

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice

MINISTERE DE LA SANTÉ



**PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2012-2020**

SOMMAIRE

Partie	page
Préface	3
Liste des acronymes et abréviations	4
Liste des tableaux	7
Liste des graphiques	9
Résumé exécutif	10
Introduction	16
Approche méthodologique	17
<u>PREMIERE PARTIE</u> : ANALYSE DE SITUATION	20
Chapitre 1 : Contexte national	21
1.1. Profil général de la République Islamique de Mauritanie	21
1.2. Justification du PNDS 2012-2020	25
Chapitre 2 : Profil sanitaire	27
2.1. Profil épidémiologique	27
2.2. Profil du système de santé	30
2.3. Forces, faiblesses, opportunités, menaces	46
2.4. Problèmes et défis majeurs du secteur santé	57
<u>DEUXIEME PARTIE</u> : COMPOSANTES DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2012-2020	60
Chapitre 3 : Priorités stratégiques en matière de santé	61
3.1. Vision, but, principes, objectifs et axes stratégiques	61
3.2. Résultats attendus et domaines prioritaires d'intervention par axe	62
3.2.1. Axe 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	62
3.2.2. Axe 2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	65
3.2.3. Axe 3 : Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	69
3.2.4. Axe 4 : Lutte contre les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées	74
3.2.5. Axe 5 : Renforcement du système de santé	77
Chapitre 4 : Besoins en matière de ressources et d'informations	84
4.1. Besoins en Infrastructures, Equipements, Matériels et Logistique	84
4.2. Besoins en Ressources humaines	85
4.3. Besoins en Médicaments et consommables	86
4.4. Besoins en Ressources financières	86
4.5. Besoins en Information et communication	87
Chapitre 5 : Cadre de Dépenses à moyen terme 2012-2015 : Budget et Plan de financement du PNDS1 2012-2015	89
5.1. Scénarios d'évolution des résultats d'effets et d'impact	89
5.1.1. Scénarios d'évolution des résultats d'effet	89
5.1.2. Scénarios d'évolution des résultats d'impact	92
5.2. Scénarii de financement	93
5.2.1. Scénario maximal	93

		5.2.2. Scénario minimal	95
		5.2.3. Scénario intermédiaire	96
		5.3. Tendances / Comparaison des besoins financiers du PNDS	97
		5.3.1. Besoins globaux du PNDS	97
		5.3.2. Comparaison des besoins financiers avec les pays de la sous-région	97
		5.4. Plan de financement du PNDS :	98
		5.4.1. Par axe stratégique et par domaine d'intervention	98
		5.4.2. Par mode de prestation	99
		5.4.3. Par type et catégorie de dépense	100
		5.4.4. Par source potentielle de financement	100
Chapitre 6 : Cadre de Mise en œuvre du PNDS1 2012-2015			102
		6.1. Pilotage, coordination et suivi et évaluation	102
		6.2. Opérationnalisation du PNDS1	102
		6.2.1. Processus de planification	102
		6.2.2. Modalités de mise en œuvre	103
		6.3. Conditions de succès et risques	103
		6.3.1. Conditions de succès	103
		6.3.2. Analyse et gestion des risques	104
		6.3.3. Mesures et réformes nécessaires	108
Chapitre 7 : Stratégie de suivi et évaluation du PNDS1			112
		7.1. Cadre conceptuel de la stratégie de suivi et d'évaluation	112
		7.2. Objectifs et indicateurs de suivi et évaluation	112
		7.3. Circulation et utilisation de l'information stratégique	113
Conclusion			114
Annexes			115

Depuis novembre 2010, le Ministère de la Santé s'est lancé dans un processus visant l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2012-2020, couplé d'un CDMT 2012-2015.

Le PNDS, stratégie sectorielle de la santé pour les neuf prochaines années en Mauritanie, est le fruit d'un long processus participatif impliquant tous les acteurs du secteur (gouvernement, PTF, société civile y compris le secteur privé).

Il entre dans le cadre de l'adhésion de la Mauritanie à l'initiative IHP+ et la nécessité de signer un pacte national entre les principaux intervenants du secteur, basé sur une stratégie consensuelle, un financement conjoint et un système de suivi et évaluation unique. Il servira de base d'orientation pour les différentes interventions dans le secteur, orientera les allocations des différentes ressources qu'elles soient nationales ou extérieures et sera périodiquement revu pour s'adapter à la situation sanitaire nationale.

Le PNDS, traduction sectorielle du CSLP3 et des OMD liés à la santé, sera opérationnalisé au niveau des Moughataas à travers les plans des districts, au niveau régional par les plans régionaux et au niveau des EPA par les projets d'établissement et les contrats programmes.

Un Comité National de pilotage (CONAP) regroupant toutes les parties prenantes du secteur assurera le suivi régulier de sa mise œuvre.

Au terme de ce processus, il me plaît d'adresser mes vifs remerciements et mes sentiments de profonde gratitude à toutes les équipes techniques qui ont contribué à l'élaboration de ce document à nature stratégique. Mes remerciements s'adressent aussi à nos partenaires techniques et financiers pour leur appui permanent tout au long du processus.

Ministre de la Santé
Bà Housseinou Hmady

Liste des acronymes et abréviations

AC	Administration centrale
AL	Administration locale
APD	Aide publique au développement
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
AVP	Accidents de la voie publique
BDD	Base de données
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CCSC	Communication pour le changement sociale et de comportement
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CME	Centre mère et enfant
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNC	Centre national de cardiologie
CNH	Centre national d'hygiène (actuel INRSP)
CNO	Centre national d'oncologie
CNORF	Centre national d'orthopédie et réadaptation fonctionnelle
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CONAP	Comité national de pilotage du PNDS
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de santé
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CTA ou ACT	Combinaison thérapeutique antipaludéenne
DMH	Direction de la médecine hospitalière
DPCIS	Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire
DPL	Direction de la pharmacie et des Laboratoires
DPS	Dépense publique de santé
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
DS	Déviations standards
E.SMART	Enquête nutritionnelle " <i>Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition</i> "
EDSM	Enquête démographique et de santé de Mauritanie
EMIP	Enquête mortalité infantile et paludisme
EPA	Etablissement public à caractère administratif
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
FMI	Fonds monétaire international
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins
GRH	Gestion des ressources humaines
HA	Hôpital de l'amitié
HPV	Herpès papillome virus
HR	Hôpital régional
HTA	Hypertension artérielle
IEC	Information éducation communication
IHP+	Partenariat international pour la santé
INRSP	Institut national de recherche en santé publique (ex-CNH)
IRA	Infections respiratoires aiguës
IST	Infections sexuellement transmissibles
LCMIJ	Lutte contre la mortalité infanto-juvénile
LCMMNN	Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale
LCMNT	Lutte contre les maladies non transmissibles
LCMT	Lutte contre les maladies transmissibles
LNCQM	Laboratoire national de contrôle de qualité du Médicament
LNME	Liste Nationale de Médicaments Essentiels

MAED	Ministère des affaires économiques et du développement
MBB	Marginal Budgeting for Bottlenecks
MEF	Ministère de l'enseignement fondamental
MI	Mortalité infantile
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MIJ	Mortalité infanto-juvénile
MILD	Moustiquaire imprégnée de longue durée
MM	Mortalité maternelle
MNN	Mortalité néonatale
MS	Ministère de la santé
NP	Niveau primaire
NS	Niveau secondaire
NT	Niveau tertiaire
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMVS	Organisation de la mise en valeur du fleuve Sénégal
ONS	Office national des statistiques
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies de lutte contre le sida
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDM	Plan de développement de la Moughataa
PEH	Projet d'établissement hospitalier
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNAM	Programme national d'allaitement maternel
PNB	Produit national brut
PNDN	Politique nationale de développement de la nutrition
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNDS1	Première phase du PNDS
PNDS2	Deuxième phase du PNDS
PNEVG	Programme national d'éradication du ver de guinée
PNLB	Programme national de lutte contre les bilharzioses
PNLC	Programme national de lutte contre la cécité
PNLMNT	Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNS	Politique nationale de santé
PNSBD	Programme national de santé buccodentaire
PNSM	Programme national de santé mentale
PNTL	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPN	Politique pharmaceutique nationale
PS	Poste de santé
PSDRH	Plan stratégique de développement des ressources humaines
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
PZT	Primes de zone et de technicité
RC	Relai communautaire
RDPS	Revue des dépenses publiques
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	Ressources humaines de la santé
RSS	Renforcement du système de santé
SG/MS	Secrétaire général du ministère de la santé
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SNIGS	Système national d'information et de gestion de la Santé
SNIS	Système national d'information sanitaire
SONUB ou C	Soins obstétricaux et néonataux de base ou complets

SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé de la reproduction
SRC	Système de recouvrement des coûts
SRO	Solution de réhydratation orale
SSB	Soins de santé de base
TB	Tuberculose
TBS	Taux brut de scolarité
UCS	Unité de coordination du SIDA
UM ou MRO	Ouguiya
USB	Unité de Santé de Base
VAR	Vaccin anti-rougeoleux
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau	Page
Tableau 1: Indicateurs démographiques et socio-économiques	21
Tableau 2: Principaux indicateurs épidémiologiques	27
Tableau 3: Indicateurs liés à la disponibilité et à l'accessibilité aux ressources pour la santé	33
Tableau 4 : Evolution attendue des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale	62
Tableau 5 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé maternelle et néonatale	63
Tableau 6 : Evolution attendue des indicateurs de mortalité infanto-juvénile	66
Tableau 7 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé infanto-juvénile	67
Tableau 8 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies transmissibles	70
Tableau 9 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies transmissibles	71
Tableau 10 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies transmissibles	74
Tableau 11 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies non transmissibles	75
Tableau 12 : Evolution attendue des indicateurs d'offre de services au niveau national	78
Tableau 13 : Projection des besoins en infrastructures et en équipements.	84
Tableau 14 : Normes en personnels de santé par catégorie et par type de structure	85
Tableau 15 : Estimation des besoins en personnels de santé	85
Tableau 16 : Evolution des indicateurs de couverture en services de santé maternelle et néonatale par scénario	89
Tableau 17 : Evolution des indicateurs de couverture en services de santé infanto-juvénile par scénario	90
Tableau 18 : Evolution des indicateurs de services de prévention et de prise en charge des principales maladies transmissibles par scénario	91
Tableau 19 : Evolution des indicateurs d'impact par scénario	92
Tableau 20 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario maximal par mode de prestation et par an	93
Tableau 21 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario maximal par axe stratégique et par an	93
Tableau 22: Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario maximal par domaine d'appui et par an	94
Tableau 23: Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario minimal par mode de prestation et par an	95
Tableau 24 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario minimal par axe stratégique et par an	95
Tableau 25 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario intermédiaire par mode de prestation de services et par an	95
Tableau 26 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario intermédiaire par mode de prestation de services et par an	96
Tableau 27 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario intermédiaire par axe stratégique et par an	96

Tableau 28 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario intermédiaire par domaine d'appui et par an	96
<u>Tableau 29</u> : Evolution des besoins financiers globaux (en millions d'UM) par an	97
<u>Tableau 30</u> : Financement du PNDS (en millions d'UM) en fonction de l'axe stratégique et par an	98
Tableau 31: Financement du PNDS (en millions d'UM) en fonction du domaine d'appui et par an	98
Tableau 32 : Financement du PNDS (en millions d'UM) en fonction de la source potentielle de financement, de la part du budget Etat allouée à la santé et de la dépense de santé par habitant et par an	100
Tableau 33 : Gestion des risques liés au leadership, coordination et gouvernance	108
Tableau 34 : Gestion des risques liés à l'accessibilité géographique et carte sanitaire	109
Tableau 35 : Gestion des risques liés au développement des ressources humaines	109
Tableau 36 : Gestion des risques liés à la disponibilité de médicaments, vaccins et consommables	110
Tableau 37 : Gestion des risques liés à l'information, la recherche et la gestion de la connaissance	111
Tableau 38 : Gestion des risques liés au financement de la santé	111

Liste des graphiques

<u>Graphique</u>	<u>page</u>
Graphique1 :Pyramide de santé	31
Graphique 2: Paquet prévention communautaire du paludisme, eau hygiène et assainissement	34
Graphique 3 : Paquet alimentation du nourrisson et du jeune enfant	34
Graphique 4 :Paquet PCIME communautaire	34
Graphique 5: Paquet espacement des naissances et utilisation des préservatifs	36
Graphique 6:Paquet de Suivi prénatal et de prévention des complications de grossesse	36
Graphique 7:Paquet prévention du VIH et PTME	37
Graphique 8 :Paquet de vaccination et prévention des maladies de l'enfant	37
Graphique 9 :Paquet Prise en charge de l'accouchement et soins périnataux	38
Graphique 10 :Paquet Prise en charge clinique des maladies de l'enfant et de l'adulte	38
Graphique 11 :Paquet Prise en charge accouchement, soins périnataux et prise en charge des maladies au premier niveau de référence (au CS)	40
Graphique 12 :Paquet Prise en charge accouchement, soins périnataux et prise en charge des maladies au deuxième niveau de référence (à l'HM, l'HR ou le CHR)	40
Graphique 13 :Evolution de la DPS en tant que % du PIB et des dépenses totales de l'Etat, 2005-2010	42
Graphique 14 : Part en % de la santé dans les dépenses du Gouvernement	43
Graphique 15 : Dépenses du Gouvernement en Santé per capita en 2009, USA	43
Graphique 16 : Part moyenne de chaque niveau de prestation dans les dépenses du MS, 2005-2010	44
Graphique 17 : Composition moyenne des dépenses du MS par type de structure prestataire, 2005-2010	44
Graphique 18 :DPS par milieu de résidence, moyenne de la période 2005-2010	45
Graphique 19 : DPS moyenne per capita et par région, 2005-2010, en UM courantes	46
Graphique 20 : Tendances d'évolution du ratio de mortalité maternelle	62
Graphique 21 : Tendances d'évolution des mortalités néonatale, infantile et infanto-juvénile	66
Graphique 22: Comparaison du financement actuel de la santé en Mauritanie par rapport à certains pays de la sous région avec évolution de ce financement d'ici 2015	97
Graphique 23 : Financement du PNDS par axes stratégiques	98
Graphique 24 : Financement du PNDS par domaines d'appui	99
Graphique 25 : Financement du PNDS par mode de prestation	99
Graphique 26 : Financement du PNDS par catégorie des dépenses	100
Graphique 27 : Financement du PNDS selon le type des sources	101

Le PNDS vise à relever les défis d'une situation nationale marquée par (i) une mortalité et morbidité encore élevée, en particulier chez les groupes les plus vulnérables (y compris le couple mère-enfant), (ii) une couverture insuffisante en services essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, (iii) une offre de santé inefficace et inéquitable et (iv) un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes entravant le développement du secteur et des opportunités non prises en compte dans le pilotage du secteur.

C'est ainsi que le profil épidémiologique national reste dominé par (i) les maladies transmissibles au premier rang desquelles il faut citer le paludisme, la tuberculose et les IST/VIH/SIDA, et comprenant par ailleurs les maladies tropicales négligées et les maladies à potentiel épidémique y compris les fièvres hémorragiques, (ii) la pathologie infantile à type d'infections respiratoires aiguës (IRA), de diarrhées, de paludisme et de pathologie néonatale, (iii) les déséquilibres nutritionnels, en particulier chez le couple mère-enfant, et qui favorise le développement des pathologies ci-dessus, (iv) la pathologie liée à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum, (v) les maladies non transmissibles à type de cardiopathies, de diabète, de cancers, de pathologies respiratoires chroniques, de troubles neuropsychiques et d'accidents de la voie publique. D'autres problèmes de santé sont à signaler à savoir les maladies à éradiquer ou à éliminer (poliomyélite, tétanos néonatal, lèpre), l'handicap moteur et la pathologie bucco-dentaire.

L'analyse de la principale réponse du secteur à cette situation, à savoir l'utilisation effective des interventions à haut impact par le plus grand nombre de bénéficiaires, montre des niveaux de couverture insuffisants, discontinus et ne profitant pas de manière équitable aux riches et aux pauvres, aux urbains et aux ruraux, etc... Les groupes exclus, au-delà du fait qu'ils ont aussi droit à une santé de qualité, constituent des poches où les indicateurs de santé tirent la moyenne nationale des mortalités et morbidités vers le haut, et celle des couvertures en services essentiels de santé vers le bas.

La recherche des causes de cette couverture insuffisante, inefficace et inéquitable a orienté vers une offre de service et une allocation ou affectation des ressources elles mêmes inefficaces et inéquitables, ne garantissant pas des services de santé de qualité à tous les citoyens mauritaniens, comme stipulé par la constitution nationale. C'est ainsi que :

- l'analyse des goulots d'étranglement du système de santé a mis en exergue des problèmes liés (i) à la disponibilité des ressources humaines efficaces à différents niveaux, (ii) à l'accessibilité géographique à des structures de santé fonctionnelles, (iii) à l'accès aux médicaments, vaccins et consommables de qualité y compris les consommables promotionnels, (iv) à l'utilisation initiale des services essentiels de santé tels que les obstacles socioculturels ou le coût de ces services, (v) à l'utilisation

adéquate et à la qualité de ces services par la faiblesse de la communication, le mauvais accueil ou la durée d'attente élevée entre autres facteurs ;

- L'analyse causale de ces goulots a dégagé des causes immédiates – telles celles citées comme exemples dans le paragraphe ci-dessus – des causes sous-jacentes liées à l'environnement proche de l'individu, du ménage ou de la structure, et des causes structurelles dépassant souvent les prérogatives du département de la santé et qui nécessitent la mise en œuvre de réformes profondes au sein ou au-delà du secteur ;
- La dépense publique de santé fut, pour la période 2005-2010, largement favorable au niveau urbain plus riche, aux niveaux administratifs et hospitaliers tertiaires et aux dépenses d'investissements ; selon la revue des dépenses publiques de santé, cette dépense n'était ni suffisante (au regard de la moyenne internationale et régionale), ni efficiente dans son allocation et ni équitablement répartie.

Tenant compte des résultats de cette analyse – qui ont été classés en forces, faiblesses, opportunités et contraintes – des orientations du CSLP III et de la vision de la politique nationale de santé encore en vigueur, il a été retenu que le PNDS privilégie la réalisation des interventions à haut impact, les plus à même à réduire significativement la mortalité et la morbidité, en particulier chez les plus vulnérables (mère et enfant, ...), et qu'il s'articulera autour de cinq axes stratégiques qui permettront :

- de garantir la cohérence de ces orientations avec les engagements internationaux du pays en faveur l'atteinte des OMD, notamment les OMD liés à la santé, et les engagements régionaux (Déclarations de Ouagadougou, d'Alger, de Libreville etc.) en faveur des soins de santé primaires et d'une action de santé efficace, équitable et durable ;
- d'offrir à tous les mauritaniens un accès universel aux services essentiels de santé de qualité, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination, avec la pleine participation des populations bénéficiaires et l'implication effective de tous les intervenants (public, privé, société civile, PTF, ...), dans le respect des principes d'éthique, d'équité, de justice et de solidarité sociale, découlant de nos valeurs civilisationnelles séculaires ;
- de mettre en place 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 et du statut socio-économique, avec un accent particulier sur la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la responsabilité mutuelle de toutes les parties prenantes et le développement de contrats de performance par niveau ; dans ce cadre, la médecine traditionnelle fera l'objet des mesures visant à normaliser et réguler cette filière en vue de son intégration au système national de santé.

Les cinq axes stratégiques se composent de quatre axes visant respectivement (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies

tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les accidents de la voie publique ; le cinquième axe transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien des quatre axes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

La mise en œuvre du PNDS devra permettre, d'ici 2015 puis 2020, une réduction significative des taux de mortalité et de morbidité, en particulier :

- la mortalité maternelle qui passera de 550 pour 100.000 nv actuellement à 400 pour 100.000 nv en 2015 et à 220 pour 100.000 nv en 2020 ;
- la mortalité néonatale qui passera de 43 pour 1000 actuellement à 22 pour 1000 en 2015 et moins de 10 pour 1000 en 2020;
- la mortalité infantile qui passera de 77 pour 1000 actuellement à 38 pour 1000 en 2015 et à 16 pour 1000 en 2020 ;
- la mortalité infanto-juvénile qui passera de 122 pour 1000 actuellement à 58 pour 1000 en 2015 et à 30 pour 1000 en 2020 ;
- l'incidence du VIH qui passera de 9,5 pour 10.000 actuellement à 2,6 pour 10.000 en 2015 et 1,2 pour 10.000 en 2020 ;
- l'incidence du paludisme qui passera de 17,5% actuellement à 11% en 2015 et à 9% en 2020 ;
- la prévalence de la tuberculose qui passera de 86 pour 100.000 actuellement à 60 pour 100.000 en 2015 et à 25 pour 100.000 en 2020 ;
- la prévalence de l'HTA (chez les 16-64 ans) qui passera de 39% actuellement à 35% en 2015 et à 30% en 2020 ;
- la prévalence du diabète (chez les 16-64 ans) qui passera de 6% actuellement à 5% en 2015 et à 3,5% en 2020.

Pour y arriver, le Département devra, avec ses différents partenaires nationaux (Communautés, OSC, privé, ...) et internationaux (PTF, OSC), mettre à échelle les différentes interventions à haut impact sur les OMD et sur les principales maladies non transmissibles ; des niveaux de couverture ont été retenus pour les différentes interventions classées par mode de prestation de services. Cette mise à échelle nécessitera de donner la priorité à des domaines prioritaires d'action visant en particulier ces interventions à haut impact et en cohérence avec les stratégies nationales et les engagements régionaux et internationaux du pays.

Parallèlement, il a été retenu de mettre en œuvre un certain nombre de mesures et réformes qui garantiront l'efficacité de l'action et de la dépense du secteur ; ces mesures et réformes touchent à la fois les différents aspects de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières ainsi qu'elles renforcent les objectifs du secteur en matière de décentralisation, d'intégration, d'intersectorialité et de coordination à tous les niveaux ; elles permettront aussi au secteur de participer dans l'élan national visant à améliorer la

gouvernance politique, juridique, économique et sociale, en impliquant davantage les bénéficiaires dans la prise de décision et dans le suivi et l'évaluation de l'action sectorielle à tous les niveaux.

Le développement des interventions du secteur – en particulier les interventions à haut impact – et la mise en œuvre des mesures et réformes nécessitera la mobilisation de ressources humaines, matérielles et financières ; à titre d'exemple, le nombre de médecins généralistes et d'infirmiers diplômés d'état (IDE) engagés dans le système de soins passera de 338 médecins et 672 IDE actuellement à 474 médecins et 1304 IDE afin de couvrir le besoin en ressources humaines des structures de santé actuelles et de celles projetées pour garantir un accès universel aux services essentiels de santé : le nombre de postes de santé passera de 530 postes actuellement à 730 postes de santé en 2020.

Pour les ressources financières, un cadrage budgétaire a été développé couvrant la période (2012-2020), et prenant en compte les besoins additionnels pour le passage à l'échelle des interventions à haut impact sur les OMD et sur les autres pathologies retenues comme prioritaires ; il permet d'estimer le besoin du secteur en termes de budget public de santé (financements internes et externes) à un total de 110 milliards d'ouguiyas pour le PNDS 1 (2012-2015) et à 206 milliards d'ouguiyas pour le PNDS 2 (2016-2020).

L'évolution annuelle du budget total est présentée dans le tableau ci-dessous.

Budget en millions d'UM	Moyenne 2005-2010	PNDS1				PNDS2				
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	12 900,6	24 765,8	27 196,0	27 458,8	30 512,5	30 782,4	34 947,0	38 551,7	44 080,2	58 520,4

Pour obtenir ces estimations, le cadrage propose trois scénarii de financement dont celui mentionné dans le tableau ci-dessus est le plus optimal ; le scénario minimal représente un maintien de la tendance actuelle en termes d'interventions développées, de niveaux de couvertures et d'effort actuel de redressement du secteur, alors qu'un troisième scénario, intermédiaire entre les deux premiers, est présenté comme variante possible.

En comparaison avec les pays de la sous région, il apparaît que la mise en œuvre du scénario maximal permettra à la Mauritanie d'atteindre en 2015 le niveau actuel de dépense publique de santé (par habitant et par an) du Sénégal,; ce qui dénote à la fois du retard accumulé par le pays dans ce sens, et du réalisme de la proposition de ce scénario maximal.

L'analyse de cette proposition budgétaire du PNDS montre que sa mise en œuvre permettra un rééquilibrage de la dépense publique de santé :

- en faveur du niveau opérationnel (postes et centres de santé) qui passera de 17% des dépenses actuellement à 25% du financement en 2015 et 35% en 2020 ; les niveaux tertiaire et administratif qui bénéficient actuellement et respectivement de 31% et 42% du financement public du secteur, passeront respectivement à 25% et 35% en 2015 et à

20% et 25% en 2020, ceci en terme relatif, en notant que leurs budgets respectifs – toutes sources confondues – connaîtra une augmentation régulière mais plus lente que celle du niveau opérationnel ;

- en faveur du fonctionnement avec un ratio investissement sur fonctionnement qui passera à 0,51 permettant de rentabiliser les investissements engagés ou programmés et rendant ainsi la dépense plus efficace¹ ;
- en faveur des trois domaines prioritaires du système de santé, à savoir :
 - o l'amélioration de l'accessibilité géographique avec constructions, réhabilitations, équipements et maintenance des infrastructures sanitaires, en particulier au niveau opérationnel ;
 - o le développement des ressources humaines avec les différents volets de production, gestion, motivation et suivi ;
 - o la disponibilité des médicaments, vaccins et consommables de qualité à tous les niveaux, avec les différents volets liés à la normalisation, l'approvisionnement, la distribution et la gestion de ces intrants essentiels de santé.

Une proposition de financement de ce PNDS par source potentielle est présentée et se base sur deux principes essentiels : (i) amener l'Etat à assurer environ 70% du financement, ce qui garantira la durabilité des acquis et (ii) stabiliser puis réduire la part des dépenses directes des ménages afin d'atténuer leur impact sur le revenu des plus pauvres ; ceci nécessitera que la part du budget de la santé dans le budget total de l'Etat passe de 4% actuellement à 8% en 2015 et à 14% en 2020, ce qui va dans le sens des engagements d'Abuja d'allouer 15 % du Budget global de l'Etat à la dépense publique du secteur santé.

Après le chapitre relatif au financement, deux parties essentielles permettent de présenter le cadre de mise en œuvre et de suivi et évaluation du premier PNDS (2012-2015) : un dispositif institutionnel est retenu visant à couvrir les différents niveaux et qui sera chargé (i) de piloter l'opérationnalisation du PNDS 1 à travers des plans d'action opérationnels par niveau, (ii) de veiller au respect des niveaux d'allocation des ressources financières par niveau, (iii) de garantir la coordination intra et intersectorielle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et (iv) d'assurer le suivi et l'évaluation du PNDS 1, avec une évaluation finale qui permettra de corriger l'estimation des résultats et des ressources et de réadapter le cadre de mise en œuvre et de suivi et évaluation du deuxième PNDS. C'est dans ce cadre de mise en œuvre du PNDS 1 que sont développées les mesures et réformes nécessaires ainsi que la gestion des risques potentiels ; l'adoption d'un code de santé publique et d'une carte sanitaire, la mise en œuvre de contrats de performance par niveau, la décentralisation du recrutement d'un certain nombre de postes, la révision et le renforcement de la loi cadre sur le médicament, l'adoption d'une tarification nationale publique et privée des produits pharmaceutiques, le

¹ Le niveau d'efficacité recommandé est dans une fourchette 0,4 et 0,6

développement de systèmes de protection sociale en vue d'une couverture totale de la population, l'adoption et la mise en œuvre d'une politique nationale en matière de recherche pour la santé et la mise en œuvre d'une réelle stratégie de décentralisation dans le secteur constituent quelques unes de ces réformes indispensables à l'atteinte des résultats escomptés.

Introduction

Le Plan national de développement sanitaire 2012-2020 constitue la stratégie sectorielle santé pour les neuf prochaines années. Il est en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP III 2011-2015), la Politique Nationale de la Santé (2006-2015) et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF 2012- 2016).

En effet, le PNDS 2012-2020 vise à relever les défis de la situation sanitaire de la Mauritanie caractérisée par une forte mortalité et morbidité touchant plus particulièrement le couple mère enfant, avec des maladies transmissibles et nutritionnelles à côté de maladies non transmissibles et de problèmes secondaires à l'insuffisance de prise en charge par des services de santé de qualité.

Ce PNDS, qui comporte deux phases (PNDS1 : 2012-2015 et PNDS2 : 2016-2020), est le fruit d'un long processus participatif impliquant tous les acteurs du secteur, gouvernementaux, privés ou provenant de la société civile ou des PTF. Il comprend, outre la première partie sur le contexte national (profil général du pays, justification du PNDS et profil sanitaire), une deuxième partie composée de cinq chapitres à savoir :

- ✓ Les priorités stratégiques, axe par axe, en termes de vision, de but et de résultats d'impact, d'effet et de produit, ainsi que les principaux domaines d'intervention (ou stratégies) ;
- ✓ Les besoins en matière de ressources et d'informations ;
- ✓ Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2012-2015, avec budget et plan de financement ;
- ✓ Le cadre de mise en œuvre du PNDS1 2012-2015
- ✓ La stratégie de suivi et évaluation du PNDS1.

Le processus d'élaboration du PNDS a suivi une feuille de route en quatre étapes essentielles :

- Mise en place du cadre et du dispositif institutionnel et adoption de la feuille de route
- Analyse de la situation du secteur
- Recherche de consensus autour des objectifs et choix stratégiques
- Rédaction et validation du PNDS.

Ce processus – qui fut directement piloté par le Ministre de la santé – s'est déroulé de manière participative et transparente, et a connu des débats marqués par une franchise totale et une participation active des différentes parties prenantes (acteurs gouvernementaux, partenaires techniques et financiers et société civile.)

➤ **Etape 1 : Mise en place du cadre et du dispositif institutionnel, et adoption de la feuille de route**

A la suite de l'adhésion de la Mauritanie à l'initiative IHP+², le Ministère de la santé et ses principaux partenaires ont décidé ensemble de s'engager dans un processus d'élaboration du PNDS qui constitue la première condition – parmi quatre – de la signature du Pacte national de l'IHP+.

Dans ce cadre, un plaidoyer fut mené à l'endroit des plus hautes autorités politiques ainsi que les autres partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur ; ce plaidoyer a abouti à la mise en place d'un comité de pilotage multisectoriel et à l'adoption d'une feuille de route qui s'étale sur quelques mois.

Le dispositif ainsi mis en place est inclusif et comprend essentiellement quatre entités :

- Le Comité de pilotage du PNDS impliquant les représentants des PTF, des principaux Départements concernés et la société civile;
- Le Comité technique du PNDS prépare les travaux du Comité de pilotage et assure le suivi technique du processus ;
- Le comité d'appui du Comité technique – mène le travail de préparation technique du PNDS ;
- La Direction de la DPCIS assure l'organisation administrative et matérielle du processus.

La feuille de route – initialement adoptée – fut amendée à deux reprises pour plus de précision et d'exhaustivité dans l'analyse, davantage de participation au cours des échanges autour des orientations stratégiques, et pour prendre en compte des contraintes

² Signature de l'engagement du pays dans cette initiative par le Ministre de la santé en Mai 2010

du processus liée à la disponibilité des parties prenantes, ce qui a amené la fin du processus à septembre 2011 au lieu de juin 2011.

➤ **Etape 2 : Analyse de la situation du secteur**

L'analyse de la situation du secteur a utilisé le canevas suggéré par l'OMS et visant à couvrir les différentes composantes du système de santé conformément aux orientations de la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et le renforcement du système de santé en Afrique.

Par ailleurs elle a essentiellement utilisé deux outils :

- Le « Marginal Budgeting for Bottlenecks » ou MBB, développé par des agences internationales³, a servi à la planification et à la budgétisation dans des pays africains ayant déjà signé le pacte national (Mali, Rwanda, Bénin, ...); cet outil a servi (i) à orienter la collecte des données vers les informations essentielles nécessaires et (ii) à analyser les goulots d'étranglement du système de santé sur la voie d'un accès universel aux interventions à haut impact basé sur l'évidence ;
- Pour l'analyse de la situation des maladies non transmissibles – non ciblées par le MBB – l'Equipe d'appui a développé un outil spécifique d'analyse, de planification et de costing couvrant les principales maladies non transmissibles retenues dans le plan national ;

Un atelier en janvier 2011 a permis d'avoir un consensus autour des données les plus fiables dans un environnement marqué par une pauvreté en information et une quasi-déstructuration du système d'information dans sa globalité.

Par la suite, l'analyse des problèmes du système de santé (ou goulots d'étranglement) s'est basée aussi sur la méthode d'analyse causale et un canevas a été élaboré par l'équipe d'appui visant à dégager les différents niveaux de causes (immédiates, sous-jacentes et structurelles).

Il faut signaler que l'équipe d'appui, qui s'est organisée en quatre sous commissions, a mené des missions sur le terrain dans quatre régions⁴ et a tenu plusieurs réunions et ateliers de travail dont en particulier une retraite en mars 2011 ; cette retraite a permis de mettre en commun les résultats de l'analyse des différentes composantes, ce qui a constitué l'ossature du rapport d'analyse de situation. Une réunion du comité de pilotage – précédée de plusieurs réunions du comité technique – a permis de prévalider les conclusions de l'analyse de situation.

Enfin, ce rapport fut validé dans un atelier national (en avril 2011) qui a regroupé tous les intervenants du secteur, et qui a tracé les principales priorités du PNDS.

➤ **Etape 3 : Recherche de consensus autour des objectifs et choix stratégiques**

³ En particulier l'UNICEF et la Banque Mondiale ; a été utilisé dans plus de 40 pays répartis sur les 5 continents et constitue aujourd'hui l'outil de planification et de budgétisation en santé le plus consensuel en attendant l'outil unifié en cours de développement.

⁴ Assaba, Tagant, Brakna et Nouakchott

Après la validation des résultats de l'analyse de situation, et tenant compte des priorités dégagées, une structure du PNDS fut adoptée lors d'un atelier regroupant les responsables du Département de la santé et les PTF ; cette structure s'organise autour de cinq axes stratégiques et huit domaines d'appui : 4 axes stratégiques d'action permettant de lutter contre les principaux problèmes de santé et un axe regroupant les domaines transversaux d'appui « leur offre les moyens et l'organisation nécessaires ».

Pour chaque axe stratégique, et grâce aux deux outils, des résultats d'effet (de couverture), d'impact (morbidité et mortalité) et de produits (besoins en ressources) furent proposés et adoptés successivement lors des ateliers sur les cibles du PNDS et des rencontres avec les directions et programmes concernés par les différentes ressources (infrastructures, équipements, ressources humaines, médicaments, ...). La finalisation de la proposition des choix stratégiques s'est réalisée lors d'une réunion du Cabinet regroupant le Secrétaire Général, les Conseillers du Ministres et les Directeurs centraux du Département ; auparavant, des réunions avec – respectivement – les équipes des Directions générales du Budget (au ministère des finances) et de la politique économique et des Stratégies (au MAED) ont permis d'obtenir une convergence totale d'idées autour de la proposition du Département tant en termes d'objectifs qu'en termes de niveau de financement et de pertinence de la méthodologie.

Il faut signaler qu'un draft de réformes et mesures nécessaires fut adopté par l'Equipe d'appui technique puis par cette réunion de Cabinet ; il fut par la suite largement diffusé afin de recueillir les avis et apporter les améliorations nécessaires.

➤ **Etape 4 : Rédaction et validation du PNDS**

A la suite de ces différentes rencontres, et forts des différents produits consensuels, un canevas de rédaction fut adopté par l'Equipe d'appui et servi de base à la rédaction du présent draft.

Pour sa validation, ce draft a bénéficié d'abord des apports du Comité technique et du Comité de pilotage, par la suite a été présenté, discuté, amendé et validé dans un atelier national tenu à mi-septembre 2011.

Une communication portant sur le document final du PNDS a été présentée au Conseil des Ministres pour adoption dans sa réunion hebdomadaire tenue le jeudi 20 Octobre 2011.

