santé sont : les problèmes sanitaires de la population, les problèmes du système de santé et les facteurs externes affectant le secteur.

Les problèmes sanitaires de la population sont liés au profil épidémiologique du pays. Les enquêtes socio sanitaires nationales ont permis de mieux définir le profil sanitaire et de dégager les principaux problèmes de santé. Ce profil est dominé par les pathologies suivantes⁷ :

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

Les effets de ces pathologies sont aggravés par des facteurs externes tels que la pauvreté, l'analphabétisme et l'environnement, se traduisant par: (i) une mortalité maternelle parmi les plus élevées dans la sous-région (686 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2007), (ii) une mortalité des enfants de moins de 5 ans de 122 pour 1000 et (iii) une mortalité infantile de 77 pour 1000.

La couverture sanitaire reste insuffisante avec 33% de la population vivant au-delà de cinq kilomètres d'une unité de santé fonctionnelle. Ceci est lié à la pénurie d'infrastructures et d'équipements, et aux problèmes de logistique et de maintenance qui continuent d'affecter le système à tous les niveaux.

La disponibilité des ressources humaines présente des difficultés majeures en raison de : la quantité et la qualité insuffisantes des professionnels (infirmiers, sages-femmes, médecins, etc.), la capacité réduite de production (formation de base et continue), et les problèmes liés à la gestion du personnel (absence de plan de carrière et de critères d'affectation).

En dépit des efforts du gouvernement, le système de santé n'arrive pas encore à garantir l'approvisionnement continu des médicaments et des vaccins et autres produits essentiels à des prix raisonnables. Le secteur pharmaceutique continue de connaître une faiblesse du cadre législatif et

⁷ Rapport d'analyse de situation du Secteur de la santé, juin 2011

réglementaire⁸, et souffre d'un manque de personnel qualifié. Le chevauchement entre les secteurs public et privé continue d'entraver le fonctionnement normal du sous secteur pharmaceutique.

Le développement du secteur hospitalier, quant à lui, est entravé par des facteurs tels que l'absence de normes et du système de référence et de contre référence, la dégradation de la qualité des soins hospitaliers, les statuts inadaptés pour le sous-secteur, l'exercice mixte public/privé.

Le Système National d'Information Sanitaire ne couvre pas le secteur hospitalier, ni le secteur privé ni même les structures parapubliques. Les données recueillies ne sont pas, toujours, fiables et les délais de leur publication sont assez longs.

Le système de santé est affecté également par une myriade de facteurs externes. Il s'agit notamment des problèmes liés à :

- l'hygiène (la purification, l'eau potable et l'élimination des ordures ménagères);
- comportement humain (obésité, addictions, accidents de circulation...);
- la sécurité alimentaire et nutritionnelle ;
- catastrophes naturelles (sécheresse, criquets...);
- contraintes macro-économiques qui affectent le financement et les allocations au profit du secteur (voir chapitre 2).

Sur le plan financier, l'accès des groupes marginaux au sein de la population aux soins de santé est limité en raison d'insuffisance du système de protection sociale à couvrir un grand pan de la population mauritanienne, particulièrement les plus pauvres (voir section suivante).

Tableau 3 : Principaux indicateurs épidémiologiques

Indicateur	Niveau de l'Indicateur	Source
Taux de mortalité infantile	77 p 1000	MICS 2007
Taux de mortalité infanto-juvénile	122 p 1000	MICS 2007
Taux de mortalité néo-natale	43 p 1000	EMIP 2004
Ratio de mortalité maternelle	686 p 100.000 ⁹	MICS 2007
Indice synthétique de fécondité	4,6	MICS 2007
Prévalence du VIH dans la population générale	0,7%	Estimation Spectrum INRSP/ONUSIDA
Nombre de nouvelles infections au VIH par an	3.010	Rapport UNGASS 2010
Mortalité spécifique liée au VIH	24 p 100.000	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011

⁸ Malgré l'adoption d'une nouvelle politique pharmaceutique en 2010

Indicateur	Niveau de l'Indicateur	Source
Prévalence des IST chez les 15-49 ans	9%	Bulletin société de pathologie exotique, dec 2010
Proportion de population générale exposée au paludisme	80%	Soumission GAVI de 2009
Nombre d'épisodes de paludisme par personne et par an	0,06	Estimation PNLN, Janvier 2011
Mortalité spécifique liée au paludisme	0,1%	Rapport PNLN 2009
Prévalence de la tuberculose	234,5 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Incidence de la TB	149 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Incidence de la TB avec VIH+	5,3%	Etude INRSP 2003
Prévalence de diarrhée chez les enfants moins de 5 ans	22%	MICS 2007
Prévalence des IRA chez les enfants de 6 à 11 mois	6,5%	MICS 2007
Mortalité spécifique liée à la TB	635 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Prévalence de l'HTA	22,4%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du diabète	6%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du tabagisme	17,2%	Enquête Step-Wise 2008
Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec poids pour âge inférieur à moins 2 DS (malnutrition modérée)	26,7%	Enquête SMART Juillet 2010
Prévalence de l'Anémie chez les femmes enceintes	40 à 67%	Soumission GAVI de 2009
Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec poids pour âge inférieur à moins 3 DS (malnutrition sévère)	4,1%	Enquête SMART Juillet 2010
Prévalence des caries dentaires chez les enfants en âge scolaire	71%	Enquête chez les enfants scolarisés de 12 Ans à NKT et Aioun, 2001
Prévalence de la schistosomiase intestinale chez les enfants en âge scolaire	Variante de + de 50% au Trarza à moins de 30%	Enquête OMVS 2009 - Enquête épidémiologique CNH 2003

Indicateur	Niveau de l'Indicateur	Source
	au Hodh	
Prévalence de la schistosomiase urinaire chez les enfants en âge scolaire	70%	Enquête 2003 CNH
Prévalence de l'hépatite B	10% à 24%	Bulletin du CNH, N° 04, Novembre 2004
Prévalence du trachome	18%	Enquête PNLC 2004-2005
Nombre de décès annuels secondaires aux AVP	221 décès	Rapport 2009 sur les AVP
Nombre de blessés annuels secondaires aux AVP	3.094 blessés	Rapport 2009 sur les AVP

Sources : Liste de la troisième colonne

1.3 Financement du système de santé et protection financière contre le risque maladie

Dans l'attente des résultats des Comptes Nationaux de la Santé (CNS ; en cours), la seule source disponible sur le financement du système de santé en Mauritanie reste la base de données des CNS de l'OMS (<http://www.who.int/nha/country/en/>)¹⁰.

Selon l'OMS, en 2009, la dépense totale en Santé en Mauritanie atteint 19 milliards de MRO (ou 72 millions de US\$), soit 5750 MRO per capita (22 US\$). Ce qui représente 2,5% du PIB. La structure de cette dépense en termes de sources de financement se présente comme suit :

- Fonds publics: 27%¹¹
- Fonds privés (surtout les paiements directs des ménages): 37%
- Fonds extérieurs : 26%

Si la part des ménages dans la dépense totale de santé n'est pas excessivement élevée, il est important de noter que, selon l'OMS, celle-ci a connu une augmentation entre 2007 (année de l'introduction de l'assurance maladie pour le secteur formel ; voir ci-dessous) et 2009, en passant de 32,7% à 37,4%. Cette augmentation, si elle est confirmée, est inquiétante car elle dénote d'une plausible exacerbation des obstacles liés à l'accessibilité financière aux services de santé.

A l'exception de quelques initiatives timides de gratuités (Paludisme par exemple) qui n'ont pas été accompagnées de mesures nécessaires, comme par exemple la disponibilité des médicaments, et un programme, pas très convaincant, de prise en charge des indigents dans les structures de soins publiques, il n'existe aucun mécanisme sérieux et consistant de prise en charge de la population pauvre

¹⁰ Selon les données très provisoires des CNS en cours, les estimations de l'OMS, présentées plus haut, pourrait connaître des changements très importants.

¹¹ Selon les résultats de cette revue des dépenses publiques, ce ratio est largement sous-estimé.

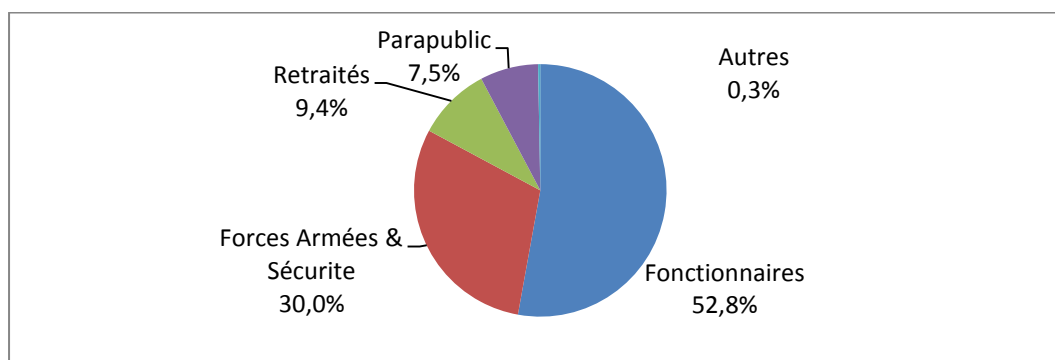
de Mauritanie. Les initiatives existantes sont partielles, fragmentées, éparpillées et sans cohérence (UNICEF, 2010).

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), mise en place en Janvier 2007, ne couvre pas non plus les populations pauvres, ni les employés du secteur informel ni les ruraux. Sa mission est de garantir la couverture des risques et frais de soins inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation pour les fonctionnaires, les agents de l'Etat, les Parlementaires, le personnel des Forces Armées, les employés du secteur parapublic, les personnes morales de droit public, les retraités de ces secteurs ainsi que leurs ayants droit (conjointes et enfants¹²). Près de 200.000 bénéficiaires (soit 6% de la population mauritanienne) sont immatriculés à la CNAM : soit 53.000 adhérents et 147.000 ayants droit. La majorité des adhérents (53%) est constituée de fonctionnaires comme le montre le graphique ci-dessous.

En raison des ressources de plus en plus importantes de la CNAM qui ne couvre qu'une petite partie non pauvre de la population mauritanienne travaillant dans le secteur formel, il est judicieux de se poser des questions portant sur l'équité (comme on l'a vu plus haut, la part des ménages dans la dépense totale de santé a augmenté après l'introduction de ce régime !). En effet, en tant qu'employeur l'Etat paie des sommes importantes à la CNAM pour couvrir les fonctionnaires et leurs ayants droit (ce qui n'est pas mauvais¹³), mais en tant que pourvoyeurs de « biens publics », ne fait pas assez pour la population pauvre, les travailleurs dans le secteur informels et les ruraux.

La CNAM garantit un panier de services qui inclut les soins ambulatoires (y compris la Biologie et la Radiologie), les soins hospitaliers, les médicaments et les évacuations sanitaires à l'étranger. Pour tous les services assurés, la CNAM applique une tarification nationale de référence (TNR). Elle rembourse 80% de la TNR pour les soins ambulatoires, 67% pour les médicaments (avec un seuil de co-paiement de 1500 MRO par médicament), 90% pour les soins hospitaliers (avec un seuil de co-paiement de 10.000 MRO par hospitalisation) et 100% pour les évacuations (CNAM 2011).

Graphique 1 : Structure de la population assurée par la CNAM en %, 2010



Source : CNAM (2011), « Note de présentation de la CNAM » et « Rapport d'exécution du plan d'action 2010 »

¹² Enfants âgés de moins de 21 ans, à l'exception des enfants handicapés pour qui la limite d'âge ne s'applique pas

¹³ En dépit du problème d'équité, l'introduction de la CNAM pourrait être positive dans le sens où le pays pourrait développer ses capacités institutionnelles dans le domaine de la protection sociale en santé.

La CNAM contractualise avec les structures publiques de soins mais aussi avec des prestataires de soins du secteur privé. Pour les évacuations sanitaires, la caisse a des conventions avec des cliniques et des hôpitaux étrangers basés principalement en France, au Maroc, au Sénégal et en Tunisie.

Le régime d'assurance maladie géré par la CNAM est financé par des cotisations patronales à hauteur de 5% de l'ensemble des rémunérations perçues par l'employé et des cotisations salariales différenciées comme suit :

- 4% pour les fonctionnaires, agents de l'Etat, personnel des Forces Armées et employés du secteur parapublic ;
- 5% pour les parlementaires ;
- 2,5% pour les retraités.

Le régime géré par la CNAM n'est pas déficitaire. Durant les quatre premières années de son existence, ce régime a cumulé un excédent brut d'exploitation¹⁴ de plus de 2,5 milliards de MRO, en dépit d'un taux de recouvrement des cotisations de 76% seulement (CNAM 2011). Les dépenses de la CNAM se caractérisent par une hypertrophie des charges de fonctionnement (38%) et du coût surélevé des évacuations sanitaires à l'étranger (30%). Ce qui ne laisse que 32% pour la prise en charge des soins (ambulatoires et hospitaliers) et des médicaments sur le territoire mauritanien.

Une enquête menée par la CNAM en 2010¹⁵ auprès de ses bénéficiaires a montré que, globalement, les enquêtés ont une appréciation très positive de l'assurance maladie (près de 80%). Ils ont apprécié particulièrement l'aspect solidaire d'une assurance maladie qui couvre des risques majeurs pouvant induire des dépenses catastrophiques et le système de tiers payant établi avec les hôpitaux publics. Leur appréciation du régime géré par la CNAM en tant qu'assurance maladie des petits risques n'est pas élevée. D'ailleurs, une majorité d'assurés ne demande même pas le remboursement de ses soins de ville en raison des délais (63% jugent que les délais de remboursement sont trop longs) et des écarts entre la TNR et les véritables prix du marché (58% sont insatisfaits du niveau des montants remboursés). Par ailleurs, la CNAM offre la possibilité d'une prise en charge totale des bénéficiaires en cas d'affection de longue durée (ALD). Toutefois, seuls 30% des bénéficiaires sont au courant de ce service. Ce qui dénote d'un sérieux problème de communication entre la CNAM et ses assurés.

¹⁴ Recettes – (Dépenses techniques + dépenses administratives)

¹⁵ Enquête de Perception des Services fournis par la CNAM et les Prestataires de soins - 2010

CHAPITRE II : Procédures budgétaires, circuit de la dépense publique et impact sur le Ministère de la Sante en Mauritanie

2.1. Cadre général

Le budget de l'Etat est bien entendu l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses de l'Etat et des organismes publics. Il est élaboré, proposé, arrêté, voté et exécuté conformément aux lois, ordonnances, règlements et instructions en vigueur.

Ce sont les ordonnateurs qui prescrivent l'exécution des dépenses budgétaires. A cet effet, ils sont seuls habilités à engager et liquider les dépenses publiques. Les ordonnateurs sont principaux ou secondaires. Ils peuvent déléguer, dans des conditions définies par décret, leurs compétences et leurs pouvoirs ou se faire suppléer en cas d'absence ou d'empêchement. Les ordonnateurs, ainsi que leurs délégués et suppléants, doivent être accrédités auprès des comptables assignataires des dépenses publiques dont ils prescrivent l'exécution.

Les Ministres, ordonnateurs principaux de l'Etat, encourent à raison de l'exercice de leurs attributions, les responsabilités que prévoient la Constitution, les lois et les règlements. Les ordres donnés par les ordonnateurs sont retracés dans des comptabilités tenues selon des règles générales et particulières fixées par le ministre des finances.

Les dépenses publiques de l'Etat et des organismes publics sont prévues au Budget Général de l'Etat. Elles doivent être conformes aux lois, ordonnances et règlements. Avant d'être **payées**, les dépenses sont **engagées, liquidées, et le cas échéant, ordonnancées**.

L'engagement est l'acte par lequel un organisme public crée ou constate à son encontre une obligation de laquelle résultera une charge. Il ne peut être pris que par le représentant qualifié de l'organisme public agissant en vertu de ses pouvoirs. Il doit rester dans la limite des autorisations budgétaires et demeurer subordonné aux autorisations, avis ou visas prévus par les lois, ordonnances ou règlements propres à chaque catégorie d'organismes publics.

La liquidation a pour objet de vérifier la réalité de la dette et d'arrêter le montant de la dépense. Elle est faite au vu des titres établissant les droits acquis aux créanciers.

L'ordonnement est l'acte administratif donnant, conformément aux résultats de la liquidation, l'ordre de payer la dette de l'organisme public.

Le paiement est l'acte par lequel l'organisme public se libère de sa dette. Sous réserve des exceptions prévues par les lois, ordonnances ou règlements, les paiements ne peuvent intervenir avant, soit l'échéance de la dette, soit l'exécution du service, soit la décision individuelle d'attribution de subvention ou allocations.

Toutefois, selon les règles propres à chaque catégorie d'organismes publics, des acomptes et avances peuvent être consentis au personnel ainsi qu'aux entrepreneurs, fournisseurs et prestataires de service.

Les règlements des dépenses publiques sont, en général, faits par remise d'espèces, de chèques ou par virement bancaire ou postal. Toutefois, certaines dépenses peuvent être payées par remise de valeurs publiques, effets de commerce ou autres moyens prévus par les lois, ordonnances ou règlements.

Les opérations de trésorerie sont exécutées par les comptables publics soit spontanément, soit sur ordre des ordonnateurs ou à la demande des tiers qualifiés. Comme on le constate, aisement, les opérations de trésorerie sont décrites par nature pour leur totalité et sans contraction entre elles. Les charges et produits résultant de l'exécution des opérations de trésorerie sont imputés aux comptes budgétaires correspondants.

Les fonds des organismes publics sont déposés au Trésor ou auprès d'institutions financières nationales dans les conditions définies pour chaque catégorie d'organismes publics.

Un poste comptable ne peut disposer que d'une seule caisse, d'un seul compte courant postal, et éventuellement d'un ou de plusieurs comptes de dépôts et d'un seul compte courant.

La programmation budgétaire se fonde, généralement, sur : (i) la détermination des revenus de l'Etat, (2) la fixation du déficit budgétaire, et donc du taux de dépenses, en cohérence avec le cadre macroéconomique et (3) le calcul des enveloppes globales en tenant compte des objectifs de la politique budgétaire. Elle est réalisée avant les arbitrages budgétaires pour permettre une meilleure préparation des projections budgétaires de l'Etat.

