

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité – Justice

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES



POLITIQUE NATIONALE
DE SANTE ET D'ACTION SOCIALE
2006/2015

novembre 2005

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES ET ABREVIATIONS	3
PREAMBULE	4
INTRODUCTION	5
1. CONTEXTE GENERAL	6
2. ANALYSE SITUATIONNELLE DU SECTEUR SOCIO-SANITAIRE	7
2.1. Historique	7
2.2. Synthèse de l'évaluation du plan directeur	7
2.3. Interrelation santé et pauvreté	8
2.4. Situation socio-sanitaire	8
2.4.1. Problèmes socio-sanitaires prioritaires	8
2.4.2. Insuffisances de la réponse sectorielle	13
2.4.3. Environnement sectoriel	18
3. VISION, VALEURS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE SOCIO-SANITAIRE NATIONALE	20
4. BUT ET OBJECTIFS	20
4.1. But	20
4.2. Objectifs	20
5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	21
5.1. Amélioration de l'accès à des prestations sanitaires de qualité	21
5.2. Lutte contre la Maladie	25
5.3. Financement adéquat et équitable du système de santé	26
5.4. Mise en œuvre d'une action sociale ciblée	27
5.5. Evaluation de la performance de ce système de santé	28
5.6. Renforcement de la performance du secteur	28
6. CONDITIONS DE REUSSITE	30
BIBLIOGRAPHIE	32

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS
--

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ATM	Association des tradithérapeutes de Mauritanie
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CHN	Centre Hospitalier National
CHZ	Centre Hospitalier Cheikh Zayed
CNH	Centre National d'Hygiène
CNP	Centre Neuropsychiatrique
CNORF	Centre National d(Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultations prénatales
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DRH	Direction des ressources humaines
DRPSS	Direction régionale à la promotion sanitaire et sociale
ENSP	Ecole nationale de santé publique
HTA	Hypertension artérielle
IDE	Infirmier d'état
IEC	Information éducation communication
IGS	Inspection générale de la santé
IMS	Infirmier médico-social
INSM	Institut national des spécialités médicales
IPPTE	Initiative en faveur des pays pauvres très endettés
IRA	Infections respiratoires aiguës
IST	Infections sexuellement transmissibles
km	Kilomètre
MAP	Multisectorial Aids Programm
MCAT	Ministère du commerce, de l'artisanat et du tourisme
MF	Ministère des finances
MFPE	Ministère de la fonction publique et de l'emploi
MIPT	Ministère de l'intérieur, des postes et télécommunications
MSAS	Ministère de la santé et des affaires sociales
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PDSAS	Plan directeur de la santé et des affaires sociales
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNLP	Programme nationale de lutte contre le paludisme
PNLS	Programme nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA
PNTL	Programme nationale de lutte contre la tuberculose et la lèpre
POAS	Plan opérationnel annuel du secteur
PVVS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
SFE	Sage femme d'état
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIM	Société nationale industrielle et minière
SNIS	Système national d'information sanitaire
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SRC	Système de recouvrement des coûts
TME	Transmission mère enfant (du VIH)
TSS	Technicien supérieur de santé
UM	Unité monétaire : ouguiya
USB	Unité de santé de base
US\$	Dollar des Etats-Unis
VDG	Ver de guinée
VIH	Virus d'immunodéficience acquise

PREAMBULE :

L'Etat de la République Islamique de Mauritanie garantit pour chaque citoyen, entre autres droits, le droit à la santé.

Les principaux documents politiques et stratégiques élaborés au cours des dernières années (tant au niveau du gouvernement que du secteur de la santé) considèrent la santé comme une priorité nationale et la placent au cœur du développement du pays. Il s'agit de s'assurer que le développement économique et social permet une amélioration de la santé des populations mais également que cette amélioration de la santé contribue efficacement à la réduction de la pauvreté et au développement global du pays. Ainsi, la Mauritanie a défini son Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) adopté en 2001 et a bénéficié des ressources de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE). Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a décidé de doter le pays d'une politique nationale de santé afin de guider fondamentalement les actions sanitaires et de tirer profits des ressources mobilisées à travers ces mécanismes pour améliorer l'état de santé des populations

Ainsi, le Gouvernement Mauritanien, à travers la loi d'orientation n°50-2001 du 18 juillet 2001, a défini l'éradication de la pauvreté comme stratégie de base de toutes les politiques publiques d'ici l'horizon 2015. Il a pour cela adopté en 2001 le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP)¹. Cette orientation politique du gouvernement mauritanien est en parfaite cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement adoptés par le concert des nations le 13 septembre 2000. Ces objectifs visent, entre autres, la réduction de la mortalité maternelle et infantile et le contrôle des principales maladies que sont le SIDA, le paludisme et la tuberculose.

Le CSLP comprend quatre axes stratégiques dont le troisième vise à « développer les ressources humaines et l'accès aux infrastructures essentielles ». Au sein de cet axe, le secteur socio-sanitaire occupe une place de choix. Ainsi, le CSLP fixe pour ce secteur trois objectifs d'impact² que sont :

1. Améliorer les indicateurs de mortalité et de morbidité en particulier chez les plus pauvres,
2. Atténuer l'impact de la dépense de santé sur les ménages les plus pauvres,
3. Et renforcer la participation des populations dans la gestion de leur santé.

Ces trois axes constituent la base des orientations développées dans la politique socio-sanitaire qui fixe les principes, les objectifs et les stratégies de l'action sanitaire et sociale en République Islamique de Mauritanie jusqu'à l'horizon 2015.

¹ CSLP, 2001

² CBMT Santé, 2001

INTRODUCTION :

Au cours des deux dernières décennies, le ministère de la santé et des affaires sociales a connu la succession de quatre plans stratégiques de développement du secteur dont le dernier s'intitule : Plan Directeur de la Santé et des Affaires Sociales dont la mise en œuvre s'est poursuivie jusqu'à la fin de l'année 2004. L'amélioration de l'environnement socio-économique et la mise en œuvre de ces plans ont permis d'améliorer l'état de santé des populations mauritaniennes. Ainsi, les indicateurs de mortalité et de morbidité ont sensiblement diminué, l'accessibilité et l'utilisation des services essentiels de santé ont augmenté avec une prise en compte de plus en plus grandissante de la particularité des groupes pauvres et autres franges vulnérables de la population.

Depuis Janvier 2001, le pays dispose d'un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté. Ce document de politique gouvernementale vise à réduire la pauvreté à travers une action intégrée multisectorielle et place la santé parmi les secteurs prioritaires qui le composent. Cette action reçoit l'adhésion de l'ensemble des partenaires au développement qui y voient une intégration effective de l'action gouvernementale en faveur d'une lutte efficace contre la pauvreté.

Ainsi, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a été le premier secteur ayant bénéficié, dans le cadre de la mise en œuvre du CSLP, d'importantes ressources financières. Ces fonds additionnels ont permis d'accélérer la mise en œuvre des plans annuels successifs depuis 2002. Ils ont permis par ailleurs d'engager des réformes ambitieuses visant à accélérer le rythme d'évolution de certains indicateurs essentiels de base tels que l'accès aux services essentiels de santé.

Dans le même cadre, et tenant compte de l'évolution constatée dans le processus de programmation et de gestion du secteur, le Gouvernement et certains de ses partenaires ont convenu d'adopter progressivement l'appui budgétaire comme mode de financement. Ce mode permettra plus de souplesse dans les mécanismes de disponibilité financière, ainsi que l'amélioration du processus de suivi du programme sanitaire et social.

La présente politique nationale servira d'orientation de base à toutes les actions menées dans le secteur pour la période 2006/2015. Elle s'appuie sur l'analyse de la situation du secteur et tient compte de toutes les recommandations issues des revues régulières et des évaluations successives menées de concert avec l'ensemble des partenaires du secteur sous la direction du Ministère de la santé et des affaires sociales.

Ainsi, après une première partie « diagnostic sectoriel », le document d'orientation nationale définit les objectifs sectoriels et passe en revue les stratégies retenues comme prioritaires dans la mise en œuvre des programmes socio-sanitaires futurs.

Un processus participatif d'adoption de cette politique a été mis en œuvre, et qui a vu l'implication de l'ensemble des acteurs du secteur qu'ils soient du MSAS, des autres départements ministériels, de la société civile, des communautés et des partenaires au développement.

A cette politique, seront annexés un ensemble de documents spécifiques d'orientation développés dans le secteur, en particulier une politique hospitalière, la loi pharmaceutique, un plan directeur de l'action sociale, un plan de développement des ressources humaines, un plan de développement des infrastructures sanitaires ainsi que les plans stratégiques de lutte contre la maladie,

1. CONTEXTE GENERAL :

La République Islamique de Mauritanie (RIM) est un vaste pays au confluent du Maghreb et de l'Afrique Subsaharienne. Il a une **superficie** de 1.030.700 km² compris entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude Nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude Ouest³. Elle possède des frontières communes avec le Sénégal au Sud, avec le Mali au Sud et à l'Est, avec l'Algérie au Nord-Est et avec le Sahara occidental au Nord. A l'Ouest, l'Océan Atlantique forme un littoral long de 700 km. Le pays est désertique à 80%, et les terres arables ne dépassent pas 0.2% de la superficie totale. Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux de l'Assaba, du Tagant et de l'Adrar qui culminent à 400 et 500 mètres. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, appelée "Chemama", large de 10 à 25 km, le reste du pays est constitué en grande partie d'alignements dunaires. Par ailleurs, la Mauritanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal, qui constitue une frontière naturelle avec le Sénégal.

Au **niveau démographique**⁴, la population totale de la Mauritanie est estimée en 2005 à 2.905.727 habitants, et atteindrait 3,7 millions en 2015. plus de la moitié (53%) de cette population vit en milieu rural. La densité de population est de 2.8 habitants au Km². La population est jeune, avec 43% de moins de 15 ans (dont 31% de 0-9 ans) et seulement 4,9% de plus de 59 ans. Le sex-ratio est presque 100 femmes pour 100 hommes.

46,3 % de cette population vit en dessous du seuil minimum de pauvreté⁵ estimé à 67316 ouguiya par personne et par an. La pauvreté a connu une nette diminution dans les centres urbains autres que Nouakchott, passant de 38,5% en 1996 à 25,7% en 2000. Cependant, elle prédomine encore au niveau rural avec 6 personnes sur 10 vivant en deçà du minimum de pauvreté. Les femmes et les enfants représentent la majorité de cette population rurale pauvre.

Par ailleurs, les conditions climatiques et écologiques précaires aggravent l'état de pauvreté dans un pays qui enregistre un déficit alimentaire chronique et récurrent. Les **cultures** céréalières, largement dominées par les systèmes de production traditionnels et tributaires d'une pluviométrie irrégulière, se caractérisent par une faible productivité ; il faut noter l'existence, au nord du pays, de cultures oasiennes ne dépendant pas des pluies annuelles. La production de céréales, ne couvre qu'environ 40 % des besoins estimés⁵. Le déficit brut céréalier est respectivement de l'ordre de 417.000 et 430.000 t en 2001 et 2002, et de 377.000 t en 2004/05. Le volume moyen annuel des importations céréalières est de 280.000 tonnes⁶.