PREMIERE PARTIE

ANALYSE DE SITUATION

Chapitre 1 : Contexte national

1.1. Profil général de la République Islamique de Mauritanie

1.1.1. Profil du pays

Tableau 1: Indicateurs démographiques et socio-économiques

Indicateurs	Situation actuelle	Source
Population	3 179 469	ONS, 2010
- Hommes	50,2%	ONS, 2010
- Femmes	49,8%	ONS, 2010
Proportion d'enfants âgés de 0-11 mois (%)	4,19%	ONS, 2010
Proportion d'enfants âgés de 0-5 ans (%)	18,5%	ONS, 2010
Pourcentage Population cible : Rougeole/VAR (%)	16,03%	ONS, 2010
Pourcentage Population cible : Maladies diarrhéiques/SRO (%)	18,5%	ONS, 2010
Pourcentage Population cible : Femmes en âge de procréer (%)	23%	ONS, 2010
Pourcentage Population cible : Femmes enceintes (%)	4,8%	ONS, 2010
Pourcentage Population cible : adolescents (15-19 ans) (%)	10,8%	ONS, 2010
Pourcentage Population cible : jeunes (15-24 ans) (%)	29,1%	ONS, 2010
Pourcentage des moins de 15 ans (%)	43,7%	ONS, 2010
Pourcentage des 65 ans et plus (%)	5,3%	ONS, 2010
Espérance de vie à la naissance – Total	57,5 ans	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
- Espérance de vie à la naissance (Hommes)	57 ans	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
- Espérance de vie à la naissance (Femmes)	58 ans	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
Indice synthétique de fécondité	4,6	ONS, 2010
Taux de croissance démographique annuelle (%)	2,4%	ONS, 2010
Pourcentage de la population urbaine	60%	ONS, 2010
Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	4,3%	ONS, 2010
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	1,3%	ONS, 2010
Produit intérieur brut (PIB) par habitant (en US\$)	2100 Dollars	Estimation FMI 2010
Produit national brut (PNB) par habitant (en US\$)	1032 Dollars	MAED, 2010
Taux de croissance annuel du PIB (%)	5	Estimation FMI 2010
Taux d'alphabétisation l'adulte	61,5%	??
Taux net de scolarisation primaire	102%	MEF, 2010
Pourcentage de la population vivant en dessous	42%	EPCV 2008

du seuil de pauvreté		
Accès à l'eau potable	49%	Joint Monitoring Program 2010
Accès à l'assainissement	26%	Joint Monitoring Program 2010
Indice de Développement Humain	0.433	PNUD Rapport 2010

Sources: Rapports statistiques, EPCV, MICS, CSLP III, Rapport PNUD 2010

1.1.2. Situation géographique et démographique

Située entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude ouest, la Mauritanie est désertique à 80%, et les terres arables ne dépassent pas 0.2% de la superficie totale. Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux ; à l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, le reste du pays est constitué en grande partie d'alignements dunaires. Par ailleurs, la Mauritanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal.

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

Les projections établies en 2010 par l'Office National de la Statistique (ONS) font ressortir que la population mauritanienne s'élève à 3 340 627 personnes avec un taux de croissance de 2,4% et une densité de 3,2 habitants/km² avec des disparités selon les régions. Sur cette population, plus de 61% ont moins de 25 ans et le groupe mère-enfant représente 66%. Cette situation génère une pression énorme sur les services sociaux en général, et sur le système de soins en particulier tout en renforçant l'importance accordée aux problèmes spécifiques à ces groupes.

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

1.1.3. Situation politique, administrative, juridique et de gouvernance

Au cours des 50 années d'indépendance, la Mauritanie a connu successivement trois constitutions : en 1962, en 1991 et en 2006 ; les deux dernières ayant concrétisé le multipartisme dans le pays. Dès le début de la première décennie du 21^{ème} siècle, le pays a été marqué par une forte instabilité politique. Cette période a connu des tentatives de coups d'Etat et deux transitions. Le retour à l'ordre constitutionnel à l'issue des élections présidentielles de juillet 2009 a permis, entre autres et dans un contexte international particulièrement difficile, de renouer avec la stabilité et la reprise de la coopération avec les partenaires techniques et financiers du pays.

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

par le Gouvernement, en avril 2010, de la «Déclaration de Politique de Décentralisation et de Développement Local» réaffirme la volonté politique des pouvoirs publics de faire de la décentralisation un choix irréversible. Il faut signaler l'implication de plus en plus forte des communes dans le processus de développement, à travers leur participation au choix des investissements réalisés sur leurs territoires, le renforcement de leurs rôles dans le suivi de la mise en œuvre de ces investissements en tant que maîtres d'ouvrages ou bénéficiaires. Cependant, cette décentralisation se confronte à un certain nombre de contraintes et d'obstacles dont les plus importants sont : (i) la faible capacité des communes, (ii) le faible intérêt des populations dans la gestion communautaire, (iii) l'insuffisance de l'arsenal juridique et (iv) la « résistance » de l'administration territoriale pour de telles réformes.

Par ailleurs, le pays demeure encore confronté à un certain nombre de défis majeurs en termes de gouvernance dans toutes ses dimensions et ceci malgré les multiples actions engagées et les résultats sensibles enregistrés. Ainsi, sur le plan institutionnel, l'organisation administrative est encore marquée par une faible déconcentration, une efficacité et une qualité de service limitées et une gestion non optimale des ressources humaines. Relativement à la **gouvernance économique**, des améliorations notables y trouvent leur place en matière de programmation des ressources publiques, d'exécution budgétaire, de contrôle des dépenses, de lutte contre la corruption et d'évaluation des politiques publiques. Dans ce domaine, et tels que le mesurent les principaux indicateurs internationaux, la Mauritanie appartient au groupe des pays dont le niveau est faible. Cette insuffisance de la gouvernance nationale a pour conséquences un choix inapproprié des compétences pour les postes de responsabilité, un manque d'efficacité dans la gestion du secteur, une faible transparence dans les choix et décisions, une décentralisation insuffisante des services de santé, et par conséquent, un leadership du Ministère qui a d'énormes difficultés à s'affirmer tant auprès des acteurs nationaux que face aux Partenaires internationaux.

En ce qui concerne la **gouvernance judiciaire**, les difficultés ont trait à l'insuffisante codification du droit positif, à la complexité des procédures, aux lourdeurs administratives, à la faiblesse des ressources humaines et des infrastructures, à la faible revalorisation du statut et des compétences des magistrats et au caractère limité de la protection juridique et matérielle de leur indépendance ; la faiblesse du cadre juridique national se répercute, au niveau du secteur, sur sa capacité à développer une base juridique solide à son action en général, et plus particulièrement aux réformes planifiées ou déjà en phase de mise en œuvre ; l'exemple du sous-secteur pharmaceutique en est un exemple parlant avec des textes insuffisants et non appliqués.

En outre, dans le domaine de l'**environnement** et du développement durable, la dégradation continue de l'environnement sous l'effet des pressions liées aux changements climatiques, au développement socio-économique et à la croissance démographique constitue une des priorités en matière de développement durable ; le défi principal en matière de gouvernance réside dans la non prise en compte de l'environnement, comme capital naturel, dans les politiques sectorielles. Le secteur sanitaire est doublement concerné : en tant que secteur concerné par la préservation de l'environnement (par la gestion des déchets biomédicaux) et en tant que secteur recevant les effets secondaires d'une non prise en compte de la préservation de l'environnement à travers l'émergence de plus en plus importante de maladies non transmissibles (exemple : affections pulmonaires chroniques, maladies professionnelles, etc...)

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

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

1.1.4. Situation socio-économique

A l'exception des mines, des ressources halieutiques et récemment de réserves pétrolières limitées, le pays est relativement peu doté en ressources naturelles directement exploitables. Au cours des cinq dernières décennies, la structure de l'économie, a connu de profondes transformations.

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

Sur la base des résultats de l'EPCV 2008, l'incidence de la pauvreté dans le pays est de 42 %. Cette proportion, bien que plus faible qu'en 2004 (46,7 %), reste encore loin de l'objectif (25%) fixé à l'horizon 2015. Cette pauvreté demeure essentiellement un phénomène rural ; en 2008, le milieu rural contribuait à hauteur de 77,7% (*soit 2,9 points de plus qu'en 2004*) à la pauvreté nationale et près de 60% des ruraux vivaient en dessous du seuil de pauvreté, alors que ce taux n'était que de 20,8 % pour les urbains. D'ailleurs, les indépendants agricoles demeurent parmi les groupes socio-économiques considérés les plus touchés par la pauvreté avec une incidence voisine de 70 %. En liaison étroite avec la pauvreté, et toujours selon les données de l'EPCV 2008, le taux de chômage est passé à 31,2% en 2008.

En outre, et toujours en lien avec la pauvreté, la problématique de la sécurité alimentaire en Mauritanie est fondamentale. Elle résulte de deux contraintes principales à savoir l'insuffisance de la production alimentaire notamment céréalière et le faible niveau d'accessibilité financière des produits.

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

En ce qui concerne l'alphabétisation, son taux est passé de 57% en 2004 à 61,5% en 2008. Cependant, en la matière, des disparités importantes persistent entre les hommes et les femmes (70,3% et 54,4%, respectivement) et entre les milieux de résidence (73,3% en milieu urbain contre 50,3% en milieu rural).

Les enquêtes nationales (EDSM 2000, EPCV 2008) montrent la corrélation forte entre, d'une part, le niveau de scolarisation de la mère, et d'autre part, la prévalence des principales causes de mortalité infantile et des niveaux de couverture de certaines interventions essentielles de santé ; ainsi, le nombre d'épisodes de diarrhées, de fièvres et de difficultés respiratoires, et la prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans sont plus élevées chez les enfants dont les mères sont analphabètes ou de bas niveau de scolarisation ; dans le même sens, la proportion de femmes ayant effectué trois consultations prénatales ou bénéficié d'accouchement assisté ou dont les enfants ont été complètement vaccinés est plus élevée chez les femmes ayant atteint le niveau secondaire ou universitaire.

1.2. Justification du PNDS 2012-2020

Face à une situation sanitaire inquiétante, et malgré l'adoption en 2005 d'une politique de santé (PNS 2006-2015) axée autour des OMD pour une amélioration durable de la santé des populations, les différentes évaluations du secteur s'accordent sur la faiblesse de la réponse sectorielle avec une insuffisance de l'accès, de l'utilisation et de la qualité des services essentiels de santé.

Cependant, des opportunités s'offrent pour le développement d'une action sectorielle plus efficace, mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays et centrée autour des interventions à haut impact - scientifiquement prouvé - sur la santé maternelle et infantile, sur les principales endémo-épidémies y compris la malnutrition, le paludisme, le VIH-sida et la tuberculose. Trois opportunités retiennent plus particulièrement l'attention :

- L'engagement politique de haut niveau en faveur du secteur qui constitue l'une des principales priorités du programme du Président de la République, particulièrement orienté vers la lutte contre la pauvreté ;
- L'élaboration de la 3^e génération du CSLP comme orientation stratégique intégrée du Gouvernement, résolument orientée vers une augmentation de la croissance économique et un développement durable des secteurs sociaux ;
- L'adhésion du pays, en mai 2010, à l'initiative IHP+ concrétisant son engagement en faveur de l'esprit et des principes de la Déclaration de Paris - avec (i) leadership et appropriation nationale, (ii) harmonisation de l'aide publique au développement et (iii) responsabilité mutuelle ; pour bénéficier de cet élan international, le pays devra disposer d'une stratégie sectorielle à moyen terme, de son cadrage financier et d'un système consensuel de suivi et d'évaluation.

Tenant compte de cette situation sanitaire, de la mise en œuvre très partielle de la PNS, des opportunités nationales et internationales, il devient essentiel, et même urgent, de disposer d'une orientation stratégique claire, pertinente et consensuelle couvrant la période 2012-2020, et en harmonie avec les priorités définies par le CSLP III.

Ce PNDS est indispensable dans un environnement tel que celui de la Mauritanie marqué par :

- La multitude des priorités de santé face à une transition, ou plutôt un cumul épidémiologique avec une accentuation des maladies non transmissibles, apanage du « développement », dans un profil épidémiologique dominé par les maladies infectieuses transmissibles, les pathologies périnatales et nutritionnelles ;
- Une tension sur les ressources secondaire à une insuffisance des ressources allouées au secteur, qui avoisineraient les 16 dollars par tête d'habitant et par an, et qui restent largement inférieurs au niveau internationalement recommandé pour l'atteinte des OMD⁵ ; ce qui oblige à un choix judicieux des actions à mener en priorité ;

En effet, le PNDS servira :

- à mettre en exergue les problèmes prioritaires de santé sur la base des critères d'ampleur, de gravité, de faisabilité et d'efficacité de leurs solutions ;
- d'outil de plaidoyer pour une mobilisation additionnelle des ressources afin d'atteindre et/ou de tendre vers les OMD ; dans ce cadre, il constitue l'un des préalables indispensables à la signature d'un Compact national garantissant à la fois une augmentation et une meilleure prévisibilité des ressources du secteur ;
- d'instrument de base pour une meilleure allocation des ressources dans le secteur avec prise en compte des questions transversales d'équité et de genre.

⁵ 35 à 40 dollars par tête d'habitant et par an à investir depuis 2001 pour l'atteinte des OMD en 2015 (Macroéconomie et santé OMS/BM)

Chapitre 2 : Profil sanitaire

Le profil sanitaire sera abordé sous deux aspects :

- le profil épidémiologique mettant en exergue l'état de santé des populations et dégageant les principales pathologies et problèmes de santé caractérisant la morbidité et la mortalité des populations mauritaniennes ;
- et le profil du système de santé décrivant son organisation, analysant ses composantes et ses goulots d'étranglement, et rappelant les principales conclusions de la revue des dépenses publiques de santé (RDPS) menée en 2011.

2.1. Profil épidémiologique

Tableau 2: Principaux indicateurs épidémiologiques

Indicateur	Niveau de l'Indicateur	Source
Taux de mortalité infantile	77 p 1000	MICS 2007
Taux de mortalité infanto-juvénile	122 p 1000	MICS 2007
Taux de mortalité néo-natale	43 p 1000	EMIP 2004
Ratio de mortalité maternelle	550 p 100.000	MICS 2007 revu à la lumière des projections internationales (OMS, UNFPA)
Indice synthétique de fécondité	4,6	MICS 2007
Prévalence du VIH dans la population générale	0,7%	Estimation Spectrum INRSP/ONUSIDA
Nombre de nouvelles infections au VIH par an	3.010	Rapport UNGASS 2010
Mortalité spécifique liée au VIH	24 p 100.000	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
Prévalence des IST chez les 15-49 ans	9%	Bulletin société de pathologie exotique, dec 2010
Proportion de population générale exposée au paludisme	100%	Estimation PNLN, Septembre 2011
Nombre d'épisodes de paludisme par personne et par an	0,36%	Estimation PNLN, Septembre 2011
Mortalité spécifique liée au paludisme	0,1%	Rapport PNLN 2009
Prévalence de la tuberculose	234,5 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Incidence de la TB	149 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Incidence de la TB avec VIH+	5,3%	Etude INRSP 2003
Mortalité spécifique liée à la TB	635 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011

Prévalence de diarrhée chez les enfants moins de 5 ans	22%	MICS 2007
Prévalence des IRA chez les enfants de 6 à 11 mois	6,5%	MICS 2007
Prévalence de l'HTA	22,4%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du diabète	6%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du tabagisme	17,2%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée chez les enfants de 6-59 mois	20,7%	Enquête Nutritionnelle SMART Juillet 2011
Prévalence de l'insuffisance pondérale sévère chez les enfants de 6-59 mois	3,8%	Enquête Nutritionnelle SMART Juillet 2011
Prévalence de la malnutrition chronique modérée chez les enfants de 6-59 mois	11,3%	Enquête Nutritionnelle SMART Juillet 2011
Prévalence de la malnutrition chronique sévère chez les enfants de 6-59 mois	4,5%	Enquête Nutritionnelle SMART Juillet 2011
Prévalence de la malnutrition aiguë modérée chez les enfants de 6-59 mois	10%	Enquête Nutritionnelle SMART Juillet 2011
Prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6-59 mois	1%	Enquête Nutritionnelle SMART Juillet 2011
Prévalence de l'anémie globale chez les enfants de 6 à 59 mois	84,7%	Enquête nutritionnelle rapide Avril 2008
Prévalence des caries dentaires chez les enfants en âge scolaire	71%	Enquête chez les enfants scolarisés de 12 Ans à NKT et Aioun, 2001
Prévalence de la schistosomiase intestinale chez les enfants en âge scolaire	Variant de + de 50% au Trarza à moins de 30% au Hodh	Enquête OMVS 2009 - Enquête épidémiologique CNH 2003
Prévalence de la schistosomiase urinaire chez les enfants en âge scolaire	70%	Enquête 2003 CNH
Prévalence de l'hépatite B	10% à 24%	Bulletin du CNH, N° 04, Novembre 2004
Prévalence du trachome	18%	Enquête PNLC 2004-2005
Nombre de décès annuels secondaires aux AVP	221 décès	Rapport 2009 sur les AVP
Nombre de blessés annuels secondaires aux AVP	3.094 blessés	Rapport 2009 sur les AVP

Les enquêtes socio sanitaires nationales⁶ ont permis de mieux définir le profil sanitaire et de dégager les principaux problèmes de santé. Ce profil est dominé par les pathologies suivantes :

⁶ EDMS (2001), VIH chez les femmes enceintes (2001), Enquête nationale de santé mentale (2003), EMIP (2004)

- les **maladies transmissibles** au premier rang desquelles il faut citer le **paludisme, la tuberculose et les IST/VIH/SIDA** ; chez l'enfant, ces pathologies sont largement dominées par les diarrhées, les infections respiratoires aiguës et le paludisme ; ce groupe concerne aussi (i) les **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, (ii) les **maladies à éradiquer, éliminer ou à contrôler** concernant essentiellement le Ver de guinée et le tétanos néonatal, (iii) les maladies transmissibles négligées au premier rang desquelles les schistosomiasis, la rage et le trachome, (IV) les maladies émergentes et réémergentes comme les fièvres hémorragiques virales qui ont un caractère épidémique et mortel.
- les **déséquilibres nutritionnels** en particulier chez le couple mère enfant, avec une prévalence élevée d'insuffisance pondérale, de malnutrition, d'anémie et de carences en micronutriments ; l'insuffisance pondérale touche un enfant sur cinq (de 6 à 59 mois) alors que l'anémie est retrouvée chez 85% de ces enfants⁷.
- les **pathologies liées à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum** avec ses conséquences sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- les **maladies non transmissibles** liées aux facteurs environnementaux et/ou aux changements comportementaux des individus et des collectivités ; ce groupe est particulièrement dominé par les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies mentales, le diabète, les effets sanitaires de la consommation de tabac et de substances psycho actives, la pathologie bucco-dentaires, ainsi que la recrudescence de pathologies broncho-pulmonaires liées à la pollution atmosphérique, de maladies professionnelles et d'accidents de la voie publique. Dans ce cadre, il faut noter l'importance de l'handicap physique qui représente en Afrique au sud du Sahara⁸ plus de 7% ; il s'agit essentiellement de séquelles de problèmes de santé mal pris en charge tels que la poliomyélite flasque aiguë, les AVP, les problèmes oculaires (trachome et cataracte), la lèpre, ...

Le détail de la situation de ces différentes pathologies est suffisamment développé dans le rapport d'analyse de situation (cf. Rapport d'analyse de situation, MS 2011). Il faut tout particulièrement retenir :

- une mortalité maternelle (550 p 100.000 nv) et néonatale (43 p 1000) élevée supérieure à la moyenne de l'Afrique sub-saharienne ; les principales causes de mortalité maternelle sont, par ordre d'importance, les hémorragies, les éclampsies, les obstructions du travail et les avortements ;
- une mortalité infantile (77 p 1000) et infanto-juvénile (122 p 1000) encore élevée malgré une meilleure situation par rapport à cette moyenne de l'Afrique sub-

⁷ Enquête nutritionnelle SMART juillet 2011

⁸ Données OMS ; il n'y a pas de données nationales fiables

saharienne ; les principales causes de mortalité infanto-juvénile seraient, par ordre d'importance, les IRA, les diarrhées et le paludisme ;

- une morbidité élevée cumulant les pathologies transmissibles et nutritionnelles, celles « émergentes » à type de maladies non transmissibles et celles liées à un manque de suivi de la grossesse et de l'accouchement, expliquant ces niveaux élevés de mortalité ;
- une proportion non négligeable de la population n'ayant pas accès aux services de santé, avec des moyennes nationales qui cachent d'importantes disparités entre les régions, entre les groupes socio-économiques et entre les tranches d'âge.

2.2. Profil du système de santé

2.2.1. Organisation du système de santé

➤ Le Système public de santé

L'organisation du système de santé public est régie par le décret n° 90/2011/ PM en date du 26 mai 2011, fixant les attributions du Ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale de son Département.

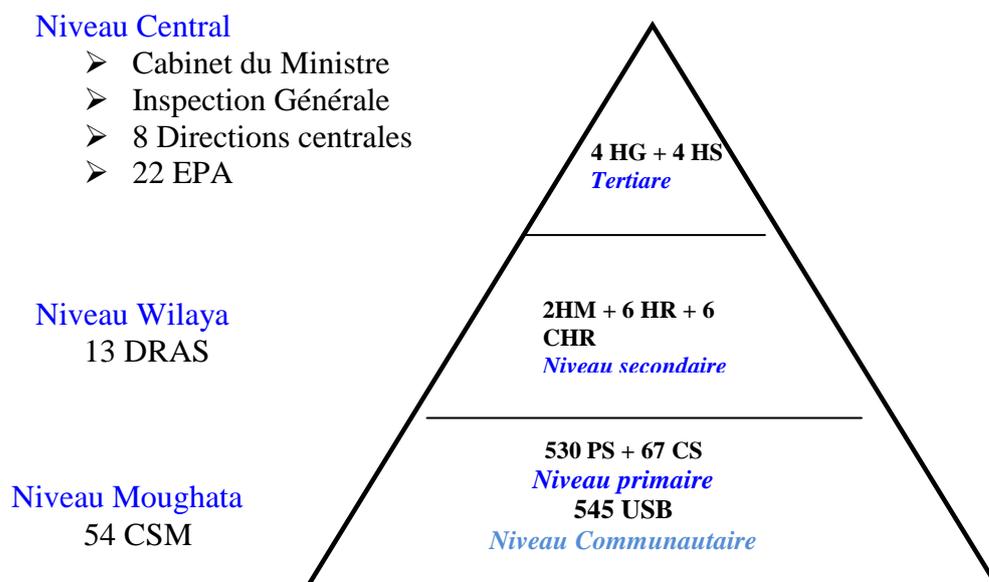
Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal, avec trois niveaux de prestations ; il comprend un système public de soins composé par :

- Le niveau **opérationnel** ou périphérique (Moughataa) où il existe deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé respectivement au nombre de 530 et 67 ; en appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) furent installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10 km) ; depuis la moitié des années 90, la plupart de ces USB ont été fermées, essentiellement par manque d'ASC ou d'accoucheuse.
- Le niveau **intermédiaire** comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de Moughataa: (i) les hôpitaux de Moughataa, limités encore en nombre⁹, et appelés à couvrir les Moughataas les plus peuplées ou enclavées, (ii) les hôpitaux régionaux au nombre de six (Aleg, Tidjikja, Atar, Sélibaby, Zouerate et Akjoujt) et (iii) les centres hospitaliers régionaux, érigés en établissements publics à caractère administratif, au nombre de six (Néma, Aïoun, Kiffa, Kaédi, Rosso et Nouadhibou).
- Le niveau **tertiaire** essentiellement concentré à Nouakchott¹⁰ comprend quatre types d'établissements publics de référence avec 22 EPA.

⁹ Il n'existe encore que deux hôpitaux de Moughataa à Boutilimit et à Chinghitty

¹⁰ Seule l'Ecole de Santé Publique de Kiffa n'est pas à Nouakchott

Graphique 1 : Pyramide de santé



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

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

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

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

➤ Les autres facettes du système de santé

○ Structures privées de santé

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

Ce secteur très convoité reste dépendant du secteur public et son développement, non maîtrisé, ne se fait pas en complémentarité et en synergie avec le système public de soins¹¹.

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

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

- **Structures communautaires**

Actuellement, les USB ne fonctionnent que lorsqu'elles sont soutenues par des partenaires de proximité avec des niveaux/formations différenciés parfois non homologués par le ministère de la santé. Face à l'impérieuse nécessité d'assurer l'accès universel aux soins de santé, la demande des populations devient de plus en plus insistante et pousse souvent à des choix inappropriés de création de structures de santé (PS ou CS).

Depuis mai 2000, 56 agents de santé communautaire ont été formés, ce qui porte actuellement le nombre d'USB à 145 sur tout le territoire national¹².

- **Médecine traditionnelle**

Bien qu'il n'existe aucune législation reconnaissant la médecine traditionnelle, cette pratique reste tolérée ; le nombre important de tradipraticiens – utilisés parfois comme relais communautaires – et le recours d'une bonne partie de la population à ces acteurs et aux plantes médicinales fait de cette pratique un levier additionnel qui pourrait servir l'amélioration de la couverture sanitaire. Jusqu'à présent, la Mauritanie ne dispose d'aucune législation, ni réglementation régissant la pratique de la médecine traditionnelle, ni de processus d'attribution d'autorisation pour cette pratique, encore moins de procédure d'approbation officielle des remèdes traditionnels. Les tradi-praticiens ne sont toujours pas suffisamment impliqués dans le système national de soins ni dans les différents programmes de santé, en particulier ceux visant la prévention et les soins communautaires.

Dans le document de Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) de la Mauritanie, seul un paragraphe cite la pharmacopée dans les stratégies d'intervention en prévoyant de promouvoir et de développer la production de médicaments traditionnels améliorés en vue d'encourager leur introduction dans le système de soins.

¹¹ Politique Nationale de Santé 2006-2015

¹² Rapport 2008 Analyse situationnelle des USB en Mauritanie

2.2.2. Analyse des principales composantes du système de santé

Tableau 3: Indicateurs liés à la disponibilité et à l'accessibilité aux ressources pour la santé

Indicateurs	Situation actuelle	Source
Nombre de médecins pour 10000 habitants	1,6	DRH
Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants	1.2	DRH
Nombre d'infirmières par 10000 habitants	6	DRH
Nombre de pharmaciens pour 10000 habitants	0.3	DRH
Nombre de dentistes pour 10000 habitants	0.3	DRH
Nombre de personnel administratifs et de soutien pour 1000 habitants	3.7	DRH
Nombre de Lits d'Hôpital pour 1000 habitants	< 1 lit/ 1000 hab (0,59)	DMH
Part des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB (%)	2,8%	RDPS (moyenne 2005-2010)
Part du budget alloué à la santé en pourcentage du budget global (%)	4%	RDPS (moyenne 2005-2010)
Pourcentage des dépenses nationales de santé consacrées aux structures Hospitalières (%)	41	RDPS (moyenne 2005-2010)
Pourcentage des dépenses nationales de santé consacrées aux PS et CS (%)	17	RDPS (moyenne 2005-2010)
Pourcentage des dépenses publiques récurrentes allant à l'achat des médicaments (%)	10	RDPS (moyenne 2005-2010)
Part des financements extérieurs en pourcentage des dépenses publiques de santé (%)	17,3	RDPS (moyenne 2005-2010)
Total des dépenses publiques de santé par habitant (US \$)	13	RDPS (moyenne 2005-2010)

L'analyse du système de santé passe par l'analyse des principaux domaines, retenus dans la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique. Cette analyse a permis – dans le rapport d'analyse de situation – de les passer en revue tout en ressortant les principales insuffisances qui entravent la couverture universelle en services essentiels de santé, en particulier pour les interventions à haut impact. Ci-dessous, une synthèse des principales conclusions de l'analyse des goulots d'étranglement du système, celles de la revue des dépenses publiques de santé et des

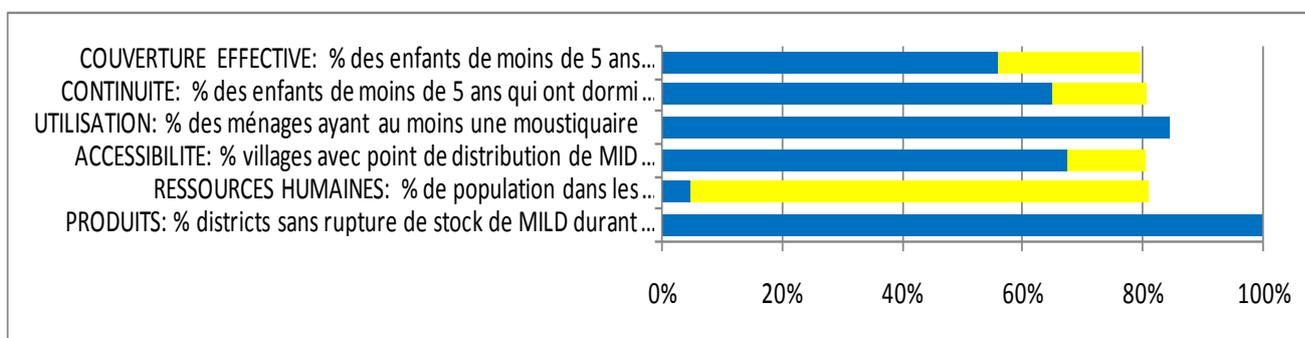
forces, faiblesses, opportunités et contraintes permet de retenir les principaux problèmes qui seront à la base des stratégies à moyen et long terme du PNDS.

2.2.3. Principales conclusions de l'analyse des goulots d'étranglement

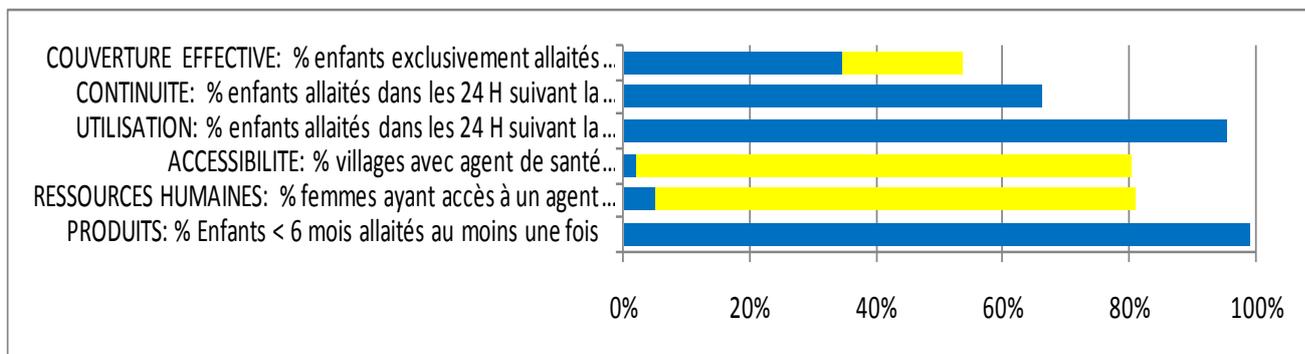
L'utilisation du MBB a permis une analyse plus ciblée sur les interventions internationalement retenues comme prioritaires car ayant un haut impact sur les OMD ; pour une analyse efficace, l'application MBB propose des regroupements sous forme de paquets d'interventions répartis en trois modes de services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

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

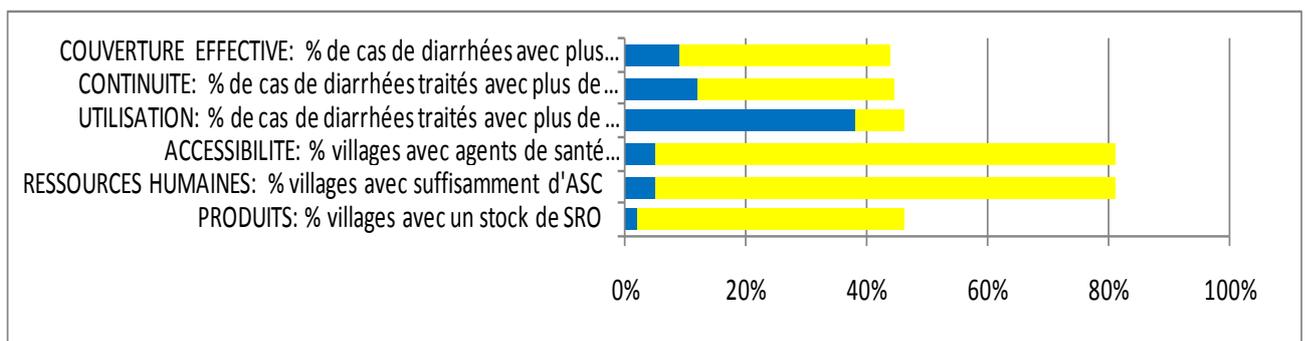
▪ **Graphique 2: Paquet prévention communautaire du paludisme, eau hygiène et assainissement**



▪ **Graphique 3 : Paquet alimentation du nourrisson et du jeune enfant**



▪ **Graphique 4 :Paquet PCIME communautaire**



▪ **Commentaire sur l'analyse des goulots au niveau familial et communautaire**

Pour être promus et utilisés de manière pérenne, ces services délivrés par et pour la communauté nécessitent souvent le développement d'une approche communautaire sous-tendue par la mise en œuvre d'une stratégie cohérente et pertinente de communication visant le changement de comportement des populations; en Mauritanie, l'analyse montre que ces deux axes ont été délaissés ces dernières années au profit d'actions plus "médicalisées", plus coûteuses et nécessitant une disponibilité permanente en RHS et en Médicaments essentiels de qualité.

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

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

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

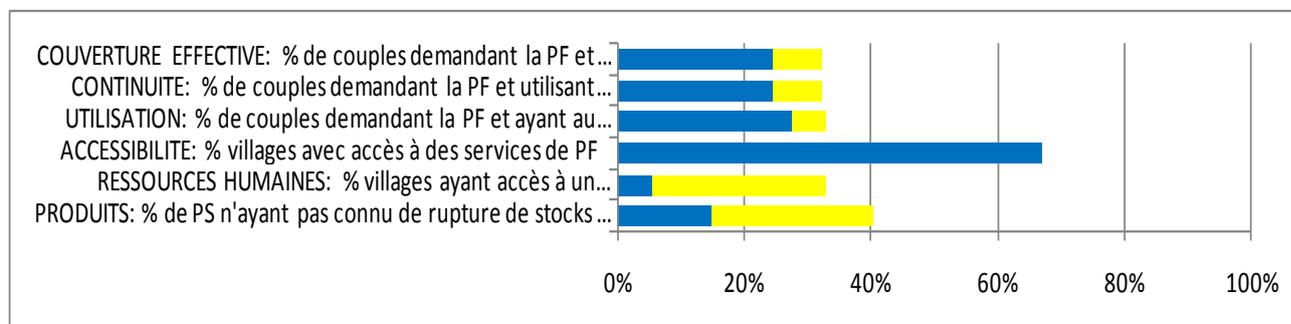
- La quasi-disparition des agents de santé communautaire (ASC) et des relais communautaires (RC) due (i) à l'absence de reconnaissance formelle et d'ancrage institutionnel, (ii) au manque d'accompagnement de ces relais par des institutions à base communautaire responsables pour la promotion des pratiques, (iii) à l'inexistence d'un système pérenne de motivation, et au-delà (iv) à l'absence d'une

politique ou stratégie nationale de santé communautaire et à l'insuffisance des financements alloués aux activités à base communautaire ; la question de motivation - matérielle plus particulièrement - de ces agents communautaires mérite d'être analysée de manière plus approfondie, car considérée comme le levier essentiel de pérennisation de cette approche ;

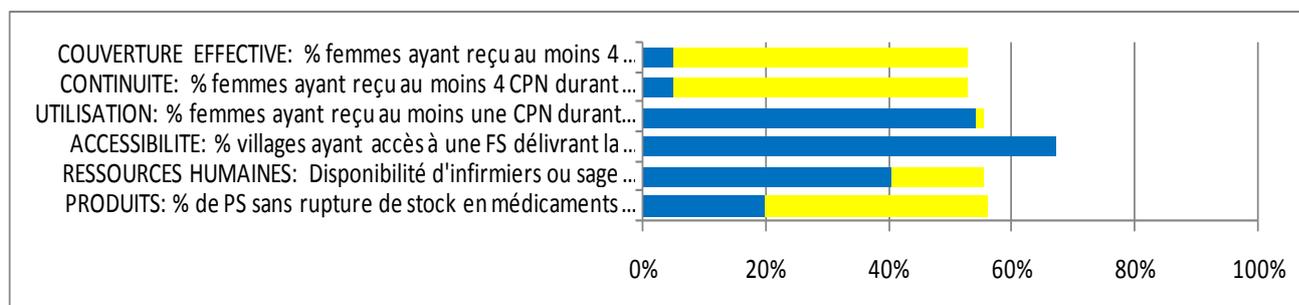
- L'inexistence de système d'approvisionnement et de distribution des intrants essentiels au niveau communautaire due aux mêmes causes citées ci-dessus relatives à l'absence d'orientation politique et au manque de moyens financiers ;
- Le ciblage restreint des bénéficiaires lors de sensibilisation et de distribution ; l'exemple des MILD limitées aux seules femmes enceintes n'a pas permis une utilisation large de cet intrant essentiel dans la lutte contre le paludisme, et du préservatif limité à des lieux parfois inaccessibles à certains groupes prioritaires ; ce qui diminue l'efficacité de certains stratégies basées essentiellement sur de tels consommables promotionnels.
- Dans le cas des MILD, il faut en plus noter l'insuffisance de commodité des types distribués récemment en Mauritanie dont la capacité et le mode d'utilisation n'ont pas pris en compte certaines considérations culturelles ; ce qui aurait pu être mieux négocié lors de l'établissement des commandes initiales.