2.2. Les procédures en matière de dépenses publiques de santé ¹⁶

Avant l'introduction du système RACHAD¹⁷ en 2006, le Ministère de la Santé, en tant que département sectoriel, avait en charge l'exécution de toutes les dépenses publiques de santé (engagement, ordonnancement, liquidation et paiement) prévues dans le cadre du budget général de l'Etat et des budgets des programmes financés par les partenaires au développement, en relation avec les services compétents du Ministère des Finances, du Contrôle Financier dépendant du Secrétariat Général du Gouvernement et des structures mises en place par les PTF au niveau local (exécution nationale –NEX) et à l'extérieur du pays (DPD ou Demande d'Avance) .

La gestion des finances publiques en matière de dépenses est assurée en Mauritanie, conformément aux dispositions en vigueur, par des mécanismes régis par les principes suivants :

- Une séparation de l'ordonnateur (le Ministre qui délègue cette fonction au Secrétaire général du Ministère) et du comptable public (le Directeur général du Trésor et de la comptabilité publique et les comptables secondaires),
- Le contrôle de la régularité formelle des opérations initiées par les ordonnateurs. Ce contrôle est exercé au stade de l'engagement par le contrôle financier et au stade du paiement (liquidation) par le comptable public,
- Responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable public dans l'exercice de son contrôle des opérations de l'ordonnateur,
- Contrôle (de second niveau) par une juridiction (la Cour des comptes) du contrôle des opérations de l'ordonnateur exercé par le comptable.

¹⁶ Rapport d'analyse de situation, ibid

¹⁷ Logiciel d'exécution budgétaire

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

D'une manière générale, de nombreuses insuffisances et goulots d'étranglement rendent globalement faible le système de gestion des dépenses publiques pour les fonds du budget de l'Etat, notamment au Ministère de la Santé. Ces goulots d'étranglement peuvent être résumés comme suit :

- Le processus d'élaboration du budget de l'Etat est souvent en retards et les budgets élaborés ne s'articulent pas souvent avec les politiques publiques sectorielles.
- Le processus n'assure pas, souvent, l'implication effective des bénéficiaires des crédits et les outils utilisés manquent de souplesse et imposent des structures figées et rigides au niveau du budget de l'Etat,
- La sous-consommation importante des crédits pour des raisons diverses dont les retards dans la notification et régulations budgétaires drastiques par la fermeture du logiciel d'exécution budgétaire (RACHAD).
- L'instabilité de la programmation des interventions du secteur et l'absence de son encrage dans la politique nationale de santé. Cette programmation a souffert ces dernières années du manque d'intégration.

Les organes de contrôle (contrôle financier et inspection générale du MS) sont dotés de peu de moyens et ne peuvent de ce fait effectuer un contrôle régulier, complet et approfondi. Le contrôle interne est peu efficace ou même assez faible (faible circulation de l'information avec une forte centralisation des opérations financières et budgétaires, de leur programmation, de leur budgétisation et de leur comptabilisation).

Les procédures en vigueur ne permettent pas à l'état actuel des choses leur application à tous les niveaux du système où se trouvent des ressources publiques, particulièrement au niveau des structures de santé de base (PS, CS, etc.).

Le manque de rigueur dans l'application des règles de gestion des achats et marchés publics qui donne lieu au fractionnement, aux dérogations à l'utilisation des procédures autres que celle des appels d'offres ouverts, à la faiblesse de la mise en concurrence et du système de règlement des différends et litiges.

En plus d'autres insuffisances sont souvent signalées dont le manque de personnel qualifié requis, la multiplicité des services intervenant dans le processus, la mauvaise répartition des tâches, l'atteinte à la confidentialité, l'absence de système de lutte contre l'imitation et la contre façon et les problèmes de suivi et d'archivage.

Le système permet et donne une place importante au favoritisme et aux solidarités clientélistes. Joint aux particularités du marché local, ce clientélisme ne permet pas une application stricte des critères de capacité (technique, financière et juridique) nécessaires pour l'équité et la transparence dans l'attribution des marchés publics.

Les ressources reçues par plusieurs unités de gestion et de prestation au niveau du secteur sanitaire ne sont pas, suffisamment, connues, leur traçabilité est très faible et leur suivi n'est pas du tout assuré comme il se doit.

L'un des problèmes majeurs pour le secteur reste l'absence d'informations fiables et précises sur les ressources publiques, la centralisation, l'exploitation et la diffusion de ces informations.

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

- L'absence pour le moment du rôle joué par le comité de pilotage, notamment dans la coordination et le suivi opérationnel de la mise en œuvre des plans d'action.
- L'absence d'une procédure de gestion harmonisée et commune pour tous les financements extérieurs mis à la disposition du secteur.
- Multitude des unités de gestion avec pour corollaire l'importance des frais de gestion, les doubles emplois et les difficultés de suivi et de contrôle.
- Le manque de maîtrise des procédures de gestion par les différentes parties impliquées dans la mise en œuvre des activités financés sur ces ressources étant donnée le caractère intégré de leur gestion. La maîtrise de ces procédures est préalable pour que les structures impliquées exécutent les activités relevant de leurs compétences¹⁸

¹⁸ Rapport analyse de situation, ibid

Contrairement à la plupart des départements ministériels, le taux d'exécution du budget du ministère de la Santé est d'un niveau appréciable. Le taux d'exécution moyen a été de 93% durant la période 2005-2010. Comme le montre le tableau ci-dessous, le taux d'exécution du budget a oscillé entre 103% (2005) et 77% (2006). Entre 2007 et 2010, il a toujours dépassé 91%.

Il ressort, également, de la base des données de la RDPS que le pourcentage alloué au Ministère de la Santé (4 % en moyenne sur toute la période) est, globalement, assez faible comparativement avec d'autres ministères comme l'Éducation nationale (20 %) et la Défense Nationale (19 %).

Tableau 4 : Taux d'exécution du budget du Ministère de la Santé, 2005-2010

Année	Budget du Ministère de la Santé			Budget Général de l'Etat	% du Budget MS Par rapport au BGE
	Loi de Finances	Exécuté	Taux d'exécution		
2005	6 522 890 800	6 748 753 156	103%	183 424 000 000	3,56%
2006	8 717 948 134	6 703 719 765	77%	198 974 000 000	4,38%
2007	8 775 351 900	8 680 344 865	99%	192 700 000 000	4,55%
2008	9 342 250 808	9 062 976 234	97%	228 825 000 000	4,08%
2009	8 768 238 140	7 975 962 626	91%	245 874 369 054	3,57%
2010	9 168 856 915	8 327 855 494	91%	265 275 000 000	3,46%

Sources : Ministère des Finances et BD / RDPS

Chapitre III : Analyse quantitative des dépenses publiques de santé

3.1 Evolution de la Dépense Publique de Santé et de ses sources de financement

La Dépense Publique de Santé (DPS) comprend ici toutes les dépenses de santé des institutions et départements publics (ainsi que leurs structures prestataires des services de santé : hôpitaux, centres de santé...), quelle qu'en soit la source de financement (Etat, Partenaires Techniques et Financiers [PTF], paiements directs des ménages [recouvrement des coûts des structures publiques de soins], Collectivités Locales...).

La DPS, toutes sources confondues et toutes institutions confondues, est passée de 10,7 milliards MRO (Ouguiya mauritanienne¹⁹) en 2005 à 27,4 milliards MRO en 2010, soit une variation annuelle moyenne très forte de 20,5% durant cette période de six ans.

En vue de mieux jauger cet effort, il fallait éliminer les effets de l'inflation et de la démographie. Aussi, en ressort-il que la DPS par habitant en MRO constante a évolué très positivement entre 2005 et 2010 en passant de 3709 à 6171, soit une variation annuelle moyenne de 10,7%. Les sources de financement qui ont tiré cette dépense vers le haut sont surtout les PTF, la CNAM et les paiements directs des ménages. Le niveau de leur financement a été multiplié respectivement par 4,8 ; 2,8 et 2,5 entre 2005 et 2010 (2007 et 2010 pour la CNAM) ; contre seulement 1,6 pour le Budget de l'Etat. Il faut noter également que l'année 2010 a été particulière pour les PTF dont le financement a été multiplié par trois entre 2009 et 2010.

Durant la période étudiée (2005-2010), le rapport de la DPS au PIB est passé de 2,3% à 2,8%. Il est à noter que ce pourcentage a connu une baisse importante en 2006 (1,4%), mais il a assez bien progressé après pour atteindre 2,2% en 2009, soit pratiquement son niveau de 2005, et même atteindre 2,8% en 2010.

Concernant la part de la santé dans les dépenses de l'Etat, à l'exception de l'année 2006 où elle a été seulement de 4,1%, son évolution a été croissante. D'une manière générale, cette part de l'Etat dans les dépenses de santé tourne autour de 7% et atteint un pic de 10,7% en 2010.

C'est pour cela que la Mauritanie n'arrive toujours pas à atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja de 15% comme le montre le graphique ci-dessous (sachant que la DPS inclut toutes sources de financement et non seulement les ressources purement étatiques).

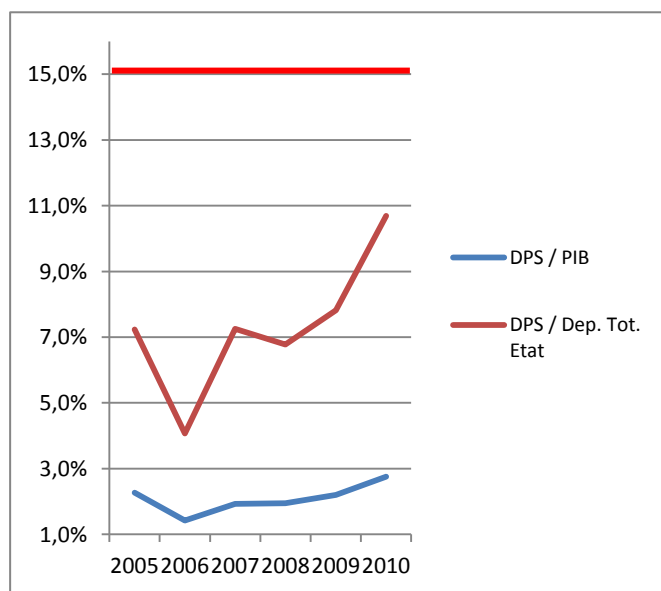
¹⁹ Taux de change actuel : 1 US\$ = 280 MRO

Tableau 5 : Evolution de la DPS per capita en MRO constantes et du pourcentage de DPS dans le PIB et dans les dépenses totales de l'Etat, 2005-2010, en MRO courantes

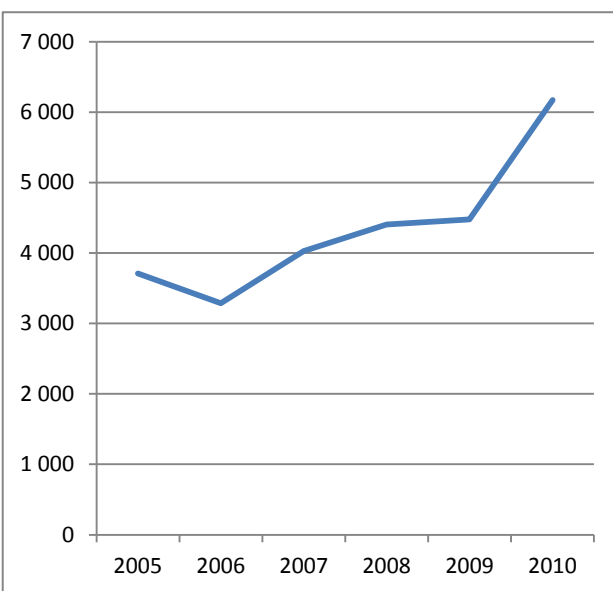
Désignation	2005	2006	2007	2008	2009	2010
DPS	10.771.710.297	10.439.740.899	14.113.049.157	17.049.991.846	18.193.297.371	27.402.193.626
Population	2.904.306	2.987.888	3.073.876	3.162.338	3.251.483	3.340.627
DPS per capita	3.709	3.494	4.591	5.392	5.595	8.203
Indice des Prix à la consommation	127,9	135,9	145,8	156,5	159,9	170
Inflation cumulée	-	6,3%	14,0%	22,4%	25,0%	32,9%
DPS per capita MRO	3.709	3.288	4.028	4.406	4.476	6.171
PIB	475.194.000.000	736.265.000.000	733.748.000.000	877.192.000.000	825.842.000.000	995.145.000.000
Dépenses Etat	148.890.953.146	256.498.038.394	194.521.517.751	251.565.732.224	232.594.908.765	256.415.664.705
DPS / PIB	2,3%	1,4%	1,9%	1,9%	2,2%	2,8%
DPS / Dép Etat	7,2%	4,1%	7,3%	6,8%	7,8%	10,7%

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

Graphique 2 : Evolution de la DPS en tant que % du PIB et des dépenses totales de l'Etat, 2005-2010



Graphique 3 : Evolution de la DPS per capita en MRO constantes, 2005-2010



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

Comme mentionné plus haut, l'analyse des sources de financement de la DPS (voir tableaux 7 et 8 ci-dessous) montre que les évolutions positives décrites ci-dessus proviennent davantage d'efforts déployés par les partenaires techniques et financiers au profit du secteur de la santé (voir graphiques 4 et 5). Leur part a évolué de 14,5% en 2005 à 27,5% en 2010, avec une moyenne de 17,3% durant toute la période 2005-2010

Par contre, la part du budget de l'Etat a chuté lourdement durant la même période, en passant de 72,7% à 45,9%. Même la mise en place de la CNAM n'a pas compensé cette chute. Ces deux parts cumulées depuis 2007 n'ont jamais atteint les niveaux de 2005 et de 2006. Pire, leurs poids cumulés ont atteint seulement 61,1% en 2010.

Cette situation n'a pas permis de réduire significativement la part des ménages dans le financement de la DPS qui tourne autour d'une moyenne de près 10% durant la période étudiée (2005-2010).

Tableau 6 : DPS entre 2005 et 2010 par source de financement, en MRO courantes

Sources	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	%
Budg. Etat	7.830.614.645	7.376.580.538	8.416.704.273	9.372.295.340	9.204.285.561	12.572.863.631	54.773.343.988	56%
Ménages	906.279.752	1.402.185.884	1.615.867.355	1.979.594.940	2.027.776.759	2.300.589.721	10.232.294.410	10%
CNAM			1.477.538.763	2.315.116.137	3.684.445.865	4.174.947.603	11.652.048.367	12%
PTF	1.564.814.079	1.208.161.537	2.173.358.676	2.526.202.901	1.983.974.653	7.530.304.752	16.986.816.598	17%
Coll. Loc.	840.000	840.000	840.000	2.340.000	540.000	840.000	6.240.000	0%
Autres	469.161.822	451.972.940	428.740.091	854.442.528	1.292.274.533	822.647.918	4.319.239.832	4%
Total	10.771.710.297	10.439.740.899	14.113.049.157	17.049.991.846	18.193.297.371	27.402.193.626	97.969.983.195	100%

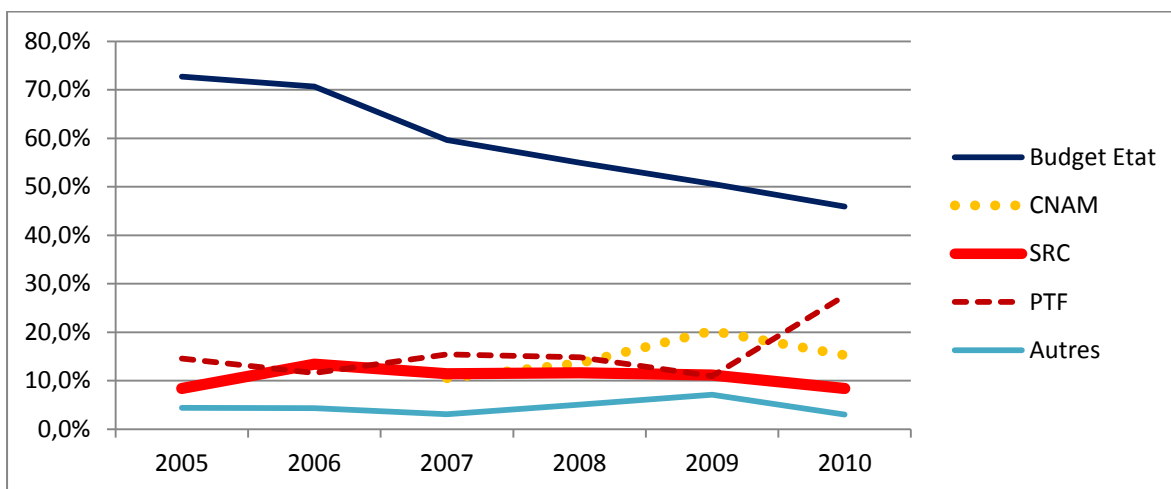
Source : Base de données DPS

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

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

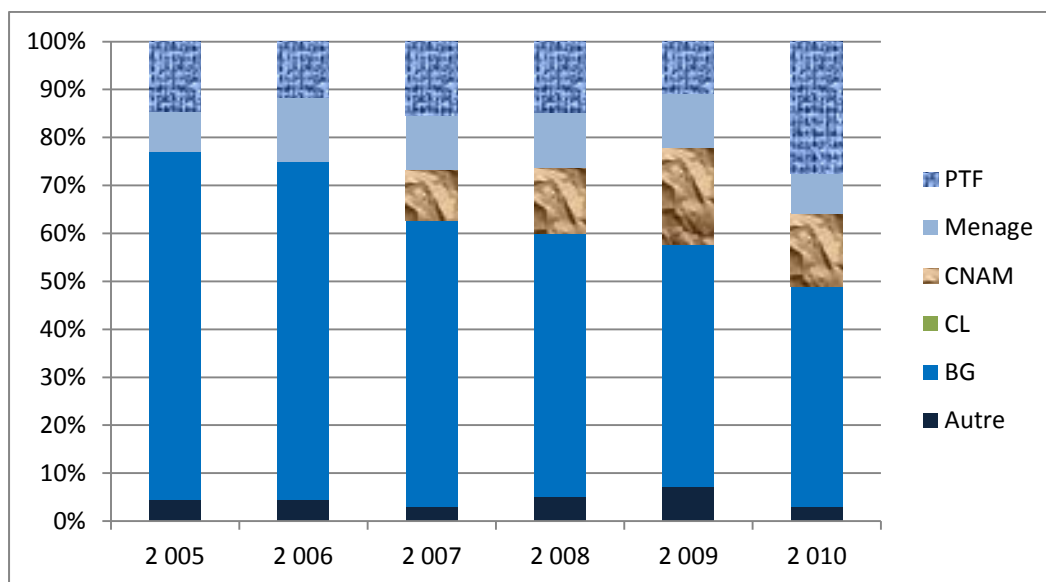
Source : Base de données DPS

Graphique 4 : Evolution des parts des sources de financement dans la DPS, 2005-2010