Sur le **plan pastoral**, le cheptel a été fortement touché par la sécheresse avec perte d'environ 2.300.000 bêtes au cours des années 2001 et 2002⁶. Ces pertes ont touché le revenu de milliers d'éleveurs par la diminution de la production animale, qui joue un rôle important dans l'économie nationale (l'élevage représente environ 15% du PIB).

Par ailleurs, le pays subit, depuis plusieurs années, une profonde mutation sociale avec un passage d'une société naguère nomade, à une société sédentaire. La population urbaine est passée de 9,1% à 53% en 2000. Ces tendances ont certainement été accélérées lors de la grande sécheresse des années quatre vingt qui a conduit à une **urbanisation et à une sédentarisation** rapide des populations.

En ce qui concerne **la pêche**⁶, le potentiel pouvant être débarqué se situe entre 700000 et 1 million de tonnes. La production annuelle est de 600000 tonnes dont 80000 seulement sont intégrés au circuit commercial national. Le faible taux de consommation nationale de poisson (8,26 kg par habitant et par an) se répercute sur la sécurité alimentaire du ménage.

Le système éducatif a connu des progrès considérables; le taux brut de scolarisation est passé de 45,5% en 1989/90 à 95,1% en 2004/2005 et celui des filles de 39,3% à 98%. Dans

³ PDSAS, 1997

⁴ ONS, Projection démographique 2001-2015

⁵ Politique de Nutrition, 2004

⁶ Source MDRE

le même sens, des efforts ont été consentis pour éradiquer le fléau que constitue l'analphabétisme dont le taux est passé de 72% en 1985 à 47% en 2000.

Concernant **l'eau et de l'assainissement**⁷, 66% des mauritaniens ont accès à une eau potable et 47% des ménages disposent de toilettes ; par ailleurs, 30% utilisent le gaz dans leur cuisine.

Pour faire face à cette situation, le Gouvernement Mauritanien met en œuvre une politique de lutte contre la pauvreté prenant en compte tous ces secteurs prioritaires dans un esprit d'intégration, de complémentarité et d'implication à tous les niveaux des acteurs sociaux, en particulier les populations bénéficiaires. La croissance économique en termes réels est estimée à 4,1% par an entre 2001 et 2003 et le taux d'inflation se situe en moyenne à 10,4%⁸. Les déficits budgétaires et du compte courant extérieur ont été maîtrisés, malgré une conjoncture interne et externe peu favorable.

2. ANALYSE SITUATIONNELLE DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL:

2.1. Historique :

Depuis son indépendance, la Mauritanie a toujours intégré une action sanitaire dans le cadre de sa politique gouvernementale. Mais, il a fallu attendre les années 80 pour que nous assistions à l'orientation de la politique sanitaire vers la satisfaction des besoins du plus grand nombre de la population dans le cadre des soins de santé primaires. Depuis le 4^e plan sanitaire (1981-1985) jusqu'au plan directeur (1998-2002), l'évolution a été marquée par l'importance accordée aux soins de santé primaires et à l'amélioration de la couverture sanitaire. A partir de 1998, de nouveaux thèmes liés à la qualité, à la performance et à l'efficacité du système de santé ont été introduits.

2.2. Synthèse de l'évaluation du plan directeur⁹ :

L'évaluation du plan directeur de la santé et des affaires sociales a permis de dégager un certain nombre d'acquis et d'insuffisances et proposer des recommandations pour l'amélioration de l'action du secteur. Ainsi :

- **Renforcement de la couverture sanitaire, de la qualité et de l'utilisation des services de santé :**
Ce renforcement a bénéficié en particulier, de la mise en œuvre du programme de constructions d'infrastructures, du renforcement des institutions de formation (INSM, ENSP), du redéploiement du personnel vers les zones périphériques, de la mise en place d'une centrale d'achat de médicaments et consommables, et de l'élaboration de paquet minimum d'activités (PMA) par niveau.
- **Amélioration de la performance du système de santé :** il faut noter, l'introduction du Plan Opérationnel Annuel du Secteur (POAS) comme outil de planification, l'adoption partielle de l'approche sectorielle et l'amélioration du SNIS. Cependant, la faiblesse du suivi et de la déconcentration ont constitué de véritables obstacles à l'amélioration attendue de la performance du secteur.
- **Réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux principales maladies :** le PDSAS a permis, de disposer de programmes stratégiques nationaux pour les grands problèmes de santé et de mobiliser davantage de ressources humaines et matérielles en faveur de ces programmes. Cependant, cette 3^e priorité a été handicapée par le manque d'hiérarchisation de ces objectifs et la faiblesse du suivi des actions menées.
- **Renforcement de l'action sociale :** Le bilan dans ce domaine est faible. Seul le volet relatif au financement des indigents a connu une avancée significative. Ce bilan insuffisant serait imputable à la problématique générale de la place de l'action sociale dans le secteur et au chevauchement des attributions avec d'autres institutions mieux ciblées et mieux financées.

⁷ EDSM, 2001

⁸ Santé et Pauvreté en Mauritanie, 2004

⁹ Evaluation du PDSAS, 2004

- **Financement adéquat du système sanitaire et social** : La mobilisation d'importantes ressources additionnelles et la déconcentration de la gestion ne se sont pas accompagnées d'une amélioration de l'efficacité et de l'équité. Ces dernières nécessitent une attention particulière.
- **Création d'un environnement favorable pour la santé** : La faiblesse du bilan de ce volet s'explique par la multitude d'actions programmées qui dépassaient largement le champ d'action du MSAS. Parmi les nombreux intervenants institutionnels impliqués, le MSAS ne s'est pas encore clairement positionné sur ses attributions et ses responsabilités.

2.3. Interrelation santé et pauvreté¹⁰ :

L'amélioration de la situation sanitaire nationale cache des disparités entre groupes socio-économiques ; en effet, les indicateurs de santé restent particulièrement inquiétants en milieu rural, dans les groupes les plus pauvres et ceux à faible niveau d'éducation. L'analyse des indicateurs de santé par groupe socio-économiques semble permettre de distinguer trois groupes :

- Dans le quintile des 20% les plus riches, les indicateurs de santé sont en décalage positif et la dynamique vers l'atteinte des objectifs du millénaire semble bien engagée ;
- Dans les 40% à revenu moyen, les indicateurs restent faibles et nécessite un renforcement;
- Enfin pour les 40% les plus pauvres, les indicateurs sont d'un niveau extrêmement médiocre;

Il existe également des disparités régionales ; certaines régions comme la région du Fleuve (Trarza, Brakna, Gorgol et Guidimakha) et la région sud-est (les deux Hodhs et l'Assaba) font face à des défis particuliers avec des indicateurs de santé – mortalité, malnutrition et fécondité - significativement plus faibles que la moyenne nationale. Les différentiels en terme de revenus des ménages et d'éducation des mères expliquent en grande partie ces disparités. Mais l'accès aux services, en particulier aux services de prise en charge et de suivi des enfants, et d'accouchements assistés, joue également un rôle important.

2.4. Situation sanitaire et sociale :

Le département de la santé et des affaires sociales a procédé à une analyse de la situation du secteur. Cette analyse a dégagé un certain nombre de problèmes jugés prioritaires. Il s'agit :

- des problèmes socio sanitaires de la population,
- de l'insuffisances de la réponse développée jusqu'à présent par le secteur,
- des aspects liés à l'environnement dans lequel évolue le secteur.

2.4.1. Problèmes socio sanitaires prioritaires :

Les enquêtes socio sanitaires nationales¹¹ ont permis de mieux définir le profil sanitaire et de dégager les principaux problèmes de santé. Ce profil est dominé par les pathologies suivantes :

- les **maladies infectieuses** 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 **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;

¹⁰ Santé et Pauvreté en Mauritanie, 2004

¹¹ EDSM (2001), VIH chez les femmes enceintes (2001), Enquête nationale de santé mentale (2003), EMIP (2004)

- la **pathologie périnatale** avec ses conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant;
- les **maladies émergentes** liées aux facteurs environnementaux et/ou aux changements comportementaux des individus et des collectivités ; ce groupe est particulièrement dominé par les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies mentales, le diabète, les effets sanitaires de la consommation de tabac et de substances psycho actives, ainsi que la recrudescence de pathologies broncho-pulmonaires liées à la pollution atmosphérique et de maladies professionnelles.

2.4.1.1. Mortalité maternelle :

La mortalité maternelle est estimée à 747 décès maternels pour 100000 naissances vivantes¹². Ce taux inquiétant est essentiellement dû à la proportion élevée de grossesses à risque (grossesses précoces et rapprochées), à une insuffisance du dépistage et du suivi de ces grossesses, et à une faible accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) de qualité, en particulier la césarienne. L'hémorragie de la délivrance, la dystocie, les complications de l'hypertension artérielle (éclampsie en particulier) et l'anémie sont les principales causes immédiates de décès périnataux. La mauvaise répartition du personnel – en particulier les sages femmes – constitue un des principaux handicaps au développement des soins obstétricaux d'urgence aux niveaux périphérique et secondaire de la pyramide sanitaire, aggravée par les considérations socioculturelles et la faible disponibilité des banques de sang.

2.4.1.2. Mortalité infanto juvénile :

Pour ce qui est de la mortalité infanto juvénile, cet indicateur reste élevé avec 116 décès pour 1000 enfants de moins de 5 ans dont 74 au cours de la première année et 53 au cours du premier mois de vie¹³.

Les principales causes de mortalité infanto juvénile sont les IRA, les diarrhées, le paludisme, la malnutrition et les épidémies de rougeole.

2.4.1.3. Morbidités des principales pathologies:

En plus du poids de la mortalité, il faut signaler l'impact économique, social et culturel d'un certain nombre de pathologies dominant le profil épidémiologique du pays. Il s'agit en particulier de :

- **Paludisme :**

Le paludisme constitue un réel problème de santé avec près de 260000 cas de paludisme présomptif par an. Il représente la 1^{ère} cause de décès dans les 7 wilayas endémiques où il est responsable de 60% des motifs d'hospitalisation¹⁴. En effet, le paludisme est endémique dans le sud et l'est du pays, quasi inexistant au Nord à l'exception de cas importés, et instable entre les deux zones. Les changements climatiques et environnementaux d'une part, et l'insuffisance de mesures spécifiques de lutte d'autre part, font qu'aujourd'hui plus de 80% de la population générale est exposée au paludisme avec des risques d'épidémies dans les zones à transmission instable. Le plasmodium falciparum est rencontré dans 90% des cas et l'espèce anophélienne prédominante est anophèles Gambiae

- **Tuberculose :**

La tuberculose reste un des problèmes prioritaires de santé en Mauritanie. Elle connaît une certaine recrudescence à la faveur de terrains favorables tels que l'infection au VIH/SIDA. Sa prévalence est estimée à plus de 130 p 100000, sa détection reste faible (< 58 %) et la proportion d'échecs thérapeutiques et de perdus de vue est très élevée (>38 %).