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

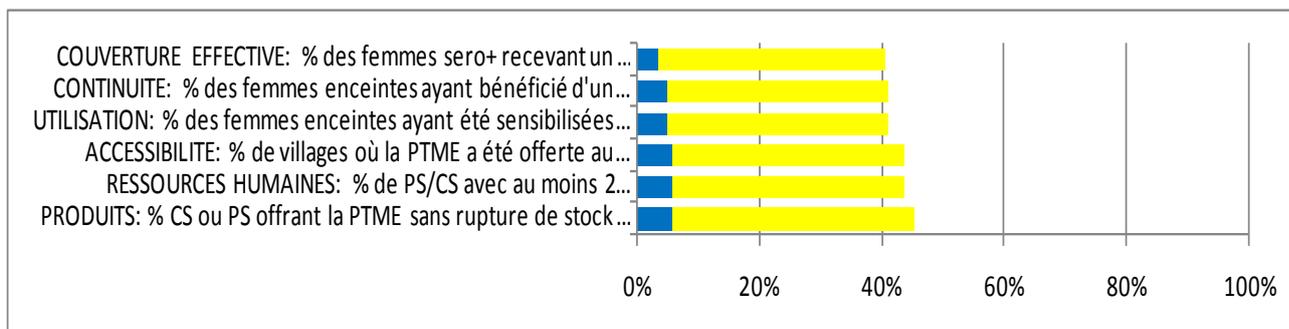
▪ **Graphique 5: Paquet espacement des naissances et utilisation des préservatifs**



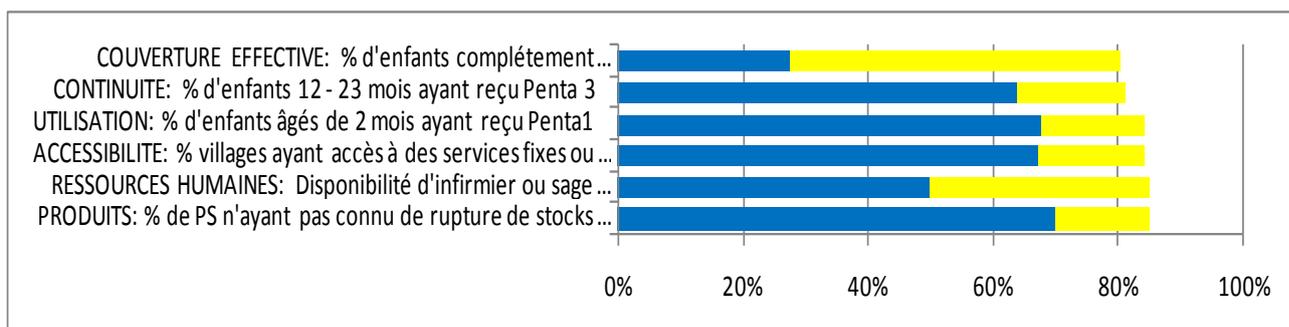
▪ **Graphique 6: Paquet de Suivi prénatal et de prévention des complications de grossesse**



▪ **Graphique 7:Paquet prévention du VIH et PTME**



▪ **Graphique 8 :Paquet de vaccination et prévention des maladies de l'enfant**



▪ **Commentaire sur l'analyse des goulots au niveau orienté vers les populations**

L'utilisation des services préventifs est fortement corrélée au niveau éducatif¹³; leur demande encore faible en Mauritanie est due essentiellement:

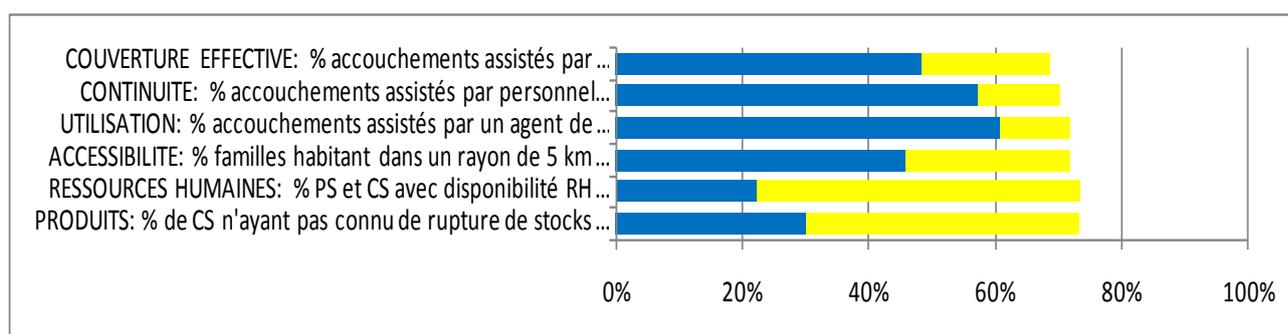
- Au niveau éducatif bas de la population en général, et des populations rurales en particulier; ces populations rurales sont en plus défavorisées par l'inaccessibilité géographique des services fixes et l'inexistence de services avancés ou mobiles portés au sein des communautés les plus éloignées;
- Aux croyances socioculturelles ne favorisant pas toujours l'utilisation de tels services (ex: contraception, accouchement, allaitement maternel exclusif ou encore l'utilisation de l'eau potable); la faiblesse des actions de communication - limitées essentiellement à des émissions radiotélévisées parfois hors de portée des populations vulnérables ou ne les intéressant pas - ne plaide pas pour une amélioration de cette situation et reflète l'absence d'une stratégie concertée de communication centrée autour des priorités du secteur ;
- Pour les interventions à passage multiples (ex: Consultation Prénatale (CPN), vaccination, ...), il a été noté l'importante déperdition entre le premier et le dernier passage qui serait due essentiellement à deux facteurs:
 - le retard du premier passage (ex: aux derniers mois de grossesse ou de la première année pour les enfants à vacciner) secondaire aux éléments développés ci-dessus et relatifs à la communication pour le changement social et de comportement,

¹³ Voir enquête MICS

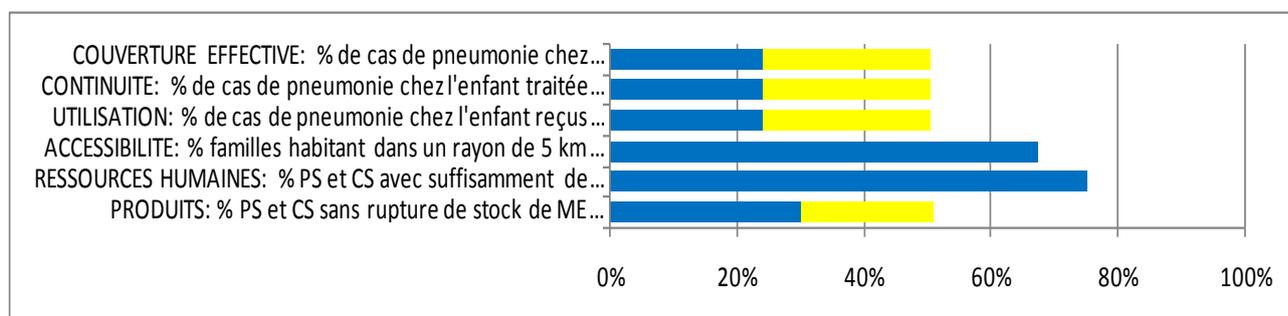
- L'insuffisance de communication – interpersonnelle en particulier – effectuée lors du premier passage; la pression de travail exercée sur les personnels chargés de ces prestations et le manque de suivi et de formation continue seraient en cause; cette insuffisance de communication expliquerait aussi la différence énorme entre la faible utilisation de la Prévention de la transmission Mère Enfant (PTME) (3,5%) et le niveau élevé de couverture en CPN (+de 60%), la CPN étant le support de la PTME et le passage à l'échelle de cette "nouvelle" intervention ne nécessiterait pas de gros investissements.

⇒ **Demande et utilisation des services délivrés par le premier niveau de soins cliniques individuels (au niveau des postes de santé)**

- **Graphique 9 : Paquet Prise en charge de l'accouchement et soins périnataux**



- **Graphique 10 : Paquet Prise en charge clinique des maladies de l'enfant et de l'adulte**



- **Commentaire sur l'analyse des goulots au premier niveau clinique**

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

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

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

- L'importance des considérations socioculturelles empêchant l'accouchement dans une structure de santé, en particulier en présence d'un personnel de santé de sexe masculin; comme déjà développé, cette contrainte persiste en l'absence (i) de stratégie et d'actions de communication pour le changement social et de

comportement ciblées et (ii) de stratégie d'adaptation de l'organisation des services aux besoins des populations.

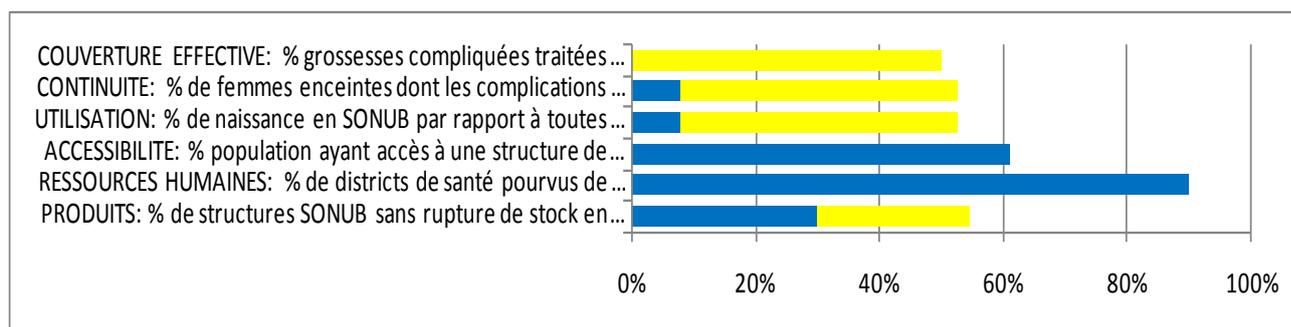
- Le coût du transport (parturiente et accompagnants) et les frais des soins d'accouchement ; les initiatives de forfait obstétrical restent limitées et ce paiement – qui n'est pas accessible financièrement à une frange de population – ne couvrent pas l'ensemble des frais et ne constitue donc pas une solution suffisante à l'utilisation de ces services.
 - Enfin, la diminution de la confiance des populations dans le système de soins vient aggraver cette situation ; ce manque de confiance est le fruit d'un ensemble de facteurs dont en particulier :
 - le mauvais accueil des parturientes et de leur entourage accompagnant,
 - l'absence de stratégies de communication visant un meilleur rapport personnel-malade et intégrant les volets d'utilisation des services
 - l'absence de programme d'assurance-qualité des services fournis..
- ⇒ **Faible prise en charge de qualité des enfants malades (24%)**

Avec comme principales causes retenues :

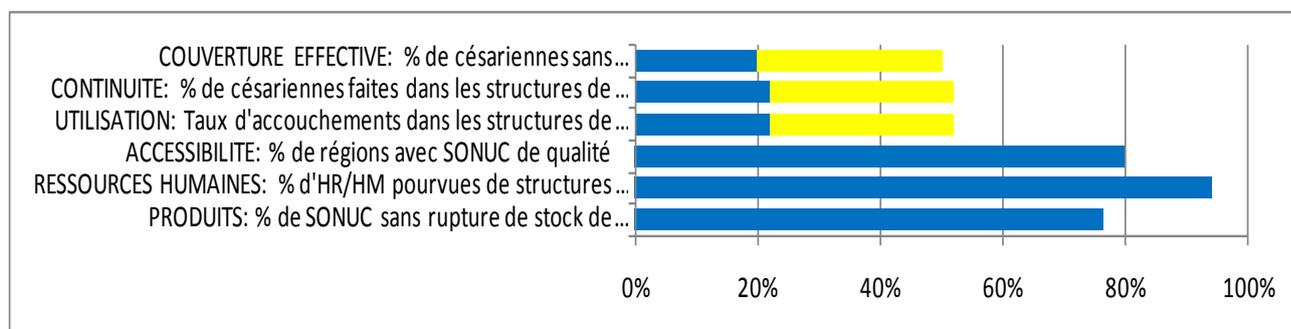
- Le retard dans la recherche de soins en cas de maladie de l'enfant ; seule une partie des enfants malades consultent un personnel de santé ; le niveau d'éducation bas de la plupart des mères et l'insuffisance de la communication autour de la maladie et de sa prise en charge en sont les deux principales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

⇒ **Demande et utilisation des services livrés par les niveaux de références pour soins cliniques individuels**

- **Graphique 11 : Paquet Prise en charge accouchement, soins périnataux et prise en charge des maladies au premier niveau de référence (au CS)**



- **Graphique 12 : Paquet Prise en charge accouchement, soins périnataux et prise en charge des maladies au deuxième niveau de référence (à l'HM, l'HR ou le CHR)**



- **Commentaire sur l'analyse des goulots au niveau clinique de référence**

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

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

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

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

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

Parallèlement, il faut noter le débordement dans certains services hospitaliers – en particulier les urgences et consultations externes – du en particulier à la sous-utilisation des structures primaires et secondaires elles-mêmes tributaires de :

- la faiblesse et l'inefficacité du système de référence-recours : inexistence d'une stratégie nationale de référence-recours, absence de normes et de directives claires en matière de référence -recours et manque de coordination entre les différents niveaux du système de soins ;
- la faiblesse et de la mauvaise qualité des services de garde au niveau des structures primaires et secondaires
- recours excessif aux spécialistes: insuffisance de confiance des populations dans les niveaux primaire et secondaire et absence d'une stratégie nationale cohérente de communication.

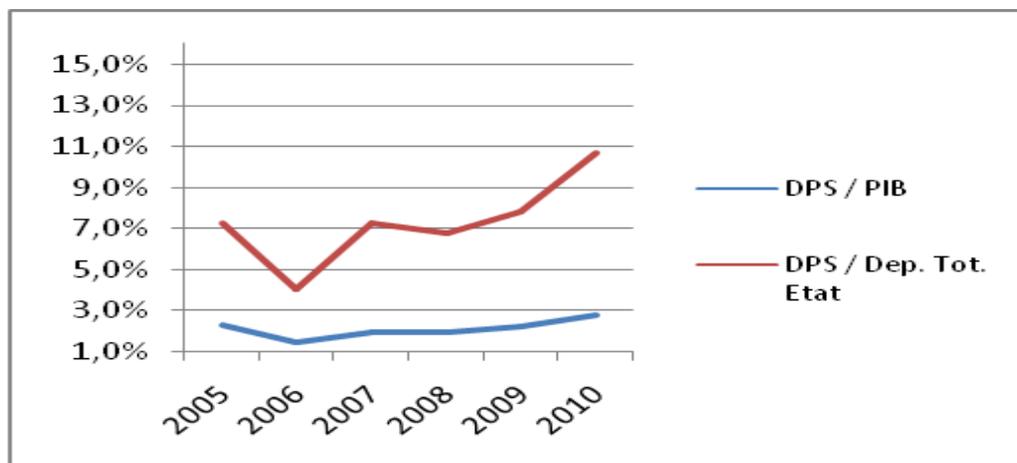
2.2.4. Principales conclusions de la Revue des dépenses publiques de santé

2.2.4.1. Evolution de la dépense globale de santé

Selon le rapport de la RDPS 2005-2010, « ...la DPS par habitant en MRO constante a évolué très positivement entre 2005 et 2010 en passant de 3709 à 6171, soit une variation annuelle moyenne de 10,7%. Ce résultat montre l'accroissement assez important des ressources dont bénéficie le secteur de la santé en Mauritanie par rapport aux autres secteurs de l'activité économique ».

« En termes relatifs, la DPS en tant que pourcentage du PIB et de la dépense totale de l'Etat a beaucoup évolué en raison de son importance aux yeux des citoyens car cette évolution positive montre à quel point la santé est une priorité pour la population ».

Graphique 13: Evolution de la DPS en tant que % du PIB et des dépenses totales de l'Etat, 2005-2010

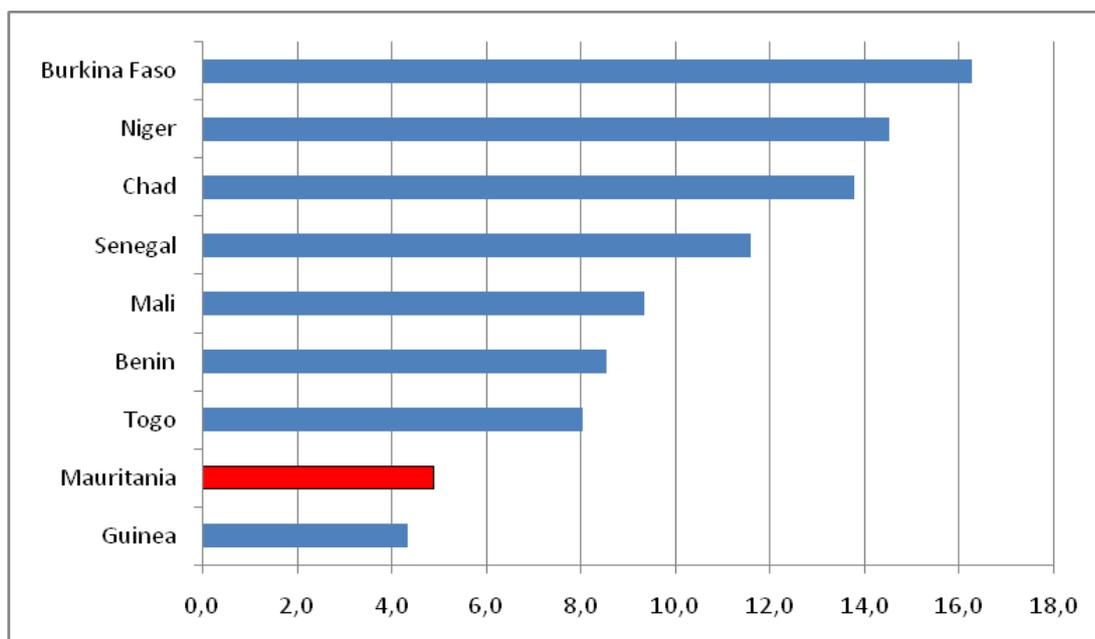


« Durant la période étudiée (2005-2010), le rapport de la DPS au PIB est passé de 2,3% à 2,8%. Il est à noter que ce pourcentage a connu une baisse importante en 2006 (1,4%), mais il a assez bien progressé après pour atteindre 2,2% en 2009, soit pratiquement son niveau de 2005, et même atteindre 2,8%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

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

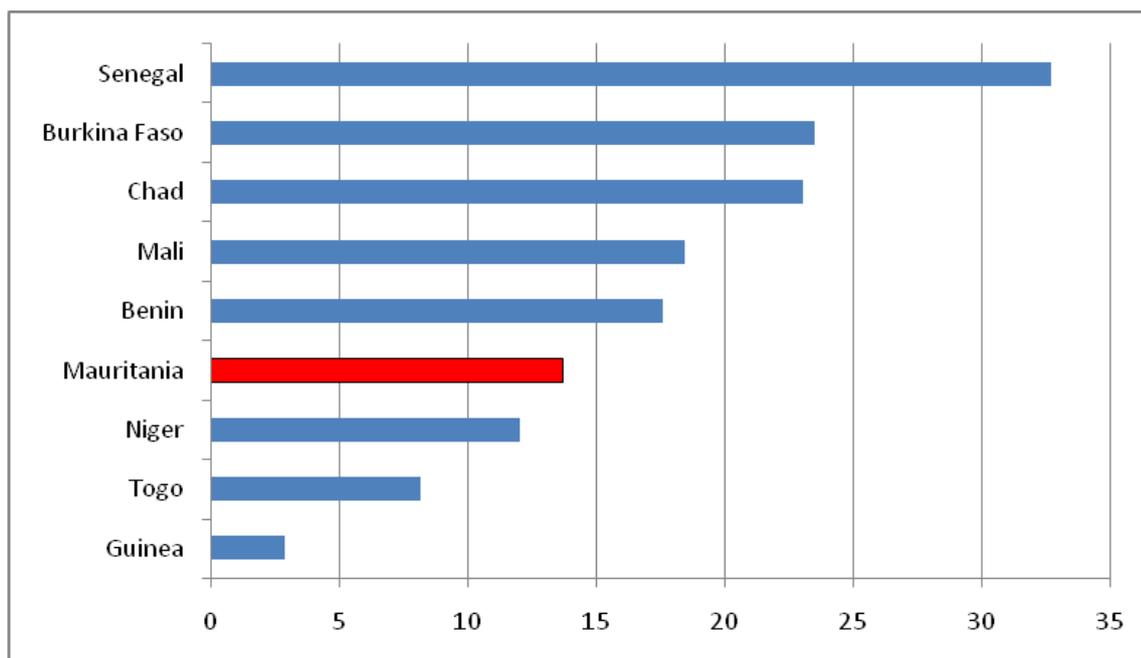
Il faut noter que ces pics de 2010 sont essentiellement dus à une grosse dépense de construction d'un centre hospitalier offert par une Coopération bilatérale, et l'évolution depuis 2008 intègre aussi les dépenses de la CNAM, qui sont en réalité des dépenses privées d'agents de l'Etat. Ce qui pourrait ramener à la baisse le niveau de la DPS et la part du budget santé dans le budget total de l'Etat à environ 4%.

Graphique 14 : Part en % de la santé dans les dépenses du Gouvernement, 2009



La comparaison avec la situation dans certains pays de la sous-région montre le « retard » dans la dépense publique de santé par rapport à nos voisins.

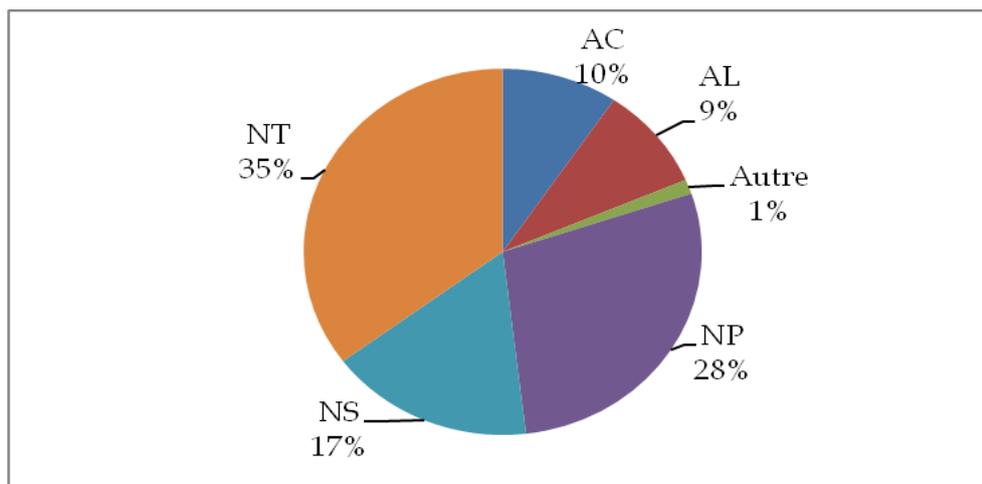
Graphique 15 : Dépenses du Gouvernement en Santé per capita en 2009, US\$



La comparaison de la dépense par habitant confirme ce retard.

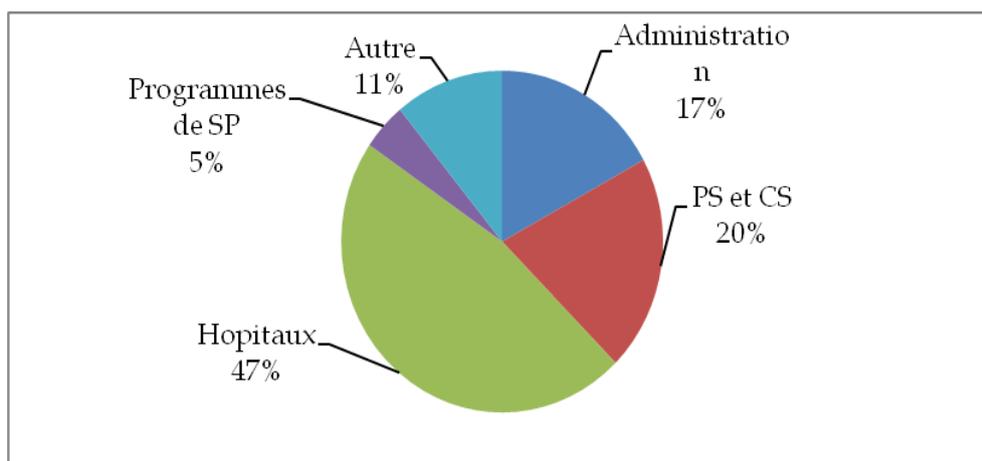
2.2.4.2. Efficience allocative de la DPS

Graphique 16 : Part moyenne de chaque niveau de prestation dans les dépenses du MS, 2005-2010



Durant la période 2005-2010, plus de 55% de la dépense a bénéficié aux niveaux tertiaire et administration au détriment des niveaux opérationnels (primaire et secondaire).

Graphique 17 : Composition moyenne des dépenses du MS par type de structure prestataire, 2005-2010



L'analyse par type de structures montre que les hôpitaux totalisent environ la moitié de la DPS (47%) contre seulement 20% pour les 600 postes de santé et les 64 centres de santé cumulés. Cette situation ira probablement en s'aggravant à cause des dernières créations d'hôpitaux nationaux et régionaux "lourds en dépenses" et dont l'impact sur les OMD est internationalement reconnu comme peu efficace; elle est, de toute évidence, à corriger pour une meilleure efficience allocative.

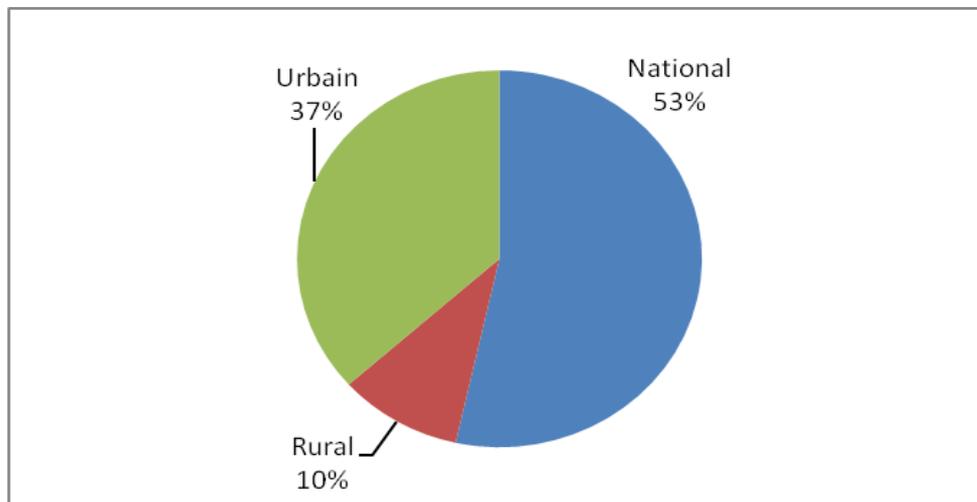
2.2.4.3. Equité dans la dépense publique de santé

▪ Selon le milieu

Durant cette période (2005-2010), la dépense bénéficiant directement au niveau urbain a été trois fois supérieure à celle du niveau rural, au moment où, démographiquement, ces

deux niveaux s'égalent quasiment; en excluant le niveau périurbain qui reste prioritaire et qui ne bénéficie pas pour autant de la grosse partie de la part urbaine, ce déséquilibre est contraire à une dépense de santé plus efficiente, et renforçant la vision politique nationale de lutte contre la pauvreté.

Graphique 18 : DPS par milieu de résidence, moyenne de la période 2005-2010



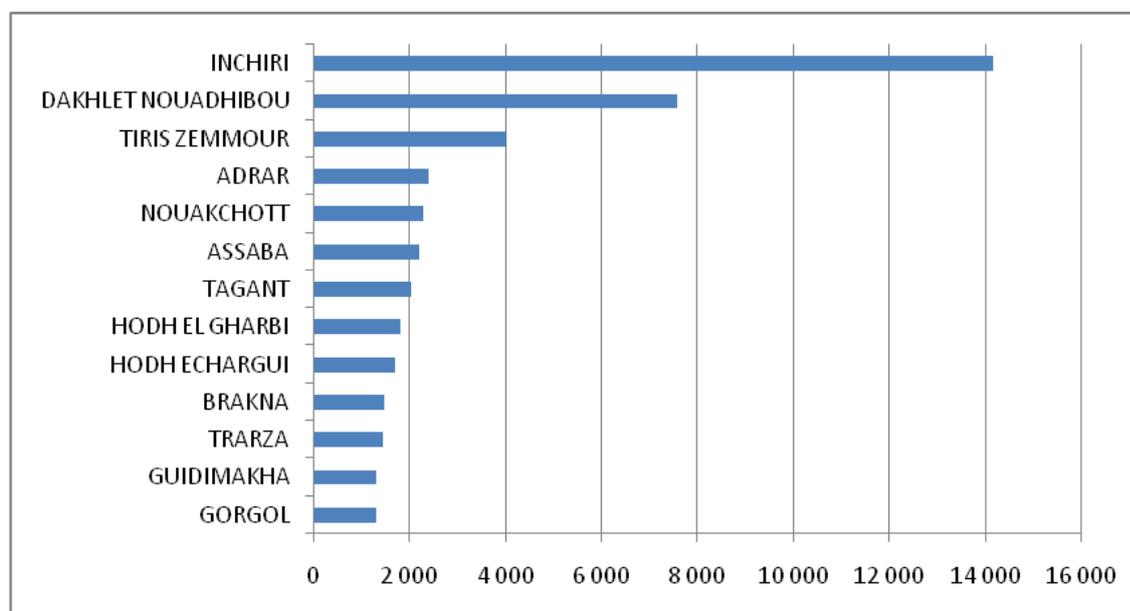
Sur la période, le ratio rural/urbain a évolué de 1/5 à 1/8, ce qui montre que le déséquilibre s'est aggravé en faveur du milieu urbain.

▪ Selon la région

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

Même si la densité de la population expliquerait cet état de fait, il pourrait difficilement expliquer l'écart entre le Hodh El Gharbi et Dakhlet Nouadhibou qui ont une densité proche au moment où la dépense est cinq fois supérieure à Dakhlet Nouadhibou.

Graphique 19 : DPS moyenne per capita et par région, 2005-2010, en UM courantes



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

A titre de conclusion, le rapport de la RDPS 2005-2010 indique, qu'en « dépit d'un effort d'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé, le Gouvernement mauritanien n'arrive pas à atteindre la moyenne des niveaux des dépenses en santé des pays voisins à revenu plus ou moins similaire. Ces maigres ressources mobilisées ne sont pas dépensées d'une manière optimale pour plusieurs raisons :

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

2.3. Forces, faiblesses, opportunités, menaces

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

Elles sont détaillées dans le rapport d'analyse de situation; cependant, les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités sont passées en revue ci-dessous.

2.3.1. Prestation des services

▪ Infrastructures, équipements et logistique

- ⇒ Le système de soins, organisé en pyramide sanitaire, est géographiquement accessible (plus 78%) de la population et offre un paquet minimum d'activités répondant aux principales priorités du profil épidémiologique.
- ⇒ Cependant, son développement souffre d'une absence de vision, de normalisation et de programmation efficace mettant en cause l'accès de la partie restante aux services essentiels de santé, partie vivant essentiellement au rural et pauvre et au sein duquel se recrute la plupart des cas de maladie et de décès enregistrés.

▪ Organisation des soins

- ⇒ L'organisation pyramidale des soins et l'existence de textes réglementaires organisant les différents niveaux constituent une base pour une offre efficace des soins.
- ⇒ Cependant, l'absence d'un schéma directeur d'organisation des soins et de normes et procédures pour l'organisation des soins y compris la référence et la contre-référence et les PMA par niveau, le manque d'harmonisation des protocoles thérapeutiques et la quasi-inexistence d'activités avancées et mobiles couvrant les populations au-delà du périmètre d'accès géographique handicapent fortement l'accès universel aux services essentiels - préventifs et curatifs - de santé.

▪ Opportunités et contraintes

- ⇒ Le développement des prestations de services pourrait tirer profit (i) de l'intérêt politique pour les nouvelles constructions et les nouvelles créations, (ii) de la révision récente du Code des marchés favorisant plus de transparence et plus d'implication de la société civile et autres secteurs indépendants et (iii) de l'existence de compétences nationales publiques et privées en matière de génie civil.
- ⇒ Par ailleurs, certaines contraintes méritent d'être prises en compte; il s'agit en particulier (i) des décisions politiques de création/construction ne respectant pas parfois la programmation sectorielle, (ii) de la mauvaise gouvernance plus globale, (iii) de l'insuffisance des compétences en passation des marchés et insuffisance d'efficacité dans l'application des procédures de passation des marchés, (iv) de la provenance multiple des équipements biomédicaux et l'insuffisance des capacités techniques biomédicales nationales, (v) de conflit de compétences entre le secteur de la santé et celui en charge de l'urbanisme pour la maîtrise d'ouvrage pour les constructions des infrastructures de santé.

2.3.2. Développement des ressources humaines

▪ Normes et standards

- ⇒ Les efforts menés – à la lumière du PSDRH élaboré en 2006 – ont permis de disposer des normes en personnel pour les premiers niveaux de la pyramide (sans le tertiaire) et l'adoption d'un statut particulier du personnel couvrant les principales catégories.
- ⇒ Cependant, les normes en personnels n'ont pas été véritablement consensuelles, ne couvrent pas tous les types de structures, ne sont pas régulièrement réactualisées, et manquent de réalisme à cause en partie de l'absence d'évaluation de base et de l'insuffisance d'implication de tous les acteurs ; par ailleurs, ces outils (normes, statut, ...) ne sont pas partagés par les gestionnaires de proximité, et sont donc mal appliqués sur le terrain.

▪ Production et acquisition

- ⇒ L'existence de deux écoles de formation d'infirmiers et de sages femmes constitue une base pour la production de ces catégories paramédicales; par ailleurs, le privilège accordé au secteur de la santé lui permet de bénéficier annuellement d'un lot de nouvelles fiches budgétaires et de bourses de formation pour certaines qualifications spécialisées.
- ⇒ Cependant, l'absence d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines, l'insuffisance quantitative et qualitative des capacités de formation, l'inexistence d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux et l'inexistence de structures privées de formation de cadres de la santé constituent autant de faiblesses qu'il faudra résoudre pour une acquisition pertinente et efficace des RHS.