Source : Base de données DPS

Graphique 5 : Evolution des parts (en %) des sources de financement dans la DPS, 2005-2010



Source : Base de données DPS

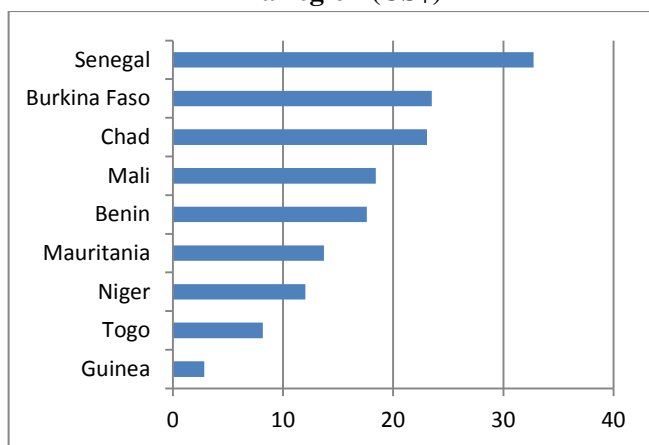
3.2 Comparaison avec quelques pays de la sous-région

Avant d'examiner la qualité de la Dépense Publique de Santé en termes d'efficacité et d'équité, il serait intéressant de comparer la Mauritanie avec des pays voisins dont la situation sanitaire et socioéconomique est similaire à la sienne et dont la majeure partie de la population bénéficie de revenu bas. Cet exercice est difficile à mener de façon très rationnelle et scientifiquement parlant en raison, notamment, de la rareté de l'information statistique et socioéconomique disponible pour les besoins de la RDPS. Toutefois, la base de données de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les indicateurs des comptes nationaux de la santé les plus récents fournit une bonne source de comparaison internationale. Il faut, néanmoins, noter que la définition de la dépense du Gouvernement dans cette base de données exclut, normalement et logiquement, toute ressource non publique dont pourrait bénéficier le système sanitaire (comme par exemple les paiements des ménages dans les structures privés de soins). En effet, la plupart des dépenses qui sont effectuées en dehors du système public sanitaire ne sont pas prises en compte dans ce domaine.

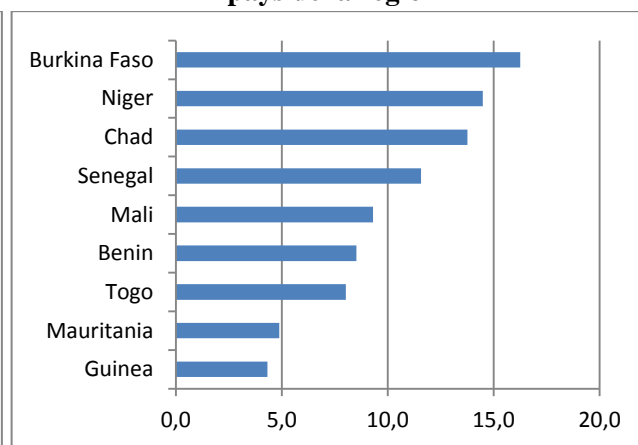
Selon les données disponibles, il apparaît que le Gouvernement mauritanien dépense pour la santé, en général, moins que ses voisins comparativement à leurs niveaux de PIB, comme le montrent les graphiques de la page suivante.

On y voit très bien, que sans les autres sources de financement non publiques, la Mauritanie est très loin du niveau de 15% de la déclaration d'Abuja qui constitue la base de référence en la matière. Il est donc possible d'affirmer que le financement accordé par le Gouvernement mauritanien au secteur public de santé ne traduit pas la volonté politique affichée en faveur de ce secteur. C'est ainsi qu'on peut remarquer, entre autres, que le Gouvernement mauritanien n'a dépensé en 2009 que 14 US\$ par habitant comparé à plus de 20 US\$ pour le Burkina Faso, le Tchad et le Sénégal par exemple. Cette dépense de santé a donc représenté moins de 5% de la dépense totale du Gouvernement mauritanien, contre plus de 10% pour le Tchad, le Sénégal, le Niger et même plus de 15% pour le Burkina Faso comme cela apparaît beaucoup plus clairement au niveau des graphiques suivants.

Graphique 6 : Dépenses du Gouvernement en Santé per capita en 2009, dans quelques pays de la région (US\$)

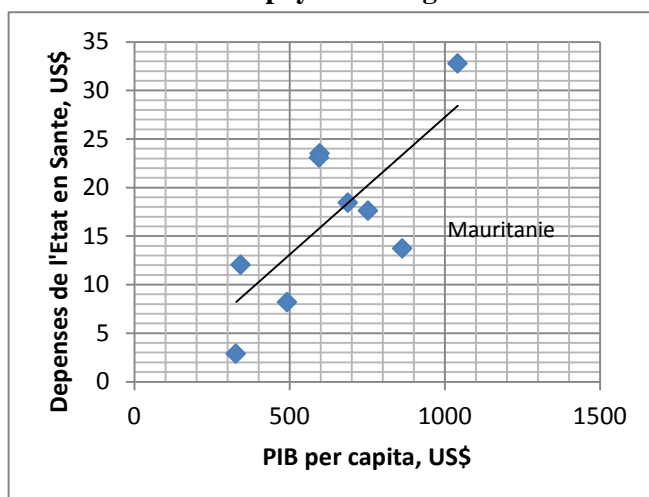


Graphique 7 : Part en % de la santé dans les dépenses du Gouvernement, 2009 dans quelques pays de la région

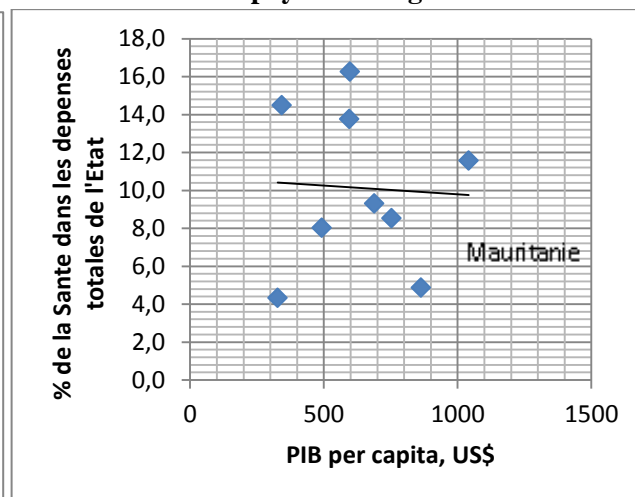


Source : Base de données de l'OMS sur les comptes nationaux de la santé

Graphique 8 : Dépenses du Gouvernement en Santé per capita en 2009, US\$ comparées à celles des pays de la région



Graphique 9 : Part en % de la santé dans les dépenses du Gouvernement, 2009 comparées à celles des pays de la région



Source : Base de données de l’OMS sur les comptes nationaux de la santé

3.3 *Efficiences allocative*

L’efficacité allocative peut être étudiée à travers la répartition de la DPS selon les institutions bénéficiaires, le niveau des prestations sanitaires, les types de structures de soins et les catégories de dépenses (classification économique).

3.3.1 Répartition de la DPS selon les institutions bénéficiaires

Trois types d’institutions publiques se répartissent la Dépense Publique de Santé en Mauritanie. Il s’agit du Ministère de la Santé (MS), des Autres Ministères (AM) et de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie (CNAM).

Durant la période 2005-2010, la part moyenne du MS dans la DPS a atteint 81%, contre 12% pour la CNAM et 7% pour les autres Ministères (voir tableaux 11 et 12 et graphiques 9 et 10 qui font ressortir, plus clairement ces données). Le poids du Ministère de la Santé a oscillé entre 73% en 2009 et 95% en 2005 pour se stabiliser à 77% en 2010. Cette tendance baissière n’est pas due à un désengagement financier clair de l’Etat vis-à-vis du MS, mais plutôt à la mise en place de la CNAM dont le poids en termes nominal et relatif est de plus en plus croissant.

La part de la CNAM est passée de 10% en 2007 (année de son introduction) à 15% en 2010, avec un pic de 20% en 2009.

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

L’introduction de l’assurance maladie dans le système de santé en Mauritanie dénote d’une évolution positive de la DPS. Elle représente une importante mesure qui va dans le sens de la mutualisation du risque maladie et de la protection sociale contre les dépenses catastrophiques que pourraient subir les

familles et l'appauvrissement de ces familles. Toutefois, le régime ne couvre, actuellement, qu'une partie de la population surtout le secteur formel, et plus particulièrement les fonctionnaires de l'Etat. L'élargissement de cette couverture aux populations les plus démunies serait un atout majeur pour une meilleure performance du système de santé.

Tableau 8 : Evolution des dépenses publiques de santé entre 2005 et 2010 selon les types d'institutions, en MRO courants

<i>Institution</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
<i>MS</i>	10.221.148.248	9.461.418.240	11.516.759.734	13.742.720.926	13.195.049.816	21.223.659.534	79.360.756.498
<i>Autr Ministères</i>	550.562.050	978.322.660	1.118.750.660	992.154.783	1.313.801.690	2.003.586.489	6.957.178.330
<i>CNAM</i>			1.477.538.763	2.315.116.137	3.684.445.865	4.174.947.603	11.652.048.367
<i>Total</i>	10.771.710.297	10.439.740.899	14.113.049.157	17.049.991.846	18.193.297.371	27.402.193.626	97.969.983.195

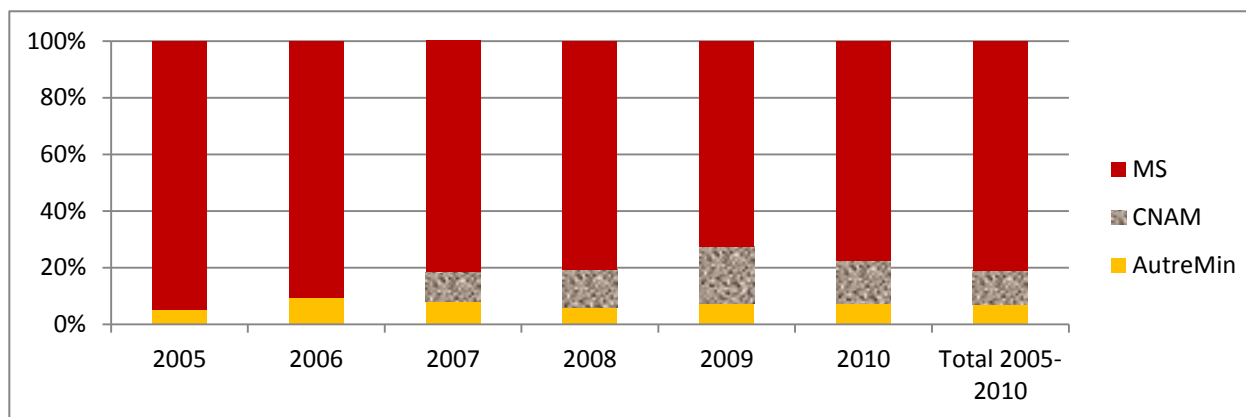
Source : Base de données DPS

Tableau 9 : Evolution des dépenses publiques de santé entre 2005 et 2010 selon le poids de chaque type d'institutions bénéficiaire, en MRO courants

<i>Institution</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Ministère de la Santé	95%	91%	82%	81%	73%	77%	81%
Autres Ministères	5%	9%	8%	6%	7%	7%	7%
CNAM	0%	0%	10%	14%	20%	15%	12%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

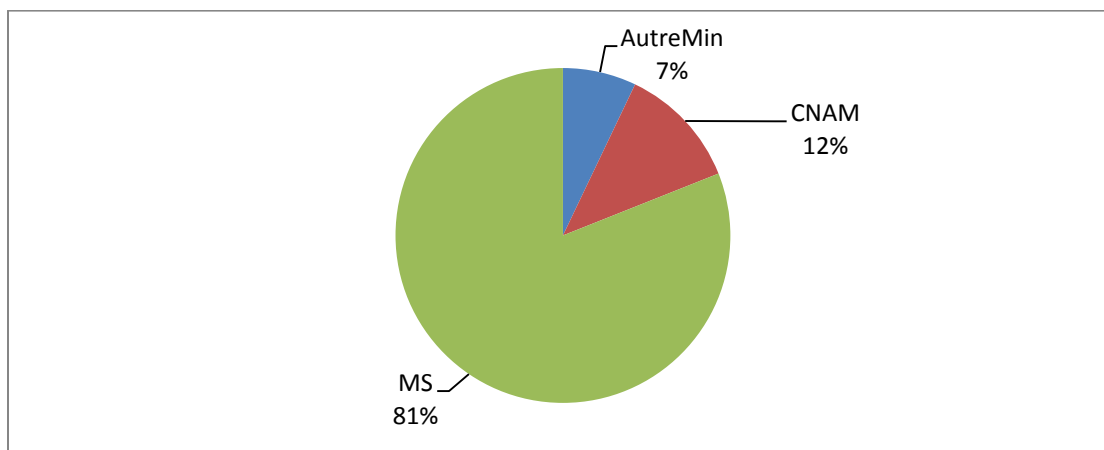
Source : Base de données DPS

Graphique 10 : Evolution annuelle de la part de chaque type d'institution dans la DPS, 2005-2010



Source : Base de données DPS

Graphique 11 : Part moyenne de chaque type d'institution dans la DPS, 2005-2010

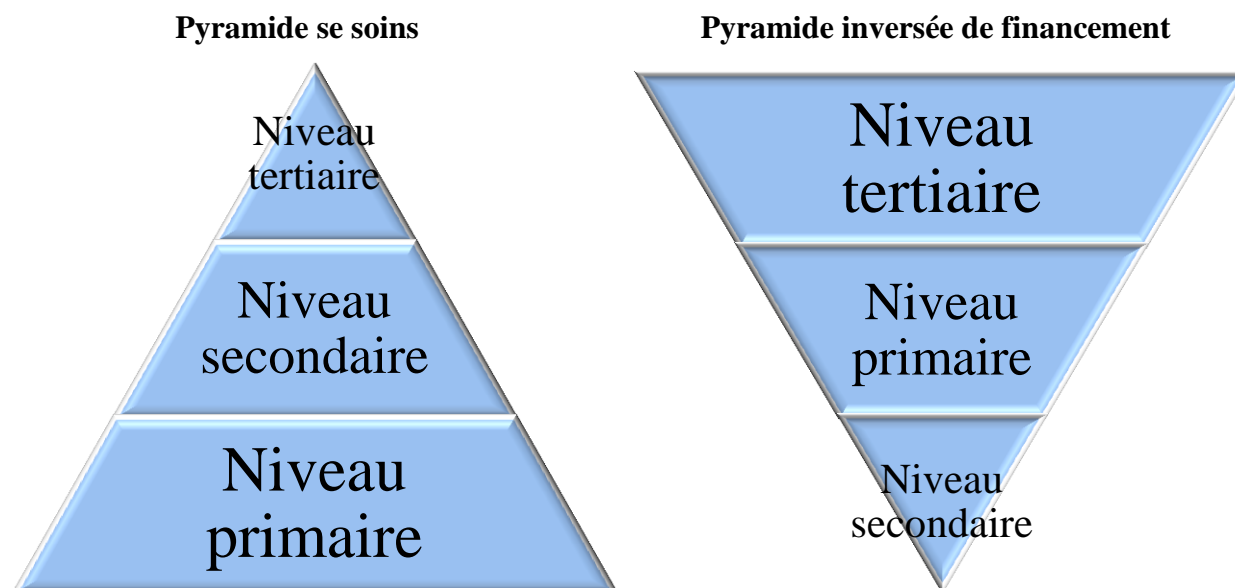


Source : Base de données DPS

3.3.2 Répartition de la DPS selon le niveau des prestations

Dans un pays caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles et une surmortalité maternelle et infantile, il est très étonnant de voir que 39 % de la DPS vont au niveau tertiaire contre 23% au niveau primaire et 15% au niveau secondaire sachant qu'une bonne partie des problèmes d'accouchement et de mortalité maternelle et néonatale pourraient être résolue au niveau primaire et secondaire.

Figure 2 : Pyramide inversée du financement du réseau de soins public en Mauritanie



Source: Auteurs

Toutefois, on peut noter, dans ce cadre, qu'un effort assez important a été déployé en 2009 et 2010 pour favoriser le niveau secondaire comme en témoigne les indices d'évolution des dépenses des divers niveaux entre 2005 et 2010²⁰ (voir tableau 10).

L'indice des dépenses publiques de santé au niveau secondaire, qui était véritablement faible, est passé de 100 en 2005 à 841 en 2010 contre 242 pour le niveau tertiaire et seulement 165 pour le niveau primaire.

En somme, il paraît qu'en dépit de quelques efforts déployés récemment au profit des soins de second niveau, les soins tertiaires sont non seulement budgétivores mais accaparent aussi l'attention des décideurs, peut être en raison d'un rapport de force en leur faveur et du fait qu'ils soient une vitrine du secteur à Nouakchott le cœur battant et le centre névralgique du pays.