¹² EDSM, 2001

¹³ EMIP, 2004

¹⁴ Plan Stratégique RBM, 2001

▪ **Hépatites :**

Les hépatites en général, et les hépatites virales en particulier, constituent une préoccupation nationale. En effet, des études menées sur différents groupes estiment la prévalence de l'hépatite B¹⁵ entre 10 et 24% ; les cirrhoses hépatiques constituent une importante cause d'hospitalisation et de décès dans les services hospitaliers nationaux et régionaux. Par ailleurs, le vaccin contre l'hépatite n'appartient pas au groupe d'antigènes couverts par le programme élargi de vaccination.

▪ **VIH/SIDA :**

Une enquête de séroprévalence réalisée en 2001 montre un taux moyen de prévalence à 0,57%¹⁶ chez les femmes enceintes; la séro-surveillance du VIH parmi les tuberculeux à Nouakchott montre une augmentation de la prévalence de 0,53 % en 1986 à 5,2 % en 2003.

▪ **Malnutrition :**

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

Ainsi, 38% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition globale¹⁷, 40 à 67% des femmes enceintes sont porteuses d'anémie¹⁸ et 30,9% de la population ont des troubles dus à une carence en iode. L'allaitement exclusif jusqu'à six mois est pratiqué par moins de 9% des femmes¹⁵ et la proportion des faibles poids à la naissance est estimée entre 5% et 12%.

▪ **Maladies évitables par la vaccination :**

L'amélioration constatée sur les maladies évitables par la vaccination reste très fragile car directement dépendante de la couverture vaccinale, ces pathologies pouvant ressurgir à la faveur de relâchement dans l'effort de vaccination.

Le profil de la rougeole s'est déplacée avec l'apparition de cette maladie chez des personnes âgées de plus de 10 à 15 ans).

▪ **Parasitoses et diarrhées de l'enfant :**

La diarrhée de l'enfant est l'une des principales causes de mortalité infanto juvénile. Sa prévalence¹⁹ est importante chez les moins de 5 ans (18%), en particulier dans la tranche d'âge de 6 à 23 mois (29%) ; moins de 40 % de ces enfants diarrhéiques ont bénéficié de réhydratation.

Les parasitoses en général, et les parasitoses intestinales en particulier constituent un réel problème de santé, surtout dans les zones du sud et du sud-est. Elles représentent jusqu'à 10 % des motifs de consultations des enfants de moins de 5 ans²⁰.

Les schistosomias, en particulier la schistosomiase intestinale, connaissent une recrudescence inquiétante à la faveur de la mise en valeur du fleuve Sénégal. Les études menées dans la wilaya du Trarza montrent des taux allant jusqu'à plus de 90 % d'infestation à *S. mansoni* chez les enfants de moins de 9 ans.

▪ **Infections Respiratoires Aigues :**

Les IRA –ou broncho-pneumopathies aigues – restent une cause importante de mortalité infantile. Leur prévalence est de 17% chez les enfants de 6 à 11 mois²¹. Cependant, seuls

¹⁵ Bulletin du CNH, N° 04, Novembre 2004

¹⁶ Enquête VIH chez les femmes enceintes, 2001

¹⁷ EDSM, 2001

¹⁸ Enquêtes Anémie, 2000 et 2004

¹⁹ EDSM, 2001

²⁰ Annuaire des statistiques sanitaires en 2003

²¹ EDSM, 2001

39% des enfants de moins de 5 ans, atteints d'IRA ont consulté un personnel qualifié de santé et ont reçu un traitement¹⁸.

▪ **Cécités évitables :**

La cécité reste l'un des handicaps les plus répandus, en particulier dans les groupes défavorisés de la population ; en effet, une étude menée en 2003, montre une prévalence de 1,4% dans la population générale²². Les deux principales causes de cécité sont la cataracte et la trachome. La moitié des cataractes subissent un traitement traditionnel.

Le trachome sévit sous forme de poches hyperendémiques, en particulier dans les zones du centre et du nord du pays.

▪ **Epidémies :**

Huit maladies à potentiel épidémique bénéficient de surveillance régulière ; il s'agit de la méningite, du paludisme, du choléra, des fièvres hémorragiques, de la rougeole, de la poliomyélite aiguë, des diarrhées sanglantes et du tétanos. En 2002, le système de surveillance a mis en évidence (i) 66 cas de méningites dont 5 décès, (ii) 833 cas de rougeole dont 11 décès, et 19 cas de fièvres hémorragiques²³ dont 6 décès. Il faut noter ici la quasi endémicité de la rage avec absence de stratégie efficace de contrôle.

▪ **Maladies non transmissibles et problèmes émergents de santé :**

Un certain nombre de pathologies prend de plus en plus d'importance à la faveur (i) de l'exode rural, (ii) du développement des villes, (iii) de la sédentarisation, (iv) des changements culinaires et (v) de l'expansion du tabagisme et des substances psychoactives. L'absence d'évaluation dans la population générale – à part les maladies mentales – ne permet pas de déterminer précisément leur importance. Il s'agit en particulier :

➤ **Des pathologies cardio-vasculaires :**

L'hypertension artérielle (HTA) est l'une des premières causes de consultation chez les adultes âgés, en particulier les femmes. Par ailleurs, les autres pathologies cardiovasculaires sont l'une des principales causes d'évacuation sanitaire à l'étranger (20%) grevant lourdement le budget national.

➤ **Des cancers :**

Les cancers – en particulier gynécologiques, mammaires, digestifs, pulmonaires, dermatologiques et de la sphère O.R.L – sont de plus en plus répertoriés dans les statistiques sanitaires comme cause non négligeable de mortalité et constituent la première cause d'évacuation à l'extérieur du pays (28%). Une étude rétrospective²⁴ sur 4 ans dénombre 923 cancers à confirmation anatomopathologique, avec (i) un âge moyen précoce de 49 ans et (ii) un ratio homme sur femme de 0,56.

➤ **Des accidents de la voie publique :**

Les deux dernières décennies ont connu un développement important du parc automobile et du réseau routier avec son corollaire de multiplication d'accidents de la voie publique et de pollution. Aux urgences du CHN, on dénombre en moyenne 20 soins quotidiens suite à des accidents de la voie publique. Par ailleurs, une étude rétrospective (2001-2003) menée au Trarza²⁵ montre (i) une progression du nombre d'accidents, avec respectivement 252 accidents, 301 et 356 accidents annuels de la voie publique, (ii) une stabilité du nombre de blessés par accident à environ 1,8 en moyenne et (iii) une diminution du nombre de décès par accident de 0,18 à 0,14 en moyenne. En l'absence de réponse ciblée visant la réduction

²² Enquête nationale de cécité, PNLC, 2003

²³ Rapport de surveillance épidémiologique en 2002

²⁴ Etude sur les Cancers en Mauritanie, N.A.B., 2004

²⁵ Etude sur les AVP au Trarza, A.T., 2004

de ces effets, les AVP seraient responsables, au niveau national, d'une létalité importante et de séquelles fréquentes.

➤ **Des maladies mentales :**

Les recherches récentes montrent une importance particulière des maladies mentales, avec 20% de prévalence des états anxieux, 16 % de syndromes dépressifs et 2% d'états psychotiques²⁶. Cette recrudescence serait due aux changements culturels et socio-économiques. Au vu de ces chiffres, les maladies mentales constituent un réel problème de santé publique et continuent d'être mal connues, tabous et stigmatisées.

➤ **Du diabète :**

Les maladies endocriniennes, et le diabète en particulier, sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité non négligeables. Les pratiques traditionnelles néfastes (ex : gavage) et la sédentarisation accélérée en sont les principaux facteurs favorisants.

➤ **Des affections bucco-dentaires :**

Des enquêtes récentes auprès des enfants scolarisés montrent une prévalence élevée de la carie dentaire (71%)²⁷. Outre les pathologies bucco-dentaires dues en général à une mauvaise hygiène, il faut signaler l'augmentation (i) des traumatismes maxillo-faciaux secondaires aux accidents de la voie publique et aux rixes, et (ii) des cancers buccaux en relation, entre autres, avec la consommation de tabac.

➤ **Des maladies professionnelles et accidents de travail:**

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

En Mauritanie, l'exploitation de mines au nord et le développement des secteurs d'industrie, de construction, de pêche et d'agriculture ont augmenté le risque d'apparition de ces maladies ; la manutention reste particulièrement en cause avec plus de 10% d'agents atteints chaque année de traumatismes au cours du travail²⁸.

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

2.4.1.4. Situation de vulnérabilité sociale :

La capacité de chaque individu, ménage ou communauté, à faire face au risque est variable. Un individu ou un ménage aura un coefficient de vulnérabilité plus élevé si face aux mêmes risques, son stock de capacité est trop faible pour lui permettre de réaliser les ajustements nécessaires à la protection de son bien-être.

Au cours des trois dernières décennies, les effets des facteurs liés à la sécheresse, à la conjoncture économique et à l'ajustement structurel ont été fortement ressentis sur le plan social.

En Mauritanie, la répartition de la vulnérabilité et des groupes vulnérables cadre bien avec celle de la pauvreté. Le milieu rural et les zones périphériques des grandes villes recèlent la grande majorité de ces groupes dont la situation précise est mal connue. Les principaux groupes vulnérables sont les pauvres en général et en particulier :

- Les personnes en situation d'extrême pauvreté et les indigents
- les chômeurs et les retraités
- les petits exploitants (agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, commerçants ...)
- les femmes en général et en particulier les femmes chefs de ménages ;

²⁶ Enquête nationale de santé mentale (2003)

²⁷ Enquête bucco-dentaire à Nouakchott et à Aioun, 2001

²⁸ Etude sur les accidents du travail en milieu de manutention, A.C.S., 2004

- les jeunes et les enfants en général et particulièrement ceux en circonstances difficiles ;
- les personnes handicapées qui représenteraient 5 % de la population avec un taux de scolarisation de 5% ;
- les sinistrés et les victimes de catastrophes
- la population carcérale en général et particulièrement les femmes et les enfants ;
- les marginalisés et les exclus (mendiants, sujets de troisième âge vivants seuls, malades mentaux,).