▪ Utilisation des RHS (répartition, motivation)

- ⇒ Lors de sa mise en œuvre, le système des primes de zones et de technicité (PZT) a constitué une première en Afrique sub-saharienne; ce système a permis une certaine fixation de personnels dans les zones éloignées et enclavées.
- ⇒ Cependant, un certain nombre de facteurs et la non application rigoureuse des termes du système PZT n'ont pas permis une répartition efficace et équitable des RHS en fonction des besoins et des priorités stratégiques; ces principaux facteurs sont (i) l'absence d'une description claire des responsabilités et des tâches à tous les niveaux, (ii) le manque d'équité (absence de critères et fréquence des notes individuelle) dans l'affectation, le développement de la carrière (avancements arbitraires) et la formation continue, (iii) l'instabilité du personnel et la prise de décision d'affectation suite aux fortes pressions sociale et politique, (iv) la faiblesse de la rémunération (salaires et primes) et les mauvaises conditions de travail (insuffisance du plateau technique, surcharge de travail) et de vie (hébergement, communication, éducation des enfants, loisirs, ...), (iv) l'absence d'un système

efficace et équitable de suivi, de récompense et de sanction et (v) l'absentéisme fréquent du personnel – plus prononcé dans les zones reculées et pauvres.

▪ **Gestion des ressources humaines**

- ⇒ L'existence d'une direction centrale chargée du développement et de la gestion des RHS au niveau national et de services régionaux de gestion des RHS constituent autant de forces à côté d'une base de données sur les RHS.
- ⇒ Cependant, la multitude des intervenants dans la gestion des ressources humaines ne s'est pas accompagnée d'une coordination entre les départements impliqués dans la gestion des ressources humaines (Santé, Fonction publique, Finances, Intérieur) et entre les différents niveaux (central, régional, de Moughataa) ; dans le même cadre, l'insuffisance des capacités des structures de gestion en termes de prérogatives, de compétences, d'équipements et d'outils, et à tous les niveaux de la pyramide de santé, et l'insuffisance d'efficacité du système d'information et de gestion existant (non fiabilité de la base des données des ressources humaines par manque de mise à jour régulière et par manque d'exhaustivité ne renseignant pas sur toutes les données essentielles telles que celles relatives à l'historique et à la formation) constituent des insuffisances à prendre en compte pour une gestion efficace des RHS.

▪ **Opportunités et contraintes**

- ⇒ L'engagement politique de haut niveau en faveur du secteur et en faveur de plus de la gouvernance et de la transparence dans sa gestion, la priorité accordée au développement des ressources humaines dans le CSLP3 et l'existence de normes internationales recommandées et devenant de plus en plus réalistes et efficaces constituent les principales opportunités pour un développement efficace durable des RHS.
- ⇒ Cependant, certaines contraintes freinent le développement et la gestion efficaces des RHS; c'est ainsi que l'absence de lettre de mission claire (pour le ministre) et de contrats de performance par niveau, la mauvaise gouvernance généralisée et le développement de clientélisme, de favoritisme et de corruption handicapent le développement général du secteur; par ailleurs, (i) l'absence d'un Code national de santé publique, (ii) la limitation des ressources financières du Pays, (iii) l'inexistence dans le marchés du travail de professionnels de santé demandeurs d'emploi en quantité suffisante, (iv) les pressions politiques des élus et des responsables gouvernementaux de haut niveau en faveur d'affectations spécifiques ne répondant pas toujours à des besoins prioritaires du secteur, (v) les mauvaises conditions de vie dans la plupart des localités périphériques du pays et (vi) l'absence de condition de scolarisation des enfants et qui poussent la plupart des personnels à chercher à regagner la Capitale Nouakchott handicapent plus spécifiquement le développement et la gestion des RHS.

2.3.3. Accès aux médicaments, vaccins et consommables

▪ Politiques, normes et standards

- ⇒ Les efforts de normalisation ont permis l'adoption d'une loi pharmaceutique et d'une politique pharmaceutique nationale, la mise en place d'une Direction centrale chargée de la normalisation et de la régulation du médicament, et de services régionaux chargés du médicament, l'existence de textes réglementaires (décrets, arrêtés) sur le SRC qui permet sa mise en place successive aux niveaux périphérique puis intermédiaire et tertiaire.
- ⇒ Cependant, l'importation illicite des médicaments prospère avec l'absence d'un contrôle efficace des importations de médicaments dans le pays et bon nombre des structures privées de vente de médicaments sont en situation irrégulière ; dans le même sens, l'absence de tarifs fixés pour les produits pharmaceutiques vendus en privé ou distribués en public – malgré les différentes tentatives de tarification menées par le MS – et due au laxisme qui prévaut constitue le principal facteur freinant l'accès financier aux services essentiels de santé, en particulier les services curatifs aux niveaux secondaires et tertiaires.

▪ Approvisionnement et distribution des produits pharmaceutiques

- ⇒ La création d'une société nationale autonome jouant le rôle de centrale nationale chargée de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments du secteur public (CAMEC), avec un Capital substantiel, des statuts claires lui donnant une autonomie assez suffisante pour assurer une disponibilité permanente des produits pharmaceutiques et l'existence d'un système d'approvisionnement et de distribution avec une gestion informatisée des stocks sont autant de forces pour un approvisionnement efficace des médicaments et consommables essentiels.
- ⇒ Cependant, les fréquentes ruptures en stocks de Médicaments et consommables essentiels à tous les niveaux de la pyramide sanitaires caractérisent la situation actuelle du système d'approvisionnement et de distribution de ces produits ; en cause, (i) l'absence de normes et procédures de gestion par niveau, (ii) l'insuffisance des compétences techniques requises pour une gestion prévisionnelle des stocks et une estimation efficace des besoins, (iii) le non respect des statuts et règlement intérieur de la CAMEC et les relations « d'affiliation » de la CAMEC au Ministère de la santé – qui sont contraires à l'esprit de création de cette Société Nationale – (iv) le chevauchement et la multiplicité des intervenants dans l'approvisionnement de certains produits essentiels (produits SR, ARV, antituberculeux, ...) avec des circuits parallèles, (v) l'insuffisance des capacités de stockage au niveau périphérique et intermédiaire et (vi) l'insuffisance et la vétusté des moyens de logistiques utilisés pour le transport des médicaments tant au niveau central que régional.

▪ **Contrôle de qualité du Médicament**

- ⇒ Pour un contrôle de qualité du Médicament, le Gouvernement Mauritanien a mis en place - avec l'appui de ses Partenaires - un Laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments (LNCQM) sous forme d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA).
- ⇒ La disponibilité du médicament se caractérise par l'inefficacité du système actuel de contrôle de qualité du médicament à tous les niveaux du secteur, public ou privé ; cette situation est secondaire (i) au développement de circuits parallèles, parfois informels, d'approvisionnement du marché par des produits dont la qualité est douteuse et n'ayant été soumis à aucun contrôle efficace, (ii) à la faiblesse et au non respect de la réglementation instituant les différentes structures - publiques et privées - d'approvisionnement et de distribution des médicaments, et (iii) au manque de coordination et de collaboration entre les structures du MS c'est à dire entre la DPL (normalisation et régulation), la CAMEC (approvisionnement et distribution) et le LNCQM (contrôle de qualité).

▪ **Cas particulier de la disponibilité et de la sécurité du sang**

- ⇒ La disponibilité et la sécurité du sang se caractérise par une politique nationale de transfusion sanguine, l'existence d'un centre national de transfusion sanguine, la mise en œuvre d'une stratégie de sélection et de fidélisation des donneurs et d'un programme d'assurance qualité.
- ⇒ Cependant, certaines faiblesses sont à prendre en compte: (i) la méconnaissance des structures de leurs besoins en sang et l'absence de stratégie de gestion efficace du sang, (ii) la création de nouvelles structures utilisatrices de sang comme le CNO, le CNC , le CHME et l'HA sans mesures de renforcement des capacités du CNTS, (iii) l'absence d'un cadre formel de concertation et de coordination entre les structures d'offre et les établissement utilisateurs de sang, (iv) l'insuffisance dans la fidélisation des donneurs secondaire à la faiblesse du programme de communication en faveur du don volontaire et bénévole et au faible intérêt politique dans ce programme de communication, (v) l'insuffisance en personnel spécialisé, en moyens logistiques et de stockage nécessaires à une mobilisation nationale permanente, et en ressources nécessaires au développement d'un programme efficace d'assurance qualité.

▪ **Opportunités et contraintes**

- ⇒ Le sous-secteur pharmaceutique pourra profiter de l'engagement politique en faveur de plus de gouvernance et de transparence dans la gestion et de la prise de conscience de la population et de certains élus des risques de médicaments de mauvaise qualité.
- ⇒ Cependant, la mauvaise gouvernance dans ce sous-secteur pharmaceutique, la faiblesse du rôle, des capacités et de la volonté de régulation (loi pharmaceutique peu rigoureuse) du secteur et le manque de coordination et de collaboration synergique entre le MS et les autres départements et autorités en relations avec le médicament

constituent les principales contraintes à prendre en compte pour un accès universel aux médicaments essentiels.

2.3.4. Information, recherche et gestion de la connaissance

▪ Le Système de surveillance

- ⇒ La surveillance épidémiologique se caractérise par un système de suivi hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique, et un système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR) introduit officiellement dans 4 wilayas (Gorgol, Guidimaghaa, Brakna et Assaba) du pays avec mise en place de Comité de surveillance épidémiologique.
- ⇒ Cependant, la SIMR connaît dans la pratique des faiblesses dont la plupart sont liées (i) à l'insuffisance dans l'organisation et aux lacunes de la planification, de supervision, de monitoring et de gestion des données, (ii) à l'insuffisance des ressources humaines formées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) à la non implication du réseau de laboratoires, des structures communautaires, du secteur privé et des tradipraticiens, (iv) la non fonctionnalité des comités de surveillance épidémiologique mis en place aux différents niveaux y compris les 4 Wilayas dans lesquelles ils avaient été mis en place officiellement; par ailleurs, le règlement sanitaire international 2005 n'est pas connu des différents services nationaux en charge de sa mise en application.

▪ Le Système national d'information sanitaire

- ⇒ Le SNIS est piloté par le service des méthodes et du suivi des indicateurs et mis en œuvre par l'opérationnalisation de 13 services régionaux dotés d'unités informatiques avec logiciel pour la saisie et le traitement de données dont le personnel a été formé sur la collecte et l'analyse de données, et se caractérise par la publication d'annuaires statistiques annuels.
- ⇒ Cependant, le SNIS n'arrive toujours pas à rendre disponible les informations pertinentes et fiables à tous les niveaux du système de santé, et se caractérise par la non intégration des données hospitalières et des données du secteur privé ; sa supervision se limite parfois à de simples missions de ramassage des rapports et les données collectées ne sont pas toujours analysées et utilisées avant leur transmission.

▪ La Recherche pour la santé

- ⇒ La recherche pour la santé est forte de l'existence d'un Institut national de recherche en santé publique, d'un pool de professeurs chercheurs en santé et de laboratoires avec des capacités de recherche.
- ⇒ Cependant, la recherche pour la santé n'arrive toujours pas à faire une contribution significative à l'amélioration du développement sanitaire et à l'atteinte des objectifs de développement, et ne joue pas pleinement son rôle dans la production de connaissances que l'on peut utiliser pour promouvoir, restaurer, maintenir, protéger et suivre de près ou surveiller la santé des populations ; elle se caractérise par (i)

l'absence de politique nationale dans le domaine de la recherche, (ii) l'insuffisance du financement, des compétences dans le domaine de la recherche pour la santé et des capacités limitées de l'INRSP (infrastructure, équipements, ressources humaines...), (iii) la collaboration insuffisante entre les institutions nationales et internationales de recherche et (iv) l'absence de comité d'éthique pour la recherche.

▪ **Opportunités et contraintes**

- ⇒ Les deux principales opportunités sont l'existence d'un Office National des Statistiques qui a produit en 2000 un RGPH et l'existence de publications régulières sur les statistiques nationales.
- ⇒ Cependant, le non enregistrement systématique des naissances et de décès (état civil) ne garantit pas la disponibilité d'informations nationales exhaustives et fiables, aggravé par un RGPH qui remonte à 2000 et dont les projections d'estimation des populations cibles sont de plus en plus imprécises.

2.3.5. **Financement de la Santé**

▪ **Forces et faiblesses**

- ⇒ Le Secteur s'est individualisé en 2001 par le Cadre de dépenses à moyen terme du Département (2002-2004) qui fut un exemple pour tous les pays francophones en développement, et qui avait permis une augmentation substantielle des ressources du secteur, en particulier sur le budget de l'Etat.
- ⇒ Cependant, la mise en œuvre de ce CDMT et des budgétisations qui ont suivi dans le secteur ont souffert (i) de l'application de coûts forfaitaires assez approximatifs, (ii) de l'absence de mise à jour régulière des Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et des revues de dépenses publiques de santé, (iii) de la faiblesse du processus d'opérationnalisation et de suivi de l'exécution de ce CDMT, (iv) de l'élaboration des budgets sans référence aux enveloppes et orientations du CDMT, (v) de la volatilité des financements qui hypothèque l'efficacité et la durabilité des résultats et des acquis en général, (vi) de la grande faiblesse de la protection sociale qui reste très limitée et peu efficace, (vii) de l'absence d'une approche sectorielle et de la diversité des modes de gestion des différents intervenants de la santé qui provoquent d'énormes difficultés de gestion et de suivi des dépenses de santé, et (viii) de l'absence de système d'information exhaustif sur l'exécution financière et les prévisions budgétaires acquises afin d'apprécier l'efficacité de la dépense et les capacités d'absorption des montants disponibles pour la période ; ainsi, l'absence de cadrage budgétaire permettant d'apprécier la répartition des enveloppes budgétaires aux différents niveaux en fonction des résultats escomptés constitue la principale faiblesse du financement du secteur ; jusqu'à présent, la dépense publique de santé a plus profité (i) aux programmes de renforcement des capacités au détriment des programmes « d'action » et (ii) aux niveaux tertiaire et administration centrale au détriment des niveaux opérationnels, et les réductions du niveau de fonctionnement

non salarial a occasionné des ruptures en médicaments ou consommables et une maintenance insuffisante des constructions et équipements.

▪ **Opportunités et contraintes**

- ⇒ Les principales opportunités du financement de la santé sont (i) la priorité accordée par les hautes autorités de l'Etat aux secteurs sociaux, en particulier la santé et l'éducation, (ii) la multitude des PTF appuyant le secteur, (iii) l'existence d'une CNAM ne connaissant pas déficit, (iv) les possibilités de financement au niveau international et (v) la réalisation en cours des Comptes Nationaux de Santé (CNS), (vi) l'existence d'outils de costing de plus en plus efficaces et consensuels.
- ⇒ Cependant, il faudra compter avec (i) les contraintes macro-économiques, (ii) l'absence d'une gestion axée sur les résultats avec des liens forts entre la dépense et le résultat, et (iii) l'insuffisance de dialogue entre la santé et les départements des finances et des affaires économiques et du développement (MAED).

2.3.6. Leadership et Gouvernance

▪ **Cadre organisationnel**

- ⇒ Le cadre organisationnel se caractérise par des textes réglementaires mettant en place l'organisation du département (organigrammes central et régional), une organisation pyramidale facilitant les réformes de déconcentration et de décentralisation et l'existence d'instances statutaires de coordination, de contrôle et de suivi avec tenue de réunions de coordination au sein du Département.
- ⇒ Cependant, les organigrammes consécutifs du secteur ont suivi les mêmes procédures d'élaboration, avec une approche à la fois improvisée et normative ; cette procédure ne donne pas lieu à une analyse organisationnelle préalable. Ces organigrammes ne se mettent pas dans la perspective de mieux adapter les organes du secteur à la mise en œuvre des politiques sectorielles adoptées, et de ce fait ne prennent pas en compte l'intégralité des missions à accomplir ; ils se limitent ainsi à la décomposition des organes administratifs en unités organiques plus petites et négligent les liens synchroniques (transversaux) entre les unités de mêmes niveaux. Les liens fonctionnels et les canaux de circulation de l'information ne sont pas explicites et sont soumis aux seuls liens hiérarchiques. Ces limites favorisent l'instauration d'une bureaucratie qui alourdit le fonctionnement des organes et la propagation des pratiques informelles. Dans la plupart des cas, (i) les lignes de démarcation entre les attributions des organes ne sont pas suffisamment claires et font l'objet de conflits de compétences, (ii) les activités ne sont pas intégrées avec une tendance à la verticalité dans la gestion des organes centraux et (iii) les connexions entre les différents niveaux (central, régional et opérationnel) ne sont pas efficaces.

▪ **Coordination intra et extra sectorielle, et partenariat**

- ⇒ Malgré l'existence d'instances statutaires chargées de la coordination à tous les niveaux (réunions de Cabinet, comités et commissions nationaux, intermédiaires et périphériques), la coordination reste l'une des principales faiblesses du secteur.
- ⇒ Ainsi, il faut tout particulièrement noter (i) la multitude des organes de coordination intra-sectorielle sans réelle efficacité et dysfonctionnement de la plupart de ces organes (réunions irrégulières, décisions souvent sans suite) ; (ii) l'insuffisance des outils de coordination (manuels de procédures, TDR, directives,...) et absence d'utilisation des expériences réussies ailleurs en matière de coordination ; (iii) l'insuffisance de la décentralisation dans le Département (gestion budgétaire, gestion des RH, etc...) et manque de précision et de clarté dans la définition des relations entre le Département central, ses entités déconcentrées et les institutions sous tutelle ; (iv) l'insuffisance des moyens humains, matériels et financiers nécessaires à assurer une coordination efficace au niveau régional; les quelques moyens disponibles ne sont pas orientés en priorité vers cette action de coordination ; et (v) l'absence d'un cadre de partenariat harmonisé et d'une réelle multisectorialité de l'action sectorielle.

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

- ⇒ Malgré des avancées dans les années 2002-2004 et l'existence d'entités de coordination entre PTF visant entre autres objectifs l'harmonisation des interventions des partenaires et l'alignement sur les priorités nationales, l'élaboration du présent PNDS vise à répondre au besoin d'harmonisation et d'alignement de l'ensemble des interventions dans le secteur.
- ⇒ Ainsi, les interventions des PTF ne respectent pas toujours les priorités nationales présentées dans les différents documents stratégiques et les PTF ne sont pas suffisamment impliqués dans le pilotage du Département (planification, mise en œuvre et suivi et évaluation).

▪ **Politiques et stratégies**

- ⇒ Le Département se caractérise par le nombre de documents de politique et stratégies élaborés ces dernières années avec le plus souvent l'implication des principaux acteurs : le Plan Directeur 1998-2002, la Politique Nationale de la Santé (PNS) 2006-2015, la Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN), la Politique hospitalière, le PSDRH, la Politique pharmaceutique, la Politique nationale d'hygiène, la Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant (SNSE), les plans et cadres stratégiques PNSR, PNLP, PNLS, PNTL, ou de PCIME, etc ...
- ⇒ Cependant, la plupart de ces documents n'a pas connu de mise en œuvre effective ni de réactualisation régulière. Dans ce cadre, il faut noter (i) la faiblesse du management à différents niveaux et du processus de planification, (ii) absence de planification stratégique axée sur les résultats et (iii) faiblesse du système de suivi et de l'évaluation.

▪ **Processus de Planification dans le secteur**

- ⇒ La mise en œuvre des documents stratégiques nationaux s'est faite à travers un processus de planification visant à faire référence à ces documents stratégiques en allant depuis le niveau Moughataa et bénéficiant de revues annuelles organisées avec régularité et implication d'un maximum d'intervenants dans le secteur.
- ⇒ Cependant, aucun processus de planification n'a pu intégrer l'ensemble des interventions dans le secteur, et le Département ne disposant pas toujours des outils et des instruments permettant une allocation et utilisation du budget national comme ressource essentielle du secteur à laquelle les ressources extérieures apportent un complément indispensable ; en plus, il faut noter une faiblesse des capacités de planification basée sur les résultats, des capacités managériales et des compétences en matière de suivi et évaluation.

▪ **Régulation**

- ⇒ Malgré la faiblesse de la régulation dans le secteur, il faut cependant noter l'existence de textes réglementaires appuyant différents aspects de la régulation, d'une inspection générale de la santé et de Directions chargées de la régulation du secteur privé pharmaceutique (DPL) et médical (DMH).
- ⇒ Cependant, l'analyse de la situation de la régulation dans le secteur a permis de noter l'insuffisance d'intérêt politique et stratégique en faveur d'une régulation efficace du secteur et des insuffisances qui se situent aussi bien au niveau des textes qu'au niveau des organes ou de l'exercice même de cette mission ; s'agissant des textes, la dynamique réglementaire et normative ne répond pas à l'évolution du système de santé et ne permet pas à l'état actuel son intégration dans son environnement ; pour ce qui est des organes, le manque de motivation des membres, l'irrégularité des réunions, la faible application des mesures prises et le manque de continuité et de suivi des activités ne leur permettent pas de jouer leurs rôles malgré leur nombre ; par ailleurs, (i) la faible circulation de l'information, l'absence de climat de concertation entre les différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel), (ii) le chevauchement des compétences entre les autorités administratives - régionales et départementales - et les services de santé, et (iii) l'amalgame entre structures publiques et privées avec un exercice souvent mixte - en particulier pour les catégories médicales - avec un certain délaissement du service public au profit du privé, plus rémunérateur sont autant d'obstacles pour une régulation efficace.

▪ **Procédures gestionnaires, autonomisation et contractualisation des services**

- ⇒ La mise en œuvre du programme sectoriel a bénéficié (i) du transfert de l'ordonnancement vers le Département (SG/MS), (ii) de l'élaboration de manuels de procédures pour certaines structures (ex: CAMEC) et la plupart des projets, et (iii) de

l'existence d'une stratégie de contractualisation et d'un guide de contractualisation avec les acteurs de la société civile.

- ⇒ Cependant, cette exécution se caractérise par (i) des retards dans la notification du budget et des réductions budgétaires drastiques par la fermeture du logiciel d'exécution budgétaire (RACHAD), (ii) une faible circulation de l'information avec une forte centralisation des opérations financières et budgétaires, de leur programmation, de leur budgétisation et de leur comptabilisation, (iii) le manque de rigueur dans l'application des règles de gestion des achats et marchés publics qui donne lieu au fractionnement, aux dérogations à l'utilisation des procédures autres que celles des appels d'offres ouverts, (iv) les ressources reçues par plusieurs unités de gestion et de prestation au niveau du secteur ne sont pas suffisamment connues, leur traçabilité est très faible et leur suivi n'est pas du tout assuré, (v) l'absence d'une procédure harmonisée et commune pour tous les financements extérieurs mis à la gestion du secteur, (vi) une multitude des unités de gestion avec pour corollaire l'importance des frais de gestion, les doubles emplois et les difficultés de suivi et de contrôle, et (vii) le manque de maîtrise des procédures de gestion par les différentes parties impliquées dans la mise en œuvre des activités financées sur ces ressources ,étant donnée le caractère intégré de leur gestion.

▪ **Opportunités et contraintes**

- ⇒ Le renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur pourra profiter (i) des engagements internationaux en faveur de plus d'efficacité de l'aide publique au développement (déclarations de Paris et de Rome), (ii) d'entités de coordination par thématique au sein des PTF, (iii) d'expérience nationale de régulation efficace dans d'autres secteurs, et (iv) du cadre réglementaire marqué par une loi comptable, des textes d'autonomisation de la plupart des structures hospitalières et un nouveau code de marchés publics avec plus de transparence.
- ⇒ Cependant la faible synergie entre les apports des partenaires, le changement fréquent des décideurs au niveau du Secteur et la non prise en compte des priorités de la santé dans les politiques des autres secteurs constituent des contraintes pour le Département dans ce domaine.

2.4. **Problèmes et défis majeurs du secteur santé**

L'analyse de la situation a permis d'identifier les principaux problèmes et défis du secteur santé ci-dessous:

➤ **En matière de prestations de services**

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

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

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

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

➤ **En matière d'accès au Médicament**

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

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

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

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

L'insuffisance du financement du secteur constitue un obstacle transversal à tous les autres aspects nécessaires à l'accès universel des soins essentiels. Cette insuffisance - quantitative et qualitative - est essentiellement secondaire (i) à la faiblesse de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat (avec moins de 4% du budget), (ii) à l'absence d'une stratégie nationale consensuelle et concertée (PNDS et CDMT), (iii) à la faiblesse

des compétences techniques de planification et de plaidoyer, (iv) à la mauvaise gouvernance du secteur et (v) à l'absence d'un système de gestion efficace des ressources allouées au secteur. La RDPS montre que l'allocation des ressources financières n'est ni suffisante, ni efficace (orientée vers les priorités) ni équitable, et que l'utilisation de ces ressources n'est pas efficiente. La multiplicité des sources de financement et l'absence de mécanismes d'harmonisation des appuis financiers constituent d'autres obstacles à un financement efficace du système. Enfin, l'absence d'une tarification objective des services (publics et privés) et la faiblesse de couverture par les systèmes de partage des risques constituent les principales causes d'un accès financier limité aux services essentiels de santé, en particulier au niveau hospitalier et privé; pour les plus pauvres, cet accès est fortement limité par l'absence de mécanismes spécifiques à type de fonds de solidarité ou d'appui à l'adhésion aux systèmes existants d'assurance maladie.

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

Le leadership et la gouvernance constituent deux questions transversales indispensables à une action efficace de santé. En Mauritanie la faiblesse du leadership du Département de la santé est essentiellement due (i) au changement fréquent des décideurs du secteur (ministres, secrétaires généraux, directeurs, ...), (ii) à l'environnement national marqué par un système social ne favorisant pas une bonne gouvernance du secteur, (iii) à la faiblesse des compétences techniques chargées du pilotage, de la coordination et du suivi, (iv) de l'insuffisance de transparence dans la prise de décision et (v) de l'insuffisance d'accompagnement et d'appui des PTF. C'est ainsi que les organigrammes qui se suivent ne visent pas à un besoin d'efficacité dans la mise en œuvre de la stratégie nationale; les décisions d'affectation et de nomination aux postes de pilotage, de coordination et de suivi ne respectent pas les critères d'exigence d'efficacité et d'équité; les processus de planification ne permettent pas véritablement les choix prioritaires d'action et ne sont pas à la base de l'allocation budgétaire; les mécanismes de coordination – intra et extra sectorielle – prévus dans les textes ne sont pas activés en faveur de plus d'efficacité; les rapports avec les PTF ne sont pas développés dans un esprit d'efficacité de l'aide publique au développement en conformité avec la déclaration de Paris; enfin, l'absence de régulation dans le secteur donne cette impression de "laisser aller" mettant fortement en cause ce leadership du Ministère sur l'action sectorielle.

DEUXIEME PARTIE

COMPOSANTES DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2012-2020

Chapitre 3 : Priorités stratégiques en matière de santé

3.1. Vision, but, principes, objectifs et axes stratégiques

Le droit à la santé est un droit humain fondamental de tout citoyen Mauritanien¹⁴ s'inscrivant dans une vision globale de la société et de l'individu. C'est dans ce cadre que le Gouvernement mauritanien accorde une place de choix à la santé dans le CSLP III.

La politique nationale de santé 2006-2015 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 ». Pour cela, le pays entend offrir à tous les mauritaniens un accès universel aux services essentiels de santé de qualité, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination, et avec la pleine participation des populations ; ceci en totale cohérence avec les engagements internationaux du pays en faveur de l'atteinte des OMD, notamment les OMD liés à la santé, et les engagements régionaux (Déclarations de Ouagadougou, d'Alger et de Libreville) en faveur des soins de santé efficace, équitable et durable. C'est dans cette perspective que s'inscrit résolument le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2012 - 2020) qui privilégie la réalisation des interventions à haut impact, les plus à même à réduire significativement la mortalité et la morbidité, en particulier chez les plus vulnérables tel que le couple mère-enfant.

Les principes d'éthique, d'équité, de justice et de solidarité sociale, découlant de nos valeurs civilisationnelles séculaires, constituent le fondement des choix stratégiques du présent PNDS, et seront les garants d'une amélioration durable de la santé des populations. L'implication effective de tous les intervenants (public, privé, société civile, PTF, ...), la participation communautaire et la coordination efficace à tous les niveaux seront des éléments moteurs de sa mise en œuvre.

Le PNDS favorisera 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 et du statut socio-économique. Sa mise en œuvre permettra, en relation avec les autres secteurs, de lutter contre les maladies liées à la pauvreté et à l'ignorance et de réduire les dépenses individuelles de santé en particulier pour les ménages les plus pauvres. Pour cela, l'accent sera mis sur (i) la participation communautaire, (ii) la collaboration intersectorielle, (iii) la responsabilité mutuelle de toutes les parties prenantes et (iv) le développement de contrats de performance par niveau. Dans ce cadre, la médecine traditionnelle fera l'objet des mesures visant à normaliser et réguler cette filière en vue de son intégration au Système national de santé.

La mise en œuvre du PNDS 2012-2020 s'articulera autour de cinq axes stratégiques dont quatre axes « d'action » visant respectivement (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les accidents de la voie publique ; le cinquième axe transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but d'un

¹⁴ La constitution du 20 Juillet 1991, rétablie et modifiée au terme de la loi constitutionnelle n° 2006-014 du 12 Juillet 2006.

soutien des quatre axes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

3.2. Résultats attendus et domaines prioritaires d'intervention par axe

La planification stratégique axée sur les résultats exige de plus en plus de précision dans les différents niveaux de résultats ; pour cela les outils utilisés nous ont permis d'estimer ces niveaux par axe et par phase (PNDS1 et PNDS2).

3.2.1. Axe 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

3.2.1.1. Résultats d'impact

La mise en œuvre de cet axe devra permettre une réduction à moins de 220 décès/100.000 naissances vivantes et de 10 décès /1000 respectivement pour la mortalité maternelle et néonatale.

Les niveaux actuels de mortalité maternelle (550 pour 100.000 naissances vivantes) et néonatale (43 pour 1000) sont plus élevés que la moyenne sub-saharienne.

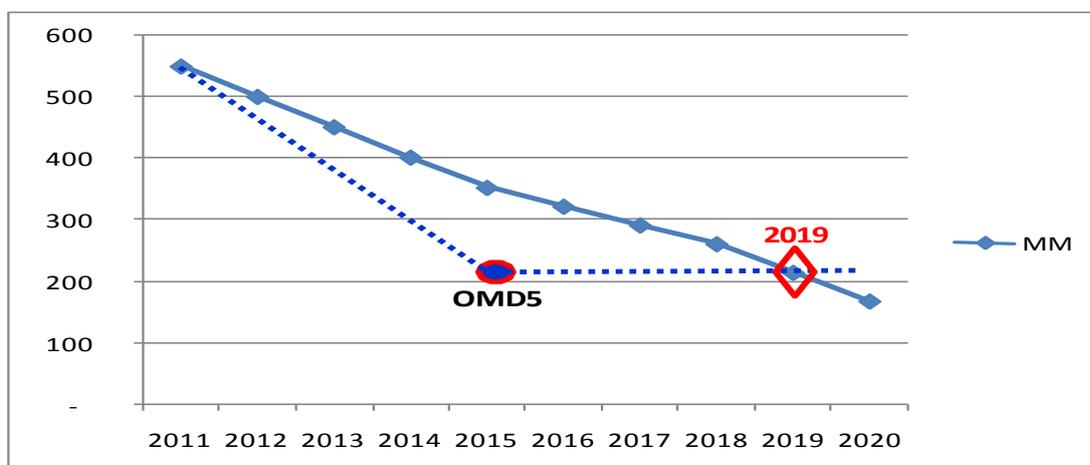
Tableau 4 : Evolution attendue des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale

Indicateurs	Baseline (2011)	Projection fin 2015	Projection fin 2020
Mortalité néo-natale (MNN) pour 1000	43,00	22,04	7,50
Mortalité maternelle (MM) pour 100.000 naissances vivantes	550,00	399,40	218,95

La tendance actuelle d'évolution de la mortalité maternelle ne permettrait d'atteindre le niveau correspondant à l'OMD5 que vers 2030.

En mettant en œuvre le PNDS permettant une accélération réelle des différentes stratégies à haut impact, la Mauritanie pourra atteindre l'OMD avec un léger retard (vers 2019), ce qui constituerait une performance dans la sous région ouest-africaine.

Graphique 20 : Tendances d'évolution du ratio de mortalité maternelle



3.2.1.2. Résultats d'effet

Pour y arriver, le Secteur devra assurer une couverture effective minimale pour les interventions à haut impact. Les couvertures – ci-dessous présentées par mode de prestation de services¹⁵ – seront les résultats d'effet que le Secteur poursuivra dans la mise en œuvre du PNDS afin d'atteindre les résultats d'impact ci-dessus.

Tableau 5 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé maternelle et néonatale

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2010	PNDS 1 (Fin 2015)	PNDS 2 (Fin 2020)
2.1. Services à base communautaire et familiale			
Nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance	31,7%	66,0%	90,0%
% des Nouveau-nés avec pneumonies sans soins cliniques mais plutôt traités aux antibiotiques à domicile	2,0%	10,0%	20,0%
2.2. Service orientés vers les populations			
% de femmes en âge de reproduction demandant et utilisant une méthode de contraception	24,5%	32,5%	62,5%
Proportion de femmes de 10 à 16 ans qui reçoivent le vaccin HPV	0,0%	30,0%	50,0%
% de femmes enceintes ayant accompli 4 visites CPN incluant le test des urines	4,0%	35,0%	75,0%
% de mères ayant accouché dans les 12 derniers mois protégées contre le tétanos	33,0%	60,0%	95,0%
% des femmes enceintes anémiques recevant une supplémentation de fer	ND	70,0%	95,0%
2.3. Soins cliniques Individuels			
% d'accouchements assistés par personnel qualifié	48,4%	62,0%	84,5%
% d'accouchées bénéficiant d'un suivi post-natal (au moins un)	13,0%	62,0%	84,5%
% des grossesses avec complications traitées dans les structures SOUB ou SOUC	59,0%	64,0%	73,5%
Taux de Césariennes	1,4%	2,5%	5%
% de femmes enceintes avec risque de prématurité traitées aux stéroïdes anténataux par un agent de santé formé	0,0%	50,0%	90,0%
% des cas d'éclampsie traités avec du Sulfate de Mg par un agent de santé formé	36,3%	52,0%	90,0%
% des cas d'infection néonatale traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	2,0%	47,0%	80,0%
% des cas pneumonies néonatale traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	ND	45,0%	80,0%

¹⁵ Avec trois modes de prestations de services : Services à base communautaire et familiale, Service orientés vers les populations et Soins cliniques Individuels

3.2.1.3. Domaines prioritaires d'intervention

La mise en œuvre de cet axe reposera essentiellement sur le développement et la mise à échelle d'actions de santé de la reproduction (tenant compte des engagements de l'État en faveur de la santé de la mère et de l'enfant : le plan d'action de MAPUTO, la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité maternelle en Afrique et la stratégie globale du Secrétaire Général des Nations Unies pour la santé des femmes et des enfants ; et des stratégies élaborées : feuille de route Nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale et la stratégie de sécurisation des produits SR), de nutrition (la stratégie « REACH ») et de lutte contre la maladie dans le cadre d'un renforcement général du système de santé et en vue d'un continuum de soins depuis l'adolescence jusqu'à l'accouchement et la phase néonatale en passant par la grossesse. Plus particulièrement, il s'agira de développer et mettre à échelle les actions :

- De promotion de la santé des adolescents, y compris la lutte contre les IST/VIH/SIDA en coordination avec les actions du 3^e axe du PNDS et en collaboration avec les autres secteurs concernés (jeunesse, éducation, femmes et famille, ...);
- D'espacement des naissances pour porter la prévalence contraceptive chez les demandeuses à plus de 60% ; dans ce cadre, la disponibilité des produits de santé de la reproduction sera généralisée à toutes les structures de santé par l'intégration de l'approvisionnement et de la gestion de ces produits dans la stratégie nationale de disponibilité des médicaments et consommables essentiels développée dans le 5^e axe du PNDS ;
- De suivi prénatal en vue de porter la proportion de femmes enceintes bénéficiant de 4 consultations prénatales – dont la première au cours du premier trimestre – à plus de 75% ;
- De supplémentation en fer et autres micronutriments des femmes enceintes et allaitantes dans le cadre du suivi prénatal, et ce à plus de 95% des femmes enceintes anémiées ;
- D'accouchement assisté par un personnel qualifié (médecin, sage femme, infirmières à compétence obstétricale) dont le taux devra être porté à plus de 84% ; dans ce cadre, la gestion du dernier stade du travail (GAPTA) sera systématisée à travers la formation du personnel, l'utilisation d'outil de suivi et de renforcement de la supervision ;
- De soins essentiels du nouveau-né au niveau des structures de santé incluant la désobstruction nasale, les soins des yeux et du cordon ombilical, ainsi que son réchauffement ;
- De suivi post-natal (au moins un) qui devra être systématisé pour les accouchements assistés (84,5%) ;

- De prise en charge des grossesses compliquées dans des structures qualifiées (structures SONUB et SONUC) en vue d'assurer cette prise en charge à plus de 70% de ces grossesses compliquées ; dans ce cadre, le taux de césariennes de qualité sera porté à au moins 5% des accouchements comme internationalement recommandé ; ainsi, la disponibilité et la sécurité du sang constituera une des priorités du secteur, et une politique transfusionnelle sera mise en œuvre visant la disponibilité d'un sang sécurisé dans toutes les structures SONUC ;
- De prise en charge précoce et efficace de l'éclampsie, de la prématurité, de la pneumonie et des infections néonatales dans le cadre du renforcement du système de santé (axe 5) en particulier le renforcement des compétences et du plateau technique des centres de santé et des hôpitaux intermédiaires ;
- De l'instauration des audits des décès maternels et néonataux afin de prendre les décisions qui s'imposent.