En outre, la part conjointe et hypertrophiée de l'administration (Administration locale et surtout administration centrale) pompe des ressources importantes qui auraient pu bénéficier à des interventions à haut impact aux niveaux primaire et secondaire (les deux administrations dépensent beaucoup plus que le niveau secondaire !). Les indices d'évolution des dépenses de l'administration centrale et de l'administration locale sont passés de 100 en 2005 à respectivement 356 et 134 en 2010. Il est donc certain que c'est l'administration centrale qui est à l'origine de cette boulimie de l'administration en général.

Il y a lieu donc d'envisager des mesures permettant d'évaluer, d'auditer techniquement voire de contrôler s'il le faut l'Administration centrale et locale en vue de lui assigner un niveau adéquat de ressources et d'améliorer la qualité des services offerts à travers des critères de performance bien établis et qui ont fait leur preuve ailleurs qu'en Mauritanie.

Tableau 10 : DPS selon le niveau de la prestation entre 2005 et 2010, en MRO courantes

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
AC.	843 833 537	851 971 368	1 737 954 127	2 803 340 553	2 499 770 047	3 005 860 245	11 742 729 877
AL	997 647 515	1 160 173 078	1 155 562 531	1 374 827 328	1 182 307 989	1 341 796 722	7 212 315 163
Autre	620 857 875	566 224 694	714 244 017	523 317 179	613 171 249	746 510 341	3 784 325 354
NP	3 050 998 930	2 757 930 207	3 605 270 607	4 320 512 850	4 060 141 308	5 045 372 202	22 840 226 104
NS	755 413 490	1 140 572 168	1 586 046 234	1 921 449 589	2 682 236 125	6 354 683 103	14 440 400 708
NT	4 502 958 950	3 962 869 384	5 313 971 641	6 106 544 348	7 155 670 653	10 907 971 014	37 949 985 990
Total	10 771 710 297	10 439 740 899	14 113 049 157	17 049 991 846	18 193 297 371	27 402 193 626	97 969 983 195

Source : Base de données DPS

AC : Administration centrale ; AL : Administration Locale ; NP : Niveau primaire ; NS : Niveau secondaire ; NT : Niveau tertiaire

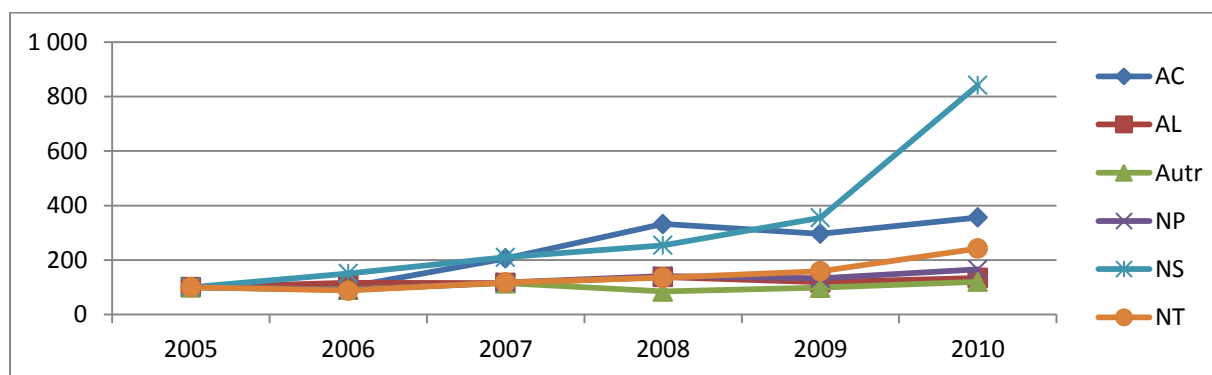
²⁰ Les années 2009 et 2010 ont vu la réalisation de grands chantiers de constructions et de réhabilitations au profit des hôpitaux secondaires : Néma, Aioun, Zouératt et Akjoujit. Il faut souligner aussi que le coût de la construction et de l'équipement de l'hôpital de l'Amitié a été imputé sur le niveau secondaire en 2010.

Tableau 11 : Evolution des indices des dépenses publiques de santé entre 2005 et 2010 selon le poids de chaque niveau de prestation, en MRO courantes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Administration Centrale	100	101	206	332	296	356
Administration Locale	100	116	116	138	119	134
Niveau Primaire	100	90	118	142	133	165
Niveau Secondaire	100	151	210	254	355	841
Niveau Tertiaire	100	88	118	136	159	242
Autre	100	91	115	84	99	120

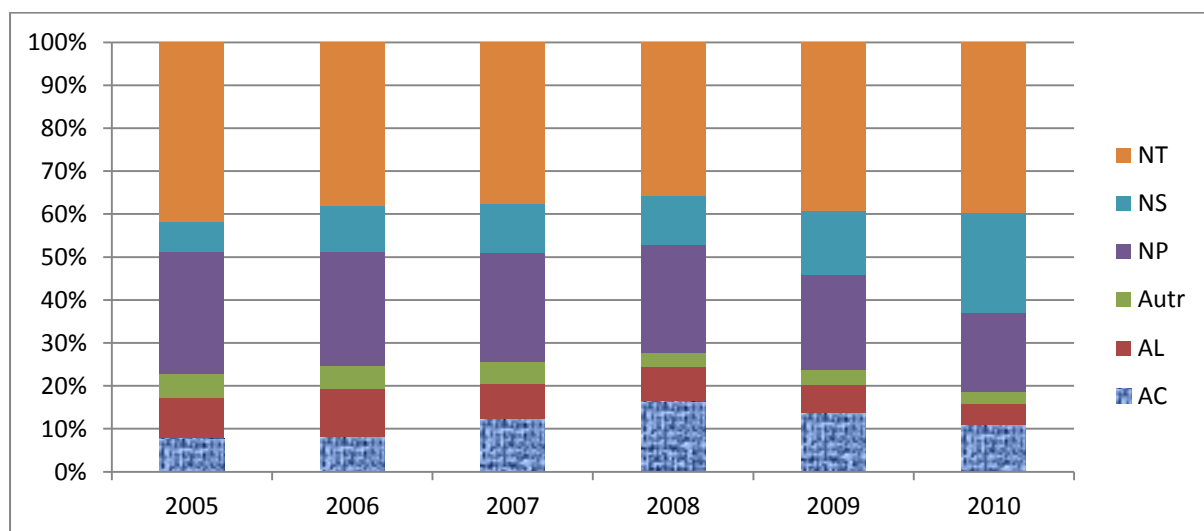
Source : Base de données DPS

Graphique 12 : Evolution des indices de la DPS par niveau de prestation 2005-2010



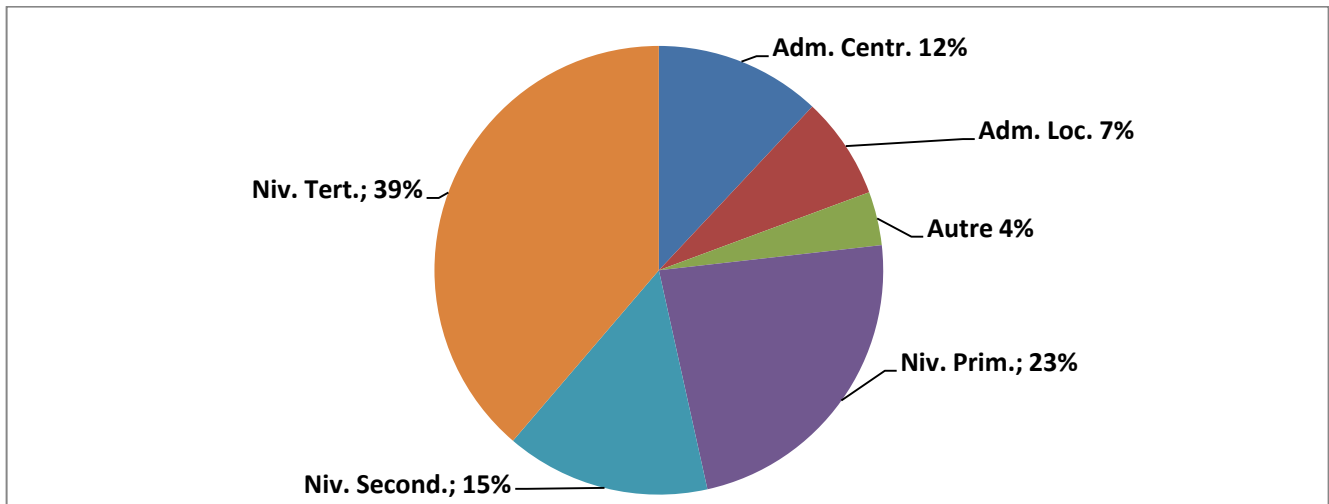
Source : Base de données DPS

Graphique 13 : Evolution de la structure (en %) de la DPS par niveau de prestation 2005-2010



Source : Base de données DPS

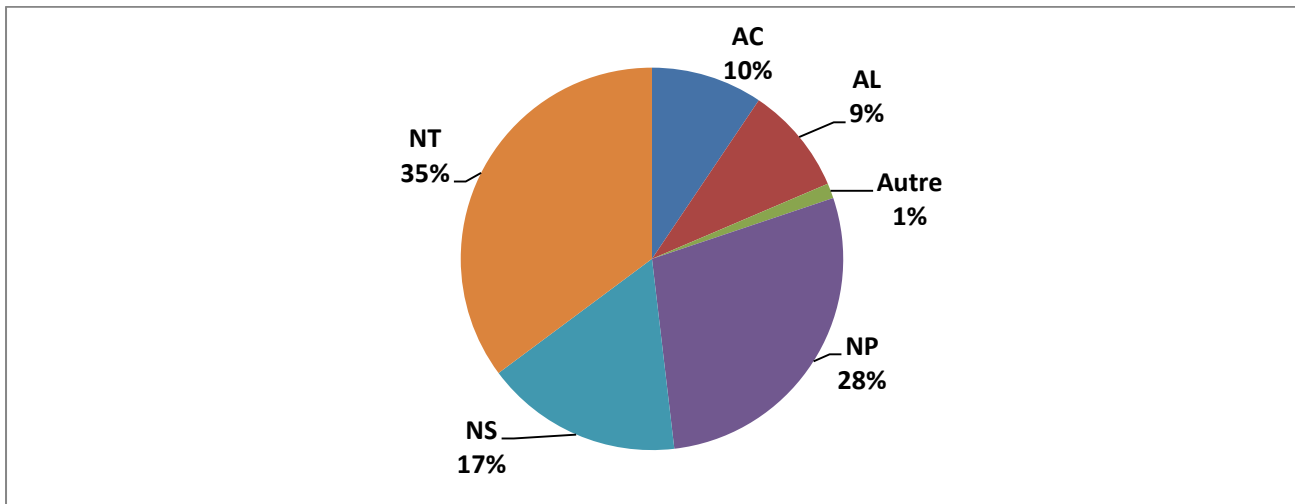
Graphique 14 : Part moyenne de chaque niveau de prestation dans la DPS, 2005-2010



Source : Base de données DPS

Le MS fait à peine un peu mieux que les autres institutions (voir tableau et graphique ci-dessous) puisqu'il alloue un peu plus, en termes relatifs, aux niveaux primaire (28%) et secondaire (17%), contre 35% aux soins tertiaires et 19% à l'administration qui, elle aussi, dépense plus que les soins secondaires. Le délaissement du niveau primaire, qui n'est plus considéré comme une composante clé du système de santé, et la négligence du secteur secondaire ont eu des effets négatifs sur la performance du Ministère de la Santé comme on l'a vu plus haut.

Graphique 15 : Part moyenne de chaque niveau de prestation dans les dépenses du Ministère de la Santé, 2005-2010



Source : Base de données DPS

Tableau 12 : Evolution des dépenses du Ministère de la Santé entre 2005 et 2010 selon le niveau de la prestation, en MRO courantes

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
AC	831 311 537	791 154 381	1 011 254 887	1 824 179 917	1 182 309 394	1 724 894 159	7 365 104 275
AL	997 647 515	1 160 173 078	1 155 562 531	1 374 827 328	1 182 307 989	1 341 796 722	7 212 315 163
Autre	208 002 581	135 430 000	181 661 323	135 203 485	192 692 246	157 763 443	1 010 753 078
NP	2 853 458 936	2 544 816 597	3 315 673 864	3 916 576 932	3 413 000 820	4 559 608 757	20 603 135 905
NS	755 413 490	1 140 572 168	1 562 229 795	1 733 196 558	2 311 456 624	5 758 283 718	13 261 152 354
NP	4 399 618 950	3 451 409 384	3 959 425 347	4 398 167 737	4 441 162 942	7 301 090 461	27 950 874 821
Total	10 045 453 009	9 223 555 608	11 185 807 748	13 382 151 957	12 722 930 015	20 843 437 259	77 403 335 596

Source : Base de données DPS

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

Cette analyse de la répartition de la DPS selon le type de structures prestataires corrobore les conclusions de la section précédente ainsi que celles qui suivront sur l'équité.

En effet, que ce soit le niveau d'analyse sur la DPS ou sur les dépenses du MS, les structures de soins primaires, les centres de santé et particulièrement les postes de santé, ainsi que les programmes de santé publique demeurent les parents pauvres du secteur public.

Comme on peut le constater sur les deux graphiques suivants (18 et 19), la part des hôpitaux de 41% dans la DPS dépasse de très loin celle de l'administration (18%), qui reste élevée, celle des structures de base (17%) et celle des programmes de santé publique (4%). Pire, la part des postes de santé, qui desservent les populations rurales les plus éloignées, est à peine de 1,8%, soit dix fois moins celle de l'administration. En outre, le poids des hôpitaux est croissant durant la période 2005-2010 alors que celui des structures primaires est décroissant !

Tableau 13 : Evolution de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010, en MRO courantes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Administration	2.191.945.474	1.919.634.058	2.747.898.369	4.043.956.906	3.357.584.739	3.545.444.804	17.806.464.351
PS et CS	2.255.254.698	2.127.263.734	2.576.284.337	3.212.047.668	2.979.517.380	3.413.629.514	16.563.997.331
Hôpitaux	4.035.773.225	3.990.060.348	5.292.369.675	6.031.440.057	6.917.917.130	13.591.676.483	39.859.236.918
Programmes de SP	421.169.298	452.202.574	476.108.583	596.968.153	527.828.377	1.107.861.346	3.582.138.330
Autre	1.867.567.602	1.950.580.185	3.020.388.193	3.165.579.063	4.410.449.744	5.743.581.480	20.158.146.265
Total	10.771.710.297	10.439.740.899	14.113.049.157	17.049.991.846	18.193.297.371	27.402.193.626	97.969.983.195

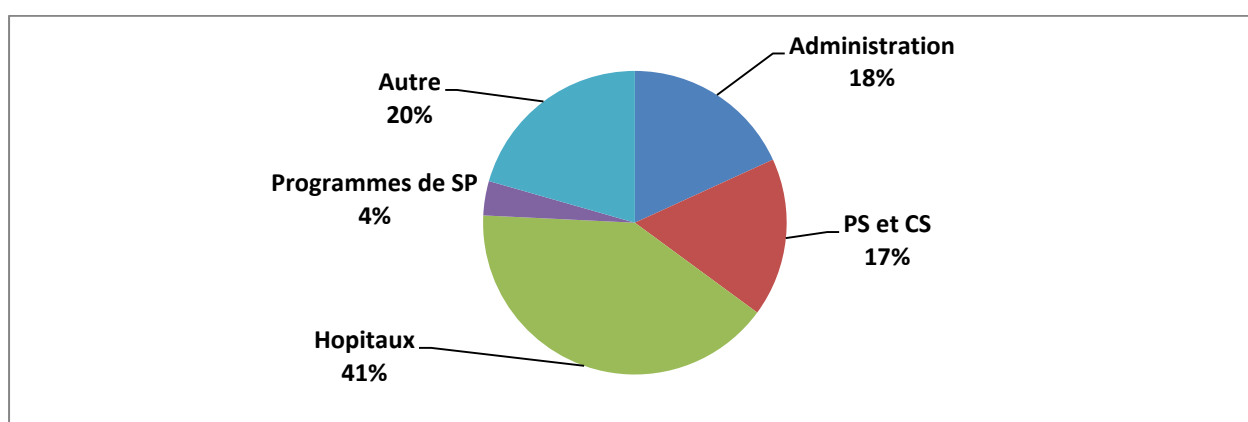
Source : Base de données DPS

Tableau 14 : Evolution de la composition de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
Administration	20,3%	18,4%	19,5%	23,7%	18,5%	12,9%	18,2%
PS et CS	20,9%	20,4%	18,3%	18,8%	16,4%	12,5%	16,9%
Hôpitaux	37,5%	38,2%	37,5%	35,4%	38,0%	49,6%	40,7%
Programmes de SP	3,9%	4,3%	3,4%	3,5%	2,9%	4,0%	3,7%
Autre	17,3%	18,7%	21,4%	18,6%	24,2%	21,0%	20,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

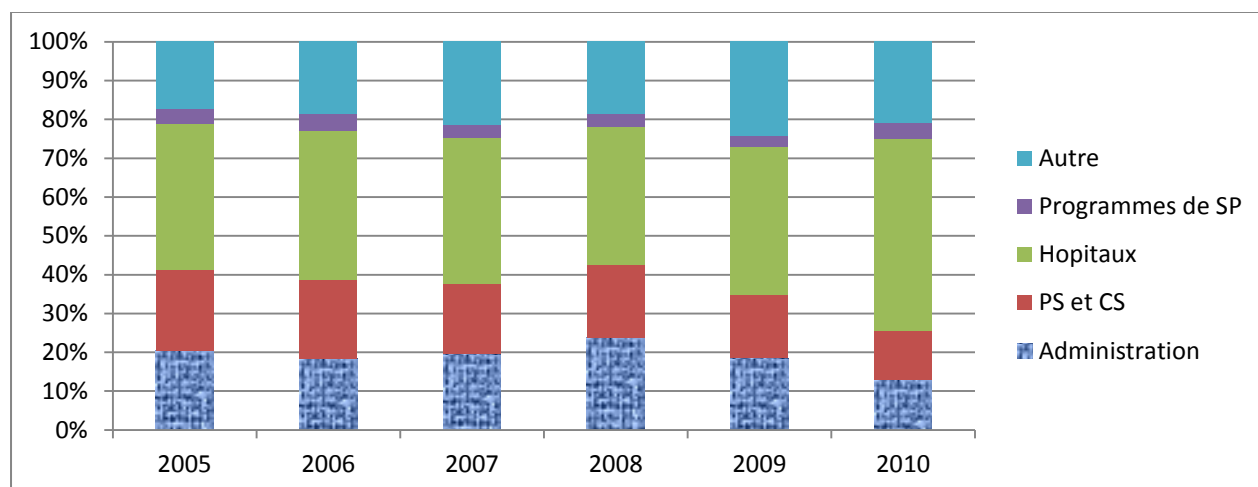
Source : Base de données DPS

Graphique 16 : Structure moyenne de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010