2.4.2. Analyse du fonctionnement et de la performance du système de santé:

2.4.2.1. La couverture sanitaire :

Le système de santé est constitué de trois niveaux de prestations, à savoir :

- ❖ Le niveau périphérique (Moughataa) où il existe deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé.
En appui à ce niveau, les unités de santé de base (USB) ont été installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé ; depuis la moitié des années 90, ces USB ont vu leur nombre et leur importance diminuer.
- ❖ Le niveau intermédiaire où se trouvent les hôpitaux régionaux au nombre de 10 (à Nema, Aïoun, Kiffa, Kaédi, Aleg, Rosso, Atar, Nouadhibou, Tidjikja et Sélibaby) ; deux d'entre eux (Nouadhibou et Kiffa) ont été érigés en établissements publics à caractère administratif ;
- ❖ Le niveau tertiaire comprend les établissements publics de référence : le Centre Hospitalier National (CHN), le Centre Neuropsychiatrique (CNP), l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle (CNORF), l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott, le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) et l'Hôpital Militaire de Nouakchott.
S'y ajoutent deux établissements centraux qui assurent la formation et le recyclage du personnel de santé ; il s'agit de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) et de l'Institut National de Spécialités Médicales (INSM) ;
- ❖ Par ailleurs, il faut rappeler l'existence d'un secteur privé de santé, surtout localisé au niveau de certains centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou), qui connaît un développement et qui vient en appoint du secteur public dans le cadre de la couverture en soins essentiels de santé ;
- ❖ Ce système de santé est appuyé et coordonné par une structure administrative organisée en niveaux central, régional et de Moughataa.

Après une période d'intérêt particulier pour le niveau primaire, la priorité est actuellement accordée au système hospitalier tout en renforçant le premier niveau dans le cadre d'une complémentarité et d'une intégration du système.

Cependant, la couverture sanitaire reste insuffisante avec 33% de la population vivant au-delà de 5 km d'un poste ou d'un centre de santé²⁹. Elle est inégalement répartie et varie de 52 % au Hodh El Gharbi à 98 % à Nouakchott. Cette situation, due à l'application insuffisante des critères d'implantation, influe fortement sur l'utilisation des services essentiels de santé, et freine par la même occasion l'amélioration des indicateurs du secteur. Par ailleurs, cette couverture théorique ne permet pas de mettre en exergue la non-fonctionnalité d'une partie des postes de santé par manque en personnel qualifié.

Il faut tout particulièrement signaler l'insuffisance de maintenance des équipements en général, et des équipements biomédicaux en particulier ; en effet, l'existence d'un système privé de maintenance de la logistique roulante permet partiellement d'assurer une certaine maintenance de ce type d'équipements (véhicules, motos), alors que la maintenance du

²⁹ Annuaire statistique sanitaire, 2003

matériel biomédical souffre de la diversité dans l'acquisition et de l'inexistence de système public ou de service privé compétents à tous les niveaux de la pyramide.

2.4.2.2. Ressources humaines

L'analyse de situation des ressources humaines a mis en évidence les principaux goulots d'étranglement ; il s'agit en particulier de :

- L'absence d'un plan de gestion prévisionnelle des ressources humaines en santé à l'origine d'une inadéquation entre les besoins et les flux de formation ;
- L'insuffisance quantitative de toutes les catégories (infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, médecins...);
- L'insuffisance quantitative et qualitative de la formation de base ;
- L'inexistence d'un plan cohérent de formation continue et d'un plan de carrière ;
- La gestion inéquitable des personnels du secteur (par rapport aux affectations, aux promotions, à l'implication aux activités de formation au niveau national ou international, à la participation aux congrès/colloques, au suivi, aux sanctions, aux récompenses, ...) ;
- L'insuffisance du système de motivation – ne prenant pas en compte les critères de performance de l'individu en plus de sa présence – et l'absence de mesures d'accompagnement pour la fixation du personnel (ex : logement) ;
- L'insuffisance, aux différents niveaux, de capacités en « management » ou gestion managériale des personnels.

2.4.2.3. Médicaments, vaccins et consommables essentiels:

Malgré des efforts louables et une nette amélioration de la disponibilité du médicament et consommable, le système de santé ne garantit pas une disponibilité permanente, à tous les niveaux de médicaments, vaccins et consommables essentiels, et à des prix abordables. Il faut noter (i) la persistance de quelques ruptures de médicaments en périphérie à côté de stocks en péremption, (ii) les augmentations relatives du coût de certains médicaments au niveau des structures périphériques de santé, (iii) la qualité du médicament acquis qui n'est pas soumise à un contrôle indépendant, (iv) les vaccins et consommables de vaccination, ainsi que les consommables promotionnels de la lutte contre la maladie qui ne sont pas acquis à travers des structures nationales habilitées. Il faut signaler la faiblesse des compétences de gestion au niveau déconcentré (surtout en terme de prévisions de besoins). Par ailleurs, le sous-secteur pharmaceutique privé est dans une situation d'anarchie et le médicament « privé » n'est soumis à aucun contrôle de qualité ni à aucune tarification pertinente et cohérente, prenant en compte son caractère social et garantissant une qualité et une unicité de prix. En effet, la tarification des médicaments vendus dans les officines et dépôts pharmaceutiques privés ne connaît actuellement aucune forme d'harmonie, avec des coûts allant parfois du simple au triple pour le même produit en fonction de la structure et de la provenance.

En réponse à cette situation, une loi pharmaceutique vient d'être adoptée ; elle fait obligation à tout fabricant, désireux de commercialiser un produit en Mauritanie, de demander et d'obtenir pour ce produit, et pour toutes ses formes, une autorisation de mise sur le marché. Par ailleurs, la tarification des médicaments essentiels vendus au niveau des structures publiques a fait l'objet d'un arrêté d'application du décret révisant le système de recouvrement des coûts ; cet arrêté prend en compte les soucis (i) d'accessibilité des médicaments aux populations, en particulier les plus pauvres et (ii) de continuité de l'approvisionnement des structures en médicaments et consommables essentiels. Au niveau des hôpitaux tertiaires, cette tarification relève de la décision du conseil d'administration de chaque hôpital, ce qui suppose un manque d'harmonie entre structures du même niveau ; la non intégration de ces structures dans le système public d'approvisionnement ne permet pas une économie d'échelle en matière de coût de revient du médicament et augmente l'inaccessibilité financières de ces structures.

2.4.2.4. Qualité des prestations de santé :

La qualité des services est insuffisante dans la quasi-totalité des structures de santé, qu'elles soient publiques ou privées³⁰. Cette situation est profondément dépendante (i) de l'état des structures de santé, (ii) de la qualité du médicament et consommables, (iv) de la qualité de la formation de base et de la formation continue, (v) de la non motivation du personnel, et (vi) de l'absence de contrôle et de suivi des prestations fournies.

Par ailleurs, l'hygiène hospitalière défectueuse a favorisé l'apparition d'affections nosocomiales devenues de plus en plus fréquentes dans les statistiques hospitalières.

Cette détérioration de la qualité des services publics et privés a diminué la confiance qu'ont les populations dans le système de santé, d'où une augmentation importante du nombre de personnes se traitant à l'extérieur du pays avec son corollaire (i) d'hémorragie des devises et (ii) de diminution du financement du système.

Par ailleurs, il faut signaler l'insuffisance du système de référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier les urgences obstétricales, chirurgicales et traumatologiques dont la prise en charge initiale et le transfert ne répondent pas aux conditions requises. La faible densité de la population et les distances importantes à parcourir viennent aggraver cette situation dans un environnement encore marqué par une insuffisance importante en ressources humaines, matérielles et financières.

2.4.2.5. Promotion de la santé et IEC:

L'importance des pathologies évitables à travers un changement de comportement met en exergue l'insuffisance des actions de promotion de la santé. En effet, le profil sanitaire est largement dominé par les maladies infectieuses, les déséquilibres nutritionnels, les pathologies émergentes et en particulier celles liées à l'hygiène des individus et des collectivités. Cependant, force est de constater l'inexistence de programmes ciblés, pertinents et cohérents d'IEC visant un changement réel du comportement néfaste à la santé.

2.4.2.6. Situation de la Médecine Traditionnelle :

Médecine de proximité, la médecine traditionnelle viendrait en deuxième position dans les recours aux soins ; elle se retrouve sur l'ensemble du territoire national et utiliserait des méthodes diversifiées et des plantes nationales ou importées d'autres régions. Les tradipraticiens sont organisés en une association (ATM) mise en place en 2003.

Non reconnue en tant qu'entité à part entière du système de santé, la médecine traditionnelle souffre d'un manque d'organisation et de structuration, et ne bénéficie d'aucun appui additionnel.

Par ailleurs, il faut signaler la fréquence d'actes invasifs pratiqués dans un milieu non aseptique et l'existence de tradithérapeutes s'adonnant à la médecine moderne sans qualifications.

2.4.2.7. Hygiène et assainissement :

Le cadre institutionnel et juridique est déficient en matière d'hygiène et d'assainissement. Le code national de l'hygiène n'a connu que très peu d'application. Il faut noter que l'absence de stratégies nationales dans les domaines (i) des ordures ménagères, (ii) d'hygiène Hospitalière, (iii) des déchets biomédicaux ou de déchets spéciaux, et (iv) de mécanismes de contrôle de la qualité des aliments pose de grands problèmes de santé publique. Une étude sur les déchets biomédicaux a permis de dégager les principaux axes d'intervention dans ce domaine.

Par ailleurs, il faut noter :

- l'insuffisance d'études sur les risques sanitaires liés aux substances chimiques et aux émissions de gaz,

³⁰ Rapport d'évaluation du PDSAS, 2004 et rapports spécifiques d'activités au niveau régional et hospitalier central

- l'insuffisance d'information des populations sur les effets des facteurs environnementaux sur la santé,
- l'insuffisance en ressources humaines et financières allouées à l'amélioration de l'hygiène, à l'assainissement et à la sécurité chimique,

2.4.2.8. Accès financier des pauvres aux soins de santé :

Les informations disponibles montrent une sous utilisation du système de santé – de manière inégale entre les niveaux du système – en particulier par les groupes les plus pauvres. En tête des causes de non utilisation des services de santé figure le coût élevé des prestations et des médicaments³¹. Il faut signaler que les ménages dans le quintile le plus pauvre dépensent, relativement, deux fois plus pour leur santé (8,9% du revenu) que ceux dans le quintile le plus riche (4,6%); cette situation, associée au coût jugé élevé des prestations et médicaments exigent la mise en œuvre d'une politique spécifique visant un accès financier équitable de tous aux soins essentiels.

2.4.2.9. Action sociale

Dans le cadre de l'action sociale, il existe un déphasage complet entre les approches, les moyens et les problèmes à résoudre. S'ajoute à cela (i) l'insuffisance de coordination entre les différents départements chargés de la protection sociale, (ii) la faiblesse des ressources humaines spécialisées ne permettant pas de disposer des qualifications et des compétences nécessaires pour concevoir, élaborer, exécuter et suivre les programmes et politiques sociales, et (iii) la méconnaissance des groupes cibles de l'action sociale qui constitue un réel obstacle devant la mise en place de programmes adaptés.