3.2.1.4. Hypothèse d'amélioration d'efficacité

Des mesures et réformes conditionneront l'atteinte des résultats ci-dessus ; il s'agit essentiellement :

- De l'institution de contrats de performance par niveau en liaison avec les principales prestations d'espacement des naissances, de suivi prénatal, d'accouchement assisté, de prise en charge de grossesses compliquées et de césarienne ;
- De la révision et du renforcement des primes de zones (i) pour les infirmiers et les sages femmes des zones rurales et périurbaines reculées et (ii) pour les sages femmes, techniciens supérieurs et médecins des hôpitaux intermédiaires (hôpitaux de Moughataa et hôpitaux régionaux) ;
- De promotion de la demande des services préventifs et curatifs, et de promotion des comportements à moindre risque au profit des femmes enceintes ;
- De l'instauration de mécanisme de protection sociale (assurances, mutuelles, forfaits, fonds de solidarité, ...) au profit des pauvres pour les accouchements assistés et les soins obstétricaux d'urgence ;
- Et de subvention aux pauvres (transfert « conditionné » d'argent) pour les coûts d'opportunité (temps) pour la demande des soins maternels et néonataux.

Les dispositions réglementaires et conditions organisationnelles de leur mise en œuvre seront réunies dès le démarrage du Plan.

3.2.2. Axe 2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile

3.2.2.1. Résultats d'impact

La mise en œuvre de cet axe devra permettre une réduction à moins de 30 décès pour 1000 et de 20 décès pour 1000 respectivement pour la mortalité infanto-juvénile et infantile.

Pour la mortalité infanto-juvénile, le niveau actuel est meilleur que la moyenne subsaharienne ; plus 60% de cette mortalité a lieu au cours de la première année de vie (mortalité infantile), et un peu moins de 60% de la mortalité infantile a lieu au cours du premier mois de vie (mortalité néonatale).

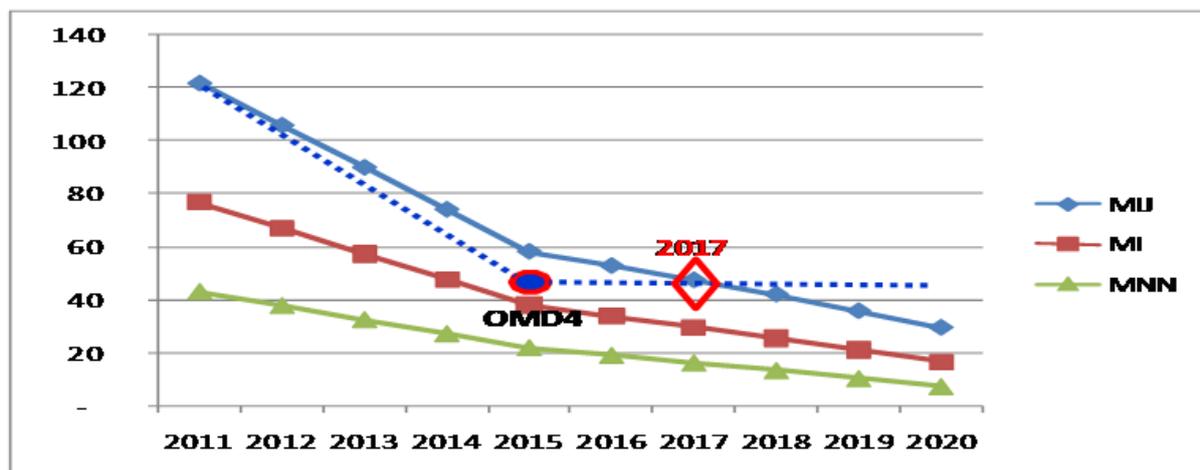
Tableau 6 : Evolution attendue des indicateurs de mortalité infanto-juvénile

Indicateurs	Base(2011)	Projection fin 2015	Projection fin 2020
Mortalité infanto-juvénile (MIJ) pour 1000	122,00	58,31	29,50
Mortalité infantile (MI) pour 1000	77,00	38,04	16,64

La tendance actuelle d'évolution de la mortalité infanto-juvénile ne permettrait d'atteindre le niveau correspondant à l'OMD4 que vers 2025.

En mettant en œuvre le PNDS et en accélérant ainsi les différentes stratégies à haut impact, la Mauritanie pourra atteindre l'OMD4 en 2015 ou au plus tard en 2017).

Graphique 21 : Tendances d'évolution des mortalités néonatale, infantile et infanto-juvénile



3.2.2.2. Résultats d'effet

Pour atteindre ce niveau de mortalité infanto-juvénile, le Secteur devra assurer une couverture effective minimale pour un certain nombre d'interventions à haut impact (voir tableau ci-dessous). Ces couvertures seront les résultats d'effet que le Secteur poursuivra dans la mise en œuvre du PNDS afin d'atteindre les résultats d'impact ci-dessus.

Tableau 7 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé infanto-juvénile

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2010	PNDS 1 (Fin 2015)	PNDS 2 (Fin 2020)
2.1. Services à base communautaire et familiale			
% des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit dernière	45,5%	80,0%	90,0%
Pourcentage de la population vivant dans le village « Fin Défécation a l'aire libre : FEDAL » ¹⁶	10%	40%	80%
Pourcentage de la population qui se lave les mains aux moments critiques	Nd	15%	25%
Enfants de 0 a 5 mois allaités exclusivement au sein	20,7%	55,0%	80,0%
% enfants 6 - 9 mois recevant l'alimentation complémentaire et continuant l'allaitement au sein	67,0%	65,0%	90,0%
Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant d'une diversité alimentaire minimale (consommation d'au moins quatre groupes d'aliments sur sept par jour)	34,9%	42%	50%
Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant de la fréquence minimale acceptable des repas	36,4%	43%	50%
% enfants avec diarrhée buvant plus d'eau	9,0%	44,0%	80,0%
Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans buvant de l'eau sans contamination fécale	15%	25%	40%
% enfants avec diarrhée traite avec SRO et Zinc	ND	10,0%	15,0%
% des enfants respirant difficilement sans soins cliniques traités aux antibiotiques par un agent de santé communautaire et suivi à domicile	2,0%	10,0%	20,0%
2.2. Service orientés vers les populations			
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	59,0%	90,0%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination BCG	81,0%	95,0%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination OPV	63,0%	90,0%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent	64,0%	90,0%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque	0,0%	90,0%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le rotavirus	0,0%	90,0%	95,0%
% d'enfants de < 5ans ayant reçu la suplémentation de Zinc	0,0%	40,0%	60,0%
% des enfants avec malnutrition aigue recevant des aliments thérapeutiques	41,0%	60,0%	80,0%
2.3. Soins cliniques Individuels			

¹⁶ Deux indicateurs en un

% de cas d'IRA traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	26,0%	60,0%	85,0%
% de cas de diarrhée traités au Zinc par un agent de santé formé	0,0%	30,0%	85,0%
% de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère	41,0%	60,0%	80,0%
% d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé	3,0%	70,0%	80,0%
% des enfants éligibles recevant des ARV	18,4%	45,0%	75,0%

3.2.2.3. Domaines prioritaires d'intervention

La mise en œuvre du 2^e axe reposera essentiellement sur le développement et la mise à échelle d'actions préventives, curatives et promotionnelles de santé infantile, plus précisément de nutrition, de vaccination et de PCIME garantissant ainsi la continuité des soins avec les étapes précédentes et jusqu'à l'âge de 5 ans ; ce qui se fera en coordination avec les actions de lutte contre la maladie (axe 3 du PNDS) et dans le cadre d'un renforcement général du système de santé.

Plus particulièrement, il s'agira de développer et mettre à échelle :

- Les interventions de nutrition qui permettront de réduire les différentes formes de malnutrition en se concentrant sur 5 domaines prioritaires ciblant les causes directes et sous-jacentes de la malnutrition et ayant un impact notable : (i) allaitement et alimentation complémentaire, (ii) apport en micronutriments, (iii) traitement de la diarrhée et contrôle des parasites, (iv) traitement de la malnutrition aiguë sévère et modérée, et (v) sécurité alimentaire dans les ménages ; les pratiques adéquates de l'allaitement maternel exclusif permettront d'avoir un impact significatif sur l'état nutritionnel des enfants ; la stratégie principale pour lutter contre la carence en vitamine A est la supplémentation en vitamine A : les approches alimentaires, telles que l'enrichissement des aliments et la consommation d'aliments riches en vitamine A, sont de très bonnes solutions qu'il faut aussi promouvoir simultanément ; l'iodation universelle du sel en tant que stratégie nationale permettra l'élimination des troubles dus à la carence en iode ; la prise en charge de la malnutrition aiguë est une intervention clé qui se fera au niveau de la pyramide sanitaire pour la forme sévère et en communauté pour la forme modérée ; le défi majeur est d'assurer un accès large des enfants et une utilisation accrue des services de prise en charge de la malnutrition de qualité (améliorer leur performance selon les standards Sphère) ;
- les actions d'hygiène individuelle (lavage des mains) et collective (gestion adéquate des excréta), le traitement et la conservation de l'eau au niveau des ménages seront renforcés en collaboration avec le Département de l'hydraulique et de l'assainissement dans le cadre d'une stratégie inter-sectorielle ; ces actions permettront de porter la couverture (i) du lavage des mains de 3% à 15%, (ii) de la gestion adéquate des excréta en zone rurale de 13% à 80% et (iii) du traitement et de la conservation de l'eau au niveau des ménages de 15% à 40% ;

- les actions de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) visant en priorité les principales causes de mortalité infanto-juvénile à savoir les IRA, la diarrhée et le paludisme ; ainsi, l'utilisation des moustiquaires imprégnées par les moins de 5 ans sera promue (pour 90% d'utilisation effective) et la prise en charge des cas de paludisme et de Sida pédiatrique sera renforcée en coordination avec les actions de l'axe 3 (lutte contre les maladies) ; parallèlement la PCIME sera développée à tous les niveaux de soins en commençant au niveau communautaire – avec la prise en charge des cas de diarrhées par le zinc à plus de 25% et des cas d'IRA au niveau familial – grâce à la généralisation de l'approche communautaire dans le cadre du 5^e axe ;
- les actions de vaccination visant à la fois le renforcement des couvertures actuelles en ROUVAX et PENTA (pour les porter à 95%) et l'introduction de nouveaux vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus tout en les portant au même niveau de couverture que les vaccins précédents.

3.2.2.4. Hypothèse d'amélioration d'efficacité

Des mesures et réformes conditionneront l'atteinte des résultats ci-dessus ; il s'agit essentiellement :

- De gratuité de certains intrants promotionnels prioritaires tels que la MILD ;
- De l'institution de contrats de performance par niveau en liaison avec les principales prestations de promotion, de prévention (vaccination, ...) et de prise en charge des enfants malades (paludisme, diarrhée, IRA, ...) ;
- De la révision et du renforcement des primes de zones pour le personnel dans les zones rurales et périurbaines reculées ;
- De promotion de la demande des services préventifs et curatifs, et de promotion des comportements à moindre risque au profit des enfants de moins de 5 ans ;
- De l'instauration de mécanisme de protection sociale (assurances, mutuelles, forfaits, fonds de solidarité, ...) au profit des pauvres pour la PCIME ;
- Et de subvention aux pauvres (transfert « conditionné » d'argent) pour les coûts d'opportunité (temps) pour la demande des soins infanto-juvéniles (y compris les soins nutritionnels).

Les dispositions réglementaires et conditions organisationnelles de leur mise en œuvre seront réunies dès le démarrage du Plan.

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

3.2.3.1. Résultats d'impact

La mise en œuvre de cet axe devra permettre une réduction :

- De l'incidence et de la mortalité spécifique due au VIH à respectivement 12 et 43 pour 100.000.

- De l'incidence et de la mortalité spécifique due au paludisme à respectivement 9,9% et 0,12 pour 100.000.
- De la prévalence de la tuberculose à moins de 60 pour 100.000 en 2015 et 25 pour 100.000 en 2020.

Le niveau actuel de prévalence du VIH met le pays dans une épidémie concentrée avec 0,7%¹⁷ de prévalence du VIH dans la population générale et plus de 5% de prévalence chez certains groupes à risque ; pour ce qui est de l'incidence du VIH, il y aurait environ 3000 nouvelles infections par an représentant 95 pour 100.000 d'incidence.

Tableau 8 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies transmissibles

Indicateurs	Baseline (2011)	Projection fin 2015	Projection fin 2020
Prévalence du VIH (%)	0,7	0,27	0,16
Incidence du VIH (%)	0,095	0,026	0,012
Mortalité spécifique due au VIH pour 100.000	124,08	72,84	43,44
Incidence du Paludisme (%)	17,5	10,9	9,9
Mortalité spécifique due au Paludisme pour 100.000	0,39	0,15	0,12
Prévalence de la Tuberculose pour 100.000	86	60	25
Prévalence de la lèpre pour 100.000	1,1	<1	<1
Prévalence de la schistosomiase intestinale (%)	9,6	4,5	4
Prévalence de la schistosomiase urinaire (%)	34,8 ¹⁸	20	10
Prévalence du trachome (%)	10	<5	<5
Prévalence des géo-helminthiases (%)	1,4	1	<1

Cette évolution permettra d'atteindre en 2015 le niveau attendu pour l'OMD6.

Les prévalences des principales Maladies tropicales négligées (MTN) seront réduites (i) pour la schistosomiase intestinale de 9,6% à 4%, (ii) pour la schistosomiase urinaire de 34,8% à 10%, (iii) pour le trachome de 18% à 5% et (iv) pour la lèpre de 1,1 pour 100.000 à moins de 1 pour 100.000.

3.2.3.2. Résultats d'effet

Pour atteindre ces niveaux de morbidité et de mortalité liée au VIH, au paludisme, à la tuberculose et aux autres maladies transmissibles, le Secteur devra assurer une couverture effective minimale pour un certain nombre d'interventions à haut impact (voir tableau ci-dessous). Ces couvertures seront les résultats d'effet que le Secteur poursuivra dans la mise en œuvre du PNDS afin d'atteindre les résultats d'impact ci-dessus.

¹⁷ Rapport ONUSIDA/OMS 2010

¹⁸ 36% des enfants en âge scolaire des régions endémiques

Tableau 9 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies transmissibles

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2010	PNDS 1 (Fin 2015)	PNDS 2 (Fin 2020)
2.1. Services à base communautaire et familiale			
% des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit dernière	45,5%	80,0%	90,0%
Proportion des ménages ayant bénéficié de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide	0,0%	20,0%	40,0%
Proportion de jeunes ayant déclaré avoir eu un rapport sexuel à risque au cours de 12 derniers mois et avoir utilisé un moyen de protection contre le VIH	ND	20,0%	40,0%
2.2. Service orientés vers les populations			
% de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse	22,0%	80,0%	90,0%
% de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH	3,5%	70,0%	90,0%
2.3. Soins cliniques Individuels			
% d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé	3,0%	90,0%	95,0%
% d'adultes avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé	60,0%	90,0%	95,0%
% de cas de paludisme grave correctement pris en charge	9,4%	90,0%	95,0%
% d'adultes avec IST dépistés et traités	ND	50,0%	85,0%
% des enfants éligibles recevant des ARV	18,4%	45,0%	75,0%
% des femmes enceintes éligibles recevant des ARV	11,0%	45,0%	75,0%
% des adultes sero+ éligibles recevant des ARV	33,2%	60,0%	90,0%
% d'échecs traitement en 1ere ligne recevant un régime ARV de 2ème ligne	0,0%	5,0%	10,0%
% de cas de TB dépistés et traités parmi tous les cas TB	24,7%	55,0%	75,0%
% des malades TB résistants parmi tous ceux qui résistent traités par les médicaments 2ème ligne	28,0%	50,0%	80,0%
% de cas de schistosomiase intestinale dépistés et traités	5%	30%	55%
% de cas de schistosomiase urinaire dépistés et traités	15%	50%	80%
% de Trachome Folliculaire (TF) chez les enfants âgés de 0 à 10 ans	10%	5%	< 5%
% d'enfants âgés de 0 à 10 ans présentant un visage propre	30%	95%	> 95%

3.2.3.3. Domaines prioritaires d'intervention

La mise en œuvre de cet axe visera l'atteinte des résultats d'effets ci-dessus et relatifs plus particulièrement au contrôle du paludisme, des IST/VIH/SIDA, de la tuberculose et des autres maladies transmissibles (telles que les schistosomiasis). Pour atteindre ces

résultats, cette mise en œuvre reposera essentiellement sur le développement et la mise à échelle d'actions préventives et curatives à différents niveaux d'intervention (communautaires, avancés et mobiles ou cliniques) et à différentes tranches d'âges (enfants, adultes, femmes enceintes) toujours dans une optique de garantir une véritable continuité des soins et une équité dans ces interventions.

Ainsi, il s'agira en priorité de développer et mettre à échelle les actions :

- De prévention et de prise en charge du **paludisme**, en coordination avec les interventions visant le couple mère-enfant (comme signalé précédemment), et plus particulièrement :
 - l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée (MILD) par toute la famille mais en priorité par le couple mère-enfant ; dans ce cadre, les efforts de distribution de masse visant la couverture universelle seront renforcés et mieux structurés – avec implication des autres secteurs concernés – en vue de garantir une pérennité des acquis de disponibilité des MILD ;
 - la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides dans le cadre d'une lutte anti-vectorielle pérenne, impliquant d'autres secteurs (environnement, assainissement, collectivités locales,...) ;
 - la prise en charge du paludisme simple de manière précoce et adéquate en priorité aux niveaux périphériques des soins (pour une couverture effective de 60% à 90%) grâce en particulier au renforcement continu des compétences et à la disponibilité des médicaments essentiels dans le cadre des efforts du 5^e axe visant une accessibilité universelle aux médicaments essentiels ;
 - la prise en charge précoce et adéquate de plus de 85% des cas de paludisme grave par des personnels plus qualifiés ;
- De prévention et de prise en charge des IST et du **VIH/SIDA** ; dans ce cadre, au vu du caractère d'épidémie concentrée du VIH dans le pays, l'action sectorielle se focalisera sur :
 - des actions d'information et de communication au profit des groupes vulnérables et des groupes à haut risque par l'accompagnement technique des secteurs public, privé et communautaire impliqués (éducation, jeunesse, défense, affaires islamiques, famille et enfants, OSC, coalition des entreprises, ...) et visant en particulier le changement des comportements à risque ;
 - d'autres actions de prévention visant la sécurité du sang, des soins et du personnel dans toutes les structures publiques et privées de santé ;
 - la mise à échelle de la prévention, de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) à toutes les structures périphériques et intermédiaires de santé comportant un personnel de santé qualifié ; la systématisation du dépistage volontaire, anonyme et gratuit chez toutes les femmes enceintes vues en CPN

garantira une couverture effective quasi-similaire à celle de la CPN 2 (plus de 90%);

- la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) par les ARV soutenue par un suivi biologique adapté ; pour atteindre la couverture effective de 75 à 90% des PVVIH attendues, il s'agira de mettre à échelle au niveau des structures périphériques et intermédiaires de santé disposant d'un personnel de santé qualifié ; des stocks de réactifs, d'ARV et les matériels nécessaires tout en renforçant les compétences de ces personnels ;
 - la prise en charge pédiatrique et des cas résistants de VIH au niveau des structures de référence ;
 - La prise en charge nutritionnelle et psychosociale au niveau des structures de suivi et de prise en charge ;
 - La protection des droits humains des PVVIH.
- De prise en charge précoce et adéquate des cas de **tuberculose** ; pour cela, la généralisation de la stratégie DOTS sera renforcée pour assurer un dépistage précoce, un traitement adéquat à plus de 75% des cas attendus de tuberculose et une prise en charge de la multirésistance aux antituberculeux usuels.
 - D'organisation périodique et de pérennisation des traitements de masse des schistosomiasis intestinale et urinaire ;
 - De renforcement des principales capacités nationales de surveillance épidémiologique et d'action en vue de détecter précocement tout événement pouvant constituer un danger et avoir un effet sanitaire et particulièrement toutes les urgences de santé publique de portée internationale (USPPI), qu'il s'agisse d'épidémies naturelles (fièvres hémorragiques virales), accidentelles ou délibérées, d'accidents biochimiques ou radioactifs, conformément au Règlement Sanitaire International RSI 2005
 - De prévention de la rage par le vaccin antirabique et de lutte contre les animaux errants.

3.2.3.4. Hypothèse d'amélioration d'efficacité

Des mesures et réformes conditionneront l'atteinte des résultats ci-dessus ; il s'agit essentiellement :

- De l'institution de contrats de performance par niveau en liaison avec la promotion, la prévention et la prise en charge des principales maladies (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA et autres maladies) ;
- De la révision et du renforcement des primes de zones pour les personnels des zones rurales et périurbaines reculées et des hôpitaux intermédiaires (hôpitaux de Moughataa et hôpitaux régionaux) ;

- De promotion de la demande des services préventifs et curatifs, et de promotion des comportements à moindre risque au profit des porteurs de paludisme, du VIH et de la tuberculose ;
- De l'instauration de mécanisme de protection sociale (assurances, mutuelles, forfaits, fonds de solidarité, ...) au profit des pauvres pour la prise en charge de ces pathologies ;
- Et de subvention aux pauvres (transfert « conditionné » d'argent) pour les coûts d'opportunité (temps) pour la demande des soins préventifs et curatifs.

Les dispositions réglementaires et conditions organisationnelles de leur mise en œuvre seront réunies dès le démarrage du Plan .

3.2.4. Axe 4 : Lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)

3.2.4.1. Résultats d'impact

Tableau 10 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies transmissibles

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2010	PNDS 1 (Fin 2015)	PNDS 2 (Fin 2020)
Prévalence de l'HTA chez les 16-64 ans	22,4%	20%	15%
Prévalence du diabète chez les 16-64 ans	6%	5%	3,5%
Prévalence du cancer du sein	18%	16%	10%
Prévalence du cancer du col utérin	11%	9%	5%
Prévalence du surpoids/obésité	54%	50%	46%
Prévalence des troubles mentaux	35%	30%	23%

La mise en œuvre de cet axe devra permettre de réduire la prévalence de l'HTA de 22,4% à 15%, du diabète de 6% à 3,5%, et du surpoids chez l'adulte de 54% à 46%. Pour ce qui est des cancers du sein et du col utérin, leurs prévalences seront réduites respectivement de **18%** à **10%** et de **11%** à **5%**.

3.2.4.2. Résultats d'effet

Pour atteindre ces niveaux de morbidité liée aux maladies non transmissibles, le Secteur devra assurer une couverture effective minimale pour un certain nombre d'interventions à haut impact (voir tableau ci-dessous). Ces couvertures seront les résultats d'effet que le Secteur poursuivra dans la mise en œuvre du PNDS afin d'atteindre les résultats d'impact ci-dessus.

Tableau 11 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies non transmissibles

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2011	PNDS 1 (Fin 2015)	PNDS 2 (Fin 2020)
% d'adultes de 16 à 64 ans ne consommant pas du tabac	68%	78%	90%
% d'adultes consommant quotidiennement les 5 portions de fruits et légumes	4,5%	15%	30%
% d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	43%	50%	65%
% de porteurs d'HTA suivis médicalement	39%	60%	75%
% de diabétiques détectés et suivis médicalement	50%	70%	95%
% de cancers du sein détectés et suivis médicalement	20%	25%	35%
% de cancers du col détectés et suivis médicalement	15%	20%	30%
% de cancers de la bouche détectés et suivis médicalement	ND%	25%	50%
% des travailleurs dans les milieux à risque qui utilisent un masque dans leur milieu du travail	10%	40%	70%
% de victimes d'AVP adéquatement pris en charge, y compris les traumatismes maxillo-faciaux	30%	50%	80%
% des structures de santé primaires offrant des services de santé mentale	10%	30%	60%
% de séquelles « handicapantes » adéquatement prises en charge	15%*	50%	80%

* Donnée estimée

3.2.4.3. Domaines prioritaires d'intervention

Comme pour les autres axes, la mise en œuvre de cet axe reposera essentiellement sur deux volets – préventif et curatif – avec une implication active des communautés.

Le volet préventif reposera en particulier sur le développement de programmes de communication multisectoriels (impliquant les secteurs de la communication, de l'éducation, de la jeunesse, des affaires islamiques, de l'industrie, le développement rural, le commerce, l'habitat et les transports, les finances, etc...) visant le changement de comportement et axés sur les principaux facteurs de risques des maladies non transmissibles à savoir le tabagisme, l'inactivité physique, le déséquilibre alimentaire et l'insécurité routière ; ainsi, la stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles s'articulera autour de quatre axes :

- Renforcement de la surveillance épidémiologique des Maladies Non Transmissibles (MNT) en les intégrant au système national de surveillance épidémiologique et en renforçant les capacités technique de dépistage, de notification et d'analyse ;
- Lutte contre les MNT par le renforcement et la mise en œuvre de programmes sanitaires axés sur la prévention des facteurs de risques, la promotion d'un mode de vie sain, le diagnostic clinique et biologique et la prise en charge des malades ; dans ce cadre, la promotion de pratiques adéquates d'alimentation des nourrissons et des

jeunes enfants (allaitement maternel exclusif¹⁹ développé dans l'axe 1) aura un impact additionnel à long terme, en particulier sur la prévention du diabète et de l'obésité; de l'HTA et des Cancers

- Intégration des programmes de prévention et de lutte contre les maladies chroniques dans les PMA; dans ce cadre, la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'handicap seront intégrés aux activités des hôpitaux intermédiaires avec renforcement des capacités des structures de référence à différents niveaux ;
- Développement d'action gouvernementale intégrée avec renforcement de la composante sanitaire dans les autres programmes sectoriels nationaux ;

Pour le volet curatif, l'action réside essentiellement dans le renforcement du système de soins dans le cadre du 5^e axe avec ses différents volets de disponibilité des ressources humaines qualifiées, de médicaments et consommables, d'organisation et de qualité des soins et d'accès financier aux soins essentiels en particulier ceux liés à ces maladies non transmissibles ; les actions viseront en particulier à réduire la mortalité spécifique de ces maladies ainsi que l'handicap fonctionnel qui pourrait en résulter ; dans ce cadre, elles se focaliseront sur :

- le suivi et la prise en charge des cas d'HTA, de diabète et de cancers du sein et du col utérin en vue de porter leurs couvertures effectives respectives à 75%, 95% et de 30 à 35% ; dans le cadre du 5^e axe, un accent particulier sera donné aux aspects humains et matériels nécessaires à ces prises en charge, avec une déconcentration de cette prise en charge aux niveaux intermédiaires ;
- la prise en charge précoce et adéquate des victimes d'accidents de la voie publique (AVP), - y compris les traumatismes maxillo-faciaux - en particulier sur les voies interurbains grâce à la mise en place de centres interrégionaux spécialisés et au renforcement des compétences techniques à différents niveaux ; un programme spécifique de secourisme sera développé en collaboration avec les secteurs impliqués ;
- la prise en charge des problèmes de santé mentale à tous les niveaux de la pyramide de soins ; ainsi, un renforcement des compétences des personnels au niveau des postes et centres de santé, et des hôpitaux intermédiaires se focalisera sur des gestes de prise en charge précoce en collaboration avec le niveau communautaire ;
- la prise en charge précoce des maladies respiratoires chroniques et des maladies professionnelles ;
- la prise en charge précoce et adéquate de la pathologie bucco-dentaire, en particulier les caries dentaires, les parodontopathies ou les dysharmonies dento-dentaires et dento-maxillaires.

¹⁹L'allaitement renforce le système immunitaire de l'enfant et contribue à le protéger des pathologies chroniques qui se développent plus tard dans la vie comme l'obésité et le diabète.

3.2.4.4. Hypothèse d'amélioration d'efficacité

Pour une réelle efficacité des activités du Programme liées à la lutte contre les maladies non transmissibles, certaines mesures et réformes seront mises en œuvre ; il s'agit essentiellement :

- De l'institution de contrats de performance par niveau en liaison avec la prise en charge des principales maladies non transmissibles (cardiopathies, diabète, cancer) ;
- De la révision et du renforcement des primes de zones (i) pour les infirmiers et sage femmes des zones rurales et périurbaines reculées et (ii) pour les infirmiers, sages femmes, techniciens supérieurs et médecins des hôpitaux intermédiaires (hôpitaux de Moughataa et hôpitaux régionaux) ;
- La formation de l'ensemble du personnel sur la prise en charge des MNT et leurs facteurs de risque
- De promotion de la demande des services de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles ;
- Le Renforcement du système de santé en vue de prendre en charge les Maladies non transmissibles
- La promotion de la recherche dans le cadre de la lutte contre les maladies non Transmissibles
- La promotion de partenariat national et international pour prévenir et combattre les Maladies Non transmissibles
- La mise en place d'un système efficace de suivi et évaluation des Maladies non transmissibles
- Des primes d'assurance aux pauvres pour les soins de prise charge de l'hypertension artérielle, du diabète et des accidents de la voie publique, des affections respiratoires chroniques et des cancers.

Les conditions réglementaires et organisationnelles de leur mise en œuvre seront réunies dès le démarrage du Plan.

3.2.5. Axe 5 : Renforcement du système de santé

Ce 5^e axe a pour objectif de permettre l'atteinte des résultats d'impacts présentés dans les précédents axes ; il s'agira de renforcer les différents volets du système de santé pour permettre un accès universel aux services préventifs, curatifs et promotionnels qui seront développés en vue d'une réduction durable de la mortalité et de la morbidité.

Pour une meilleure programmation de ce renforcement, cet axe visera à atteindre les résultats d'effet ci-dessous.

3.2.5.1. Résultats d'effet

Ces niveaux de résultats d'effet ont été estimés après une simulation de levée des goulots d'étranglement et en conformité avec les besoins d'accès universel aux services essentiels de santé.

Tableau 12 : Evolution attendue des indicateurs d'offre de services au niveau national

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2011	PNDS 1 (Fin 2015)	PNDS 2 (Fin 2020)
Accessibilité géographique (dans un rayon de 5 km)	79,01%	90,0%	91,0%
Disponibilité des personnels communautaires (agents de santé communautaire et relais communautaires)	5,0%	80,0%	85,0%
Disponibilité des RHS au niveau du poste de santé selon les normes	50,0%	75,0%	90,0%
Disponibilité des RHS au niveau du centre de santé selon les normes	60,0%	90,0%	95,0%
Disponibilité des RHS au niveau de l'hôpital intermédiaire selon les normes	70,0%	95,0%	95,0%
Disponibilité des RHS au niveau de l'hôpital central selon les normes	30,0%	60,0%	80,0%
Disponibilité des intrants communautaires	2,0%	80,0%	85,0%
Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau du poste de santé	30,0%	75,0%	95,0%
Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau du centre de santé	30,0%	90,0%	95,0%
Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau de l'hôpital intermédiaire	60,0%	95,0%	95,0%
Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau de l'hôpital central	30,0%	90,0%	95,0%
Dépense publique de santé par personne et par an (en UM)	3.575	8.844	14.571
Dépense publique de santé par personne et par an (en \$US)	13,0	32,2	52,0
% de la dépense publique par rapport au PIB	2,8%	2,8%	4,7%
% du budget santé par rapport au budget total de l'Etat	4,0%	8,2%	13,6%
Part du budget Etat en pourcentage des dépenses publiques de santé	55%	70,0%	70,0%
Dépenses des ménages (out of pocket)	12%	10,0%	10,0%
Part du financement par les collectivités ou par le privé en pourcentage des dépenses publiques de santé	5%	5,0%	5,0%
Part des financements extérieurs en pourcentage des dépenses publiques de santé	17,0%	15,0%	15,0%
Part de la dépense publique de santé du niveau périphérique (postes et centres de santé) en pourcentage des dépenses publiques de santé	17,0%	25,0%	35,0%
Part de la dépense publique de santé du niveau intermédiaire (hôpitaux de Moughataa et régionaux) en	10,0%	15,0%	20,0%

pourcentage des dépenses publiques de santé			
Part de la dépense publique de santé du niveau tertiaire (hôpitaux centraux) en pourcentage des dépenses publiques de santé	31,0%	25,0%	20,0%
Part de la dépense publique de santé du niveau administratif (régional et central)	42,0%	35,0%	25,0%

3.2.5.2. Domaines prioritaires d'intervention

Le renforcement du système de santé se fera à travers huit domaines prioritaires d'action retenus au décours de l'analyse de situation du secteur et conformément à la Déclaration de Ouagadougou. Il s'agit de :

- **l'accessibilité géographique** des services essentiels de santé : dans ce cadre, la mise en œuvre du PNDS permettra la construction, la réhabilitation, l'équipement et la maintenance des structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; l'orientation stratégique des neuf prochaines années mettra l'accent sur les structures périphériques et intermédiaires dans une optique d'accès des populations les plus vulnérables – rurales, périurbaines et pauvres – aux paquets de services essentiels de santé. Le développement de la Carte sanitaire sur la base d'un système d'information géoréférencé permettra de mieux cibler ces zones « oubliées » dans les régions et Moughataa reculées, et souvent plus pauvres. Par ailleurs, le Ministère de la santé et les Directions régionales de santé seront dotés des locaux et des équipements adéquats en cohérence avec les rôles renforcés attendus.
- **développement des ressources humaines** pour la santé : l'existence d'un plan national stratégique de développement des ressources humaines (PSDRH) constituera une opportunité qu'il faudra réactualiser et mettre en œuvre afin de garantir une « fonctionnalité » permanente des structures fixes de santé et de redynamiser les activités avancées et mobiles de santé en collaboration avec les structures communautaires qui seront développées ; les différents aspects de formation, recrutement, gestion, motivation et information seront améliorés en tenant compte des principales insuffisances et contraintes retenues dans la partie analyse de situation et en appui des orientations stratégiques des axes précédents ; Le PSDRH réactualisé sera opérationnalisé de manière à combler les disparités et couvrir les besoins, décentraliser la formation mais pas au détriment de la qualité notamment par l'amélioration des terrains de stages et en veillant à l'application des normes de qualité pour la formation professionnelle; dans ce cadre, l'ENSP élargira son champs à d'autres filières telles que la formation des enseignants et des gestionnaires de santé. La normalisation²⁰ de la fonction de « tradipraticien » permettra d'une part, de l'impliquer efficacement dans l'action de santé à tous les niveaux de la pyramide, en particulier comme acteur communautaire, et d'autre part, de protéger cette « filière » contre l'automédication et l'usurpation de cette fonction.