Source : Base de données DPS

Graphique 17 : Evolution de la composition de la DPS par type de structure prestataire, 2005-2010

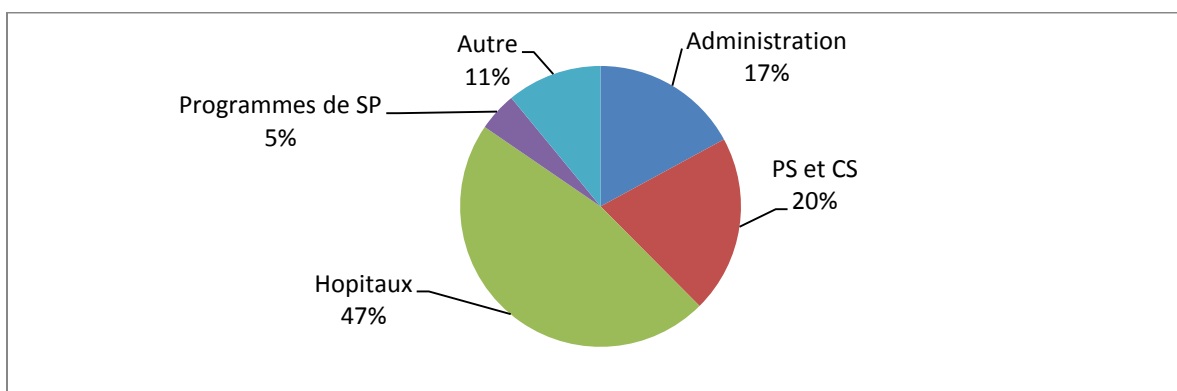


Source : Base de données DPS

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

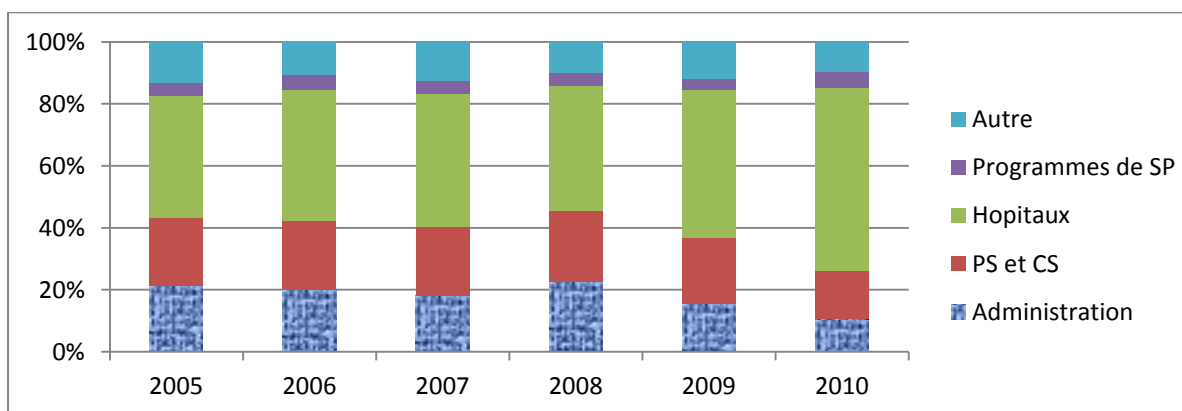
A ce niveau également, on peut remarquer le sous financement, d'une part, des structures prestataires qui desservent les populations rurales, et d'autre part, des programmes de santé publique qui seraient hyper négligés sans le soutien des partenaires techniques et financiers (assurant près de 62% des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

Graphique 18 : Composition moyenne des dépenses du MS par type de structure prestataire, 2005-2010



Source : Base de données DPS

Graphique 19 : Evolution de la structure des dépenses du MS par type de prestataire, 2005-2010



Source : Base de données

Tableau 15 : Evolution des dépenses du Ministère de la Santé par type de structure prestataire, 2005-2010, en MRO courantes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Administra.	2 179 423 474	1 858 817 072	2 021 199 129	3 064 796 270	2 040 124 086	2 224 755 718	13 389 115 749
PS et CS	2 057 714 704	1 914 150 123	2 286 687 594	2 808 111 750	2 371 760 591	2 967 589 069	14 406 013 831
Hôpitaux	4 035 773 225	3 990 060 348	4 966 152 650	5 552 215 724	6 272 005 427	12 540 963 079	37 357 170 454
Programmes	421 169 298	452 202 574	476 108 583	596 968 153	488 444 678	1 107 861 346	3 542 754 631
Autre	1 351 372 308	1 008 325 491	1 435 659 791	1 360 060 060	1 550 595 233	2 002 268 047	8 708 280 931
Total	10 045 453 009	9 223 555 608	11 185 807 748	13 382 151 957	12 722 930 015	20 843 437 259	77 403 335 596

Source : Base de données DPS

Tableau 16 : Evolution en % de la composition des dépenses du Ministère de la Santé par type de structure prestataire, 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Administration	21,3%	20,1%	18,1%	22,6%	15,5%	10,5%	17,1%
PS et CS	21,9%	22,3%	22,2%	23,0%	21,6%	15,8%	20,5%
Hôpitaux	39,5%	42,2%	43,1%	40,1%	47,5%	59,1%	47,0%
Programmes de SP	4,1%	4,8%	4,1%	4,4%	3,7%	5,2%	4,5%
Autre	13,2%	10,7%	12,5%	9,8%	11,8%	9,4%	11,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Base de données DPS

3.3.4. Répartition de la DPS selon la catégorie de dépense (classification économique)

Durant la période étudiée, 2005-2010, en moyenne, les charges d'investissement n'ont représenté que 18% de la DPS contre près de 82% pour le fonctionnement. Il faut noter, cependant, que l'année 2010, a connu une augmentation sensible de ressources allouées à l'investissement et plus particulièrement à l'acquisition d'équipements médicaux, construction et réhabilitation des infrastructures. La part de l'investissement est passée de 14% en 2005 à plus de 30 % en 2010. Est-ce un essai de compenser le gap cumulé depuis plusieurs années ? La réponse est apparemment positive aussi bien de la part de l'Etat (voir plus bas) que de la part des PTF (particulièrement la coopération chinoise). Toutefois, ces investissements ne sont pas suivis par des ressources humaines et des fonds pour le fonctionnement. Ce qui se traduit par une très modeste qualité de l'offre de services des structures de soins, y compris les établissements hospitaliers lourds à Nouakchott.

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

Tableau 17 : DPS par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010, en MRO courantes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Fonct (hors pharma.)	3.979.489.161	3.349.241.525	5.432.447.987	6.773.358.972	7.083.940.052	8.941.712.652	35.560.190.349
Produits pharma	1.922.830.536	1.434.397.286	1.620.185.695	1.698.254.706	1.728.976.191	1.514.139.155	9.918.783.569
Salaires	3.380.481.358	4.237.364.801	5.412.186.369	6.211.134.944	6.748.622.324	8.586.087.897	34.575.877.693
Investissement hors Equipement méd.	1.018.212.064	495.152.419	655.619.874	1.063.507.088	1.136.937.116	4.090.360.042	8.459.788.602
Equip. Médicaux	470.697.178	923.584.868	992.609.233	1.303.736.136	1.494.821.688	4.269.893.880	9.455.342.982
Total	10.771.710.297	10.439.740.899	14.113.049.157	17.049.991.846	18.193.297.371	27.402.193.626	97.969.983.195

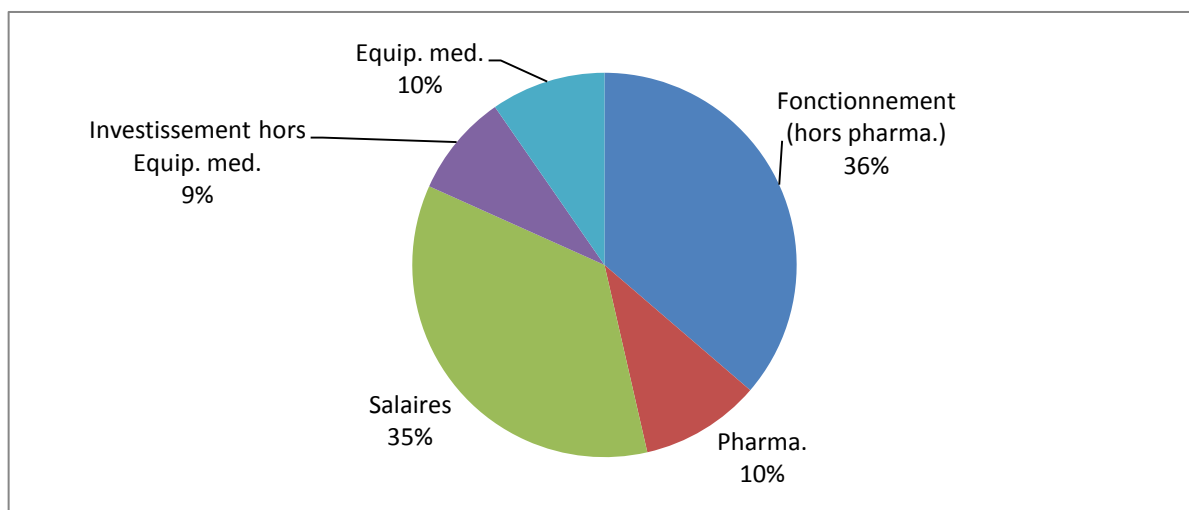
Source : Base de données DPS

Tableau 18 : Structure de la Dépense Publique de Santé par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Fonctionnement (hors pharma.)	36,9%	32,1%	38,5%	39,7%	38,9%	32,6%	36,3%
Produits pharmaceutiques	17,9%	13,7%	11,5%	10,0%	9,5%	5,5%	10,1%
Salaires	31,4%	40,6%	38,3%	36,4%	37,1%	31,3%	35,3%
Investissement hors Equip. méd.	9,5%	4,7%	4,6%	6,2%	6,2%	14,9%	8,6%
Equipements médicaux	4,4%	8,8%	7,0%	7,6%	8,2%	15,6%	9,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

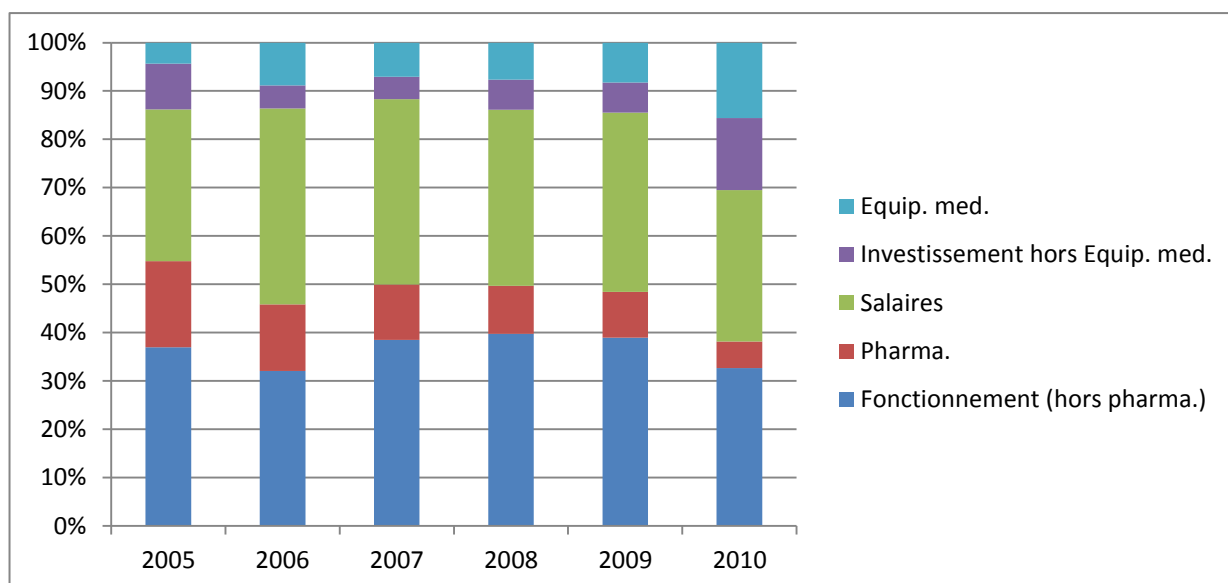
Source : Base de données DPS

Graphique 20 : Structure moyenne de la DPS par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010



Source : Base de données DPS

Graphique 21 : Evolution de la Dépense Publique de Santé par catégorie de dépenses (classification économique) entre 2005 et 2010



Source : Base de données DPS

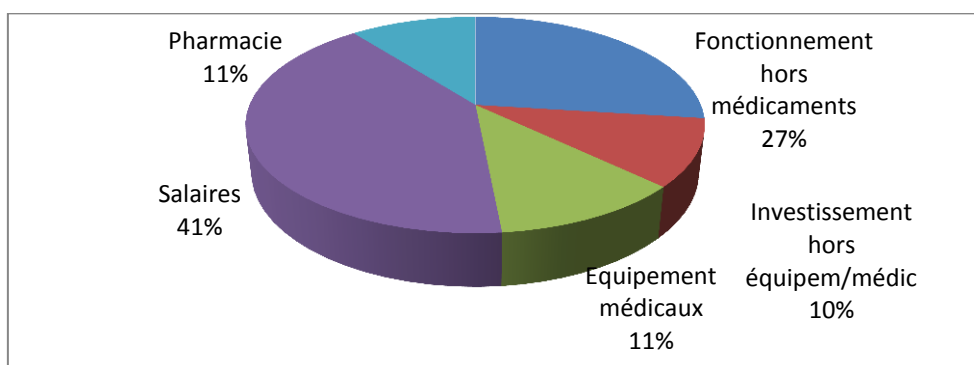
Quant aux dépenses du Ministère de la Santé, les salaires représentent le grand lot. Leur part dans les dépenses totales du MS est passée de 32,7 % en 2005 à 37 % en 2010, avec des pics entre 44 % et 45% en 2006, 2007 et 2009. Son poids moyen durant toute la période 2005-2010 dépasse 40 %. La plus grande variation se situe entre 2009 et 2010 où la masse salariale est passée de 5,98 milliards de MRO à 7.78 milliards de MRO. Trois facteurs expliquent cette évolution : Premièrement, les primes de logement et de transport ont été introduites vers fin

2009 en substitution aux avantages en nature (voiture et logement de fonction). Deuxièmement, la prime de risque pour le personnel de santé, et particulièrement pour les médecins spécialistes qui ont vu leurs salaires plus que doublés, a été introduite pratiquement à la même période. Troisièmement, la quantité de personnel paramédical recruté a été doublée grâce à l'ouverture d'une seconde école de formation paramédicale à Kiffa qui a vu sa première sortie de diplômés en 2010.

A l'instar de la DPS, le MS consacre de moins en moins de ressources aux produits pharmaceutiques : 16,9 % en 2005 contre seulement 5,5 % en 2010. Même en termes monétaires, cette dépense a chuté de 1,7 milliards de MRO en 2005 à 1,1 milliards de MRO en 2010. Cette chute des dépenses pharmaceutiques ne s'explique pas par une politique de maîtrise de coûts mais plutôt par des problèmes de gouvernance et de financement. Premièrement, la centrale d'achat du MS chargée de l'achat et de la distribution des produits pharmaceutiques (CAMEC) a connu de graves problèmes de trésorerie en raison principalement des créances non honorées des structures de soins et des programmes de gratuité (notamment du Paludisme). Ceci a conduit la CAMEC à ne pas s'approvisionner entre fin 2009 et 2010. Deuxièmement, les prestataires au niveau des Moughataa (districts) contournent la CAMEC pour se procurer des médicaments auprès de grossistes privés en vue de les revendre après aux patients. Les profits réalisés sont ensuite utilisés d'une manière « anarchique » (contrairement aux marges réalisées sur les produits achetés auprès de la CAMEC qui sont plutôt réglementées).

Enfin, pour l'investissement²¹, le MS a essayé constamment d'augmenter les ressources allouées à cette rubrique. En effet, sa part dans les dépenses totales du MS a évolué de 14% en 2005 à 39% en 2010, avec une moyenne de 22% durant la période 2005-2010. L'augmentation exceptionnelle en 2010 est due essentiellement à la construction d'un hôpital général de second niveau à Nouakchott sur fonds chinois et de l'extension et rénovation du Centre National D'Oncologie sur fonds du Gouvernement Mauritanien. Ces deux projets constituent près des deux tiers des dépenses d'investissement.