2.4.2.10. Financement du secteur :

Deux périodes sont à distinguer³² :

- ☞ La première (1993 à 2000) s'est caractérisée par :
 - une base fiscale réduite (23 % du PIB) et une croissance rapide de la dette,
 - des dépenses de santé (8 % de la dépense publique hors dette au lieu de 15% recommandé) augmentant moins vite que celles d'autres secteurs (éducation),
 - un niveau de dépense bas avec moins de 10 US\$ par habitant et par an (au lieu de 20 à 40 recommandé) insuffisant pour répondre aux besoins du secteur,
 - un ratio investissement sur fonctionnement resté très élevé (1,2 au lieu de 0,6 recommandé) dû à une faible augmentation des dépenses de santé de l'Etat Mauritanien (surtout des dépenses de fonctionnement) et l'engagement croissant de nombreux bailleurs de fonds pour les dépenses d'investissement,
 - une progression du niveau de financement des ressources humaines (80% de 1993 à 2000) beaucoup plus modérée que celle de l'investissement (300% pour la même période) et le niveau de rémunération du personnel de santé qui apparaît relativement bas, en rapport avec l'expérience nationale, sous régionale et internationale,
 - une augmentation moins importante des niveaux opérationnels (primaire : +46% et secondaire : +74 %) par rapport au niveau tertiaire (+300%) et administratif (+100%).
 - et une subvention publique qui a bénéficié plus aux groupes les plus riches (40% les plus riches ont consommé plus de 82 % de la subvention) qu'à celui des moins nantis (20% les plus pauvres n'ont bénéficié que de 2% de cette subvention)
- ☞ La seconde période (2001-2004) a vu l'amélioration des allocations avec insuffisance d'exécution financière ; ainsi il faut noter :
 - une progression des dépenses de santé atteignant 11% de la dépense publique hors dette,

³¹ EPCV 2000

³² Santé et pauvreté, 2000

- une amélioration de cette dépense de santé avec 14US\$ en moyenne par habitant et par an,
- un ratio investissement sur fonctionnement inférieur à 0,8,
- une progression des dépenses des ressources humaines d'environ 65% à la faveur du paiement des primes de zones et de technicité,
- un début de rééquilibrage de la dépense par niveau en faveur des niveaux opérationnels grâce aux augmentations importantes des budgets régionaux (de 200 à 400%) et au programme de revitalisation des hôpitaux régionaux,
- et une dépense plus équitable avec augmentation des dépenses des régions les plus pauvres deux ou trois fois plus importante que celle des régions les plus riches.

Par ailleurs, parmi les ressources du secteur, figurent les fonds générés par le système dans le cadre du recouvrement des coûts des prestations et des médicaments à tous les niveaux de la pyramide. Ces montants générés ont atteint, en 2000, 458 millions d'ouguiyas environ, ce qui représente 167 ouguiyas ou US\$0,7 par habitant et par an. Ce système de recouvrement des coûts (SRC) est en progression, avec une augmentation de plus de 224 % entre 1993 et 2000, essentiellement liée à la généralisation du système à tous les niveaux et à son extension à toutes les wilayas³³. Malgré cette augmentation, ce financement ne représente qu'une part modeste du financement de la santé, soit environ 9 % des dépenses totales du système public de santé. Par ailleurs, la tarification des services répond à deux grands objectifs: (i) assurer la disponibilité continue et régulière de liquidités au niveau local et (ii) fournir, par le paiement d'un «ticket d'entrée» au système de santé peu cher, l'accès de tous et en particulier des pauvres, aux soins essentiels ; une meilleure protection des plus pauvres nécessitera plus probablement un accent plus marqué sur des mécanismes ciblés de tiers Payant.

Enfin, les fonds importants mis ces dernières années à la disposition du secteur n'ont pas pu être totalement absorbés en raison de (i) la lourdeur des procédures de décaissement avec retard important de mise en place des budgets, (ii) la centralisation de la gestion des fonds et (iii) la faiblesse institutionnelle des structures déconcentrées du MSAS. S'ajoute à tout cela la faiblesse des capacités du secteur privé, en particulier dans les domaines de la construction, de la fourniture d'équipements biomédicaux et de la maintenance.

2.4.2.11. Situation du secteur privé et parapublic:

Le secteur privé pose d'énormes difficultés en terme de normalisation et de qualité des prestations. Le non respect strict des textes en vigueur et son expansion non régulée influe négativement sur la qualité du service public en utilisant les mêmes personnels dans le cadre d'exercice mixte toléré par la loi. Le secteur privé comprend trois groupes de structures :

- Les structures privées de soins :
 - Les cliniques médicales (au nombre de 24) sont concentrées à Nouakchott et Nouadhibou ; elles ont une capacité moyenne d'hospitalisation de 10 lits et offrent des soins relevant d'une ou de plusieurs spécialités médicales.
 - Les cabinets médicaux (au nombre de 28) sont tenus par des médecins spécialisés ou non, et offrent des consultations et des soins de première urgence.
 - Les cabinets dentaires (au nombre de 34) sont tenus par des chirurgiens dentistes et offrent des soins odonto-stomatologiques.
 - Les cabinets de soins infirmiers (au nombre de 32) sont tenus, pour la plupart, par des infirmiers retraités.
- Les structures pharmaceutiques privées (au nombre de 387) se composent de 12 grossistes, 108 officines et de 267 dépôts. Il faut noter une non application des textes en vigueur, en particulier en ce qui concerne l'installation, la qualification des prestataires qui y exercent, la qualité des produits vendus et les conditions de conservation.
- Les laboratoires privés d'analyse biomédicale autorisés (au nombre de 8) sont peu nombreux et limités à Nouakchott, Nouadhibou et Kiffa.

³³ RDPS, 2001

Le secteur parapublic se compose essentiellement des structures de la médecine du travail, des services de santé de l'armée et du service médical de la SNIM. La participation de ce secteur dans la couverture est mal connue malgré son importance ; son action souffre de la faiblesse de la coordination avec le système public.

2.4.2.12. Système National d'Information Sanitaire :

Le système national d'informations sanitaires (SNIS), mis en place au niveau des structures périphériques du système public de santé (postes et centres de santé), a connu d'importantes améliorations en terme de collecte, de transfert et d'analyse des données. Cependant, il ne couvre ni les niveaux secondaire et tertiaire, ni les structures privées ; les données collectées sont peu fiables.

2.4.3. Environnement sectoriel

La santé étant « un état de complet bien-être physique, mental et social », elle nécessite le développement d'un environnement favorable, politique, économique et social, et son efficacité dépendra de l'importance et de la complémentarité du partenariat qui devra être mis en place :

2.4.3.1. Environnement politique :

L'environnement politique est actuellement favorable à un développement réel du système de santé, et à une amélioration notable de la santé des populations ; le cadre de démocratisation et l'orientation stratégique de lutte contre la pauvreté en sont les deux principaux piliers.

En effet, les dernières expériences d'élections, qu'elles soient communales, parlementaires ou présidentielles ont été unanimement reconnues pour leur réussite ; ce qui a permis, entre autres résultats, de mettre en place un débat de haut niveau visant une amélioration continue de l'action gouvernementale.

Par ailleurs, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté a permis l'adoption d'une orientation gouvernementale unique, intégrée, visant une amélioration du niveau socio-économique de l'ensemble de la population ; pour cela, quatre axes stratégiques ont été retenus permettant (i) d'augmenter et maintenir la croissance économique, (ii) de l'ancrer au niveau de la sphère des pauvres, (iii) de développer les ressources humaines et assurer l'accès aux services de base et (iv) d'améliorer la gouvernance et renforcer les capacités. Cette structure de la stratégie nationale permet une meilleure visibilité de l'action gouvernementale, et garantit une intégration et une complémentarité des actions sectorielles. Il s'agit là d'un terrain tout à fait favorable à une vision multisectorielle de l'action socio sanitaire indispensable à son efficacité et à sa durabilité.

2.4.3.2. Environnement économique :

La croissance économique et l'amélioration continue des recettes constituent des facteurs favorisant l'accroissement des financements du secteur dans le cadre de l'orientation stratégique de lutte contre la pauvreté qui place le secteur dans les priorités gouvernementales à court et moyen terme. Par ailleurs, l'adhésion du pays à l'IPTE a permis une mobilisation importante de ressources additionnelles du fait de la remise d'une partie importante de la dette. L'avènement de ressources pétrolières ouvre des horizons meilleurs en terme de disponibilités financières nationales, ce qui garantit la durabilité et l'efficacité des investissements entrepris pour l'amélioration qualitative et quantitative de la couverture sanitaire du pays.

2.4.3.3. Partenariat

Parallèlement à l'accroissement des disponibilités financières de l'état, le partenariat du secteur mobilise d'importantes ressources additionnelles. En effet, les partenaires au développement – qu'ils soient bilatéraux ou multilatéraux - assurent une bonne part du

financement du secteur allant de 30 à 40 % du total des ressources³⁴. Malgré une amélioration du processus de planification et de mobilisation des ressources, la multiplication des procédures de gestion et la diversité des priorités et des mandats, diminuent l'efficacité de ces ressources et sont à l'origine d'une faible exécution de ces financements.

Par ailleurs, le partenariat du secteur se fait à trois niveaux :

- Au niveau local, l'implication des communautés et de la société civile reste faible. Les comités de santé, mis en place en 1990 et confirmés en 2003, sont peu efficaces.
- Au niveau intermédiaire, les conseils et comités de santé sont peu fonctionnels à cause de la faiblesse d'implication des autres secteurs gouvernementaux et des acteurs régionaux.
- Au niveau national, depuis 1998, le MSAS et ses partenaires ont adopté l'approche sectorielle avec comme sous-bassement le développement d'un programme unique intégrant tous les projets et actions. La mise en œuvre de cette approche n'a pas suivi le processus initialement retenu, et le maintien de caisses séparées avec procédures spécifiques à chaque bailleur à côté d'une capacité d'absorption insuffisante ont constitué de réels handicaps au décaissement et à l'exécution financière des plans opérationnels annuels du département. Les revues sectorielles organisées chaque année ont permis la mise en place d'un débat franc entre différents acteurs du secteur à savoir le MSAS à tous les niveaux, le secteur privé de santé, les autres secteurs gouvernementaux, les partenaires au développement et la société civile.

2.4.3.4. Recherche :

La faible structuration, la qualité insuffisante et l'absence de cadre éthique pour la recherche en santé publique n'ont pas permis l'émergence d'une recherche fiable orientée vers le besoin du secteur. Les initiatives visant la mise en place d'un Institut de Recherche en Santé publique et l'encouragement de la collaboration scientifique constituent une marque de préoccupation des pouvoirs publics en faveur du développement de la recherche.

Cependant, plusieurs obstacles se dressent encore dans cette voie ; Il s'agit (i) de la faible capacité de recherche des institutions, (ii) de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées et des ressources financières, (iii) de l'insuffisance de la diffusion des résultats de recherche et (iv) le développement limité de la collaboration scientifique, aussi bien entre institutions nationales qu'extérieures. Par ailleurs, les missions de recherche sont retrouvées au niveau de plusieurs directions centrales, établissements publics, programmes de santé.

³⁴ RDPS, 2004

3. VISION, VALEURS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE SANITAIRE ET SOCIALE NATIONALE

Le droit à la santé est un droit humain fondamental de tout citoyen Mauritanien.