²⁰ Définition de normes et procédures pour la pratique de la médecine traditionnelle

- **l'accessibilité des médicaments, vaccins et consommables de qualité, y compris les intrants thérapeutiques nutritionnels:**

Ce domaine devra reposer sur la nouvelle politique pharmaceutique nationale et son plan de développement. Ainsi, les axes stratégiques prioritaires suivants doivent être retenus en termes d'intervention pour corriger les dysfonctionnements du secteur pharmaceutique national. Il s'agit de :

- ✓ L'Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments et autres intrants thérapeutiques à travers (i) un cadre juridique et institutionnel renforcé, (ii) la mise en place de procédures et d'outils de gestion, (iii) le développement des ressources humaines du sous secteur pharmaceutique, (iv) la mobilisation des ressources nécessaires pour la pérennisation des approvisionnements pharmaceutiques, (v) la relance du SRC et (vi) l'harmonisation de la tarification des médicaments dans le secteur privé.
- ✓ Le renforcement du système d'assurance qualité des médicaments et autres intrants médicaux à travers (i) le renforcement des structures nationales de régulation et de contrôle du secteur pharmaceutique (DPL, IGS, CAMEC et LNCQ), (ii) la mise en place de procédures fiables et adaptées, (iii) l'organisation de supervisions formatives, (iv) le renforcement du cadre législatif et réglementaire, (v) l'adoption et la mise en œuvre des Bonnes Pratiques Pharmaceutiques et le contrôle systématique de la qualité des médicaments distribués sur le territoire national et la coordination inter-départements,
- ✓ L'Amélioration de l'utilisation rationnelle des médicaments à travers (i) la révision de la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME), (ii) l'élaboration des ordigrammes, des guides cliniques et thérapeutiques et les formulaires nationaux des médicaments (iii) la formation des prestataires sur la prescription rationnelle et (iv) la mise en place d'un système de pharmacovigilance.

Parallèlement, la stratégie nationale de sécurisation des produits SR sera opérationnalisée en mettant l'accent sur les aspects de prévisibilité, de disponibilité et de qualité de ces produits essentiels dans le cadre d'une unicité du système national d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques. Pour le cas particulier de la disponibilité du sang sécurisé, une stratégie nationale de transfusion sanguine sera élaborée et mise en œuvre conformément à la politique nationale de transfusion sanguine. Par ailleurs, la promotion de la recherche sur les plantes médicinales permettra de déterminer leur apport, de normaliser leur utilisation et de les intégrer dans la pharmacopée nationale ; ce qui facilitera la lutte contre les effets néfastes des produits actuellement utilisés par les tradipraticiens tout en améliorant davantage l'accès au médicament.

- De la **redynamisation de l'approche communautaire** : l'expérience passée (dans les années 90) sera mise à profit pour relancer cette approche qui reste prioritaire dans un environnement marqué par un « éparpillement » des populations et une faible utilisation des services, en particulier des services préventifs et promotionnels ; plusieurs interventions à haut impact reposent sur une mise en œuvre généralisée de

cette approche. L'un des objectifs étant de disposer d'un agent relai communautaire pour tous les 40 ménages et d'agent de santé communautaire dans les villages situés à plus de 5 km d'une structure de santé et ayant une population qui dépasse 500 habitants ; par ailleurs, les comités de santé seront redynamisés à tous les niveaux et seront accompagnés pour jouer pleinement leurs rôles dans un objectif de pleine participation des communautés dans la gestion du système de santé ; une stratégie communautaire consensuelle sera élaborée pour asseoir les principes, les critères, les mécanismes et les composantes de mise en œuvre de cette approche communautaire ; elle traitera de la question relative à l'intégration des USB dans la pyramide sanitaire et à la prise en charge financière des agents communautaires (ASC et RC).

- De **l'amélioration quantitative et qualitative du financement** et du développement de la protection sociale : l'orientation de la Politique nationale de santé (2006-2015) constituera la base de ce domaine ; ainsi, le financement du système public de santé sera assuré par trois principales sources :
 - le financement de l'Etat sera progressivement déconcentré, et se fera principalement à travers les crédits alloués aux structures par niveau et les subventions budgétaires publiques pour les institutions autonomes sous tutelles. L'Etat restera le principal bailleur du secteur (avec environ 70% de l'ensemble du financement) et son apport budgétaire sera prioritairement orienté vers les dépenses des niveaux opérationnels, en garantissant la pérennité des coûts de fonctionnement ;
 - développement de mécanismes de partage de risque (mutuelles, assurance maladie, forfait obstétrical) et de système de solidarité (fonds d'indigence) constituera un des axes prioritaires de financement du secteur. L'objectif recherché étant une réduction substantielle des dépenses catastrophiques de santé des ménages; dans ce cadre, l'assurance maladie sera progressivement étendue aux autres groupes de travailleurs des secteurs formels et informels, et les expériences de mutuelles et de forfait seront mises à échelle après des évaluations ;
 - les financements extérieurs viendront en complément à ces différents types de financements (avec 15 à 20% de l'ensemble du financement), et permettront particulièrement la prise en charge d'opérations d'investissement dans les différents domaines de l'action socio-sanitaire ; les directives de la Déclaration de Paris permettront la mise en place de mécanismes commun de gestion dans le cadre d'une approche sectorielle redynamisée et renforcée ; dans ce cadre un pacte national sera signé autour des orientations stratégiques du PNDS, du financement conjoint du CDMT 2012-2015 et du système unique de gestion, de suivi et évaluation.

L'amélioration de l'efficacité et de la transparence dans la gestion des recettes propres du système viendra renforcer le financement du système de soins, en

particulier le niveau hospitalier. Un effort particulier de suivi et de contrôle de ces recettes propres sera réalisé à travers les mécanismes de suivi et d'inspection développés dans les autres paragraphes ; dans ce cadre, les Conseils d'administration des Etablissements publics de santé intégreront des représentants des bénéficiaires renforçant ainsi le contrôle citoyen sur la gestion de ces structures en veillant à l'accès financier des prestations aux populations, en particulier les plus vulnérables.

- De la **réforme hospitalière** : elle visera à faire de l'hôpital la structure technique de référence à chaque niveau de la pyramide sanitaire; dans ce cadre, la mise en œuvre de cette réforme permettra aux hôpitaux de s'acquitter de leurs missions qui sont au nombre de quatre : (i) assurer l'accès de l'ensemble de la population à des soins de référence et d'urgence de qualité, produits aux meilleurs coûts, (ii) contribuer à la formation initiale et continue des professionnels de santé, (iii) contribuer au développement de la recherche pour la santé et (iv) participer à la mise en œuvre des programmes de santé publique. Sa stratégie de mise en œuvre reposera sur deux démarches complémentaires : d'une part assurer la disponibilité de soins hospitaliers de qualité, produits aux meilleurs coûts, et d'autre part, veiller à l'accès (géographique et financier) de ces services à l'ensemble des populations. La disponibilité des soins hospitaliers de qualité reposera sur les options (i) d'autonomie de gestion axée sur la performance, (ii) de renforcement des capacités techniques et gestionnaires à travers, entre autres stratégies, un plan de développement des capacités managériales et de leadership des responsables de ces structures, (iii) de politique de développement des RHS, (iv) de programme d'assurance qualité et d'humanisation des hôpitaux, et (v) de renforcement du système de pilotage et de suivi des structures (en particulier à travers la mise en place d'un cadre juridique et organisationnel adéquat) ; par ailleurs, l'accès aux soins nécessitera la mise en œuvre d'une carte hospitalière (faisant partie intégrante de la carte sanitaire) et le développement d'une politique de financement associant tarification sociale (grâce au budget Etat), partage des risques et fonds de solidarité.
- Du **renforcement des capacités institutionnelles** : Il vise un renforcement transversal des autres domaines ci-dessus en particulier les aspects de planification, de mobilisation des ressources, de mise en œuvre et de suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide de santé. Les compétences en planification axée sur les résultats seront renforcées, les outils seront développés et les moyens nécessaires mis en place afin de garantir un processus gestionnaire efficace, pertinent et réaliste. Des entités de coordination seront mises en place et/ou redynamisées tant au niveau central que régional ou périphérique afin de garantir une intégration, une complémentarité et une synergie des actions dans différentes zones et à différents niveaux. Le système national d'informations sanitaires sera renforcé et élargi pour couvrir les différentes composantes et les principales actions sectorielles ; un accent particulier sera accordé à la recherche pour la santé dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique nationale qui sera adoptée par les différents intervenants du secteur en collaboration avec les institutions nationales de recherche. Enfin, le rôle de

régulation sera renforcé en donnant au secteur le cadre juridique et réglementaire, les moyens humains et matériels et l'accompagnement politique nécessaire pour assurer un contrôle et un suivi efficace des différents sous-secteurs, tant au niveau public que privé ; dans ce cadre, la réorganisation du département concernera aussi l'individualisation d'une inspection de pharmacie, d'une inspection médicale et d'une inspection administrative et financière au sein de l'inspection générale de la santé, et sa déconcentration au niveau des Directions régionales de la santé, avec un renforcement en ressources humaines qualifiées et en moyens matériels et financiers.

- De **l'amélioration de l'environnement de la santé** : Les différents axes stratégiques ont montré la nécessité répétée de rendre l'action de santé plus multisectorielle ; ainsi, l'action des secteurs (communication, éducation, jeunesse, affaires sociales, hydraulique, développement rural, pêche, défense, commerce, affaires islamiques, industrie, sécurité alimentaire, etc...) a des implications directes ou indirectes sur l'atteinte des résultats du secteur santé. La mise en œuvre du présent PNDS permettra de mettre en place les systèmes, mécanismes et instruments nécessaires pour une meilleure synergie et une multi-sectorialité effective de l'action de santé ; elle visera - par exemple - à renforcer les efforts pour réduire les conséquences de l'insécurité alimentaire sur la santé des mères et des enfants (malnutrition chronique et carences en micro-nutriments) ; par ailleurs, des institutions (tel qu'un Centre antipoison) seront mises en place et des plans multisectoriels mis en œuvre en vue de lutter contre les facteurs de risque sanitaires résultant d'une exploitation accrue des ressources naturelles et d'une dégradation de l'environnement suite aux différentes pollutions (pollution microbiologique et chimique des eaux, pollution de l'air par des particules en suspension et des polluants gazeux en milieu urbain, la pollution du sol par les décharges ménagères ou les déchets industriels et agricoles) ; la volonté du Gouvernement de promouvoir l'hygiène publique s'est traduite par la promulgation d'une loi sur le code d'Hygiène en 2010 et la création d'une nouvelle direction de l'hygiène publique ; les interventions dans ce domaine mettront l'accent sur la mise en place du cadre de concertation, la sensibilisation sur le code d'hygiène et la mise en œuvre des dispositions du Code relatives au secteur de la santé.

Chapitre 4 : Besoins en matière de ressources et d'information

Les besoins en ressources ont été calculés pour atteindre les résultats d'effet du 5^e axe relatif au renforcement du système de santé prenant en compte les besoins additionnels nécessaires à l'atteinte des couvertures effectives en interventions essentielles retenues dans les quatre premiers axes d'action.

4.1. Besoins en Infrastructures, Equipements, Matériels et Logistique

Pour atteindre la couverture sanitaire escomptée, il s'agira d'abord de rendre plus fonctionnelles les structures existantes (de 20 à 45% de ces structures) qui nécessitent des reconstructions, des réhabilitations ou des équipements additionnels ; par ailleurs, il sera nécessaire de procéder à de nouvelles constructions dans des zones reculées habitées par des densités humaines suffisantes ou suffisamment éloignées pour justifier de telles créations conformément à la carte sanitaire.

Tableau 13 : Projection des besoins en infrastructures et en équipements.

	PNDS 1 (2012-2015)	PNDS 2 (2016-2018)
Postes de santé		
Nouvelle construction	100	100
Réhabilitations	200	231
Équipements de PS	200	250
Centres de santé		
Nouvelle construction	20	28
Réhabilitations (y compris transformation des CSB en CSA)	37	26
Équipements de CS (A et B)	30	40
Ambulances	20	15
Véhicules (tout terrain)	35	45
Autres véhicules spécialisés (ex : clinimobiles)	5	5
Hôpitaux régionaux et de Moughataa		
Réhabilitations	8	14
Équipements	5	8
Banques du sang nationales et régionales	4	9
Ambulances	30	30

Pour la logistique, en particulier roulante (véhicules, motos, ...), elle constituera un des leviers de la mise à échelle des prestations préventives, du renforcement de la référence (ambulances) et de la supervision par niveau ; pour une amélioration de la disponibilité du sang sécurisé, des « clinimobiles » seront acquises au profit des centres national et interrégionaux de transfusion sanguine ; enfin, un accent particulier sera accordé au développement des laboratoires de santé publique par la mise en place d'un cadre réglementaire d'un réseau national avec programme d'assurance de la qualité, un

renforcement des capacités en ressources humaines, équipements et un approvisionnement régulier en réactifs et consommables de laboratoire .

4.2. Besoins en Ressources humaines

Pour estimer les ressources humaines, il a fallu (i) retenir des normes en personnels par type de structures, (ii) estimer les départs attendus par retraites, décès ou autres, et (iii) utiliser les données disponibles en termes de personnels « actifs » ou en cours de formation.

Tableau 14 : Normes en personnels de santé par catégorie et par type de structure

	PS	CSB	CSA	H1 (*)	H2	H3	H4	H5	CNC	CNO	CHME	CNP	CNORF	Centres spéc	Institut°de formation
Aides Inf, accouch. auxil et aux de nutrit	1	3	4	10	15	22	30	48	12	12	30	18	12		
Infirmiers médico-sociaux	2	4	6	10	15	22	60	179	95	95	95	15	0		
IDE	1	1	2	6	9	12	30	84	66	66	40	30	0		
SFE		2	3	4	6	9	14	16	0	0	38	0	0		
Techniciens paramédicaux (Rx, Labo, Biom, Pharm)		1	2	6	9	12	18	40	20	20	20	28	0	10	
Techniciens supérieurs de santé			2	4	7	14	21	50	18	18	25	18	32		20
Médecins généralistes / Dentistes/Pharmacien		1	3	4	10	13	20	55	14	14	22	8	2	2	
Médecins spécialistes				3	4	16	30	96	24	24	59	18	4	5	
Personnel administratif			3	13	15	23	34	68	23	23	34	36	15	15	15

(*) H1, H2, ... représentent la classification des hôpitaux en fonction de la capacité litière (voir annexe)

En référence à ces normes en personnels rapportées aux nombres existant et additionnel d'infrastructures de santé, et en tenant compte des « pertes²¹ » (décès et départs en retraite), les besoins additionnels en ressources humaines pour la santé ont été estimés et présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Estimation des besoins en personnels de santé

	Effectif	Besoins Niv Décent	Besoins du Niveau Tertiaire	Total	Gap
Aides Infirmiers et accoucheuses auxiliaires et aux de nutr	737	1113	385	1498	761
Infirmiers médico-sociaux	1049	1984	732	2716	1667
IDE	672	871	433	1304	632
SFE	345	282	156	438	93
Techniciens paramédicaux (Rx, Labo, Biom, Pharm)	114	161	295	456	342
Techniciens supérieurs de santé	215	80	432	512	297
Médecins généralistes / Dentistes/Pharmacien	338	201	273	474	136
Médecins spécialistes	209	0	344	344	135

²¹ Les décès et les départs en retraite ont été estimés en référence à la moyenne des six dernières années

Pour toutes les catégories du personnel soignant, un besoin additionnel est nécessaire pour la mise en œuvre du PNDS ; les catégories « administratives » nécessiteraient des études complémentaires pour évaluer exhaustivement les besoins additionnels au cours de la période 2012-2020.

La transformation de l'ENSP en Ecole Nationale des Cadres de la santé permettra de reprendre la formation de filières essentielles telle que celle des techniciens supérieurs de nutrition indispensables à l'amélioration de l'Etat nutritionnel des populations ou des techniciens en hygiène et assainissement pour la promotion et la surveillance de l'application du Code d'hygiène.

4.3. **Besoins en médicaments et consommables**

Les besoins en médicaments et consommables et des autres intrants thérapeutiques nutritionnels ont été estimés en relation avec les niveaux de couverture en interventions essentielles à haut impact planifiés pour le PNDS1 et le PNDS2. Les quantités en détail par médicament et consommable essentiels peuvent être dégagées à partir des matrices de base. Le système d'approvisionnement, de stockage et de distribution sera revu pour garantir la disponibilité à différents niveaux de ces médicaments et consommables essentiels.

Pour les plantes médicinales, leur intégration dans le programme de recherche permettra de mieux définir leur utilisation et d'apprécier ainsi les besoins futurs.

4.4. **Besoins en Ressources financières**

Comme développé dans la partie approche méthodologique, deux principaux outils de costing et de budgétisation ont été utilisés - MBB et outil MNT-Mau - et ont permis d'estimer les ressources additionnelles annuelles nécessaires pour l'atteinte des résultats ci-dessus ; parallèlement, et en référence au dernier rapport du Ministère des Finances et du FMI²² de juillet 2011, il a été possible d'apprécier la part du budget Etat qui sera alloué à la santé par rapport au budget total de l'Etat (hors dette).

En matière de projection financière, l'attention sera surtout accordée au moyen terme, c'est-à-dire au PNDS1. Le chapitre 5 développe les différents besoins annuels de financement.

Globalement, le PNDS1 2012-2015 coûtera environ 110 milliards d'ouguiyas, alors que le PNDS2 2016-2020 en coûtera 206 milliards.

²² Rapport MF/FMI 2010

4.5. Besoins en informations et communication

La mise en œuvre du présent PNDS aura besoin d'un effort particulier en termes d'information et de communication. Cette mise en œuvre s'appuiera essentiellement sur quatre types d'informations et de communication :

4.5.1. L'information sanitaire proprement dite

Il s'agit des données sur (i) l'état de santé des populations, (ii) leurs comportements vis-à-vis de la santé et de la maladie, et (iii) l'utilisation des services de santé. Ce type d'information est du ressort du Ministère de la santé, de ses services déconcentrés et des institutions nationales de recherche (ONS, Université, Ecoles de santé, ...). Ces données seront acquises à travers le système de routine du SNIS, les supervisions et collectes actives, ainsi que par des enquêtes nationales ou localisées. Des rapports nationaux, régionaux, départementaux, des rapports d'enquêtes et de missions permettront la diffusion de ces informations qui seront périodiquement synthétisées dans l'annuaire des statistiques sanitaires annuellement publié par le Ministère de la santé après adoption par le CONAP.

4.5.2. La communication pour le changement social et de comportement (CCSC) des populations

Tenant compte des principales données recueillies ci-dessus, analysées et synthétisées dans l'annuaire des statistiques sanitaires, les services de communication à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mettront en œuvre le programme de CCSC qui sera au préalable validé par les différents programmes d'action comportant un volet promotion de la santé, et adopté par le CONAP. Ces actions d'IEC viseront à la fois :

- L'adoption d'un comportement sans risque tant vis-à-vis des maladies transmissibles que non transmissibles ;
- Le renforcement de l'utilisation des services, avec de plus en plus de précision quand au type, lieu et coût des services préventifs et curatifs essentiels ;
- L'implication effective des communautés dans la gestion du système de santé à travers des représentations efficaces au sein des comités et conseils à tous les niveaux de la pyramide de santé.

4.5.3. L'information gestionnaire y compris l'information financière

Ce troisième groupe d'informations visera à suivre régulièrement et à tous les niveaux du système de santé (i) l'exécution des activités y compris les prestations fournies par type, programme, région ou Moughataa, et par trimestre, (ii) l'exécution de tous les financements mobilisés en faveur du secteur, (iii) la situation mensuelle des ressources humaines, des médicaments et consommables essentiels, ainsi que de la fonctionnalité des principaux équipements de santé (équipements de radiologie, de laboratoire, de chirurgie, de banques de sang, ...).

Ce type d'information sera intégré au SNIS de routine afin d'être un système exhaustif et performant de suivi et d'aide à la prise de décision.

4.5.4. La communication et le plaidoyer

Il permettra d'informer régulièrement sur le secteur, sa stratégie, ses réalisations, ainsi que ses défis en termes de forces, faiblesses, opportunités et contraintes. Cet effort vise à mobiliser le maximum d'énergies gouvernementales ou non, publiques et privées, nationales et internationales en faveur du secteur y compris la mobilisation de ressources financières.

Dans ce cadre, il sera annuellement organisé des journées nationales sur la santé au cours desquelles toutes ces informations seront mises à la disposition des différents intervenants et acteurs du secteur ; parallèlement, un bulletin mensuel sera régulièrement édité et gratuitement diffusé en vue d'une vulgarisation des principales informations sur le secteur. Cette publication servira aussi à informer sur les meilleures bonnes pratiques, de dévouement, d'assiduité ou d'engagement des responsables et personnels de santé.

Chapitre 5 : Cadre de Dépenses à moyen terme 2012-2015 : Budget et Plan de financement du PNDS1 2012-2015

Pour faciliter le consensus autour du scénario optimal, trois variantes sont présentées selon le niveau d'atteinte des objectifs du Plan et le financement additionnel requis ; quatre principaux critères ont été pris en compte pour développer ces différents scénarii :

- Le développement de nouvelles interventions à haut impact permettant de plus en plus de réduction de la mortalité et de la morbidité ; les nouvelles interventions ont été planifiées pour les deux scénarii maximal et moyen ;
- Le niveau de couvertures atteint diminuant progressivement du scénario maximal au minimal ; les niveaux de couverture du scénario intermédiaire sont plus proches du scénario maximal ;
- Les primes d'assurances au profit des pauvres et la subvention de leur demande prévus dans le scénario maximal ;
- Les primes de performance en liaison avec les résultats d'effets par intervention – pour certaines interventions liées aux trois premiers axes – prévues dans le scénario maximal.

Ces simulations ont permis, d'une part, de comparer les résultats atteints par scénario, et d'autre part, d'analyser de manière comparative les financements additionnels nécessaires par scénario.

5.1. Scénarios d'évolution des résultats d'effets et d'impact

5.1.1. Scénarios d'évolution des résultats d'effet

Dans cette section, les résultats d'effet sont présentés par axe, pour les principales interventions à haut impact et par scénario.

▪ Résultats d'effets liés à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

Tableau 16 : Evolution des indicateurs de couverture en services de santé maternelle et néonatale par scénario

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2010	Scénario minimal	Scénario moyen	Scénario maximal
2.1. Services à base communautaire et familiale				
Nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance	31,7%	31,7%	31,7%	46,0%
% des Nouveau-nés avec pneumonies sans soins cliniques mais plutôt traités aux antibiotiques à domicile	2,0%	2,0%	6,2%	11,7%
2.2. Service orientés vers les populations				
% de femmes en âge de reproduction demandant et utilisant actuellement une méthode de contraception	24,5%	20,0%	25,0%	32,5%

Proportion de femmes de 10 à 16 ans qui reçoivent le vaccin HPV	0,0%	10,0%	20,0%	30,0%
% de femmes enceintes ayant accompli 4 visites CPN incluant le test des urines	4,0%	10,0%	25,0%	35,0%
% de mères ayant accouché dans les 12 derniers mois protégées contre le tétanos	33,0%	35,0%	50,0%	60,0%
% des femmes enceintes anémiques recevant une supplémentation de fer	0,0%	25,0%	55,0%	70,0%
2.3. Soins cliniques individuels				
% d'accouchements assistés par personnel qualifié	48,4%	48,0%	58,0%	62,1%
% des grossesses avec complications traitées dans les structures SOUB ou SOUC	59,0%	59,0%	64,0%	70,0%
Taux de Césariennes	1,4%	1,5%	2,0%	2,5%
% de femmes enceintes avec risque de prématurité traitées aux stéroïdes anténataux par un agent de santé formé	0,0%	29,2%	39,7%	50,2%
% des cas d'éclampsie traités avec du Sulfate de Mg par un agent de santé formé	36,3%	36,3%	41,3%	52,7%
% des cas d'infection néonatale traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	2,0%	18,7%	35,3%	48,9%
% des cas pneumonies néonatale traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	10,0%	23,7%	33,6%	50,0%

▪ **Résultats d'effets liés à la lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile**

Tableau 17 : Evolution des indicateurs de couverture en services de santé infanto-juvénile par scénario

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2010	Scénario minimal	Scénario moyen	Scénario maximal
2.1. Services à base communautaire et familiale				
% des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit dernière	45,5%	50,0%	68,9%	79,6%
% de la population utilisant les toilettes améliorées	38,2%	40,0%	45,0%	50,0%
Proportion d'enfants dont les selles sont éliminées en toute sécurité	10,8%	12,0%	15,0%	20,0%
Enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein	45,9%	45,9%	50,5%	53,6%
% enfants avec diarrhée buvant plus d'eau	9,0%	15,9%	23,5%	44,0%
% enfants avec diarrhée traité avec SRO et Zinc	0,0%	0,0%	7,8%	14,7%
% des enfants respirant difficilement sans soins cliniques mais plutôt traités aux antibiotiques à domicile	2,0%	2,0%	6,2%	11,7%
2.2. Service orientés vers les populations				

% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	59,0%	60,0%	75,0%	90,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination BCG	81,0%	82,0%	90,0%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination OPV	63,0%	65,0%	75,0%	90,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent	64,0%	65,0%	75,0%	90,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque	0,0%	0,0%	0,0%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le rotavirus	0,0%	0,0%	0,0%	95,0%
% d'enfants de < 5ans ayant reçu la supplémentation de Zinc	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%
2.3. Soins cliniques individuels				
% de cas d'IRA traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	26,0%	37,0%	53,0%	60,0%
% de cas de diarrhée traités au Zinc par un agent de santé formé	0,0%	0,0%	0,0%	36,7%
% d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé forme	3,0%	10,0%	35,0%	70,0%
% des enfants éligibles recevant des ARV	18,4%	20,0%	35,0%	45,0%

▪ **Résultats d'effets liés à la lutte contre les maladies transmissibles**

Tableau 18 : Evolution des indicateurs de services de prévention et de prise en charge des principales maladies transmissibles par scénario

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Base 2010	Scénario minimal	Scénario moyen	Scénario maximal
2.1. Services à base communautaire et familiale				
% des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit dernière	45,5%	50,0%	68,9%	79,6%
Proportion des ménages ciblés pour la pulvérisation d'insecticide afin de prévenir le paludisme	0,0%	10,0%	15,0%	20,0%
% de rapports sexuels à risque utilisant les condoms	0,0%	5,0%	10,0%	20,0%
2.2. Service orientés vers les populations				
% de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse	22,0%	25,0%	45,0%	56,0%
% de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH	3,5%	5,0%	40,0%	70,0%
2.3. Soins cliniques individuels				
% d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé forme	3,0%	10,0%	35,0%	70,0%

% de femmes enceintes avec paludisme traitées à l'ACT par un agent de santé forme	2,7%	10,0%	30,0%	53,0%
% d'adultes avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé forme	3,0%	20,0%	50,0%	80,0%
% de cas de paludisme grave correctement pris en charge	9,4%	15,0%	25,0%	30,0%
% d'adultes avec IST dépistés et traités	0,0%	28,6%	38,4%	50,2%
% des enfants éligibles recevant des ARV	18,4%	20,0%	35,0%	45,0%
% des femmes enceintes éligibles recevant des ARV	11,0%	15,0%	20,0%	25,0%
% des adultes séropositifs éligibles recevant des ARV	33,2%	35,0%	45,0%	55,0%
% d'échecs de traitement en 1ere ligne recevant un régime ARV de 2ème ligne	0,0%	5,0%	5,0%	5,0%
% de cas de TB dépistés et traités parmi tous les cas TB	24,7%	40,0%	45,0%	55,0%
% des malades TB résistants parmi tous ceux qui résistent traités par les médicaments 2ème ligne	28,0%	30,0%	40,0%	50,0%

5.1.2. Scénarios d'évolution des résultats d'impact

Pour ce qui est des résultats d'impact, le tableau ci-dessous montre l'évolution des résultats d'impact des différents scénarii ; le scénario maximal est celui qui permettra au pays de tendre au maximum vers l'atteinte des OMD.

Tableau 19 : Evolution des indicateurs d'impact par scénario

			Scénario minimal	Scénario moyen	Scénario maximal
	Unité	Donnée de base (2010)	Projection fin 2015	Projection fin 2015	Projection fin 2015
Mortalité infanto-juvénile	p1000	122,00	107,61	73,24	55,20
Mortalité infantile	p1000	77,00	67,12	46,69	35,45
Mortalité néonatale	p1000	43,00	36,64	26,49	20,35
Mortalité maternelle	p100.000	550,00	539,05	430,50	353,40
Mortalité spécifique liée au VIH/SIDA	p100.000	124,08	102,52	86,16	72,89
Mortalité spécifique liée au paludisme	p100.000	0,39	0,33	0,22	0,15
Malnutrition chez les 12-23m	%	17,8%	17,8%	17,0%	16,6%

5.2. Scénarios de financement

Les scénarii de financement correspondent aux ressources financières additionnelles nécessaires pour l'atteinte des résultats d'effet relatifs aux interventions à haut impact pour chacun des scénarii, et secondairement l'atteinte des impacts présentés ci-dessus.

5.2.1. Scénario maximal

- **Coûts additionnels par mode de prestation (en UM)**

Tableau 20 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario maximal par mode de prestation et par an

Modes de prestation des services	2012	2013	2014	2015
Services à base communautaire et familiale	1 986 242 062	3 564 668 913	5 132 364 338	6 715 083 759
Service orientés vers les populations	3 026 924 860	3 830 630 387	3 824 664 603	4 856 253 666
Soins cliniques individuels	3 008 509 638	3 044 187 816	1 819 233 255	2 209 294 099
Gouvernance et gestion aux niveaux régional et national	501 597 916	582 864 944	548 037 805	675 395 146
Total	8 523 274 476	11 022 352 059	11 324 300 002	14 456 026 670

Le passage à échelle de la plupart des interventions à haut impact nécessitera du même coup la généralisation des ASC et RC des activités de promotion de la santé et de prise en charge communautaires des maladies de la mère et de l'enfant, d'où une augmentation quasi progressive durant les 3 premières années des financements nécessaires au niveau familial et communautaire.

Pour le mode orienté vers les populations, avec des couvertures préventives assez élevées, le financement additionnel serait plafonné à plus de 3 milliards au cours des deux premières années permettant de mettre en place les différents éléments nécessaires aux activités fixes et mobiles, et l'acquisition croissante des intrants promotionnels nécessaires à la couverture des besoins nationaux.

Enfin, pour le mode de soins cliniques, les deux premières années serviront aux gros investissements indispensables pour la relance effective du système de santé à côté des coûts de fonctionnement croissants qui expliquent en partie l'augmentation de la quatrième année.

- **Coûts additionnels par axe stratégique du PNDS (en UM)**

Tableau 21 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario maximal par axe stratégique et par an

Axes du PNDS	2012	2013	2014	2015
AXE1: LCMMNN	1 476 892 969	1 420 916 702	744 187 873	936 512 630
AXE2: LCMIJ	1 653 093 422	3 001 819 512	4 293 218 045	5 654 830 577
AXE3: LCMT	553 847 161	869 103 898	1 184 360 635	1 499 617 372
AXE4: LCMNT	107 284 468	187 950 311	268 616 155	349 281 998
AXE5: RSS	4 732 156 455	5 542 561 636	4 833 917 294	6 015 784 093
Total	8 523 274 476	11 022 352 059	11 324 300 002	14 456 026 670

Ces coûts additionnels serviront, pour leur moitié environ, le renforcement du système de santé en termes de construction, de réhabilitation, d'équipement, de renforcement des capacités, d'organisation des services et de supervision.

Pour l'axe 1 – lutte contre la mortalité maternelle et néonatale – la mise à échelle des principales interventions se fera surtout au cours des deux premières années, en particulier les interventions relatives à un suivi de la grossesse et à la prise en charge des accouchements normaux et pathologiques qui connaissent aujourd'hui une couverture assez limitée ; les coûts additionnels des années suivantes sont essentiellement orientés vers les interventions d'amélioration de la qualité, d'acquisition d'intrants spécifiques et de supervision ciblée.

Pour les autres axes, l'augmentation de la couverture sera progressive, plus prononcée pour le 2^e axe (lutte contre la mortalité infanto-juvénile) qui nécessitera des fonds importants en liaison avec l'importance de la population cible et le nombre d'interventions concerné.

- **Coûts additionnels par domaine d'appui du PNDS (en UM)**

Tableau 22 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario maximal par domaine d'appui et par an

Domaines d'Appui du PNDS	2012	2013	2014	2015
DAP1: ACCESSIBILITE GEOGRA.	3 865 160 669	3 682 873 877	1 736 410 313	2 013 938 812
DAP2: DEVELOPPEMENT RH	1 340 145 457	1 673 775 838	1 706 203 068	2 160 314 710
DAP3: MEDICAM-VACC-CONS	1 879 817 825	3 271 871 813	4 663 925 800	6 055 979 787
DAP4: FINANCEMENT	390 160 597	780 321 193	1 170 481 790	1 560 642 387
DAP5: APPROCHE COMMUN	384 288 428	718 255 128	1 041 490 403	1 379 749 673
DAP6: REFORME HOSPITALIERE	26 527 135	41 236 370	51 021 480	67 700 365
DAP7:RCI	637 174 364	854 017 839	954 767 148	1 217 700 937
Total	8 523 274 476	11 022 352 059	11 324 300 002	14 456 026 670

DAP1 : Accessibilité géographique, DAP2 : Développement des ressources humaines, DAP3 : Médicaments, consommables et vaccins, DAP4 : Financement, DAP5 : Approche communautaire, DAP6 : Reforme hospitalière et DAP7 : Renforcement des capacités institutionnelles²³

Par domaine d'appui, le financement additionnel de la première année servira en priorité et par ordre décroissant (i) aux investissements de base en terme de construction, d'équipement et de réhabilitation pour 3,86 milliards, (ii) aux médicaments, vaccins et consommables en relation aux populations cibles à couvrir, et (iii) au développement des ressources humaines. Progressivement, les coûts additionnels s'équilibreront entre les deux premiers domaines d'appui (accessibilité géographique et développement des ressources humaines) alors que le 3^e domaine d'appui (acquisition et distribution de médicaments, vaccins et consommables) y compris la gratuité de certains intrants essentiels (voir chapitre précédent) augmentera de manière importante pour représenter à lui seul 40% de l'ensemble du financement additionnel à la 4^e année.

²³ Pour le 8^e domaine – Amélioration de l'environnement de la santé – son coût n'a pas pu être estimé avec exactitude car relevant de plusieurs autres secteurs liés à l'eau, à la nutrition et à l'alimentation, à l'assainissement, à la communication, ...

5.2.2. Scénario minimal

- **Coûts additionnels par mode de prestation (en UM)**

Tableau 23 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario minimal par mode de prestation et par an

Modes de prestation des services	2012	2013	2014	2015
Services à base communautaire et familiale	41 034 672	64 601 766	88 168 860	111 735 955
Service orientés vers les populations	294 734 226	414 879 319	487 362 774	626 572 521
Soins cliniques individuels	356 967 015	415 192 785	365 169 772	427 346 109
Gouvernance et gestion aux niveaux régional et national	169 013 472	196 396 406	184 661 398	227 574 468
Total	861 749 385	1 091 070 276	1 125 362 805	1 393 229 053

Le scénario concrétise la tendance actuelle, sans développement spécifique d'approche communautaire, d'où les niveaux bas de financement additionnel au niveau « familial et communautaire ».

Par ailleurs, pour les autres modes de prestation de service, les besoins financiers restent assez limités correspondant à une extension très lente de la couverture sanitaire et de l'accès géographique y compris aux activités avancées et mobiles qui resteraient quasi-inexistantes.

- **Coûts additionnels par axe stratégique du PNDS (en UM)**

Tableau 24 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario minimal par axe stratégique et par an

Axes du PNDS	2012	2013	2014	2015
AXE1: LCMMNN	40 099 679	69 152 335	98 204 990	127 257 646
AXE2: LCMIJ	34 433 677	66 544 619	98 655 561	130 766 504
AXE3: LCMT	61 743 928	103 583 403	145 422 879	187 262 354
AXE4: LCMNT	32 105	64 209	96 314	128 418
AXE5: RSS	725 439 997	851 725 710	782 983 061	947 814 131
Total	861 749 385	1 091 070 276	1 125 362 805	1 393 229 053

La tendance actuelle étant maintenue, la structure de répartition des coûts additionnels par axe du PNDS est similaire à celle de la dépense moyenne sur la période 2005-2010.

- **Coûts additionnels par domaine d'appui du PNDS (en UM)**

Tableau 25 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario minimal par domaine d'appui et par an

Domaines d'Appui du PNDS	2012	2013	2014	2015
DAP1: ACC GEOG	441 586 528	523 132 595	454 078 924	556 515 940
DAP2: DEV RH	151 542 945	217 519 727	283 496 508	349 473 289
DAP3: MED-VAC-CONS	60 668 568	88 891 440	117 114 312	145 337 184
DAP4: FINANC	178 839	357 678	536 517	715 355
DAP5: APPR COMMUN	13 410 513	26 821 026	40 231 539	53 642 051
DAP6: REF HOSPIT	11 469 500	10 193 365	3 606 548	4 454 686
DAP7:RCI	182 892 492	224 154 446	226 298 457	283 090 547
Total	861 749 385	1 091 070 276	1 125 362 805	1 393 229 053

5.2.3. Scénario intermédiaire

Ce scénario se situerait entre les deux précédents – maximal et minimal – et pourrait se rapprocher de l'un ou l'autre de ces scénarii.