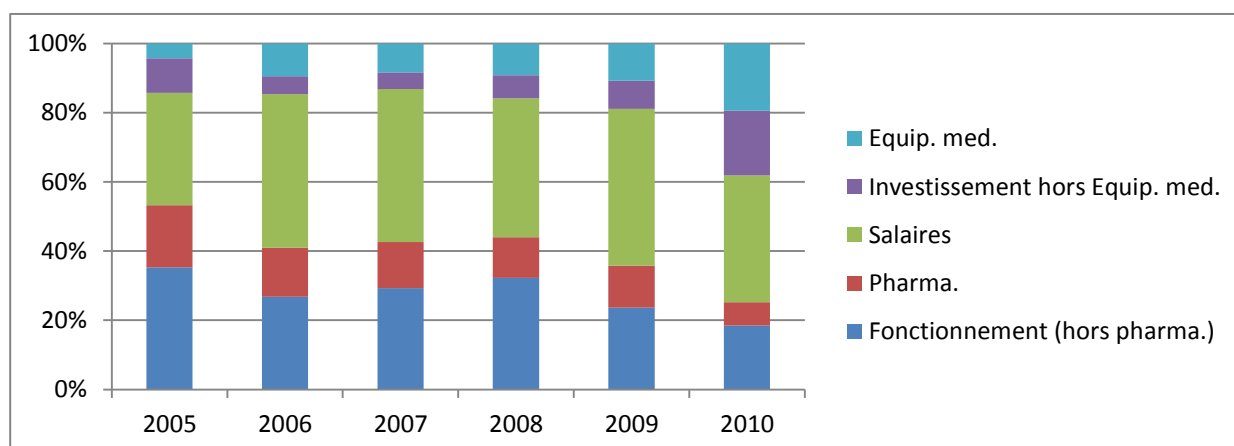
Graphique 22 : Structure moyenne de la classification économique des dépenses du MS entre 2005 et 2010



Source : Base de données DPS

²¹ L'analyse détaillée de l'investissement (en termes de construction, rénovation, extension, équipements médicaux, autres équipements...) est certes très utile, mais la méthodologie de départ en vue de l'élaboration de la base de données n'a pas pris en compte ce souci. Du coup, cette base de données (pour laquelle les auteurs ne voulaient pas trop multiplier les variables et sous-variables) n'incluent que 3 éléments de l'investissement : « Construction-rénovation » ; « Equipements médicaux » et « Autres investissements ». Il faut dire également que nombreuses institutions mettent en une seule ligne les extensions, la rénovation et la construction !

Graphique 23 : Evolution de la structure de la classification économique des dépenses du MS, 2005-2010



Source : Base de données DPS

Tableau 19 : Classification économique des dépenses du MS entre 2005 et 2010, en MRO courantes

Catégorie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Fonctionnement (hors pharm.)	3 606 111 868	2 484 629 845	3 310 396 679	4 360 739 508	3 126 455 866	3 924 507 639	20 812 841 405
Produits pharmaceutiques	1 702 642 605	1 208 241 707	1 351 724 264	1 398 752 111	1 372 113 379	1 145 917 123	8 179 391 189
Salaires	3 285 166 285	4 155 284 214	5 027 301 517	5 488 221 032	5 903 873 549	7 705 804 364	31 565 650 961
Investiss. hors Equipem. méd.	1 018 212 064	495 152 419	554 908 648	926 190 562	1 069 222 363	3 962 123 968	8 025 810 024
Equipements Médicaux	433 320 186	880 247 424	941 476 640	1 208 248 743	1 251 264 858	4 105 084 165	8 819 642 016
Total	10 045 453 009	9 223 555 608	11 185 807 748	13 382 151 957	12 722 930 015	20 843 437 259	77 403 335 596

Source : Base de données DPS

Tableau 20 : Evolution en % de la classification économique des dépenses du MS entre 2005 et 2010

Catégorie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Fonctionnement (hors pharma.)	36%	27%	30%	33%	25%	19%	27%
Produits pharmaceutiques	17%	13%	12%	10%	11%	5%	11%
Salaires	33%	45%	45%	41%	46%	37%	41%
Investissement hors Equip. méd.	10%	5%	5%	7%	8%	19%	10%
Equipements médicaux	4%	10%	8%	9%	10%	20%	11%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Base de données DPS

3.4. Efficience

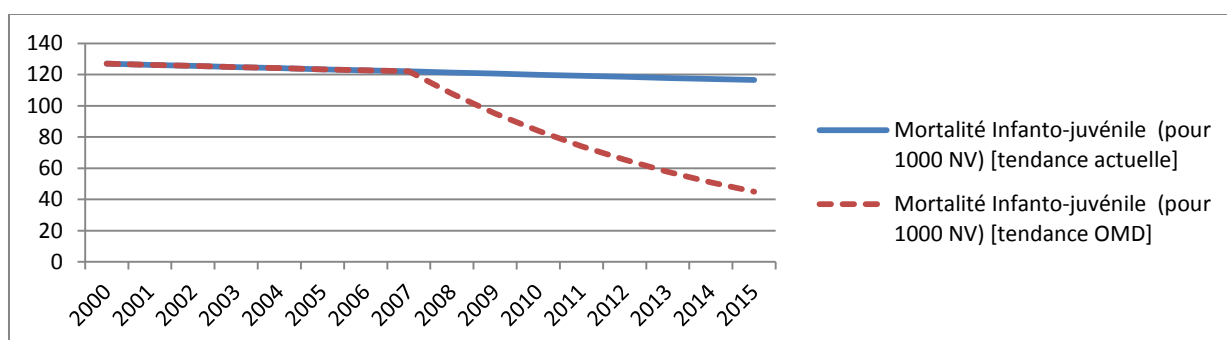
En dépit d'un effort louable d'augmentation des ressources financières du secteur de la santé, les performances du système n'ont pas vraiment suivi.

Comme annoncé plus haut, la DPS par habitant en MRO constantes a évolué très positivement entre 2005 et 2010 en passant de 3709 à 6171, soit une variation annuelle moyenne de 10,7%. Toutefois, les principaux indicateurs de santé n'ont pas connu la même évolution durant la période étudiée. On pourrait dire que pour quelques uns la situation s'est même dégradée (couverture vaccinale, nutrition et paludisme).

Concernant les objectifs du Millénaire pour le Développement, particulièrement le quatrième et le cinquième, la Mauritanie n'atteindrait jamais ces objectifs au rythme actuel.

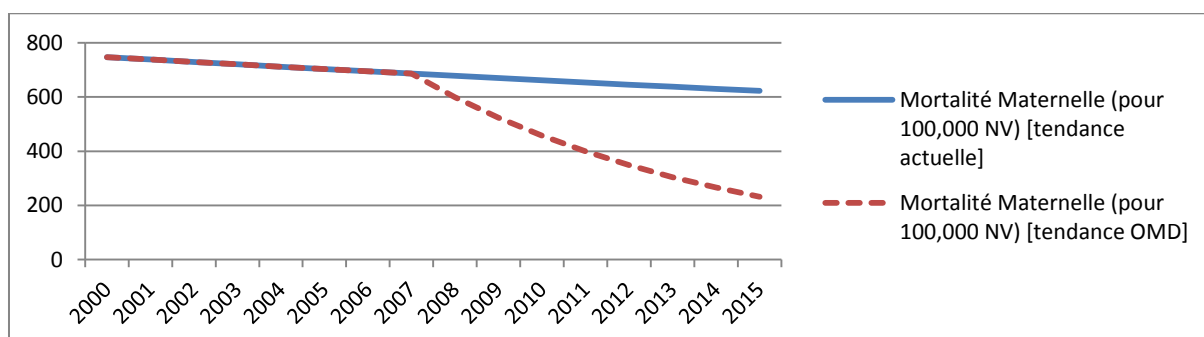
Entre 2000 et 2007, la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle ont enregistré une légère baisse sur les sept années et sont passées respectivement de 127 ‰ et de 747/100.000 NV à 122 ‰ et de 686/100.000 NV. A ce rythme, le pays est très loin d'atteindre ces objectifs comme le montrent les deux graphiques suivants.

Graphique 24 : Gap de la tendance actuelle de la mortalité infanto-juvénile par rapport à l'OMD



Sources : EDSM 2001, MICS 2007 et calcul des auteurs

Graphique 25 : Gap de la tendance actuelle de la mortalité maternelle par rapport à l'OMD



Sources : EDSM 2001, MICS 2007 et calcul des auteurs

Toujours en liaison avec la santé de la mère et de l'enfant, il faut noter que la progression du taux d'accouchement dans un milieu médicalement (ou para médicalement) assisté est également trop lente comme le montre le graphique ci-dessous. Quant au taux de la couverture vaccinale (Penta3), il a baissé de 71% en 2005 à 64% en 2010.

Cette inefficience est due à plusieurs facteurs dont la combinaison est fatale pour la population mauritanienne. Nous insistons ici sur cinq facteurs stratégiques et systémiques :

Premièrement, la politique de programme de santé publique, et bien particulièrement la vaccination, a énormément souffert de l'abandon des stratégies mobile et avancée en raison essentiellement d'une baisse de ressources allouées à ces programmes aussi bien par l'Etat que par les PTF. Par conséquent, pour la vaccination, la stratégie fixe n'a pu couvrir que moins des deux tiers de la population ciblée.

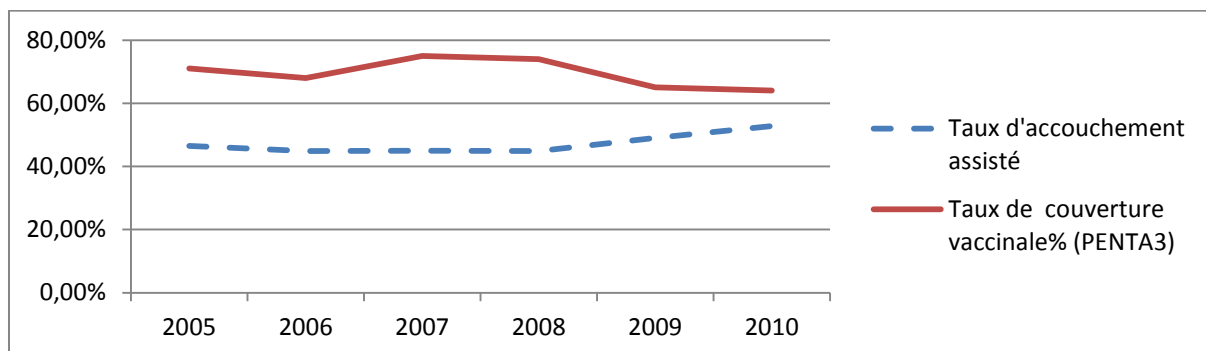
Deuxièmement, les structures de base (unités de santé de base, cases de santé et centres de santé) ont également souffert d'un manque de moyens financiers et humains chronique qui ne leur a pas permis d'offrir les services de proximité que la population attendait (sans parler de l'absentéisme et du mauvais accueil). Souvent, ces structures, particulièrement les USB, sont ouvertes mais réellement quasi non fonctionnelles en raison de l'absence d'équipement, de médicaments, de fongibles médicaux et de personnel. Les USB ont souffert énormément de l'abandon de l'approche communautaire et de l'absence d'agents communautaires de santé.

Troisièmement, les performances des ressources humaines, particulièrement au Ministère de la Santé, représentent un réel risque pour le système de santé en Mauritanie. Primo, elles ne sont pas motivées en raison de leurs modestes salaires, des faibles moyens mis à leur disposition pour travailler, des conditions de vie difficiles en dehors de grandes agglomérations comme Nouakchott et Nouadhibou... Secundo, elles sont mal réparties sur tout le pays (à titre d'exemple, la totalité des gynécologues est à Nouakchott et à moindre mesure à Nouadhibou !). Tertio, elles ne sont pas suffisantes pour couvrir tout le territoire et les besoins les plus incompressibles de la population. Enfin, elles ne sont pas bien évaluées en vue de récompenser les plus performants.

Quatrièmement, les médicaments ainsi que les fongibles et dispositifs médicaux font défaut dans les structures de soins essentiellement en raison (i) des allocations budgétaires en décroissance, (ii) de la crise financière de la Centrale d'achat du Ministère de la Santé (CAMEC) due principalement aux créances non honorées des prestataires publics, (iii) d'une absence d'une gestion moderne et autonome de la CAMEC, (iv) de sérieux problèmes de logistiques, notamment de transport et de stockage et (v) d'une centralisation hypertrophiée et d'une fragmentation des intervenants dans l'approvisionnement (OMS, 2011 ; Nedhirou 2011).

Cinquièmement, l'accessibilité financière de la population aux soins est faible en raison de l'absence d'une politique adéquate de financement de la santé. Comme souligné dans le chapitre 1, seuls 6% de la population sont couverts par la CNAM. Les mutuelles, quant à elles, couvrent près de 0,3% de la population. Alors que les mécanismes de gratuité (Paludisme) ou les programmes « hyper subventionnés » (forfait obstétrical) n'ont pas été accompagnés de mesures nécessaires à leur réussite (absence de fonds suffisants, absence d'équipements dans les structures de soins, pas de communication...). Enfin, la prise en charge des indigents est un mécanisme très insuffisant en raison de peu de moyens dont elle dispose (près de 1 milliard de MRO) et des critères d'éligibilité qui ne sont ni objectifs ni standardisés. Il faut dire aussi que l'essentiel de ce montant va aux évacuations sanitaires à l'étranger.

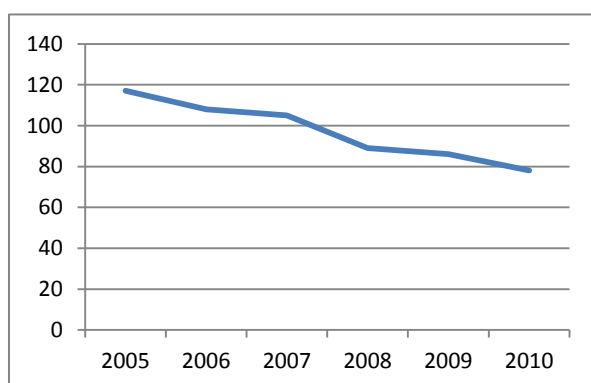
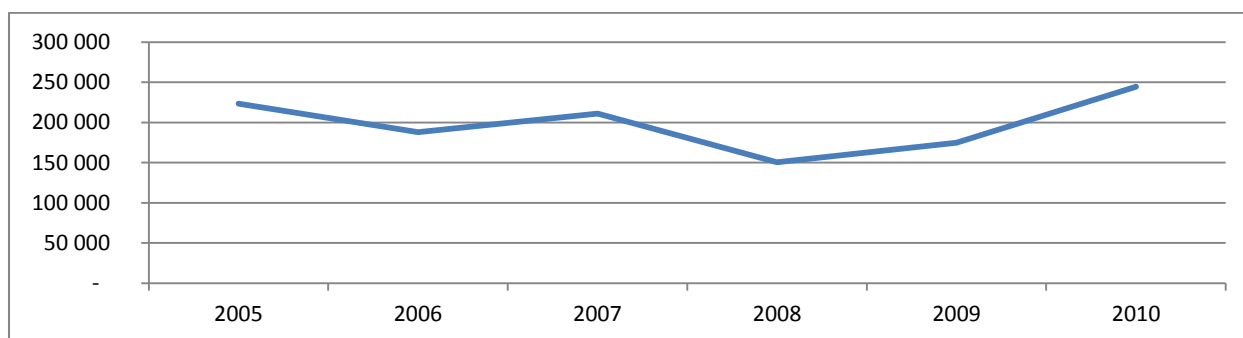
Graphique 26 : Evolution du taux d'accouchement assisté et de couverture vaccinale



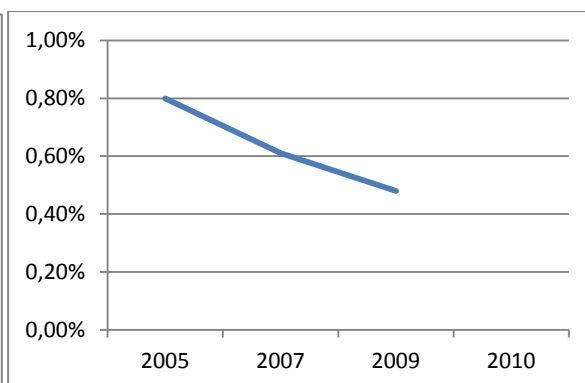
Sources : PEV, SNIS, PNSR et FNUAP

Si la situation épidémiologique du VIH-SIDA et de la Tuberculose est en amélioration constante, il en est autrement du Paludisme dont le nombre de cas annuels est passé de 223.472 en 2005 à 244.319 en 2010 (voir graphiques ci-dessous) en raison essentiellement des facteurs explicatifs des paragraphes précédents.

Graphique 27 : Nombre de cas annuels de Paludisme entre 2005 et 2010



Graphique 28 : Prévalence de la TB/100.000 Hb, 2005-2010



Graphique 29 : Prévalence du VIH-SIDA chez les femmes enceintes, 2005-2010

Sources : INRSP, PNLTI et PNLPG

3.5. Équité

Dans l'impossibilité de recourir à une classification très précise des dépenses publiques de santé par fonction (hospitalisation, soins ambulatoires, etc....) aussi bien dans la revue des dépenses publiques de santé que dans les Comptes Nationaux de la Santé (en cours), il n'a pas été possible d'effectuer des analyses non approximatives en termes d'incidences des bénéficiaires (Benefits Incidence Analysis). L'examen de l'équité se fait, ici, juste au travers de l'analyse de la répartition des dépenses publiques selon le milieu (urbain versus rural) et selon les régions (Wilayas).