La politique sanitaire et sociale nationale vise l'amélioration durable de la santé des populations ainsi que l'atténuation de l'impact de la pauvreté sur les groupes les plus vulnérables. La lutte contre la maladie constitue l'un des axes essentiels de la lutte contre la pauvreté. Elle doit s'inscrire dans une vision globale de la société et de l'individu.

Tous les individus et tous les groupes sociaux doivent trouver dans le système sanitaire et social une réponse à leurs besoins aussi bien individuels que collectifs.

L'Etat, les collectivités et les citoyens sont tous responsables de la lutte contre la maladie et l'exclusion ainsi que du développement sanitaire et social.

La valeur de l'éthique et les principes d'équité, de justice, de solidarité sociale guideront les choix stratégiques de la présente politique sanitaire et sociale et seront les garants d'une amélioration durable de la santé des populations.

L'implication effective de tous les intervenants, la participation communautaire et une coordination efficace seront des éléments moteurs de la réussite de la politique sanitaire et sociale.

La mobilisation effective de toutes les ressources nécessaires devra aboutir à des actions concrètes visant à répondre aux attentes légitimes de la population.

A l'horizon de l'an 2015, la politique de santé aura favorisé la mise en place d'un système de santé moderne, proactif, performant, accessible à l'ensemble de la population du pays, indépendamment du lieu d'habitation, du niveau éducationnel, de l'âge, du sexe, de l'origine, du statut économique etc. Ce système de santé, aura contribué de manière significative à améliorer l'espérance et la qualité de vie. La politique de santé permettra en relation avec les autres secteurs de lutter contre la pauvreté et vaincre ainsi les maladies liées à la pauvreté et à l'ignorance. Pour cela, l'accent sera mis sur (i) la responsabilisation des populations, (ii) la participation communautaire et (iii) la collaboration intersectorielle dans le cadre d'un développement sanitaire et social harmonieux.

4. BUT ET OBJECTIFS

4.1. But :

Le but est d'améliorer l'état de santé et la protection sociale des populations par l'accès à une prise en charge sanitaire et sociale de qualité.

Cet objectif implique l'existence d'un système de santé intégré auquel participent de façon effective et responsable tous les acteurs en particulier les usagers et les communautés.

4.2. Objectifs:

La présente politique cible de façon prioritaire la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les grandes endémies et les maladies émergentes.

- En ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant il convient de poursuivre les actions prioritaires entreprises depuis plusieurs années en vue de réduire d'ici à 2015 la mortalité maternelle de trois quarts et la mortalité infantile des deux tiers.
- Il convient aussi d'améliorer l'état nutritionnel afin de contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité imputable à la malnutrition dont les carences en micronutriments chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (carence en vit A, Anémie, trouble due à la carence en iode)

En ce qui concerne les grandes endémies et les maladies émergentes, les efforts devront viser d'ici à 2015 :

- à stabiliser la prévalence du VIH/sida en dessous de 1% dans la population générale et prendre en charge tous les nouveaux cas déclarés,
- à diminuer la prévalence du paludisme, de l'hépatite B et de la tuberculose,
- à développer les actions de prévention, de dépistage et de contrôle des maladies émergentes non transmissibles.

Dans le domaine de la protection sociale, la présente politique devra assurer la prise en charge des soins de santé de la majorité des personnes en situation de grande pauvreté et d'exclusion sociale.

Aussi, dans le domaine de l'action sociale, elle doit améliorer le ciblage, l'orientation et l'insertion des enfants en difficulté et la prise en charge et l'insertion des personnes handicapées.

5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES :

L'action sectorielle s'articulera autour des principales stratégies suivantes :

5.1. Amélioration de l'accès à des prestations sanitaires de qualité :

5.1.1. La construction, la réhabilitation et l'équipement de structures sanitaires publiques, le développement de la maintenance à tous les niveaux et l'encouragement de l'investissement privé dans ces domaines.:

Un programme de construction et d'équipements sera adopté, et régulièrement mis à jour. Il permettra de garantir l'atteinte de l'objectif de couverture sanitaire en cohérence avec la disponibilité des ressources humaines essentielles; parallèlement, il sera mis en place :

- une carte sanitaire couvrant l'ensemble du pays avec réactualisation tous les trois ans,
- un système de révision et d'adaptation des normes et plan-types des structures sanitaires en prenant en compte la dynamique sociale et l'évolution des disponibilités en ressources humaines,
- un plan régulier de réhabilitations garantissant le maintien d'un état fonctionnel des structures, et permettant les extensions jugées nécessaires à la faveur d'évaluation du système,
- un système efficace de maintenance basé sur un montage de complémentarité entre le service public et privé, et garantissant une maintenance préventive régulière et curative efficace de tout l'équipement technique et logistique du département en conformité avec la stratégie nationale de maintenance.

5.1.2. Le développement des ressources humaines afin de garantir une disponibilité permanente de personnels qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux normes nationales ; la stratégie devra permettre :

- ❖ De mettre en place un système de gestion prévisionnelle des ressources humaines en cohérence avec l'ensemble des sous programmes, en particulier avec le programme d'extension de la couverture sanitaire. Les normes en personnel seront régulièrement revues et améliorées afin de tenir compte des réalités nationales du pays.
- ❖ D'assurer une formation suffisante, en quantité et en qualité, de personnels des différentes catégories : pour cela, il s'agira :
 - de renforcer les capacités de formations de base des institutions existantes et l'ouverture de nouvelles écoles de formation et d'une faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie ;

- de mettre en œuvre le plan directeur de formation continue avec un accent particulier sur la qualité des services conformément aux PMAs par niveau ;
 - de légaliser l'ouverture d'écoles privées de formation de paramédicaux afin de répondre efficacement au besoin du secteur.
- ❖ De décentraliser le recrutement du personnel médical et paramédical afin de garantir une couverture complète des besoins en ressources humaines qualifiées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans toutes les zones du pays.
 - ❖ De garantir une équité et une justice réelles et durables dans la gestion, l'incitation et le suivi des personnels de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour cela, un cadre organique d'emploi, un plan de carrière et un statut particulier du personnel de santé seront adoptés et mis en œuvre et des outils nationaux de gestion seront développés tenant compte des connaissances et expériences nationales et internationales.
 - ❖ D'élargir le système d'incitation du personnel en y intégrant des primes de performance et de rendement visant à récompenser l'effort de qualité du personnel. Parallèlement, le système de sanction sera remis afin d'assurer un équilibre et garantir une généralisation et une durabilité des performances obtenues. Dans ce cadre, il sera aussi mené un programme de construction de logements au profit des personnels de santé exerçant au niveau des postes et centres de santé ainsi qu'au niveau des hôpitaux intermédiaires.
 - ❖ De promouvoir et de renforcer l'éthique professionnelle à côté d'un développement de carrière cohérent, motivant et permettant de renforcer la gestion prévisionnelle des ressources humaines en santé.
 - ❖ De renforcer le suivi et la supervision formative à tous les niveaux dans le cadre d'un plan national cohérent visant en particulier l'amélioration de la qualité des services. Ainsi, la supervision prendra son importance, et sera l'outil de base de la formation continue, de l'incitation du personnel et de l'évaluation régulière du système.

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers des plans successifs de développement des ressources humaines intégrant l'ensemble de ces dimensions.

5.1.3. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments et consommables de qualité:

Cette stratégie consistera :

- A renforcer le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et consommables du système public. Dans ce cadre, les institutions nationales, régionales et périphériques seront renforcées en vue de garantir une disponibilité permanente et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de médicaments, vaccins et consommables essentiels. Par ailleurs, la forme générique sera privilégiée afin de faciliter l'accès financier de ces ressources essentielles du système sanitaire à la plus grande frange de population. Enfin, l'apparition d'unités de fabrication sera encouragée afin d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité de certains produits à grande utilisation (exemple : solutés, tubulures, seringues, compresses).

- A mettre en place un contrôle strict de qualité de tout produit pharmaceutique acquis sur le territoire national, et de le rendre indépendant des structures d'approvisionnement et de distribution. Ce contrôle sera effectué à la fois sur le médicament du système public, mais aussi sur le médicament acquis au niveau du sous-secteur pharmaceutique privé. Pour cela, les organes de contrôle disposeront de textes réglementaires et de moyens nécessaires pour assumer pleinement leur rôle.
- A réorganiser le sous-secteur privé pour garantir la qualité des produits, l'accessibilité et l'unicité des prix. Les articles de la loi pharmaceutique permettant à d'autres professions non médicales ou pharmaceutiques, de disposer de lieux de vente de médicaments seront revus et les textes seront très stricts sur cet aspect. Les propriétaires légaux d'officines seront organisés et intégrés à la mise en œuvre de cette politique socio sanitaire, en particulier en ce qui concerne la disponibilité du médicament. Le rôle consultatif de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens Dentistes sera plus décisif dans l'octroi d'autorisation d'ouverture et dans le contrôle du secteur privé.
- Et a assurer une inspection permanente de l'ensemble des structures, publiques ou privées, et à tous les niveaux afin d'assurer la mise en œuvre des mesures ci-dessus. Dans ce cadre, l'inspection générale de la santé sera dotée d'outils juridiques et de ressources humaines et matérielles nécessaires à cette importante tâche.

5.1.4. Fourniture de soins de santé de qualité en fonction du niveau et du type de structure :

Cette stratégie s'appuiera en particulier :

- Sur l'adoption d'un PMA par type de structures qui devra être mis en œuvre à tous les niveaux et devra aussi concerner les structures privées ; il fera l'objet de révision tous les cinq ans.
- Sur la révision en conséquences des curricula de formation de base afin de garantir la disponibilité de personnels suffisamment qualifiés.
- Sur la mise en œuvre d'un plan de formation continue adapté visant en priorité une amélioration continue de la qualité des prestations fournies.
- Sur un système d'assurance qualité complétant l'actuel système d'incitation et permettant de disposer de critères objectifs de mesure de la performance ; dans ce système, la prise en charge efficace de l'urgence médicale occupera une place de choix avec l'adoption de textes relatifs à la gestion des urgences.
- Sur l'adoption et la mise en œuvre d'un système national d'orientation recours généralisé à tous les niveaux, efficace et durable.
- Sur la mise en œuvre d'un programme continu de supervision à visée formative impliquant tous les niveaux du système, ainsi que les structures privées de soins.
- Sur le renforcement du rôle de l'Ordre National des Médecins Pharmaciens et Chirurgiens Dentistes afin de le rendre opératoire et décisif.
- Et sur la mise en œuvre d'un programme de recherche sur la qualité et une concertation technique régulière – à type de congrès, colloques ou journées de concertation – impliquant les différentes catégories de personnels. Cette

politique socio sanitaire visera en particulier à renforcer la recherche en santé, en particulier dans ses volets recherche opérationnelle et recherche-action.

5.1.5. La redynamisation de l'approche communautaire :

Cette stratégie vise à :

- Assurer l'accès à des soins de santé de base à l'ensemble des populations
- Renforcer la prévention primaire des maladies
- Instaurer une culture de participation des bénéficiaires à la gestion de leur santé.