- **Coûts additionnels par mode de prestation (en UM)**

Tableau 26 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario intermédiaire par mode de prestation de services et par an

Modes de prestation des services	2012	2013	2014	2015
Services à base communautaire et familiale	1 047 091 494	1 854 798 649	2 659 552 960	3 468 441 252
Service orientés vers les populations	1 067 361 630	1 706 882 249	2 261 948 349	2 935 250 775
Soins cliniques individuels	576 609 795	685 577 724	607 029 825	721 279 321
Gouvernance et gestion aux niveaux régional et national	318 361 099	369 940 780	347 836 210	428 669 128
Total	3 009 424 019	4 617 199 402	5 876 367 344	7 553 640 476

- **Coûts additionnels par axe stratégique du PNDS (en UM)**

Tableau 27 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario intermédiaire par axe stratégique et par an

Axes du PNDS	2012	2013	2014	2015
AXE1: LCMMNN	94 925 070	161 206 150	227 487 229	293 768 309
AXE2: LCMIJ	1 187 779 310	2 220 416 144	3 250 100 133	4 283 918 105
AXE3: LCMT	291 655 533	423 804 663	555 953 793	688 102 922
AXE4: LCMNT	80 224	160 448	240 672	320 896
AXE5: RSS	1 434 983 882	1 811 611 998	1 842 585 517	2 287 530 244
Total	3 009 424 019	4 617 199 402	5 876 367 344	7 553 640 476

- **Coûts additionnels par domaine d'appui du PNDS (en UM)**

Tableau 28 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario intermédiaire par domaine d'appui et par an

Domaines d'Appui du PNDS	2012	2013	2014	2015
DAP1: ACC GEOG	810 727 899	972 999 074	868 413 519	1 067 702 621
DAP2: DEV RH	288 608 675	451 571 417	614 534 159	777 496 901
DAP3: MED-VAC-CONS	1 416 753 137	2 498 860 856	3 580 968 575	4 663 076 294
DAP4: FINANC	239 621	479 242	718 862	958 483
DAP5: APPR COMMUN	120 096 244	226 346 028	329 642 968	437 073 891
DAP6: REF HOSPIT	11 828 474	11 384 266	5 826 441	7 427 680
DAP7:RCI	361 169 969	455 558 519	476 262 819	599 904 606
Total	3 009 424 019	4 617 199 402	5 876 367 344	7 553 640 476

5.3. Tendances / Comparaison des besoins financiers du PNDS

Le scénario maximal proposé a été rajouté à la dépense moyenne annuelle actuelle (sur la période 2005-2010) et aux coûts additionnels nécessaires pour couvrir les besoins financiers du programme de construction-équipement d'hôpitaux de 3e niveau déjà programmé.

5.3.1. Besoins globaux du PNDS

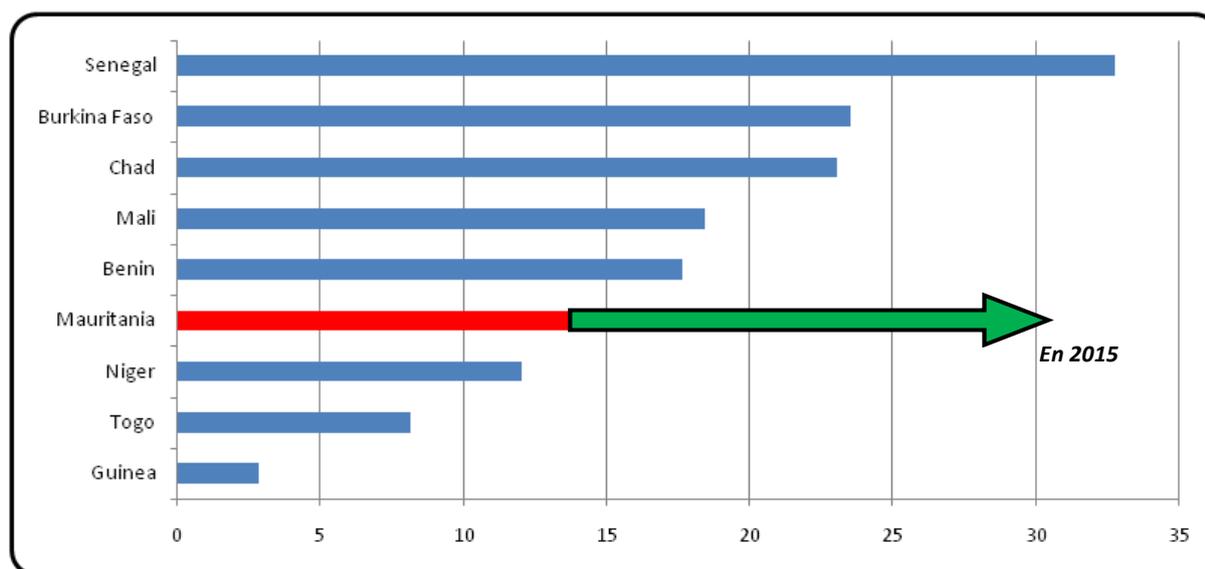
Tableau 29: Evolution des besoins financiers globaux (en millions d'UM) par an

Budgets en millions d'UM	Moyenne 2005-2010	PNDS1				PNDS2				
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	12 900,6	24 765,8	27 196,0	27 458,8	30 512,5	30 782,4	34 947,0	38 551,7	44 080,2	58 520,4

Les besoins globaux du PNDS évolueraient d'environ 25 milliards jusqu'à plus de 58 milliards par an, ce qui constitue une importante évolution par rapport à la dépense actuelle (environ 100% pour la première année).

5.3.2. Comparaison des besoins financiers avec les pays de la sous-région

Graphique 22: Comparaison du financement actuel de la santé en Mauritanie par rapport à certains pays de la sous région avec évolution de ce financement d'ici 2015



Ce graphique représente la dépense de santé par habitant et par an dans quelques pays de la région, avec une simulation du niveau attendu pour la Mauritanie en 2015 en cas de mise en œuvre du scénario maximal. Le niveau proposé pour 2015 reste en deçà du niveau de dépense actuelle en santé dans certains pays de la sous région (exemple : le Sénégal), ce qui valide le fait que cette importante augmentation ne fait que corriger en partie l'insuffisance de financement du secteur.

5.4. Plan de financement du PNDS

5.4.1. Par axe stratégique et par domaine d'intervention

Tableau 30 : Financement du PNDS (en millions d'UM) en fonction de l'axe stratégique et par an

Budgets en millions d'UM	Moyenne 2005-2010	PNDS1				PNDS2				
		Axe stratégique	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
AXE1: LCMMNN	556,8	2 001,2	1 951,3	1 295,9	1 488,2	1 616,4	1 820,2	2 031,0	2 251,2	2 807,5
AXE2: LCMIJ	931,0	2 521,9	3 843,6	5 108,3	6 442,7	6 741,7	7 081,2	7 462,9	8 108,3	9 089,4
AXE3: LCMT	441,9	984,2	1 292,0	1 599,8	1 907,6	2 098,3	2 226,0	2 356,1	2 979,2	3 202,6
AXE4: LCMNT	702,0	757,5	803,4	849,4	895,3	925,9	965,8	1 010,9	1 062,2	1 151,1
AXE5: RSS	10 268,9	18 501,0	19 305,6	18 605,5	19 778,7	19 400,0	22 853,7	25 690,7	29 679,3	42 269,7
Total	12 900,6	24 765,8	27 196,0	27 458,8	30 512,5	30 782,4	34 947,0	38 551,7	44 080,2	58 520,4

Globalement durant la période, l'axe renforcement du système de santé (RSS) occupera la plus grande part de ce financement suivi de l'axe 2 (lutte contre la mortalité infantile-juvénile).

Graphique 23 : Financement du PNDS par axes stratégiques

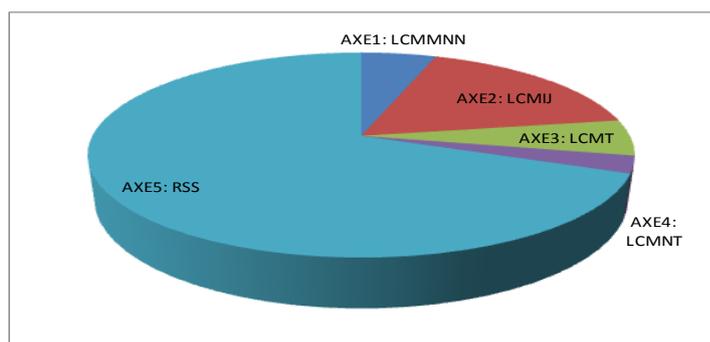
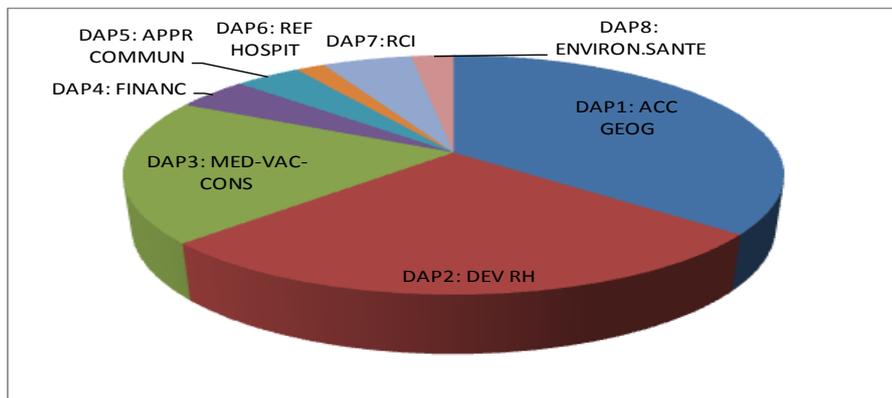


Tableau 31 : Financement du PNDS (en millions d'UM) en fonction du domaine d'appui et par an

Budgets en millions d'UM	Moyenne 2005-2010	PNDS1				PNDS2				
		Domaine d'appui	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
DAP1: ACC GEOG	4 420,2	11 774,8	11 594,3	9 675,7	9 947,4	8 661,3	11 509,9	13 568,6	13 185,5	21 055,9
DAP2: DEV RH	5 298,4	6 628,7	6 959,0	6 988,3	7 439,1	8 023,7	8 718,2	9 531,8	12 707,0	17 694,5
DAP3: MED-VAC-CONS	1 405,4	3 158,5	4 481,4	5 804,2	7 127,1	7 469,9	7 857,9	8 280,2	9 351,7	10 296,5
DAP4: FINANC	173,4	556,3	939,3	1 322,2	1 705,1	1 842,9	1 935,7	2 028,5	2 039,2	2 049,9
DAP5: APPR COMMUN	58,1	439,3	771,2	1 092,8	1 428,9	1 507,0	1 598,4	1 726,9	1 963,3	2 323,6
DAP6: REF HOSPIT	356,3	398,3	428,8	454,5	487,0	506,0	521,2	536,3	720,9	1 134,3
DAP7:RCI	351,6	972,7	1 184,8	1 283,9	1 540,8	1 934,3	1 968,6	2 042,2	3 275,5	3 128,4
DAP8: ENVIRON.SANTÉ	837,2	837,2	837,2	837,2	837,2	837,2	837,2	837,2	837,2	837,2
Total	12 900,6	24 765,8	27 196,0	27 458,8	30 512,5	30 782,4	34 947,0	38 551,7	44 080,2	58 520,4

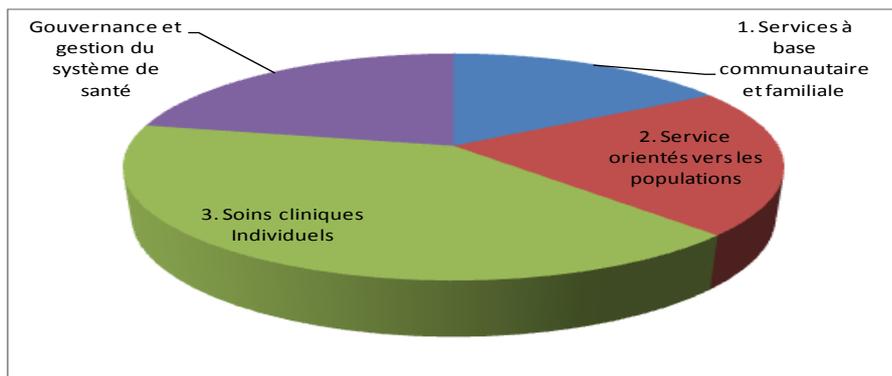
Les principaux domaines appuyant le RSS – à savoir l’augmentation de l’accessibilité géographique, la disponibilité de ressources humaines pour la santé et l’accessibilité aux médicaments, vaccins et consommables – bénéficieront de plus de 75% des financements de la période. L’approche communautaire et la CCSC, et le renforcement des capacités institutionnelles connaîtront une augmentation progressive mais régulière sur toute la période.

Graphique 24 : Financement du PNDS par domaines d’appui



5.4.2. Par mode de prestation

Graphique 25 : Financement du PNDS par mode de prestation

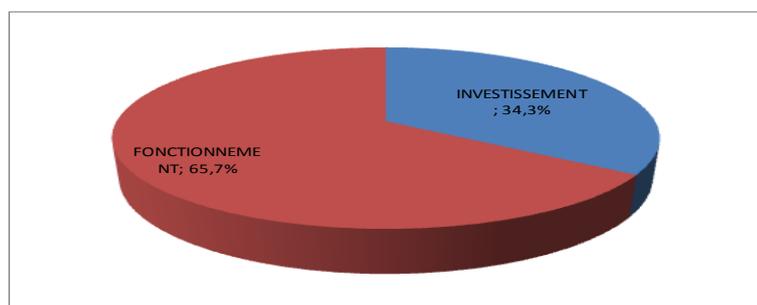


Les services préventifs et les autres soins primaires du niveau communautaire et des services orientés vers les populations représenteront la moitié des financements nécessaires ; les soins cliniques individuels – des trois niveaux primaire, secondaire et tertiaire – représenteront 40% alors que la gestion du système représentera 20%.

Ce qui permet de corriger le déséquilibre dégagé par la RDPS en orientant davantage les ressources vers les actions et les niveaux à haut impact.

5.4.3. Par type et catégorie de dépense

Graphique 26 : Financement du PNDS par catégorie des dépenses



Le financement du PNDS sera mieux équilibré entre les types de dépense améliorant ainsi l'efficacité de cette dépense ; en effet, le ratio investissement sur fonctionnement²⁴ est de 0,51.

5.4.4. Par source potentielle de financement

La répartition ci-dessous proposée pourrait constituer une base de discussion facilitant le consensus en particulier autour du CDMT 2012-2015.

Tableau 32 : Financement du PNDS (en millions d'UM) en fonction de la source potentielle de financement, de la part du budget Etat allouée à la santé et de la dépense de santé par habitant et par an

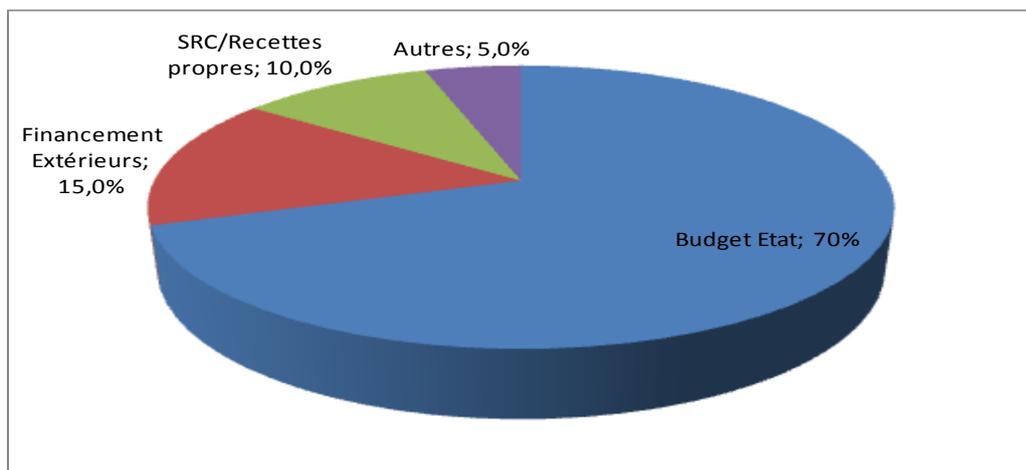
Coûts (en millions d'UM)	Moyenne 2005-2010	PNDS1				PNDS2				
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budget Etat	6 837,3	17 336,1	19 037,2	19 221,2	21 358,8	21 547,7	24 462,9	26 986,2	30 856,1	40 964,3
Financement Extérieur	2 193,1	3 714,9	4 079,4	4 118,8	4 576,9	4 617,4	5 242,1	5 782,8	6 612,0	8 778,1
SRC/Recettes propres	3 225,1	2 476,6	2 719,6	2 745,9	3 051,3	3 078,2	3 494,7	3 855,2	4 408,0	5 852,0
Autres	645,0	1 238,3	1 359,8	1 372,9	1 525,6	1 539,1	1 747,4	1 927,6	2 204,0	2 926,0
Total	12 900,6	24 765,8	27 196,0	27 458,8	30 512,5	30 782,4	34 947,0	38 551,7	44 080,2	58 520,4
Part du budget santé % budget total	3,82%	7,02%	7,55%	7,48%	8,15%	8,06%	8,97%	9,70%	10,87%	14,15%
Dépense de santé /Hab/an en \$US	14,75	27,73	29,81	29,47	32,06	31,66	35,19	38,01	42,55	55,31

La mobilisation du financement du PNDS permettra de faire évoluer la part du budget santé de l'Etat dans le budget total de moins de 4% à 8% en 2015 et 14% en 2020.

Pour la dépense moyenne de santé, elle évoluerait de moins de 15 dollars par habitant et par an à 32 en 2015 et 55 en 2020, ce qui correspond en partie aux engagements internationaux en faveur des OMD.

²⁴ Le ratio d'efficacité internationalement reconnu devra être compris entre 0,4 et 0,6.

Graphique 27 : Financement du PNDS selon le type des sources



Le financement du PNDS proviendrait, pour 70% du budget Etat et 15% du financement extérieur, alors que les recettes propres se maintiendront aux environs de 10%.

Chapitre 6 : Cadre de Mise en œuvre du PNDS1 2012-2015

La partie mise en œuvre se concentrera sur le moyen terme (PNDS1 2012-2015), correspondant ainsi à la partie restante de la Politique Nationale de Santé (2006-2015) et en cohérence à l'année cible des OMD ; à la fin de cette période, et tenant compte des résultats des évaluations et des leçons apprises, des stratégies correctrices seront développées pour améliorer l'efficacité du PNDS 2 (2016-2020).

6.1. Pilotage, coordination et suivi et évaluation

Pour être efficace, le pilotage de la mise en œuvre du PNDS1 se fera sous le leadership du Ministre de la santé à travers la mise en place d'un Comité national de pilotage du PNDS (CONAP) comprenant les membres du Cabinet et les représentants de l'association des Comités de santé, de la société civile, du secteur privé et des PTFs (voir dispositif institutionnel). Cette instance aura ainsi les tâches (i) d'adoption des plans du secteur, (ii) de mobilisation et d'allocation des ressources, et (iii) de coordination de la mise en œuvre et du suivi évaluation du PNDS (voir système de suivi et évaluation).

6.2. Opérationnalisation du PNDS1

6.2.1. Processus de planification

Les orientations stratégiques définies dans le PNDS1 seront déclinées (i) au niveau intermédiaire, par des Plans régionaux de développement sanitaires, (ii) au niveau opérationnel, par des plans de développement sanitaire de Moughataa (PDM), et (iii) au niveau des institutions sous tutelles par des projets d'établissement et des contrats programmes.

Parallèlement, des documents stratégiques satellites du PNDS détailleront les options stratégiques relatives à la Carte sanitaire, au développement des ressources humaines, à la disponibilité et l'accessibilité du Médicament, à l'approche communautaire, ...

La coordination des activités de planification sera assurée :

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

Ces comités seront des cadres intégrateurs des structures gouvernementales, des organisations et associations de la société civile, des acteurs du secteur privé de la santé et des PTFs, en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions

relatives à la santé. Des textes réglementaires seront révisés ou élaborés pour toutes ces entités de coordination en vue de garantir la réalité de l'approche sectorielle, de la transparence et de la participation communautaire à tous les niveaux de mise en œuvre.

6.2.2. Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre du PNDS1 se fera dans le cadre du Dispositif institutionnel de pilotage, de coordination et de suivi.

La première étape de l'opérationnalisation du PNDS consistera en l'élaboration d'un plan d'action opérationnel annuel par chaque structure déconcentrée en collaboration avec l'ensemble des acteurs intervenant dans sa zone de responsabilité à partir de son plan de développement. Après validation par les instances de coordination, les plans opérationnels seront soumis pour financement au CONAP afin de l'intégrer au plan de financement de l'année en cohérence avec le CDMT 2012-2015. En cas de mobilisation des ressources, la réalisation des activités prévues dans ledit Plan opérationnel sera assurée par les acteurs de la structure concernée en collaboration avec l'ensemble des intervenants locaux incluant la société civile et le secteur privé.

Les directions régionales et centrales produiront des plans d'action opérationnels annuels portant essentiellement sur l'appui à la mise en œuvre optimale des activités concourant à l'atteinte des résultats du PNDS1.

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

Il y a lieu de noter que les différents plans stratégiques des programmes²⁵ en cours sont en cohérence avec les présentes orientations du PNDS1; dans le même sens, la mise en œuvre du PNDS se fera – en partie – à travers la mise en œuvre de ces plans stratégiques sous-sectoriels. Cependant, l'intégration des activités de ces différents programmes et leur décentralisation seront deux principes cruciaux de la mise en œuvre du PNDS1 ; dans ce cadre, l'ancrage institutionnel et l'organisation de ces programmes seront revus pour mettre en place les conditions de cette intégration et décentralisation.

Enfin, l'environnement de santé oblige à adopter une approche multisectorielle aux niveaux stratégique et opérationnel ; ainsi, les entités de pilotage et de coordination s'élargiront périodiquement aux représentants des principaux départements ministériels.

6.3. Conditions de succès et risques

6.3.1. Conditions de succès

Les trois principales conditions de succès sont :

- L'engagement politique de haut niveau en faveur du PNDS, et en particulier en faveur des niveaux opérationnels les plus périphériques :

²⁵ Plans stratégiques SR, « SIDA », « palu », PCIME, « tuberculose », ...

Cet engagement est le principal garant (i) d'un leadership robuste, (ii) d'une mobilisation suffisante des ressources nécessaires, (iii) d'une régulation et d'un contrôle efficace à tous les niveaux ; l'absence d'un tel engagement fera du PNDS un document stratégique qui viendra s'ajouter à ceux élaborés, adoptés et non mis en œuvre.

➤ L'engagement des PTF pour un réel accompagnement de cette stratégie :

Cette condition est fortement tributaire de la précédente, même si l'engagement des PTF pourrait en retour mobiliser davantage le niveau politique ; le consensus autour de ce PNDS aidera cet engagement des PTF.

➤ La mobilisation, la préparation et l'encadrement de la société civile et des communautés pour leur implication active dans la mise en œuvre du PNDS :

Cette implication de la société civile et des communautés garantit un certain « contrôle citoyen » sur la mise en œuvre de cette stratégie tout en garantissant son orientation vers les véritables besoins de ces populations ; l'élaboration et l'adoption d'une approche communautaire adaptée, le plaidoyer et la mobilisation autour de sa mise en œuvre et le renforcement des capacités des communautés sont les garanties d'une réelle implication des bénéficiaires, à condition d'un engagement politique en sa faveur et d'une disponibilité des PTF à l'appuyer et à l'accompagner.

➤ La mise en place des mesures et réformes ci-dessous.

6.3.2. Mesures et réformes nécessaires

L'efficacité du PNDS1 nécessitera la mise en place de réformes et mesures d'accompagnement dont certaines relèvent du Ministère de la santé alors que d'autres nécessitent des décisions gouvernementales ou des conventions internationales.

Ces mesures et réformes sont présentées ci-dessous par composante du système de santé.

⇒ En matière de prestations de services

Pour un accès universel aux soins essentiels de santé de qualité, il sera nécessaire l'élaboration et l'adoption :

- de la Carte sanitaire sous forme de loi avec des articles précisant (i) les critères d'implantation de nouvelles structures, (ii) les plans types de structures, (iii) les normes en équipements et (iv) les PMA et PCA par niveau et par type de structure de santé, y compris les USB ;
- du Code National de santé publique, des protocoles thérapeutiques pour les maladies prioritaires et des référentiels de qualité pour les structures de soins ;
- de textes renforçant la décentralisation effective des services de santé et leur opérationnalisation à travers (i) les systèmes locaux de santé (système de santé de district), (ii) la gestion décentralisée de ces services basée sur la performance et (iii) l'institution de contrats de performance ;

- d'un schéma directeur d'organisation des soins avec normes et procédures par niveau et type de structure, y compris les normes et procédures de référence et contre-référence ;
- d'une stratégie d'amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux de la pyramide de soins avec plus de standardisation et d'intégration dans une approche holistique du système ;
- et de micro-plans régionaux et de Moughataa d'activités avancées et mobiles garantissant l'accès universel à un paquet minimum d'activités (vaccination, CPN, PF, CCSC en faveur des principales stratégies sectorielles, ...).

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

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

- Réactualisation et adoption de normes en personnels de santé par type de structure et par catégorie de personnel ;
- Adoption d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux ;
- Réactualisation et adoption du plan stratégique national de développement des RHS ;
- Libéralisation (autorisation et encadrement) de la formation privée des cadres de la santé ;
- Décentralisation du recrutement et promotion du recrutement sur poste ;
- Définition et application de critères d'affectation, de développement de carrière et de formation continue ;
- Réactualisation et mise en œuvre du plan directeur de la formation continue ;
- Révision et meilleur suivi de l'application des primes de zones et de technicité en vue de fixer les personnels en périphérie;
- Mise en place de mécanisme d'évaluation des performances individuelles et collectives du personnel ;
- Amélioration/informatisation du système d'information et de gestion à tous les niveaux y compris l'instauration de passerelles avec le système d'information et de gestion du Ministère des Finances.

⇒ **En matière d'accès au médicament et consommable de qualité**

Pour un accès universel au médicament et consommables, il sera mis en œuvre les mesures et réformes suivantes :

- Adoption et vulgarisation du projet de politique pharmaceutique nationale (PPN) ;

- Révision et renforcement de la loi cadre existante et sa mise en œuvre (promulgation de ses textes d'application) pour prendre en compte l'évolution du secteur pharmaceutique et permettre l'exercice correct de la profession ;
- Mise en place d'un cadre visant l'unicité du système national d'approvisionnement pharmaceutique pour une plus grande efficacité et un moindre coût;
- Adoption de normes et procédures à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, de distribution et de délivrance :
- Renforcement du système de contrôle des importations des médicaments et autres intrants médicaux publics et privés, en collaboration avec les départements concernés (Douane, Commerce, Intérieur, ...)
- Adoption d'une tarification nationale des médicaments et intrants médicaux (public et privé) et un mécanisme de sécurisation des fluctuations de la parité ouguiya/devises ;
- Révision du cadre législatif, réglementaire et organisationnel de la structure nationale d'approvisionnement pour le rendre conforme à sa mission, ce qui lui facilitera la passation des marchés sur financement externe et la mobilisation des financements nécessaires pour sa recapitalisation ;
- Développement et renforcement du système national d'assurance qualité à tous les niveaux (DPL, IGS, CAMEC, LNCQM) ;
- Développement de systèmes de couverture du risque maladie notamment au niveau communautaire ;
- Elaboration, adoption et mise en œuvre d'une stratégie nationale de transfusion sanguine en conformité avec les orientations de la politique nationale de transfusion sanguine adaptée.

⇒ **En matière de financement de la santé**

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

- Signature du Compact national, respect des engagements financiers et adoption d'une charte de bonne conduite entre Partenaires du Compact ;
- Adoption du CDMT 2012-2015 par le Conseil des Ministres avec progression régulière de la part de la santé dans le budget Etat pour atteindre, en 2020, plus de 14% ;
- Développement des différents systèmes de protection sociale en vue d'une couverture totale de la population ;
- Adoption et mise en œuvre de Directives de planification en totale cohérence avec les enveloppes du CDMT, y compris les procédures d'élaboration et d'exécution du budget ;

- Mise en place d'un Fonds commun de gestion des ressources prévues dans le Compact national avec normes et procédures adoptées ;
- Révision des mécanismes de financement et des mécanismes d'allocation et de gestion des ressources aux niveaux déconcentrés afin de faciliter la mise en place des contrats de performance par niveau;
- Intégration de l'information financière (allocation/programmation, exécution physique, exécution financière, écart, ...) dans le système de suivi évaluation ;
- Renforcement des capacités en passation des marchés et adoption d'un bordereau national de prix pour la santé ;

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

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

- Révision et adoption de normes et procédures de collecte, d'analyse, de transmission et de synthèse des données du SNIS de routine ;
- Généralisation de la SIMR à toutes les Moughataas impliquant les principaux acteurs;
- Adoption d'une politique nationale de recherche pour la santé impliquant d'autres secteurs (Enseignement supérieur, Affaires sociales, ...) et adoption de textes régissant la recherche pour la santé dans le Pays (y compris l'obligation de visa du Comité d'éthique) ;
- Renforcement des capacités en recherche et analyse des données à tous les niveaux;
- Renforcement du rôle et des capacités de l'INRSP afin qu'il joue le rôle d'institution de référence pour la recherche pour la santé.

⇒ **En matière de leadership et de coordination**

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

- Révision de l'organigramme pour l'adapter aux grandes orientations du PNDS, et faciliter ainsi sa mise en œuvre et son suivi-évaluation ;
- Intégration effective des Programmes de santé dans l'organisation et le fonctionnement du Département ;
- Adoption de textes réglementaires mettant en place les entités de coordination intra et intersectorielle, et mise en place de manuels de procédure, de TDR, de directives et de moyens de fonctionnement de ces entités ;
- Adoption et mise en application d'une réelle stratégie de décentralisation jusqu'au niveau périphérique (PS et CS) ;

- Elaboration, adoption et mise en œuvre d'une approche communautaire permettant à la fois une mobilisation sociale efficace et une implication effective des populations bénéficiaires dans la gestion du système de santé ; une attention particulière sera accordée aux mécanismes et systèmes de recrutement, de formation et de motivation des RC et des ASC ;
- Mise en place de manière formelle du Comité National de Pilotage du PNDS (impliquant le MS, les principaux secteurs, les PTFS, la Société civile et le secteur privé de santé) ;
- Edition et diffusion des différents documents analytiques et programmatiques du Secteur (Rapport analyse de situation du secteur, PNDS, PNS, ...) ;
- Elaboration et adoption d'un plan national de suivi et évaluation qui sera adopté lors de la signature du Compact ;
- Adoption de la nouvelle PNS sous forme de loi et adoption du PNDS 2012-2020 par décret;
- Institutionnalisation d'une supervision intégrée à tous les niveaux ;
- Partage régulier - par le canal le plus approprié - de l'ensemble des informations relatives à l'allocation, à l'exécution et au décaissement des ressources financières tant nationales qu'extérieures
- Intégration du secteur santé dans la loi nationale sur la régulation et adoption de texte réglementant cette régulation « santé ».

6.3.3. Analyse et gestion des risques

Tableau 33 : Gestion des risques liés au leadership, coordination et gouvernance

Leadership, coordination et gouvernance		
Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
Non mise en œuvre du PNDS 2012-2020	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales ; Mettre en place un dispositif de communication relatif au PNDS	- Plaidoyer et réactualisation du Plan - Mettre en place et rendre fonctionnelles les instances de pilotage et de coordination avec définition des normes et procédures pour la prise de décision
Non mise en œuvre de l'approche communautaire	- Garantir le consensus lors l'élaboration de la stratégie d'approche communautaire (en présence des niveaux déconcentrés) - Assurer le financement nécessaire pour le démarrage effectif de sa mise en œuvre	- Analyser les causes et prendre les décisions qui s'imposent - Réviser à la baisse la plupart des résultats de mortalité infantile-juvénile et maternelle et de lutte contre les maladies
Non	- Veiller à la présence de	- Analyser les causes et

représentativité effective des populations dans la gestion du système de santé	représentants communautaires dans la composition des entités de pilotage et de coordination (y compris les CA)	prendre les décisions qui s'imposent - Plaidoyer auprès des autorités politiques (Ministre)
Faiblesse de la gouvernance du secteur	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales - Révision/élaboration de textes instituant une régulation forte dans le secteur - Mobilisation des moyens et renforcement des capacités de régulation	- Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Plaidoyer auprès des autorités politiques - Amélioration du cadre juridique et renforcement des capacités de gestion

Tableau 34 : Gestion des risques liés à l'accessibilité géographique et carte sanitaire

Accessibilité géographique et carte sanitaire		
Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
Non élaboration/ adoption et/ou non respect d'une carte sanitaire pertinente et fonctionnelle	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales et des élus nationaux - Implication de toutes les parties prenantes dans le processus d'élaboration de la Carte sanitaire.	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Révision et adoption de la Carte sanitaire sous forme de loi
Intérêt politique croissant pour la construction et l'équipement d'hôpitaux et/ou d'établissements tertiaires par rapport aux niveaux opérationnels	- Information et plaidoyer auprès du plus haut niveau politique - Développement d'une carte hospitalière comme partie intégrante de la carte sanitaire	- Renforcement du Plaidoyer auprès du plus haut niveau politique avec démonstrations à l'appui (impacts et efficience des choix)

Tableau 35 : Gestion des risques liés au développement des ressources humaines

Développement des ressources humaines		
Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
Renforcement du déséquilibre dans la répartition du personnel au détriment des niveaux opérationnel	- Instituer le recrutement sur poste - Revoir les primes de zones et de technicité et mettre en œuvre une politique efficace de motivation privilégiant les niveaux opérationnels	- Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Réviser les termes d'application des primes de zones et de technicité, et renforcer le suivi de leur application
Les capacités de formation n'arrivent	- Renforcer les capacités actuelles de formation des	- Se faire aider d'assistance technique nationale et

pas à combler les gaps en RHS	Ecoles publiques - Libéraliser la formation privée des cadres de santé	internationale - Accélérer la libéralisation de la formation des cadres de la santé
L'absence de suivi de la performance et de mise en œuvre des contrats de performance par niveau	- Elaboration du guide suivi et évaluation et adoption des indicateurs de performance par niveau - Renforcer les compétences du SNIS centré autour du suivi du PNDS - Adoption de modèles de contrats de performance par niveau et large sensibilisation	- Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Révision – si nécessaire – des contrats de performance - Plaidoyer et sensibilisation à tous les niveaux

Tableau 36 : Gestion des risques liés à la disponibilité de médicaments, vaccins et consommables

Disponibilité de médicaments, de vaccins et de consommables		
Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
Maintien de la loi cadre dans son état actuel (sous pression des lobbies d'intérêt)	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités et parlementaires en faveur de la révision de la loi - Implication des associations professionnelles et des compétences nationales et internationales dans la révision de la loi	- Renforcement du plaidoyer politique
Multiplicité des circuits parallèles d'acquisition des médicaments et consommables en liaison avec les programmes verticaux	- Révision de la place, de l'organisation et le fonctionnement des programmes - Institutions de normes et procédures obligatoires en termes d'approvisionnement et de distribution des médicaments consommables - Renforcer les capacités humaines et matérielles (transport et stockage) de la CAMEC	- Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Plaidoyer et sensibilisation à tous les niveaux
Inefficacité du contrôle de qualité du Médicament, en particulier privé	- Révision et mise en œuvre de la loi cadre - Renforcement des compétences et implication des institutions ordinales	- Renforcement du plaidoyer politique

Tableau 37 : Gestion des risques liés à l'information, la recherche et la gestion de la connaissance

Information, recherche et gestion de la connaissance		
Inefficacité du SNIS et insuffisance d'analyse des données collectées y compris les données de l'état civil	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption d'un plan de redynamisation du SNIS - Elaboration des normes et procédures de collecte, d'analyse et de diffusion des informations sanitaires - Collaboration avec l'ONS 	<ul style="list-style-type: none"> - Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Plaidoyer et sensibilisation à tous les niveaux
Prise de décision sans rapport avec les résultats d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place et rendre fonctionnelles les instances de pilotage et de coordination avec définition des normes et procédures pour la prise de décision 	

Tableau 38 : Gestion des risques liés au financement de la santé

Financement de la santé		
Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
Insuffisance de mobilisation des ressources financières et/ou réduction en cours (coupures) des budgets	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF - Signature d'un Compact avec des résultats et enveloppes annuels précis 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF
Multiplicité des procédures de gestion sans mise en commun des fonds, et difficulté dans leur exécution	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des éléments relatifs au fonds commun dans le Compact et renforcement du système de suivi et évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des PTF
Maintien du déséquilibre de financement au détriment des niveaux opérationnels et au profit des investissements	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF - Signature du Compact et respect des engagements 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques

Chapitre 7 : Stratégie de suivi et évaluation du PNDS1

7.1. Cadre conceptuel de la stratégie de suivi et d'évaluation

Un guide de suivi - évaluation, document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PNDS, sera élaboré. Ce guide devra être l'outil de travail qui déterminera le canevas à observer tout au long du processus de suivi ; il précisera la manière dont les informations devront être collectées, analysées et traitées à chaque niveau ainsi que les outils appropriés par niveau et type d'information recherchée.