3.5.1. Répartition de la DPS selon le milieu

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

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

Tableau 21 : DPS par milieu de résidence, 2005-2010, en MRO courantes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
National	5.032.860.423	4.903.344.811	7.755.520.069	9.232.016.941	10.299.094.168	15.176.884.556	52.399.720.967
Rural	1.029.757.411	1.197.664.656	1.613.327.225	1.709.039.735	1.837.932.669	2.299.465.249	9.687.186.946
Urbain	4.709.092.464	4.338.731.432	4.744.201.863	6.108.935.169	6.056.270.534	9.925.843.821	35.883.075.282
Total	10.771.710.297	10.439.740.899	14.113.049.157	17.049.991.846	18.193.297.371	27.402.193.626	97.969.983.195

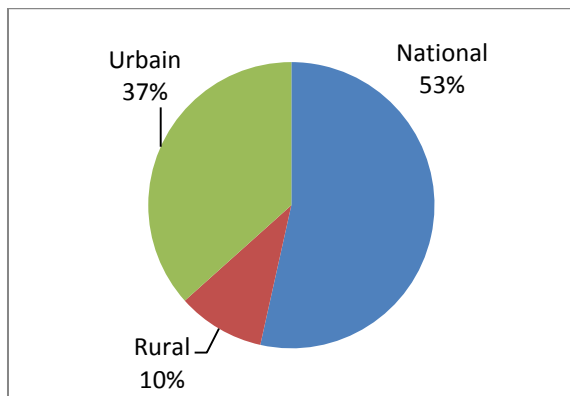
Source : Base de données DPS

Tableau 22 : Evolution de la structure de la DPS par milieu de résidence, 2005-2010

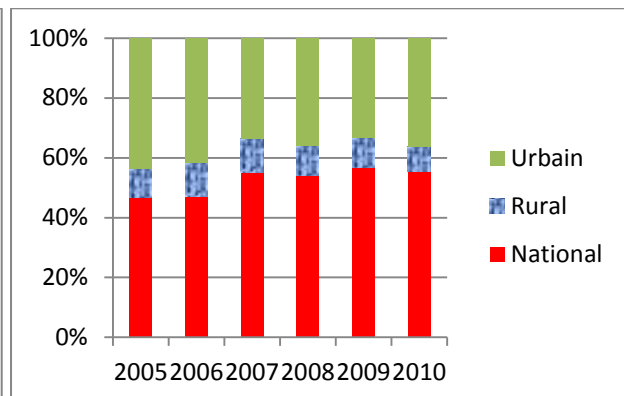
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
National	46,7%	47,0%	55,0%	54,1%	56,6%	55,4%	53,5%
Rural	9,6%	11,5%	11,4%	10,0%	10,1%	8,4%	9,9%
Urbain	43,7%	41,6%	33,6%	35,8%	33,3%	36,2%	36,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Base de données DPS

Graphique 30 : DPS par milieu de résidence, moyenne de la période 2005-2010



Graphique 31 : Evolution de la structure de la DPS par milieu entre 2005 et 2010



Source : Base de données DPS

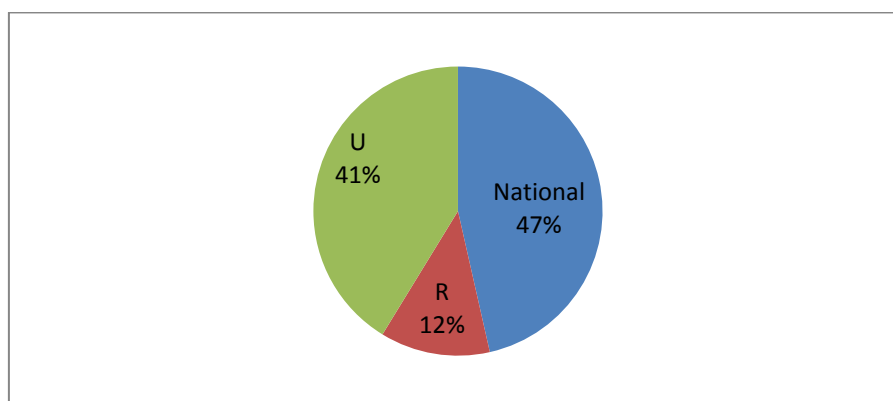
L'analyse de la même répartition des dépenses du Ministère de la Santé, montre, en effet, que ce département fait à peine un peu mieux que la DPS totale. Entre 2005 et 2010, la part moyenne du milieu rural dans les dépenses du MS s'élève seulement à 12% contre 43% pour le milieu urbain et 45% pour le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

Tableau 23 : Dépenses du MS par milieu de résidence, 2005-2010, en MRO courantes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
National	4 743 160 423	4 158 931 034	5 478 321 306	6 198 265 664	5 878 585 604	9 501 696 079	35 958 960 110
Rural	1 029 757 411	1 197 664 656	1 613 327 225	1 685 554 277	1 724 833 172	2 259 594 879	9 510 731 621
Urbain	4 272 535 176	3 866 959 918	4 094 159 216	5 498 332 016	5 119 511 239	9 082 146 300	31 933 643 865
Total	10 045 453 009	9 223 555 608	11 185 807 748	13 382 151 957	12 722 930 015	20 843 437 259	77 403 335 596

Source : Base de données DPS

Graphique 32 : Dépenses du MS par milieu de résidence, 2005-2010



Source : Base de données DPS

3.5.2. Répartition de la DPS entre les régions/Wilayas

Si d'une manière générale le milieu rural est très défavorisé, l'analyse de la répartition de la DPS entre les régions (en excluant le niveau dit « National ») montre que, sans doute, les ruraux de quelques Wilayas le sont bien davantage.

Le tableau 24 montre que les régions du Guidimakha (avec un taux de pauvreté de plus de 60%) et du Gorgol (taux de pauvreté de plus de 55%) bénéficient onze fois moins des dépenses publiques que la Wilaya de l'Inchiri²² (taux de pauvreté de près de 40%). En effet, le ratio DPS per capita entre ces régions, les moins favorisées, et la wilaya la plus favorisée s'élève à 1/10,9.

En outre, la dispersion (moyenne) autour de la moyenne de la DPS per capita (2181 MRO) est assez importante, soit 84,8%.

Concernant la région de Nouakchott (avec un taux de pauvreté de seulement 16%), il est à noter que si on incluait les dépenses des prestataires de niveau tertiaire (prestataires dits « de niveau national »), sa moyenne per capita serait on ne peut plus élevée.

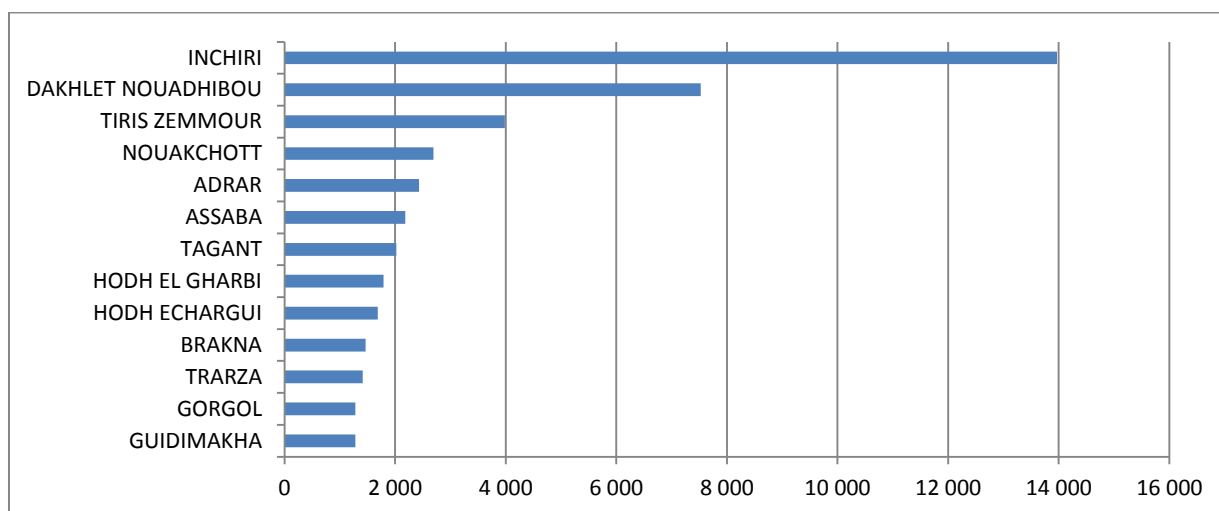
Tableau 24 : DPS per capita et par région entre 2005 et 2010, en MRO courantes

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

Source : Base de données DPS

²² Le même constat peut être fait pour les dépenses de fonctionnement. Les Wilayas de Inchiri et Nouadhibou demeurent toujours favorisées.

Graphique 33 : DPS moyenne per capita et par région, 2005-2010, en MRO courantes



Source : Base de données DPS

En effectuant les mêmes calculs pour les dépenses de fonctionnement uniquement, on constate que les différences demeurent importantes, même si le ratio DPS per capita entre ces régions, les moins favorisées (Gorgol et Trarza), et la wilaya la plus favorisée (Inchiri) est moins accentué, soit 1/6. Ce qui dénote d'une inégalité structurelle entre les régions.

Tableau 25 : DPS de fonctionnement per capita et par région entre 2005 et 2010, en MRO courantes

Wilaya	DPS courantes per capita
GORGOL	1160
TRARZA	1192
GUIDIMAKHA	1226
BRAKNA	1380
HODH EL GHARBI	1409
HODH ECHARGUI	1449
NOUAKCHOTT	1673
TAGANT	1839
ASSABA	1881
ADRAR	2290
TIRIS ZEMMOUR	3709
DAKHLET NOUADHIBOU	6483
INCHIRI	6717

Source : Base de données DPS

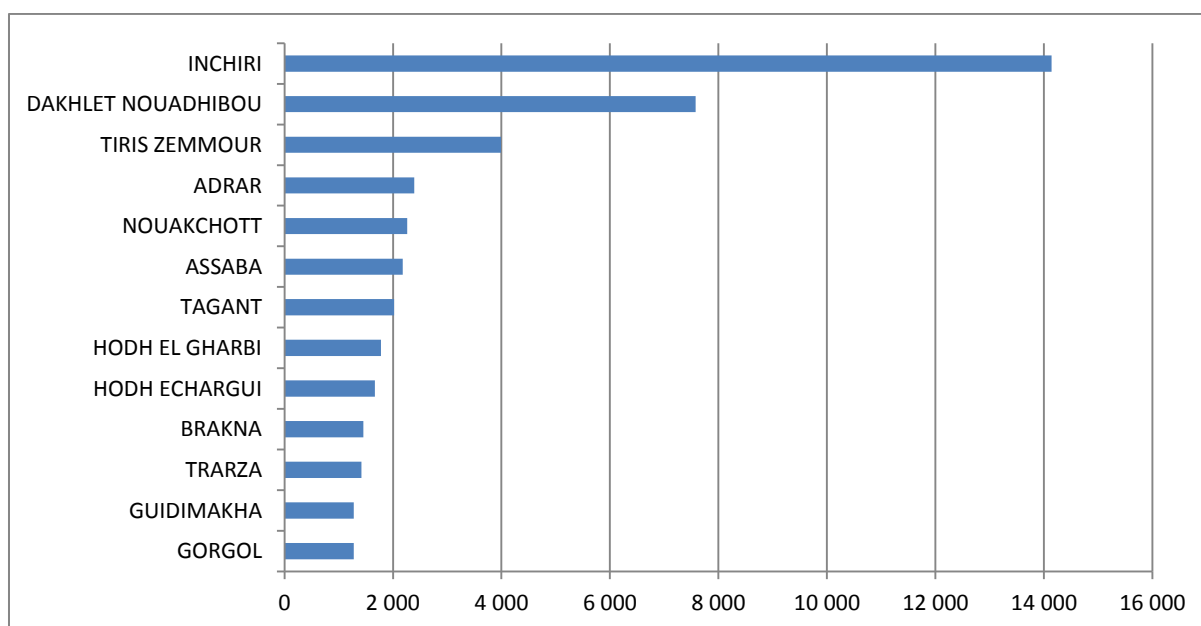
Quant au MS, la répartition de ses dépenses entre les régions montre une injustice encore plus flagrante et exacerbée. Entre 2005 et 2010, le ratio moyen entre la wilaya la moins favorisée et la région la plus favorisée s'établit à 11,1. La dispersion moyenne est également plus élevée, soit 88,5%. Il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

Tableau 26 : Dépenses du Ministère de la Santé per capita et par région entre 2005 et 2010, en MRO courantes

Régions	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne 05-10
GORGOL	1,196	972	1,108	1,353	1,560	1,425	1,275
GUIDIMAKHA	1,364	1,237	1,266	1,366	1,213	1,229	1,278
TRARZA	998	978	1,131	1,997	1,425	1,904	1,419
BRAKNA	1,411	1,424	1,469	1,718	1,316	1,388	1,454
HODH ECHARGUI	1,279	1,306	1,751	1,993	1,754	1,878	1,669
HODH EL GHARBI	1,391	1,729	1,759	2,072	1,497	2,196	1,781
TAGANT	2,082	1,818	1,915	2,559	2,051	1,716	2,022
ASSABA	1,510	1,975	2,421	2,555	2,593	1,969	2,179
NOUAKCHOTT	933	895	1,258	1,807	1,150	7,147	2,263
ADRAR	2,477	2,230	2,294	2,679	2,347	2,336	2,394
TIRIS ZEMMOUR	3,675	3,251	3,824	4,487	4,924	3,731	3,994
DAKHLET NOUADHIBOU	4,730	5,924	8,376	9,113	9,077	7,937	7,577
INCHIRI	7,257	10,633	10,420	4,806	46,163	4,552	14,143

Source : Base de données DPS

Graphique 34 : DPS moyenne per capita et par région, 2005-2010, en MRO courantes



Source : Base de données DPS

La dépense publique de santé qui aggrave les disparités régionales est de surcroît, inégalement, distribuée et répartie sur l'ensemble du territoire national. Les régions les plus riches bénéficient, ainsi, en moyenne d'une subvention de l'Etat pour la santé bien supérieure aux régions les plus pauvres.

Dans ce sens l'action gouvernementale a renforcé plutôt que corrigé les disparités régionales en termes absolus même s'il ne s'agit pas du tout d'un objectif affiché par les pouvoirs publics.

Des mesures de réformes profondes et durables seront, donc, nécessaires pour accompagner l'effort budgétaire et la gestion de la dépense publique afin d'assurer une meilleure répartition et l'exécution équitable des montants mis à la disposition du secteur sanitaire.

Principales conclusions et recommandations

En dépit d'un effort d'augmentation substantiel ces deux dernières années des ressources allouées au secteur de la santé, la Mauritanie n'arrive, toujours, pas à atteindre la moyenne des niveaux des dépenses en santé des pays voisins à revenu plus ou moins similaire. L'analyse de la RDPS montre clairement le sous-financement chronique de ce secteur social clé. Le Ministère de la Santé a bénéficié en moyenne de seulement 4% du budget de l'Etat (exécuté) sur la période 2005-2010. De plus, même en incluant toutes les autres institutions publiques (en plus du Ministère de la Santé), ce taux passe uniquement à 5,3%. Ce qui est inquiétant également est le recul de la part du budget de l'Etat dans la DPS au profit des PTF (qui rappelons-le est un financement potentiellement éphémère) et des paiements directs des ménages (qui ne représente pas le meilleur moyen de financer la DPS).

Ces ressources difficilement mobilisées ne sont pas dépensées de manière optimale pour plusieurs raisons :

- **Au niveau de l'allocation intra sectorielle, le secteur de la santé fait la part belle aux hôpitaux, au niveau tertiaire,** et aux dépenses de fonctionnement, et ce au détriment des dépenses pharmaceutiques, des structures desservant les populations les plus marginalisées et des soins de santé primaires, y compris les programmes de santé publique.
- **Au niveau de l'efficacité, il est regrettable de voir que les dépenses per capita et en MRO constantes sont en progression en contrepartie de pâles performances.** Au rythme actuel, la Mauritanie n'atteindra même pas le tiers des OMD d'ici à 2015 !
- **Au niveau de l'équité, il faut souligner le caractère inéquitable des dépenses publiques de santé.** La population rurale est très mal desservie et les ressources sont distribuées entre les régions d'une manière très déséquilibrée et injuste pour les wilayas les plus défavorisées.

A la lumière de ce constat, il serait recommandable de mobiliser davantage de ressources pour le secteur de la santé (Ministère de la Santé et autres institutions publiques intervenant dans le secteur) en vue de s'approcher de la moyenne régionale et de l'objectif d'Abuja. Au-delà de l'amélioration de l'efficacité (voir plus bas), l'extension de l'espace fiscal pourrait se faire au travers des actions suivantes :

- Utiliser les ressources potentielles futures du secteur minier (pétrole)
- Opérer un nouvel ordre de priorité entre les secteurs publics et ce au profit des activités ayant un impact positif sur la lutte contre la pauvreté et l'atteinte des OMD (infrastructures, éducation, santé, protection sociale...).
- Mobiliser plus de ressources externes en améliorant la gouvernance et la transparence dans la gestion des ressources externes.

Bien évidemment, ces ressources, historiques et additionnelles, se doivent d'être utilisées d'une manière plus efficace et plus équitable. Aussi, serait-il nécessaire de prendre les mesures suivantes :

-
- **Opérer un équilibrage progressif de la distribution des ressources entre les régions et entre les milieux de résidence (bien évidemment au profit des ruraux).** Il ne s'agit pas de prélever une partie des ressources actuellement allouées aux régions dites favorisées pour les donner aux plus défavorisées. Il s'agirait plutôt d'utiliser les ressources publiques additionnelles futures pour donner plus de moyens humains et matériels aux régions et milieux défavorisés en vue de rééquilibrer, à terme, l'allocation des ressources publiques entre toutes les régions du pays.
 - **Mieux doser la classification économique des dépenses publiques au profit des produits pharmaceutiques et de l'investissement.** Toutefois, s'il faut continuer à augmenter les dépenses d'investissement il est également nécessaire de ne pas diminuer de façon significative, les dépenses de fonctionnement en raison de leur importance, notamment en ce qui concerne la motivation, la formation et le perfectionnement du personnel médical et paramédical, les charges récurrentes d'entretiens ainsi que les dépenses pour l'achat des médicaments, de vaccins, de fongibles et des dispositifs médicaux au profit des structures sanitaires.

Pour les produits pharmaceutiques, il s'agira d'insister particulièrement sur leur disponibilité pour les programmes de santé publique (Immunisation, Santé reproductive, Paludisme, Nutrition, Tuberculose...), pour les unités techniques (centres de transfusion, laboratoires, centres de radiologie...) et pour les listes de médicaments essentiels dans les structures de soins.

- **Améliorer l'accès de la population aux médicaments, vaccins, fongibles et dispositifs médicaux dans les structures publiques de soins.** Pour cela, il faudrait redéfinir un cadre juridique et institutionnel en vue de pallier le système actuel décrié par tout un chacun (analyse de la situation dans le cadre de la préparation du PNDS 2011). L'arsenal législatif et réglementaire doit être complété puis révisé dans le sens de plus de cohérence, de couvrir l'ensemble des activités qui concernent l'exercice pharmaceutique dans le respect des bonnes pratiques (OMS 2011).