Dans ce cadre :

- Les unités de santé de base (USB) seront mises ou remises en place dans les agglomérations villageoises situées au-delà de 10 km d'un poste ou d'un centre de santé ; entre 5 et 10 km, les soins seront assurés par la structure de santé grâce aux activités avancées. Ces USB seront tenues par un agent de santé communautaire et/ou une accoucheuse auxiliaire ayant reçus un niveau de formation leur permettant de répondre aux besoins de santé de base des communautés qu'elles couvrent. Elles devront progressivement, et en fonction d'un plan de développement équitable des infrastructures sanitaires, être transformées en postes de santé dotés des normes en personnel et en équipements.
- Les comités de santé seront généralisés à toutes les agglomérations villageoises disposant d'un centre, d'un poste ou d'une unités de santé de base, et devront avoir un rôle de sensibilisation des populations, de suivi de la santé de ces populations et de gestion des structures de santé situées dans leur aire de représentation. Pour cela, ils bénéficieront de la formation, de l'accompagnement et du suivi nécessaires à leur rôle. Dans le même cadre, la société civile sera mise à profit afin de renforcer les programmes d'information et de sensibilisation des communautés.
- Les comités de santé mettront en place des agents relais dans les villages ne nécessitant pas de structure de santé ou d'USB ; ces relais communautaires auront le rôle de lien entre la structure de santé ou l'USB et la communauté villageoise concernée ; ainsi, ils seront chargés des volets de sensibilisation en faveur des comportements recommandés et de mobilisation des communautés en vue d'une amélioration de l'utilisation des services.

5.1.6. L'organisation et l'intégration de la médecine traditionnelle :

La prise en compte de la situation actuelle de la médecine traditionnelle et des recommandations internationales³⁵ permet de retenir trois axes essentiels :

- Institutionnalisation de la médecine traditionnelle dans un cadre juridique national permettant une intégration efficace de la médecine traditionnelle au système de santé publique
- Implication des tradithérapeutes comme acteur de santé dans le cadre des programmes socio-sanitaires, en particulier pour les aspects d'IEC pour une lutte élargie contre la maladie
- Appui à la recherche scientifique sur la médecine traditionnelle, en vue d'un développement des plantes médicinales et d'une évaluation de son efficacité.

³⁵ Rapport de la réunion sur l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle, 2004

5.2. Lutte contre la Maladie:

Dans le cadre du contrôle des endémo-épidémies (Paludisme, VIH/SIDA, Tuberculose, Hépatites, Malnutrition, Maladies évitables par la vaccination, Parasitoses et diarrhées de l'enfant, Schistosomiases, Infections respiratoires aiguës, Cécité, Maladies à potentiel épidémique, Maladies cardio-vasculaires, Cancers, Accidents de la voie publique, Maladies mentales, Diabète, Affections bucco-dentaires, ...), il s'agira :

- D'améliorer le ciblage et le contenu des **programmes de promotion de la santé** développés jusqu'à présent, et qui devront être intensifiés, diversifiés et mieux coordonnés. Ces programmes seront orientés vers un changement de comportement et une réelle conscientisation de la population face (i) aux facteurs environnementaux influençant leur santé, (ii) à l'utilisation judicieuse des services de santé et (iii) à une participation responsable dans la gestion de leur santé. Ces programmes seront mis en œuvre dans le cadre d'un montage institutionnel impliquant le MSAS, un centre d'expertise en communication en santé, les autres secteurs gouvernementaux, les institutions audio-visuelles nationales et la société civile nationale.
- D'améliorer le contrôle des principales pathologies à travers des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge basées sur les stratégies nationales et internationales ; dans ce cadre, ces actions seront développées au sein de l'ensemble du système de santé à travers une réelle intégration aux activités régulières de santé.
- De mettre en place les capacités techniques nécessaires aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire afin d'assurer une prise en charge quasi-totale des cas de référence (traumatologie et plastie, chirurgie cardiaque et neurologique, oncologie, radio et chimiothérapie, etc...). Ainsi, des stratégies préventives et curatives adaptées seront développées permettant (i) de diminuer leur prévalence par un changement positif de comportement, (ii) de réduire leurs mortalités spécifiques et (iii) d'atténuer leur impact sanitaire, social et économique (séquelles, impact sur les dépenses du ménage, de la communauté et de l'Etat).
- De renforcer les capacités techniques au niveau périphérique (postes et centres de santé) et secondaire (hôpitaux régionaux) afin d'améliorer la prévention primaire, le dépistage et la prise en charge des cas, y compris la référence. Dans ce cadre, le programme de formation continue sera adapté aux besoins de prévention et de prise en charge de ces pathologies et un système d'orientation recours sera développé permettant de renforcer l'accès à des structures de qualité.
- De mettre en place un système cohérent de gestion des épidémies et catastrophes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; ce système devra permettre une riposte rapide, adaptée et efficace aux effets de toute survenue de catastrophe nationale dont en particulier les épidémies.
- De mettre en œuvre une stratégie spécifique efficace de gestion des déchets hospitaliers dans le cadre de la politique hospitalière et d'une politique nationale d'assainissement impliquant tous les acteurs concernés.
- De mener, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition, les actions de prise en charge et de suivi des enfants et des femmes

enceintes atteintes de malnutrition, et d'apporter l'appui technique nécessaire aux autres départements dans les volets de sécurité alimentaire, de nutrition communautaire et scolaire et de contrôle de qualité des aliments.

- De mettre en place le cadre juridique adéquat et les outils nécessaires pour l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement du milieu. Dans ce cadre, les textes législatifs et réglementaires en vigueur seront revus afin de les adapter aux réalités nationales et de garantir une réelle multisectorialité dans la gestion de cette problématique, en impliquant davantage les organisations communautaires et les collectivités locales et en définissant plus clairement les rôles et prérogatives de chacun des acteurs.

5.3. Financement adéquat du système de santé

Le financement du système public de santé sera assuré à travers quatre méthodes principales :

- le financement de l'Etat principalement à travers les subventions budgétaires publiques pour les institutions autonomes sous tutelles ou sous forme de crédits alloués aux structures par niveau et dont la gestion est progressivement déconcentrée ; l'Etat restera le principal bailleur du secteur dans le cadre d'une politique de financement résolument orientée vers l'accès universel aux soins essentiels de santé ;
- le financement communautaire grâce au paiement direct par les usagers et à travers l'implication des collectivités locales et des organisations non gouvernementales et celles à base communautaire ; l'amélioration de la fluidité et de la gestion du système de recouvrement des coûts viendra renforcer la part de ce type de financement qui devra connaître une croissance régulière tout en maîtrisant son effet sur l'accès des groupes pauvres aux soins essentiels de santé ;
- le développement de mécanismes de partage de risque (mutuelles, assurances, forfaits) et de système de solidarité (prise en charge des indigents) constituera un des axes prioritaires de financement du secteur ;
- les financements extérieurs et le financement privé national, viendront en complément à ces différents types de financements et permettront particulièrement la prise en charge d'opérations d'investissement dans les différents domaines de l'action socio-sanitaire.

Pendant cette période, la politique de financement visera plus d'efficacité :

- en portant la subvention de l'état à plus de 15% du budget national hors services de la dette ;
- en assurant un niveau global de financement supérieur à 5200 UM par tête d'habitant et par an équivalent à 20 US\$;
- en rendant le ratio investissement sur fonctionnement propice à une absorption efficace des ressources avec un niveau inférieur à 0,6 ;
- en garantissant une répartition efficace des ressources entre les niveaux de la pyramide sanitaire avec un ratio financement primaire et secondaire sur financement tertiaire et central supérieur à 1,8 ;
- en portant la part du SRC dans le financement global du secteur à plus de 15%.

Cette politique de financement devra en particulier garantir un accès financier de tous les mauritaniens, en particulier les plus pauvres, aux soins essentiels de santé à travers le développement :

- De méthodes de partage de risque pour la grande majorité de la population (mutuelles, forfaits, assurances, ...). Ainsi, les expériences de mutuelles et de forfait seront analysées, évaluées et les leçons seront prises pour

favoriser leur généralisation dans le cadre d'un programme cohérent et progressif visant à couvrir l'ensemble du territoire.

- De caisses d'indigence et de fonds d'équité dont le mode de financement et de fonctionnement pourrait varier en fonction du milieu et des circonstances. La participation de l'Etat prendra de plus en plus d'importance au fur et à mesure que le malade évolue dans la pyramide sanitaire et que les soins deviennent plus compliqués et plus chers.

Pour ce qui est du secteur privé médical et paramédical, les mécanismes de financements actuels seront maintenus tout en garantissant une uniformité et une harmonie des coûts permettant de préserver les intérêts du patient et du prestataire.

Par ailleurs, le secteur parapublic de santé sera intégré à une stratégie nationale de couverture du risque maladie de l'ensemble des travailleurs garantissant un système efficace d'assurance maladie.

5.4. Mise en œuvre d'une action sociale ciblée:

La mise en place de stratégies spécifiques par groupe cible de l'action sociale se fera dans le cadre d'une action nationale de protection sociale. Ainsi, dans le cadre d'une vision nationale claire, cohérente et multisectorielle de protection sociale, le département développera des stratégies spécifiques visant l'amélioration des conditions de vie des groupes sociaux vulnérables, avec un accent particulier sur leur accès aux services essentiels de base (ex : santé, éducation, etc...).

Pour cela, cinq mesures principales seront développées :

- L'amélioration du cadre institutionnel de l'action sociale par (i) une clarification des rôles et des attributions, et (ii) une meilleure définition des responsabilités dans le cadre d'un partage cohérent des rôles entre différents départements ; cette action passera par l'élaboration d'une stratégie nationale de protection sociale, qui permettra de déterminer les différentes composantes de la protection sociale, la meilleure manière de les agencer et surtout d'éviter les chevauchements. Au cas où l'option de cloisonnement serait maintenue, il est nécessaire de prévoir la mise en place de mécanismes formels et performants de concertation et de coordination des actions et politiques sociales.
- La mise en place de bases de données à partir d'analyses situationnelles des différents groupes cibles, pour assurer la qualité du suivi et des comparaisons futures et l'adoption de méthodologies de ciblage, de suivi et d'évaluation des politiques sociales.
- Le développement des ressources humaines au niveau des services techniques en charge de l'action sociale permettant d'améliorer la conception, la formulation, l'exécution et le suivi/évaluation des programmes de l'action sociale.
- L'élaboration d'une stratégie sur les modes de financement de l'action sociale ; la réflexion devra s'orienter vers la recherche des modes alternatifs de financement dans une optique de mobilisation des ressources et des mécanismes de solidarité nationale.
- Le renforcement des capacités institutionnelles et techniques des acteurs intervenant dans l'action sociale pour leur permettre de mieux repérer, connaître et analyser la situation de ces groupes et partant de mieux formuler, exécuter et

évaluer avec pertinence les actions et programmes spécifiques au profit de leurs populations les plus démunies.

5.5. Evaluation de la performance du système de santé:

5.5.1. La supervision, le contrôle et l'évaluation de l'ensemble des actions du secteur :

Comme signalé plus haut, la supervision prendra une place de choix dans la présente politique comme outil transversal de soutien à l'ensemble des autres stratégies, et comme première stratégie de motivation des personnels et d'amélioration de la qualité des services. Pour cela, une politique spécifique de supervision sera adoptée, définissant les objectifs, les stratégies, les modalités de mise en œuvre et les ressources nécessaires à une supervision régulière et efficace du système. Ensuite, les moyens de la supervision seront renforcés à tous les niveaux et des instruments d'analyse des résultats de cette supervision seront développés en fonction des capacités et responsabilités de chaque niveau.

Par ailleurs, le contrôle régulier des structures sanitaires publiques et privées sera assuré afin de garantir un respect strict des lois et règlements en vigueur, et ce dans le cadre d'une inspection générale de la santé forte et en collaboration avec les directions et institutions concernées dont en particulier l'ordre national des médecins, pharmaciens et odontostomatologues de Mauritanie. Dans ce cadre, les principes de déontologie médicale constitueront l'une des bases essentielles de ce contrôle qui devra garantir les droits du patient et du prestataire dans le cadre de la légalité nationale.

5.5.2. La mise en place et le renforcement de l'information sanitaire et de la recherche médicale en vue de l'amélioration régulière de l'action du secteur.

Pour une amélioration régulière de l'action sectorielle, la recherche en général, et la recherche opérationnelle et la recherche-action en particulier, sera renforcée dans le cadre d'une politique visant la mise en place de compétences et la mobilisation des ressources nécessaires ; l'évaluation des programmes et actions du secteur prendront une place de choix dans ce programme de recherche. Des mécanismes d'échange avec les institutions étrangères, en particulier celles de la sous région, seront mis en place dans le cadre d'un programme d'améliorations des compétences en recherche et d'une coordination des réponses entre pays. Cette recherche sera systématiquement soumise à un contrôle éthique dans le cadre d'une réglementation claire en la matière.

Parallèlement, le système national d'information sanitaire sera renforcé et élargi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et prendra en compte les données du secteur privé ; son analyse sera décentralisée afin d'impliquer les communautés dans la prise de décision.

5.6. Renforcement de la performance du secteur:

5.6.1. Renforcement du cadre institutionnel du Ministère de la santé:

La performance du secteur passera nécessairement par une déconcentration de la responsabilité et de la décision au niveau le plus périphérique possible. Ainsi, il sera instauré des programmes régionaux à moyen terme et des plans opérationnels annuels au niveau moughataa ; dans le même sens, les responsables sanitaires au niveau de la wilaya et de la moughataa verront leurs prérogatives renforcées dans les domaines de gestion des ressources humaines, matérielles et financières qui seront directement mises à leur disposition. Parallèlement, ils seront évalués par rapport aux résultats produits relativement aux objectifs fixés dans les programmations régionales et les planifications de moughataa.

Au niveau tertiaire, cette déconcentration se manifestera par un renforcement des responsabilités des conseils d'administration et de gestion, et des directions d'établissements dans le cadre d'une réforme visant à spécifier le caractère des établissements publics de santé conformément aux termes de la politique hospitalière nationale ; cette déconcentration

se concrétisera aussi à l'intérieur de l'établissement afin de donner plus de responsabilité aux niveaux techniques et opérationnels.

Enfin, le niveau central disposera des moyens humains et matériels nécessaires à l'accomplissement de sa tâche de conception, de coordination, de normalisation, de régulation et de suivi.

5.6.2. La revitalisation de la participation communautaire dans le cadre d'une décentralisation effective des services périphériques essentiels:

La révision récente des textes sur le système de recouvrement des coûts a permis de prendre en compte certaines des principales recommandations visant à améliorer la participation communautaire à la planification et à la gestion du système de santé. Il s'agira de les mettre en application et de mettre en place un programme de formation, d'incitation et de suivi des comités de santé à tous les niveaux. Parallèlement, il sera procédé à un renforcement des responsabilités gestionnaires des comités de santé qui auront l'entière responsabilité de décision sur la répartition de la subvention étatique et des fonds générés par le SRC.

Ainsi, la redynamisation de ces comités se fera en trois phases : (i) installation ou réinstallation des comités conformément à l'esprit des nouveaux textes, (ii) mise en œuvre d'un programme de formation sur la politique socio sanitaire, sur le rôle des comités de santé dans le système de santé, sur leurs devoirs et leurs droits, et (iii) mise en place de mécanismes efficaces de suivi à tous les niveaux afin d'assurer leur perfectionnement régulier et de garantir la prise en compte de leurs avis dans les prises de décision au sein du système.

5.6.3. La régulation et l'appui du secteur privé :

En conformité avec les orientations nationales qui seront développées au niveau de la politique hospitalière, la place du secteur sanitaire privé dans le système de santé devra être renforcée afin qu'il s'intègre effectivement au système national de santé comme élément essentiel de la mise en œuvre de la politique socio-sanitaire. Pour cela, sa régulation devra être améliorée à travers les structures habilitées du MSAS afin de garantir une application stricte des textes réglementaires en vigueur. Ensuite, un programme d'appui et de renforcement sera mis en œuvre dans le cadre d'une stratégie globale d'intégration qui aura défini la place et le rôle de chaque type de structure sanitaire privée.

5.6.4. Renforcement du partenariat et de la contractualisation:

Pour renforcer davantage le partenariat dans le secteur, il s'agira d'adopter une politique de contractualisation visant à multiplier et diversifier les possibilités et méthodes de mise en œuvre des actions dans le cadre de contrats, qu'ils soient internes – entre personnels ou niveaux du système – ou externe avec des acteurs (collectivités) privés ou de la société civile. Cette approche contractuelle devient de plus en plus indispensable au fur et à mesure que les actions augmentent en nombre et se diversifient. Le guide de contractualisation avec les ONG devra servir de base pour l'élaboration de documents similaires pour les acteurs et de mise en œuvre d'actions communes entre le MSAS et la société civile travaillant dans le secteur. Ce partenariat sera davantage renforcé afin de garantir une réelle implication de ces acteurs dans l'action sectorielle.

5.6.5. Le développement de la multisectorialité :

La mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté facilite la multisectorialité de l'action socio sanitaire. Il sera nécessaire de créer les instruments formels de collaboration entre le MSAS et l'ensemble des autres secteurs. Cette collaboration visera à (i) rendre plus efficiente l'action du MSAS grâce à l'accompagnement et la disponibilité des autres secteurs, et à (ii) atténuer l'impact négatif des actions des autres secteurs sur le développement ou l'apparition de problèmes socio sanitaires.

5.6.6. Le renforcement de l'environnement juridique et institutionnel du secteur :

L'action socio-sanitaire se développera dans un cadre juridique, institutionnel et de bonne gouvernance renforcé. Ainsi un ensemble de politiques et de documents d'orientation seront adoptés visant à mieux institutionnaliser les orientations développées dans les paragraphes ci-dessus ; il s'agira en particulier (i) de la politique hospitalière, (ii) de la loi pharmaceutique, (iii) du code de santé publique, et (iv) de textes préparant le pays à prendre en compte les questions émergentes telles que les erreurs médicales, le don et la greffe d'organes, le clonage humain. Par ailleurs, les institutions impliquées dans l'amélioration de la gouvernance du secteur verront leurs prérogatives renforcées et disposeront davantage de moyens humains et matériels efficaces leur permettant de mieux s'acquitter de la tâche de contrôle et de suivi. Dans le même sens, les questions de sanction et de récompense prendront de plus en plus d'importance dans la gestion des ressources humaines.

5.6.7. Le renforcement de l'approche sectorielle :

L'approche sectorielle a été officiellement adoptée en 1998 par le MSAS et ses partenaires au développement. Elle a permis de canaliser les initiatives de soutien de manière plus cohérente vers les stratégies et objectifs du PDSAS. Cependant, elle a été lourdement handicapée par les difficultés de pilotage de certains partenaires dans le cadre d'une « caisse commune », probablement par manque de consensus sur le système de gestion. Il s'agira de la renforcer en adoptant des procédures uniques de gestion des fonds alloués au secteur et de mettre en place les mécanismes d'évaluation et de suivi garantissant une confiance totale du système. Le Groupe Thématique sera formalisé et renforcé sous le pilotage du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales et en l'élargissant aux autres acteurs du secteur (privés, société civile, communautés). Ce groupe aura un rôle prépondérant dans la planification, le suivi et l'évaluation du programme socio-sanitaire. Parallèlement, des textes réglementaires seront adoptés afin de garantir cette unicité de caisse au niveau du MSAS et de formaliser les mécanismes de suivi des ressources du secteur.

6. CONDITIONS DE SUCCES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE:

Le succès de la mise en œuvre de cette politique dépendra, entre autres, des conditions suivantes ::

- un environnement politique, économique et social favorable à un développement socio-sanitaire durable ;
- un engagement et une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé à tous les niveaux;
- un financement adéquat et durable nécessaire aux actions et programmes prioritaires de santé
- une coordination efficace entre les différents secteurs pour obtenir les meilleurs résultats à travers la mise en œuvre de cette politique.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Plan Directeur de la Santé et des Affaires Sociales (1998-2002), MSAS, 1997
2. Enquête de pauvreté et de conditions de vie des ménages (EPCV), MAED/ONS, 2000
3. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, ONS, 2000
4. Cadre Budgétaire à Moyen Terme de la santé (2002-2004), MSAS, 2001
5. Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, MAED/CDHLCPI, 2001
6. Enquête bucco-dentaire à Nouakchott et a Aioun, MSAS, 2001
7. Enquête démographique et de santé (EDSM), ONS/MSAS, 2001
8. Enquête VIH chez les femmes enceintes, MSAS, 2001
9. Plan stratégique Roll Back malaria, MSAS, 2001
10. Revue des dépenses publiques de santé (1993-2000), MSAS, 2001
11. Rapport national de surveillance épidémiologique, MSAS, 2002
12. Annuaire statistique national, MSAS, 2003
13. Enquête nationale de cécité, PNLC (MSAS), 2003
14. Enquête nationale de santé mentale, MSAS, 2003
15. Bulletin du CNH N° 4, CNH, 2004
16. Enquête mortalité infantile et paludisme, ONS/MSAS, 2004
17. Enquête sur anémie au Gorgol, OMS/MSAS, 2004
18. Etude rétrospective des cancers en Mauritanie, N.A.B., 2004
19. Etude rétrospective sur les AVP au Trarza, A.T., 2004
20. Etude rétrospective sur les accidents du travail en milieu de manutention, A.C.S., 2004
21. Evaluation finale du PDSAS, MSAS, 2004
22. Pauvreté et santé en Mauritanie, BM, 2004
23. Politique Nationale de Nutrition, MAED, 2004
24. Rapport de l'atelier sur l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle, OMS, 2004
25. Revue des dépenses publiques de santé (2000-2003), MSAS, 2004