La centrale d'achat des médicaments du Ministère de la Santé (CAMEC) doit devenir une structure qui gère ses ressources comme une structure privée : rationalisation et optimisation des ressources, mais avec un objectif de santé publique. Elle doit être dynamique, créative, évolutive et ne pas attendre tout de l'Etat.

Toutefois, l'Etat doit respecter ses engagements et ses dettes envers elle. C'est un contrat clair entre les deux parties qui doit bien clarifier et expliciter les droits et devoirs de chacun.

La CAMEC doit être gérée comme un établissement pharmaceutique modèle qui respecte les Bonne Pratiques de Distribution de l'OMS et mettre tout en œuvre pour avoir un système d'assurance qualité irréprochable : en ce sens, elle sera aussi un modèle pour les autres acteurs du secteur pharmaceutique (OMS 2011).

- **Favoriser les structures de soins de base, les prestations à haut impact, particulièrement au niveau primaire et le niveau secondaire.** En effet, il est nécessaire d'investir davantage non seulement dans ces structures en y mettant plus d'équipements et de ressources humaines, mais aussi en les dotant de moyens financiers plus importants en vue de corriger les dysfonctionnements constatés au niveau de la qualité des soins, des supervisions des programmes de santé publique et des stratégies mobiles. Le retour à une stratégie de proximité fondée sur l'approche communautaire serait un complément nécessaire à cet investissement accru dans les soins de santé de base. Cette approche

communautaire devrait éviter le volontariat en tant que mode opératoire en raison de son échec par le passé.

Le Gouvernement a réalisé déjà l'importance du niveau secondaire et son sous-financement (les dotations conséquentes et en progression en 2009 et 2010 le prouvent). Cet effort doit continuer car ce niveau est très complémentaire avec le secteur primaire pour réduire substantiellement les problèmes de néo-natalité et de surmortalité maternelle par exemple.

- **Améliorer la gouvernance, la traçabilité et la transparence du secteur public de santé** en vue de mieux utiliser les ressources et d'améliorer le crédit « confiance » dont le secteur a tant besoin pour mobiliser des ressources additionnelles aussi bien auprès de l'Etat que des PTF.
- **Donner plus de moyens et de prérogatives aux Directions régionales.** L'action du Gouvernement dans des domaines comme la santé se passe essentiellement dans les régions et les districts. C'est pour cela qu'il serait nécessaire de donner plus de moyens à ces Directions qui seront chargées de mettre en œuvre les actions à programmer dans le cadre du PNDS 2012-2020.
- **Améliorer la qualité des soins dans les structures publiques et promouvoir le secteur privé en vue de réduire les évacuations sanitaires vers l'étranger et d'améliorer les performances de la CNAM.** Celle-ci se doit de mieux couvrir (taux de remboursement) les prestations assurées tout en améliorant sa communication avec les assurés et en réduisant ses charges administratives.
- **Etudier la possibilité de créer un fonds pour la prise en charge médicale des plus pauvres.** Ses critères d'éligibilité doivent être standardisés et déterminés d'une manière scientifique et objective. Ses procédures pour l'obtention de cette éligibilité devraient être définies de telle manière à éviter toute bureaucratie inutile en vue d'améliorer l'accès aux soins aux bénéficiaires. Le fonds en question doit bénéficier de ressources importantes afin de permettre aux plus démunis d'avoir accès à un large panier de services de soins allant des services préventifs individuels jusqu'aux maladies chroniques les plus coûteuses.

Selon des estimations partielles (UNICEF, 2010 ; O.M. Isselmou, n.d), le coût de la prise en charge des indigents per capita se situe autour de 2000 MRO en 2006 selon l'expérience de Nouadhibou. Actualisé par l'indice des prix à la consommation (2007-2010), ce montant s'élève à près de 2520 MRO. Selon une autre expérience testée à Hodh El Gharbi, le taux d'indigence se situerait entre 6% et 10%. En appliquant ce seuil supérieur de 10%, les besoins financiers nécessaires pour la prise en charge médicale des indigents en Mauritanie s'élèveraient, très approximativement, à 836 millions de MRO, soit moins de 7% du montant de la DPS financé par le Gouvernement (ou l'équivalent de 20% des dépenses de la CNAM). Bien entendu, ce ne sont ici que des estimations grossières. Il serait nécessaire d'effectuer des études de faisabilité en utilisant l'approche actuarielle si le Gouvernement optait pour la mise en place d'un Fonds pour les Indigents.

Si la CNAM améliore sa gestion et ses performances, à moyen terme, il serait intéressant d'étudier la possibilité et l'opportunité de placer ce fonds sous la responsabilité de ladite caisse en vue d'éviter la fragmentation des modalités de gestion institutionnelle des divers régimes de protection sociale en santé.

-
- **Promouvoir plus de protection sociale dans le secteur en vue de mieux couvrir les plus défavorisés et le secteur informel**, autant que possible. L'Etat se doit de mieux promouvoir et de cofinancer les initiatives communautaires d'assurance maladie qui pourraient être regroupées en fédérations (au niveau des Moughataa/Districts et des Wilayas/Régions) qui, à leur tour, devraient être bien soutenus par le Gouvernement et par les PTF. Les mutuelles communautaires ont échoué en Mauritanie car ces initiatives étaient restées isolées, non consolidées et non soutenues correctement (, MS/DPCIS, 2011).
 - **Harmoniser le processus de planification et de budgétisation, d'une part, et la budgétisation annuelle (Loi des Finances), d'autre part.** A l'instar de la majorité des pays en développement, la dichotomie entre planification (Plans de développement sanitaire), programmation à moyen terme (CDMT) et budgets annuels (loi des finances) en Mauritanie ne permet pas de décliner concrètement les activités programmées en lignes budgétaires codifiées dans les lois de finances. C'est pour cela que ces plans et ces CDMT sont souvent, en réalité, plus des exercices théoriques que des documents de travail effectifs. Ainsi, l'effort qui doit être déployée ne concerne pas uniquement le Ministère de la Santé mais aussi d'autres départements clés comme les Finances. **L'introduction d'une budgétisation programmatique pluriannuelle avec une nomenclature simplifiée et souple serait un atout majeur dans l'amélioration de la planification et de l'exécution des actions de l'Etat dans tous les secteurs, y compris la santé.**

Cet exercice d'harmonisation doit être accompagné d'une logique de résultat. Bien évidemment, le contrôle des dépenses de l'Etat doit être améliorée au niveau interne des secteurs, notamment la santé, et au niveau externe. Toutefois, le contrôle de l'Etat doit également porter sur le suivi des résultats de tous les secteurs. Ceci passe par une budgétisation fondée sur les résultats où les budgets pluriannuels comprennent non seulement des libellés et des montants, mais aussi des résultats/indicateurs en face de paragraphes budgétaires. Le Ministère de la Santé et les autres départements doivent être jugés surtout par rapport à l'achèvement de ces résultats que par rapport à l'exécution d'un budget par ligne on ne peut plus rigide et hyper compliqué.

Cette logique de résultats doit être étendue au financement. Certes, une budgétisation et une gestion axée sur les résultats serait une avancée certaine. Néanmoins, elle devrait être complétée par un financement fondé sur les performances. Cette logique doit prévaloir non seulement au niveau des départements ministériels, particulièrement au Ministère de la Santé, mais doit concerner également des institutions comme la CNAM qui doit privilégier des paiements des prestataires (aussi bien privés que publics) en fonction des performances.

- **Promouvoir plus d'études et d'analyses sur le financement du système de santé** (tous secteurs confondus). En effet, il est étonnant de voir qu'en Mauritanie, ce genre d'études et d'analyses sont plutôt rares. Ce qui ne facilite pas le suivi et l'évaluation des réformes et des projets mis en place. Cette rareté ne facilite pas non plus une planification et une budgétisation fondées sur des bases factuelles car peut-on planifier quelque chose que l'on ignore ? Il serait donc opportun de conduire plus fréquemment des revues des dépenses publiques, d'institutionnaliser les comptes nationaux de la santé et de mener des études comme l'analyse de l'impact des bénéficiaires et l'enquête de traçabilité des dépenses publiques.

Il est très important également de mener des études de faisabilité pour la mise en place d'un fonds pour les indigents, l'extension de la CNAM et la promotion des fédérations régionales des mutuelles communautaires.

Liste des références bibliographiques

- Banque Mondiale (2010), Revue des dépenses publiques en Mauritanie 2004-2009, Non publié
- CNAM (2010), « Enquête de Perception des Services fournis par la CNAM et les Prestataires de soins »
- CNAM (2011) « Note de présentation de la CNAM »
- CNAM (2011), « Rapport d'exécution du plan d'action 2010 »
- Fonds Monétaire International (2011), Indicateurs macroéconomiques - RIM
- Ministère de la Santé (2005), Politique Nationale de santé 2006-2015
- Ministère de la Santé (2011), Organigramme du Ministère de la Santé - 26 mai 2011
- Ministère de la Santé / DPCIS (2011), Rapport de l'Inventaire des Mutuelles de Santé en Mauritanie
- Ministère des Affaires Economiques et du Développement (2011), Cadre stratégique de lutte contre la Pauvreté (CSLP II) 2011-2015
- Nedhirou Ould Hamed et membres du NDCT (2011), « Rapport d'analyse de la situation », Travaux de preparation du PNDS 2012-2020
- OMS, Base de données sur les Comptes Nationaux de la Santé www.who.int/nha/en
- OMS (2011), Analyse du secteur pharmaceutique – RIM, Marie Paule Fargier, Rapport préliminaire
- OMS (2011), Statistiques Sanitaires Mondiales
- Office Nationale de la Statistique (2008), MICS, Enquête par grappes à indicateurs multiples 2007.
- Ould Mohamed Isselmou (n.d.), Etude sur l'Indigence à Nouadhibou, Rapport de synthèse
- UNICEF (2010), Etude sur la Protection Sociale en Mauritanie : Analyse de la situation et recommandations operationnelles, C. Watson et O.B.O.J. Fah, Mars

ANNEXES DU RAPPORT FINAL DE LA RDPS

PROJECTIONS DE LA POPULATION PAR WILAYA (2005-2010)

Wilaya	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ADRAR	78297.	80176	82100.	84071.	86088.	88154
ASSABA	272766.	279312.	286016	292880	299909	307107
BRAKNA	278104	284778	291613	298611	305778.	313117
DAKHLET NOUADHIBOU	89527	91675	93875	96128	98436	100798
GORGOL	273268	279826	286542.	293419	300461	307672
GUIDIMAKHA	200080	204882	209799	214834	219990	225270
HODH ECHARGUI	317053	324662	332454	340433	348603	356970
HODH EL GHARBI	238866	244599	250469	256480	26263	268939
INCHIRI	12947	13258	13576.	13902	14236	14577
NOUAKCHOTT	628471	643555	659000	674816	691011	707596
TAGANT	86266	88336	90456	92627	94850	97127
TIRIS ZEMMOUR	46298	47409	48547	49712	50905	52127
TRARZA	301988	309236	316658	324258	332040	340009

Source : Projections ONS

EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE 2005-2010

Indicateurs	2000	2001	2005	2006	2007*	2008	2009	2010
Mortalité Infanto-juvénile (pour 1000 NV)	127				122			
Mortalité infantile (pour 1000 NV)	74				77			
Mortalité Maternelle (pour 100000 NV)	747				686			
Prévalence Sida (les femmes enceintes)		0.57%	0.80%		0.61%		0.48%	
Prévalence Tuberculose /100,000 habitants			117	108	105	89	86	78
Prévalence Paludisme (Nombre de cas annuel)			223,472	188,025	210,970	150,582	174,737	244,319
Taux de la couverture vaccinale % (PENTA3)			71%	68%	75%	74%	65%	64%
Taux d'accouchement assisté			46.50%	45%	45%	45%	49%	53%

QUESTIONNAIRES POUR LA COLLECTE DES DONNEES

Questionnaire/Requête auprès de l'ONS

1. Données macro-économiques

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Population totale						
PIB, MRO courants						
PIB, MRO constants						
Indice Global des Prix à la consommation						
Indice des Prix à la consommation, secteur de la santé						
Total*						

2. Dépenses des ménages par quintile (Enquêtes « Conditions de vie des ménages », 2008 et 2004)

Quintiles de revenus	Dépenses totales moyennes par habitant et par an	Dépenses de santé moyennes par habitant et par an
Q1		
Q2		
Q3		
Q4		
Q5		
Ensemble		

Questionnaire auprès de la CNAM

1. Ressources de la CNAM (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cotisations salariales						
Cotisations patronales						
Subvention de l'Etat						
Dons et aides						
Revenus de placements						
Autre (précisez)						
Total*						

2. Dépenses techniques et administratives (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses techniques						
Dépenses administratives						
Réserves						
Total*						

3. Ressources de la CNAM (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cotisations salariales						
Cotisations patronales						
Subvention de l'Etat						
Dons et aides						
Revenus de placements						
Autre (précisez)						
Total*						

4. Dépenses techniques et d'administratives (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses techniques						
Dépenses administratives						
Réserves						
Total*						

5. Ressources de la CNAM (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cotisations salariales						
Cotisations patronales						
Subvention de l'Etat						
Dons et aides						
Revenus de placements						
Autre (précisez)						
Total*						

6. Dépenses techniques et administratives (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses techniques						
Dépenses administratives						
Réserves						
Total*						

7. Dépenses techniques par prestataire (MRO) :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MS, CH Tertiaire						
MS, CHR						
MS, Autres Hôpitaux						
MS, Centres de Santé						
MS, Postes de Santé						
Autres prestataires publics (précisez)						
Prestataires privés en Mauritanie						
Prestataires étrangers (Evacuations)						
Total dépenses techniques						

8. Dépenses par nature, Réserves et placements exclus (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Charges administratives :						
Charges du personnel						
Biens et services						
Immobilisations corporelles						
Dépenses techniques :						
Médicaments						
Appareils et dispositifs médicaux						
Soins, analyses, examens, hospitalisation...						
Evacuations médicales						
Total						

Questionnaire auprès des prestataires (Ministère de la Santé, DRAS)

Important :

1. Remplissez un questionnaire pour tous les Postes de Santé de votre Région (wilaya), un second pour les Centres de Santé, un troisième pour les Hôpitaux (relevant de la DRAS) et un quatrième pour la DRAS en tant qu'Administration
2. Ne reportez que les dépenses qui sont engagées par vous-mêmes ou celles qui sont financées par les dons que vous recevez directement des donateurs locaux ou internationaux (n'incluant donc pas la valeur monétaire des biens, services et investissement pris en charge par l'Administration Centrale)

DRAS de :

- Ce Questionnaire porte sur :
- Postes de Santé
 - Centres de Santé
 - Hôpitaux relevant de la DRAS
 - Administration

1. Sources de financement (MRO) :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Budget Etat						
PTF						
Collectivités Locales						
Ménages (recouvrement des coûts)						
CNAM						
Assurances privées						
ONG/Bienfaiteurs						
Autres (précisez)						
Total						

2. Dépenses financées par le budget général (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Indemnités du Personnel						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

3. Dépenses financées par les PTF

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

Veillez préciser la Devise utilisée :

4. Dépenses financées par les Collectivités Locales (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

5. Dépenses financées par les ménages (recouvrement des coûts) (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

6. Dépenses financées par la CNAM (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

7. Dépenses financées par les assurances privées (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

8. Dépenses financées par « Autres » (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

Questionnaire auprès des prestataires (Ministères et Collectivités)

Nom de l'établissement :

Wilaya :

1. Sources de financement (MRO) :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble des Subventions de l'Etat						
PTF						
Collectivités Locales						
Ménages (recouvrement des coûts)						
CNAM						
Assurances privées						
Autres (précisez)						
Total						

2. Dépenses financées par le budget général (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Indemnités du Personnel						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

3. Dépenses financées par les PTF

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

Veillez préciser la Devise utilisée :

4. Dépenses financées par les Collectivités Locales (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

5. Dépenses financées par les ménages (recouvrement des coûts) (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

6. Dépenses financées par la CNAM (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

7. Dépenses financées par les assurances privées (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

8. Dépenses financées par « Autres » (MRO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et Consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

Questionnaire auprès des Partenaires Techniques et Financiers

Nom du Partenaire :

1. Quels sont les programmes que vous avez financés au profit du secteur public sanitaire entre 2005 et 2010 :

2. Pour chaque programme cité ci-dessus, donnez une brève description (3-4 lignes) :

3. Pour chaque programme cité ci-dessus, quelles sont les dépenses par classe économique :

Nom du programme :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

Veillez préciser la Devise utilisée :

Nom du programme :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaires des occasionnels						
Primes						
Médicaments et consommables						
Equipements médicaux						
Construction et rénovation						
Autres dépenses d'investissement						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

Veillez préciser la Devise utilisée :

4. Pour chaque programme cité ci-dessus, décrivez les dépenses par structure bénéficiaire :

Nom du programme :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MS, Administration Centrale						
MS, Administration Locale						
MS, CH Tertiaire						
MS, CHR						
MS, Autres Hôpitaux						
MS, Centres de Santé						
MS, Postes de Santé						
MS, Structures de formation						
MS, autres (précisez)						
Ministère de l'Education						
Ministère de ...						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

Veillez préciser la Devise utilisée :

Nom du programme :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MS, Administration Centrale						
MS, Administration Locale						
MS, CH Tertiaire						
MS, CHR						
MS, Autres Hôpitaux						
MS, Centres de Santé						
MS, Postes de Santé						
MS, Structures de formation						
MS, autres (précisez)						
Ministère de l'Education						
Ministère de ...						
Autres dépenses (précisez)						
Total						

Veillez préciser la Devise utilisée :

5. Pour chaque programme cité ci-dessus, décrivez les dépenses par Wilaya:

Nom du programme :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
W1						
W2						
W3						
...						
Total*						

Veillez préciser la Devise utilisée :

Nom du programme :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
w1						
w2						
w3						
...						
Total*						

Veillez préciser la Devise utilisée :

6. Pour chaque programme cité ci-dessus, décrivez les dépenses par milieu :

Nom du programme :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Urbain						
Rural						
Total						

Veillez préciser la Devise utilisée :

Nom du programme :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Urbain						
Rural						
Total						

Veillez préciser la Devise utilisée :