Le rôle du suivi est de systématiser le processus de collecte, d'analyse, de traitement et de diffusion de l'information, d'identifier les insuffisances et obstacles et d'alerter les instances concernées.

Sur le plan organisationnel, une revue annuelle du PNDS sera organisée; elle se fera avec la pleine participation des PTF et de tous les acteurs du secteur, et d'autres revues pourraient être au besoin envisagées.

Au niveau national, chaque revue annuelle sera précédée de missions centrales participant aux revues régionales et « ramenant » des rapports régionaux de suivi et évaluations du PNDS au niveau régional.

A mi-parcours du PNDS1 (fin 2013), une évaluation nationale sera menée avec assistance technique internationale ayant les compétences et l'expérience requises.

Il est prévu une évaluation finale du PNDS1 (2015) pour mesurer les résultats d'impact, le niveau d'atteinte des OMD et tirer les leçons pour la deuxième phase du PNDS (ou PNDS2 de 2016-2020).

7.2. Objectifs et indicateurs de suivi et évaluation

Les résultats d'impact, d'effet et de produit développés ci-dessus (Chapitre 3) serviront de base à la définition (lors de l'élaboration du guide de suivi et évaluation) des indicateurs correspondants et par niveau.

De façon plus générale, le suivi évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PNDS et des résultats obtenus (effet et impact) repose sur un système d'information performant qui soit à même de fournir en temps opportun l'ensemble des informations nécessaires. Pour ce faire, la redynamisation du SNIS, de la supervision intégrée et de la recherche pour la santé permettront de disposer à temps et au niveau voulu des informations nécessaires au pilotage du PNDS.

L'évaluation à mi parcours (en fin 2013) comprendra une évaluation externe ainsi que des enquêtes spécifiques si nécessaire. L'évaluation finale comprendra deux évaluations -interne et externe - ainsi que des enquêtes spécifiques (MICS, EDSM, ...) dont aussi une enquête de satisfaction des bénéficiaires. Les objectifs de ces évaluations seront définis en concertation avec les différents acteurs concernés.

7.3. Circulation et utilisation de l'information stratégique

Le système national d'information sanitaire (SNIS) redynamisé permettra :

- La collecte et l'analyse au niveau de la Moughataa et des structures sanitaires autonomes (y compris les structures privées de santé) d'informations régulières sur l'état de santé des utilisateurs, sur les prestations fournies et sur les différents aspects de gestion (RHS, médicament, finances, ...); une synthèse est transmise trimestrielle aux directions régionales dont elles dépendent²⁶ ;
- La synthèse et l'analyse de ces données au niveau intermédiaire suivies (i) d'une part, de la prise des décisions qui s'imposent, (ii) et d'autre part, de leur transmission au Service national d'information sanitaire ;
- La synthèse et l'analyse de ces données régionales, et leur intégration dans la base de données nécessaire à l'édition de l'annuaire statistique national.

Cet annuaire national des statistiques sanitaires intègrera aussi :

- Les résultats des missions de supervision menées à différents niveaux et compilés par les entités concernées dans des rapports nationaux de supervision ;
- Les résultats des enquêtes menées dans le cadre du suivi et évaluation du Programme santé ;
- Les données démographiques réactualisées en étroite collaboration avec l'Office National des Statistiques ;
- Les données de gestion (RHS, médicaments, finances) avec les directions, institutions ou autres Ministères concernés.

Ces différents produits - annuaires et autres rapports et synthèses - seront diffusés par niveau permettant aux différents acteurs (Etat, société civile, privé et PTF) d'être régulièrement informés sur la situation, ce qui leur permettra une participation active au pilotage du PNDS.

²⁶ Les structures autonomes de Nouakchott les transmettront à la DRAS de Nouakchott

Conclusion

Investir sur la santé : une stratégie payante

Le présent PNDS 2012-2020 permet de montrer que la Mauritanie connaît une situation sanitaire inquiétante mais qu'elle peut la surmonter au prix de réformes et d'efforts ciblés et mis en œuvre à temps.

En effet, il apparaît que le pays, au prix des choix stratégiques développés et d'une mobilisation soutenue et durable des ressources nécessaires, peut atteindre en 2016 l'OMD 4, en 2019 l'OMD 5 et améliorera significativement les autres aspects prioritaires de la santé, en particulier la situation des maladies non transmissibles en cohérence avec les orientations de l'Assemblée mondiale des Nations Unies tenue les 19 et 20 septembre 2011.

Cependant, des défis importants sont à relever, et des obstacles à surmonter pour atteindre ces résultats ; la clé réside essentiellement dans un engagement politique de haut niveau en faveur d'une action plus efficace, dans un leadership robuste garantissant une coordination efficace à tous les niveaux, ainsi qu'un accompagnement des PTF respectant scrupuleusement les principes de la Déclaration de Paris et du plan d'action d'Accra, et les directives de l'IHP+ et de l'initiative pour l'harmonisation de la santé en Afrique.

L'adoption par le Gouvernement du PNDS et la signature d'un pacte national (ou Compact) matérialiseront le démarrage effectif des ces engagements.

ANNEXES
ANNEXE 1 : Calculs estimatifs des besoins en RHS

	PS	CSB	CSA	H1	H2	H3	H4	H5	CNC	CNO	CNP	CHME	CNORF	Centres spécialisés	Institutions de formation
BESOIN TOTAL EN STRUCTURES	710	81	40	3	9	4	0	1	1	1	1	1	1	2	7
STR ADD PNDS 1	80	13	7	0	0	0					0			0	2
STR ADD PNDS 2	100	19	9	0	0	0					0			0	0
STRUCT ACT	530	49	24	3	9	4	0	1	1	1	1	1	1	2	5

	Effectif total	Départs (retr, DC)	Effectif a utiliser	H1	H2	H3	H4	H5	CNC	CNO	CNP	CHME	CNORF	Centres spécialisés	Instit de formation	BESO IN
Aides Infirmiers et accoucheuses auxiliaires et aux de nutr	16	1	15	30	135	88	0	48	12	12	30	18	12	0	0	385
Infirmiers médico-sociaux	304	24	280	30	135	88	0	179	95	95	95	15	0	0	0	732
IDE	155	12	143	18	81	48	0	84	66	66	40	30	0	0	0	433
SFE	47	4	43	12	54	36	0	16	0	0	38	0	0	0	0	156
Techniciens paramédicaux (Rx, Labo, Biom, Pharm)	40	3	37	18	81	48	0	40	20	20	20	28	0	20	0	295
Techniciens supérieurs de santé	122	10	112	12	63	56	0	50	18	18	25	18	32	0	140	432
Médecins généralistes / Dentistes/Pharmacien	105	8	97	12	90	52	0	55	14	14	22	8	2	4	0	273
Médecins spécialistes	147	12	135	9	36	64	0	96	24	24	59	18	4	10	0	344
Personnel administratif	276	22	254	39	135	90	0	68	23	23	34	36	15	30	105	598

	Effectif total	Effectif tertiaire	Effectif Admi	Effectif Prim et second	Départs (retr, DC)	Effectif a utiliser	PS	CSB	CSA	BESOIN PNDS
Aides Infirmiers et accoucheuses auxiliaires et aux de nutr	801	15		786	64	722	710	243	160	1113
Infirmiers médico-sociaux	1154	280	13	861	92	769	1420	324	240	1984
IDE	750	143	18	589	60	529	710	81	80	871
SFE	394	43	17	334	32	302	0	162	120	282
Techniciens paramédicaux (Rx, Labo, Biom, Pharm)	124	37		87	10	77	0	81	80	161
Techniciens supérieurs de santé	308	112	68	128	25	103	0	0	80	80
Médecins généralistes / Dentistes/Pharmacien	419	97	47	275	34	242	0	81	120	201
Médecins spécialistes	247	135	18	94	20	74	0	0	0	0
Personnel administratif	1196	254	72	870	96	774	0	0	120	120

ANNEXE 2 : MESURES ET REFORMES

1. Prestation des services

PILIERES	CONSTATS	REFORME	MESURES
Infrastructures, équipements et logistique	Pas de vision pour le développement de ce système de soins (pas de carte sanitaire ou de carte hospitalière)		- Carte sanitaire en cours d'élaboration ; y intégrer le projet de carte hospitalière disponible
	Couverture sanitaire insuffisante (33% au delà de 5 km d'une structure de santé), structures inégalement réparties et absence de critères objectifs d'implantation des nouvelles structures de santé	- Adoption de la Carte sanitaire sous forme de loi avec des articles précisant (i) les critères d'implantation de nouvelles structures et (ii) les plans types de structures	- Elaborer un plan de développement et de réhabilitation des infrastructures sanitaires (PDRIS) en cohérence avec le PNDS
	Manque d'harmonisation entre les programmes d'infrastructures et ceux des ressources humaines		- Le visa de la DRH est exigé pour toute mise en œuvre du PDRIS
	Insuffisance des capacités en génie civil et quasi-inexistence de capacités en technologie biomédicale	- Mise en place d'une agence nationale chargée de la mise en œuvre du PDRIS (en contractualisant avec les privés nationaux et internationaux en génie civil et en équipement)	- Intégration de filières de formation en technologie biomédicale dans les Ecoles de santé publique
	Logistique insuffisante et vétuste		- Adoption et mise en œuvre d'un plan de renouvellement et de maintenance de la logistique en cohérence avec les objectifs de couverture et d'accès
	Absence de système de maintenance et de plan de maintenance des équipements biomédicaux		- Mise en place d'une agence de gestion et de maintenance des équipements biomédicaux - Systématisation d'un volet formation à la maintenance dans tout projet d'acquisition d'équipements biomédicaux
	Absence de normes d'équipements par type et niveau d'hôpital		- Adoption de normes d'équipements par type d'hôpital et capacité attendue

	Centralisation des décisions d'acquisitions des équipements et inadéquation entre les équipements acquis et les besoins réels des établissements	- Plus d'autonomie des Etablissements hospitaliers, en particulier dans l'acquisition d'équipements biomédicaux et de logistique roulante	
Organisati on des soins	Absence de schéma directeur et manque de normes et procédures pour l'organisation des soins ; Absence de directives et de normes pour la référence et la contre-référence	- Adoption d'une politique de la qualité des soins	- Adoption d'un schéma directeur d'organisation des soins avec normes et procédures par niveau et type de structure, y compris les normes et procédures de référence et contre-référence
	Manque d'harmonisation des protocoles thérapeutiques	- Adoption du Code National de santé publique	- Adoption de protocoles thérapeutiques pour toutes les maladies prioritaires (liste à adopter) et suivi de leur application
	Inexistence de programme précis d'activités avancées et mobiles		- Adoption de micro-plans régionaux et de Moughataaa d'activités avancées et mobiles garantissant l'accès universel à un paquet minimum d'activités (vaccination, CPN, PF, CCSC en faveur des principales stratégies sectorielles, ...)
	Insuffisance d'accueil et d'orientation des malades		- Adoption et mise en œuvre d'une politique nationale « d'humanisation des hôpitaux et services de santé »
	Insuffisance de la qualité des soins	- Mise en place d'une structure nationale autonome (Agence nationale) chargée de l'évaluation et de l'accréditation des structures nationales de santé	-Adoption et mise en œuvre d'une politique nationale pour de qualité de soins -Elaboration de référentiels de la qualité pour les structures de soins
	Inexistence ou faiblesse des cadres de concertation technique et de formation continue		- Adoption et mise en œuvre de micro-plans spécifiques (par établissement et par région) de formation

			continue
Paquets minimums d'activités par niveau	Absence de dispositions réglementaires définissant les PCA au niveau hospitalier et non application effective du PMA au niveau de la plupart des postes et centres de santé		- Adoption de PCA et PMA par niveau et par type de structure de santé et suivi de leur application effective
	Non disponibilité des compétences et des équipements nécessaires pour certains soins (ex : Accouchement assisté dans certains PS, PTME dans la plupart des CS, PEC traumatologique dans tous les hôpitaux intermédiaires)	Plan de renforcement des capacités techniques humaines et matérielles	- Passage à l'échelle de tous les PMA et les PCA par niveau

2. Développement des ressources humaines

Normes et standards	Les normes en personnels n'ont pas été véritablement consensuelles, ne couvrent pas tous les types de structures et ne sont pas régulièrement réactualisées	- Réactualisation et adoption de normes en personnels de santé par type de structure et par catégorie de personnel	- Suivi du respect de ces normes dans les affectations de personnels
	Le statut particulier du personnel de santé ne couvre pas toutes les catégories du personnel	- Réviser le statut particulier du personnel de santé pour l'élargir afin d'intégrer toutes les catégories de personnel	- Diffuser et sensibiliser les personnels et les responsables à différents niveaux du secteur sur le statut particulier du personnel de santé
Production et acquisition	Insuffisance quantitative et qualitative des capacités de formation, et inexistence de structures privées de formation de cadres de la santé	- Autoriser et encadrer la création d'écoles privées de formation des cadres de la santé - Décentralisation du recrutement et promotion du recrutement sur poste	- Renforcer les capacités de formation en (i) multipliant les écoles et/ou (ii) en augmentant les capacités des écoles existantes
	Inexistence d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux		- Adoption d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux
	Absence d'un accompagnement technique et professionnel des nouvelles recrues dans le système		- Adoption et mise en œuvre d'un plan d'accompagnement technique et professionnel de toute nouvelle recrue à n'importe quel niveau de la pyramide sanitaire
	Absence de mise en œuvre du plan directeur de formation continu	- Décentralisation de la formation continue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	- Réactualisation et mise en œuvre du plan directeur de formation continu

	Absence d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines et insuffisance dans la planification des besoins		- Décentralisation de la gestion des RHS - Accompagnement dans l'estimation des besoins prévisionnels tenant compte des normes en personnel
	Insuffisance des liens formels, organisationnels et scientifiques, entre la faculté de médecine et le Département de la santé	- Instauration des Centres Hospitalo-Universitaires	- Implication de la Faculté de médecine dans la normalisation des soins et dans l'estimation des besoins
Utilisation des RHS (répartit°, motivation)	Absence d'une description claire des responsabilités et des tâches		- Réactualisation du Cadre organique d'emploi et systématisation des fiches de postes
	Manque d'équité (absence de critères et fréquence des notes individuelle) dans l'affectation, le développement de la carrière (avancements arbitraires) et la formation continue ; Instabilité du personnel et prise de décision d'affectation suite aux fortes pressions sociale et politique		- Définition et application de critères d'affectation, de développement de carrière et de formation continue
	Manque de rigueur dans la gestion des ressources humaines avec non application des normes ; Manque de suivi efficace et absentéisme fréquent du personnel – plus prononcé dans les zones reculées et pauvres	- Réforme de l'inspection et systématisation des audits sectoriels	- Renforcement de l'inspection à tous les niveaux
	Mauvaises conditions de travail et de vie: insuffisance du plateau technique, surcharge de travail, conditions difficiles de vie (hébergement, communication, éducation des enfants, loisirs, ...)		- Mise en œuvre d'un programme d'amélioration des conditions de travail et de vie des personnels dans les zones reculées
	Faiblesse de la rémunération (salaires et primes) par rapport au niveau réclamé	- Révision à la hausse des rémunérations - Elaboration et application des textes régissant la motivation du personnel à tous les niveaux	

	Forte disparité entre les rémunérations de personnels de même catégorie au dépend des zones éloignées malgré les primes de zones et de technicité		- Veiller à l'équité dans la masse salariale (y compris les primes payées directement aux personnels de santé)
	Absence d'un système efficace et équitable de récompense et de sanction		
Gestion des ressources humaines	La multitude des intervenants dans la GRH ne s'est pas accompagnée d'une coordination entre les départements impliqués dans la gestion des ressources humaines (Santé, Fonction publique, Finances, Intérieur) et entre les différents niveaux (central, régional, de Moughataaa)	- Décentralisation de la gestion des RHS vers le Département santé tant au niveau central (affectations nationales, avancement, carrière, ...) que régional et opérationnel	- Mise en place d'une Commission intersectorielle assurant la transition et la gestion de la phase intermédiaire
	Insuffisance des capacités des structures de gestion en termes de prérogatives, de compétences, d'équipements et d'outils, et à tous les niveaux de la pyramide de santé	- A la faveur de la réforme ci-dessus (décentralisation de la gestion des RHS), donner plus de prérogatives à la DRH et aux DRAS	- Renforcement des capacités des entités chargées de la gestion des RHS à tous les niveaux
	Insuffisance d'efficacité du système d'information et de gestion existant ; Insuffisance de fiabilité par manque de mise à jour régulière ; Manque d'exhaustivité de la BDD ne renseignant pas sur toutes les données essentielles (telles que celles relatives à l'historique et à la formation)	- Obligation (par texte) de prise en compte de tout renseignement de gestion (y compris mouvement, affectation, avancement, formation, ...) dans la BDD	- Evaluation/ Audit du système d'information (BDD, système de circulation de l'information, liens avec SNIS, ...) - Amélioration/informatisation du système d'information et de gestion à tous les niveaux
	Insuffisance de cohérence avec les autres systèmes tels que celui des Finances (base de données de la solde)		- Instauration de passerelles entre les systèmes d'information et de gestion des RHS du MS et celui des Finances

3. Accessibilité aux médicaments, vaccins et consommables essentiels

Politiques, normes et standards	Plusieurs dizaines de produits pharmaceutiques très prescrits et très vendus en Mauritanie ne figurent pas dans la liste autorisée et seraient donc en situation		- Révision de la liste des médicaments essentiels pour l'adapter aux nouveaux schémas thérapeutiques (palu, TB, VIH/SIDA -IST-IO cancérologie)
--	--	--	--

	irrégulière		ect) -Edition de la nomenclature (2300 présentations) des médicaments enregistrés -la DPL doit continuer ses enregistrements tout en élargissant sa commission aux médecins spécialiste et au LNCQM pour le contrôle physico-chimique et analytique
	L'importation illicite des médicaments prospère avec l'absence d'un contrôle efficace des importations de médicaments dans le pays		- Renforcement du système de contrôle des importations des médicaments publics et privés, en collaboration avec tous les départements concernées (Douanes , Commerce , Intérieure..) y compris le renforcement du LCQM
	Les contrôles ont toujours été suivis par la fermeture de plusieurs structures dont la plupart ré ouvraient peu après due à la pression des groupes d'intérêts sans régularisation formelle de leur situation ; Bon nombre de nos structures de vente de médicaments sont en situation irrégulière soit par manque d'autorisation du MS ou soit par non qualification du responsable technique ou non-conformité des locaux	- Adoption des textes d'application de la loi pharmaceutique - Révision de la loi pharmaceutique sur ses aspects relatifs à la propriété des pharmacies par des non professionnels	- Renforcement de l'autonomie et des capacités de l'Inspection pharmaceutique - Application effective des termes de la loi pharmaceutique
	Implantation anarchique des structures pharmaceutiques privées (Dépôts, officines et grossistes) particulièrement au niveau de Nouakchott	Carte sanitaire (y intégrer le secteur privé)	
	Absence de tarifs fixés pour les produits pharmaceutiques vendus en privé, ni ceux distribués par les hôpitaux, en particulier du niveau tertiaire ; Les différentes tentatives de tarification menées par le MS n'ont pas put aboutir due au laxisme qui prévaut, le manque de volonté et capacité de négociation des prix (PGHT) lors de l'enregistrement des produits et prenant en compte les aspects liés aux fluctuations de la monnaie nationale	- Adoption d'une tarification nationale, privée et publique, basée sur une structure dynamique efficace	- Intégration du contrôle des tarifs, privés ou publiques, dans les mesures de contrôle et de suivi des structures de santé - Prendre les mesures idoines pour permettre une tarification - Renforcement des capacités de négociation des PGHT lors de l'enregistrement des produits et prenant en compte les aspects liés aux fluctuations de la monnaie nationale
Approvisionnement et distribution des produits pharmaceutiques	Pas de documents de normes et procédures de gestion par niveau ; Inefficacité du système de gestion des médicaments à tous les niveaux de la pyramide de santé; Fréquents ruptures en stocks de Médicaments essentiels au niveau des structures périphériques, intermédiaires, et même tertiaires ; Insuffisance des compétences techniques requises pour une gestion prévisionnelle des stocks et une estimation efficace des besoins		- Adoption de documents de normes et procédures à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, de distribution et de délivrance des produits pharmaceutiques - Renforcement des capacités techniques et matérielles, et augmentation du financement alloué au système d'approvisionnement, de distribution et de délivrance des produits pharmaceutiques (adoption et mise en œuvre d'un

			plan d'action spécifique)
	Non respect des statuts et règlement intérieur de la CAMEC et les relations « d'affiliation » de la CAMEC au Ministère de la santé sont contraires à l'esprit de création de cette Société Nationale	- Réactualisation et mise en œuvre des réformes proposées par l'Evaluation technique et financière de la CAMEC (menée en 2004 ???)	- Adoption et mise œuvre d'un Contrat programme (projet existe à réactualiser) entre l'Etat et la CAMEC Adoption d'un référentielle Bonnes Pratique de distribution en terme : -d'organisation, -de procédures, -de personnel, -d'équipements et locaux, -d'assurance qualité
	Chevauchement et multiplicité des intervenants dans l'approvisionnement de certains produits essentiels (produits SR, ARV, antituberculeux, ...) avec des circuits parallèles ; Absence de coordination en matière d'entreposage, d'acheminement, de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques couverts par les programmes ; Gestion verticalisée de certains produits avec péremption des stocks à côté de besoins urgents pour d'autres activités (ex: ARV pour PEC non utilisés et péremption à côté de besoins pour PTME)	- Adoption de textes visant (i) « l'unicité » du système d'approvisionnement, de distribution des produits pharmaceutiques au niveau du secteur public et (ii) l'utilisation optimale des services de la CAMEC dans l'approvisionnement en produits pharmaceutiques distribués au sein du secteur privé	- Respect des textes et des normes et procédures adoptées et visant à une meilleure coordination entre les différents intervenants
	Capacités de stockage insuffisantes au niveau périphérique et intermédiaire; Insuffisance / vétusté des moyens de logistiques utilisés pour le transport des médicaments tant au niveau central que régional		- Renforcement des capacités et de la qualité de stockage aux niveaux intermédiaires et périphériques
Accès équitable aux médicaments	Insuffisance de disponibilité et d'accès aux médicaments essentiels		- Elargissement des listes de médicaments essentiels des niveaux périphériques (PS et CS) et développement de systèmes de distribution de produits « spécialisés » administrés au niveau médical (Hôpital) et renouvelés au niveau périphérique (PS et CS) ; Ex : ARV, Antituberculeux, Antihypertenseurs, Antidiabétiques, ...
	Prix des médicaments élevés pour une bonne partie de la population	- Adoption d'une politique sociale de tarification des médicaments essentiels (voir tarification plus haut) - Passage à l'échelle des systèmes de couverture du risque maladie	- Développement de systèmes communautaires de couverture du risque maladie (mutuelles, ...) - Rendre gratuits les médicaments pour les malades chroniques (HTA, Diabète, Epilepsie...) et en particulier pour les malades non assurés et âgés (3eme âge)
Contrôle de qualité du Médicament	Faiblesse et non respect de la réglementation instituant les différentes structures - publiques et privées - d'approvisionnement et de distribution des Médicaments	- Révision de la loi pharmaceutique (voir plus haut)	- Renforcement de l'inspection pharmaceutique (voir plus haut) - Mise en place d'un système d'assurance qualité efficace
	Manque de coordination et de		- Mise en place d'une instance

	collaboration entre les structures du MS c'est à dire entre la DPL (normalisation et régulation), la CAMEC (approvisionnement et distribution) et le LNCQM (contrôle de qualité)		nationale du Médicament impliquant la DPL, la CAMEC et le LNCQM
	L'absence de supervision et de contrôle au sein du système de santé a facilité à certains responsables de structures publiques de santé (surtout les postes de santé éloignés) à s'adonner au sein de la structure à la vente des ces « Médicaments » douteux du circuit informel dans le cadre d'une activité privée lucrative non autorisée et non contrôlée		- Renforcement de la supervision (voir plus loin) et de l'inspection (voir plus haut) pharmaceutique
	Inefficacité du système actuel de contrôle de qualité du Médicament ; Développement de circuits parallèles, parfois informels, d'approvisionnement du marché privé par des produits dont la qualité est douteuse et n'ayant été soumis à aucun contrôle efficace	- Révision des textes régissant le contrôle de qualité du Médicament en vue de plus de prérogatives au LNCQM et à la DPL	- Renforcement des capacités humaines, matérielles et financières de la DPL et du LNCQM
Cas particulier de la disponibilité et de la sécurité du sang	A VOIR		- Révision et mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine - Adoption de plan nationale de développement de la transfusion sanguine et de sécurité du sang et des soins

4. Information, recherche et gestion de la connaissance

Système de surveillance	Le système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SMIR) connaît dans la pratique des faiblesses dont la plupart sont liées à l'insuffisance dans l'organisation et aux lacunes de la planification, supervision, monitoring et gestion des données ; La SIMR n'est jusqu'à présent introduite officiellement que dans 4 sur 13 régions du pays; Insuffisances dans la mise en œuvre de la SMIR au ni veau du pays (absence de généralisation de la SIMR dans tous les Moughataaaas ; Insuffisances de la mise en œuvre de la SIMR dans les Moughataaaa où elle est introduite et insuffisance de la mise en œuvre du volet communautaire de la SIMR ; Vetusté des infrastructures et sous-équipement du service national de surveillance épidémiologique ;		- Développement et mise en œuvre d'un plan d'action visant la généralisation de la SMIR (avec plaidoyer, multisectorialité, renforcement des compétences, acquisition de matériels et équipement, adoption de normes et procédures, suivi et évaluation, ...)
	Insuffisance des ressources		- Développement de cours

	humaines formées en épidémiologie, recherche et surveillance aux différents niveaux de la pyramide sanitaire		spécifiques annuels (en collaboration avec la faculté de médecine) en épidémiologie, recherche et surveillance
	Le laboratoire n'est pas suffisamment impliqué dans la surveillance des maladies ; L'équipement des laboratoires des structures sanitaires des régions est globalement faible et la formation de leur personnel est insuffisante. Le matériel pour le transport des prélèvements (LCR, selles) et des consommables ne sont pas toujours disponibles au niveau des structures périphériques		- Développement d'un programme transversal de renforcement des capacités du Laboratoire à tous les niveaux et en support aux différents programmes de santé, y compris la SMIR
	Les communautés ne sont pas impliquées dans la surveillance ; Les comités de surveillance épidémiologique mis en place aux différents niveaux qui devront appuyer la lutte contre les maladies ne sont fonctionnels qu'en cas d'épidémie		- Développement du plan d'action visant la généralisation de la SMIR (voir plus haut)
	L'implication du secteur privé et des tradi-praticiens dans la surveillance épidémiologique demeure insuffisante	- Révision des textes d'autorisation de l'exercice médical privé en vue de spécification de cahiers de charges par type de structure privée (et comprenant l'obligation de la transmission régulière d'informations sanitaires)	- Développement du plan d'action visant la généralisation de la SMIR (voir plus haut)
	Difficultés de collecte et de transmission de données qui se traduit par une très faible promptitude et complétude de la transmission des rapports ; L'analyse des données collectées est insuffisante et leur utilisation à la prise de décisions au niveau des Moughataaaa s et des régions est faible		- Renforcement des compétences d'analyse des données à tous les niveaux
	Le règlement sanitaire international 2005 n'est pas connu des différents services nationaux en charge de sa mise en application L'évaluation des capacités minimales conformément au RSI 2005 et l'élaboration du plan d'action de renforcement des capacités de surveillance et de riposte n'ont pas été réalisées.		- Vulgarisation du règlement sanitaire international 2005 (ateliers, diffusion de supports, ...) - Evaluation des capacités nationales minimales en vue de la mise en œuvre du RSI 2005
Système National d'Information Sanitaire	Le SNIS n'arrive toujours pas à rendre disponible les informations pertinentes et fiables à tous les niveaux du système de santé ; Non utilisation locales et régionales des données avant leur transmission		- Révision/adoption de normes et procédures de collecte, analyse, transmission et synthèse des données du SNIS de routine - Développement de cours spécifiques annuels (en collaboration avec la faculté de médecine) en épidémiologie, recherche et surveillance

	Non intégration des données hospitalières et des données du secteur privé		- Révision/adoption et mise en place d'outils de collecte, d'analyse, de synthèse et de transmission des données hospitalières, et renforcement des compétences des structures hospitalières
	La supervision de l'équipe du SNIS, de la DRAS et de la Moughataaaa, dans les structures de santé se limite parfois à de simples missions de ramassage des rapports ; Absence de guide de supervision et d'outils de collecte de données pour la supervision au niveau des structures		- Révision/adoption d'outils de supervision du SNIS à tous les niveaux - Développement d'un programme spécifique d'assurance qualité des données du SNIS de routine élargi aux sous-secteurs hospitalier et privé
Recherche pour la santé	Faiblesse de la recherche pour la santé ; Insuffisance du financement de la recherche pour la santé ; Environnement peu attractif pour la recherche pour la santé ; La recherche pour la santé, n'arrive toujours pas à faire une contribution significative à l'amélioration du développement sanitaire et à l'atteinte des objectifs de développement ; Elle ne joue pas encore pleinement son rôle dans la production de connaissances utilisées pour promouvoir, restaurer, maintenir, protéger et suivre de près ou surveiller la santé des populations	- Adoption d'une politique nationale de recherche pour la santé impliquant d'autres secteurs (Enseignement supérieur, Affaires sociales, ...) et réseaux (association de santé publique)	- Développement de cours spécifiques annuels (en collaboration avec la faculté de médecine) en épidémiologie, recherche et surveillance - Plaidoyer auprès des décideurs politiques nationaux en faveur de la recherche pour la santé - Définition des priorités de recherche
	Absence de respect des normes internationales d'éthique dans la recherche pour la santé	- Adoption de textes régissant la recherche pour la santé dans le Pays (y compris l'obligation de visa du Comité d'éthique)	- Mise en place d'un Comité national d'éthique disposant de compétences humaines et de capacités matérielles
	Manque de coordination entre les parties impliquées dans le projet de recherche ; Les projets de recherche sont conçus et exécutés sans impliquer toutes les parties intéressées, particulièrement les responsables politiques, les décideurs et les praticiens ; Collaboration insuffisante entre les institutions nationales et internationales de recherche ; Compétences insuffisantes dans le domaine de la recherche pour la santé ; Capacités limitées de l'INRSP et des autres structures de santé (infrastructure, équipements, ressources humaines...)	- Adoption d'une politique nationale de recherche pour la santé impliquant d'autres secteurs (Enseignement supérieur, Affaires sociales, ...) VOIR PLUS HAUT	-Renforcement des capacités de l'INRSP pour un plus grand rôle dans la recherche en santé publique - Favoriser la mise en place des groupes thématiques de recherche : Faculté de Médecine, structures hospitalières et autres réseaux ayant également vocations de recherche en santé

5. Financement de la Santé

<p>Costing et CDMT sectoriel</p>	<p>Absence de la mise à jour des Cadres de Dépenses en Terme (CDMT) et des dépenses publiques en pour le gouvernement sur le secteur de la santé due à l'affaiblissement des outils de l'approche globale, de planification et de budgétisation à moyen terme et de suivi et d'évaluation de l'impact ; Volatilité des budgets qui hypothèque la stabilité et la durabilité des acquis et des acquis en général ; L'absence de mise en place des budgets ne se traduit pas plus aux enveloppes et conditions du CDMT</p>	<p>- Signature du Compact national et respect des engagements financiers</p>	<p>- Adoption du CDMT 2012-2015 par le Conseil des Ministres</p>
	<p>A l'exclusion du CDMT 2002-2004, les versions ultérieures de CDMT ne répondaient pas souvent aux conditions techniques requises et leur utilisation n'a jamais été mise à l'épreuve dans les processus de planification et de budgétisation ; Mise en place du processus de CDMT n'était plus efficace : mise à jour tardive en 2002, rompue après 2005 et suspendu à partir de 2006 ; Absence de cadrage budgétaire permettant d'apprécier la répartition des enveloppes budgétaires aux différents niveaux et responsables d'opérations et d'appui (aux niveaux central et régional) afin de leur permettre de préciser (et éventuellement d'ajuster) les résultats escomptés en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible</p>		<p>- Adoption et mise en œuvre de Directives de planification en totale cohérence avec les enveloppes du CDMT</p>
	<p>L'absence des conditions nécessaires pour la mise en concurrence saine et effective lors de l'exécution budgétaire empêche d'aligner les coûts utilisés dans les estimations aux prix réels du marché</p>		<p>- Renforcement des capacités en passation des marchés - Application rigoureuse du Code des marchés</p>
	<p>Absence d'une approche sectorielle et diversité des modes de gestion des différents intervenants</p>		<p>- Mise en place d'un Fonds commun de gestion des ressources prévues dans le Compact national avec normes</p>

	de la santé qui provoquent d'énormes difficultés de gestion et de suivi des dépenses de santé		et procédures adoptées de manière consensuelle
	La dépense publique de santé a plus profité (i) aux programmes de renforcement des capacités au détriment des programmes « d'action » et (ii) aux niveaux tertiaire et administration centrale au détriment des niveaux opérationnels		- Allocation efficiente à travers l'application stricte du CDMT
	Les budgets du secteur ont toujours souffert de l'absence de bordereaux de prix ; Application de coûts forfaitaires qui ne prennent pas en compte le plus souvent les composantes du prix réel ; Ces propositions d'harmonisation sont dépassées par manque d'actualisation régulière ;		- Adoption/révision d'un bordereau national de prix pour la santé
	Absence de système d'information exhaustif sur l'exécution des enveloppes budgétaires antérieures et les prévisions budgétaires acquises afin d'apprécier l'efficacité de la dépense et les capacités d'absorption des montants disponibles pour la période		- Intégration de l'information financière (allocation/programmation, exécution physique, exécution financière, écart, ...) dans le système de suivi évaluation (SNIS)
	Une réduction du niveau de la dépense publique du fonctionnement non salarial a occasionné des risques de ruptures en médicaments ou consommables et d'insuffisance de la maintenance des constructions et équipements		- Veiller à l'équilibre investissement/fonctionnement pour une dépense efficace

6. Leadership et Gouvernance

Cadre organisationnel	Les organigrammes consécutifs mis au point pour le secteur se rassemblent en grande partie et ont suivi les mêmes procédures d'élaboration ; La procédure d'élaboration des organigrammes se fait suivant une	- Révision de l'organigramme pour l'adapter aux grandes orientations du PNDS, et faciliter ainsi sa mise en œuvre et son suivi-évaluation	- Adopter une procédure, une périodicité et des mécanismes pour la révision de l'organigramme ; - Elaborer et adopter les organigrammes manquants
------------------------------	---	---	--

	<p>approche à la fois improvisée et normative et ne donne pas lieu à une analyse organisationnelle préalable ; Ces organigrammes ne se mettent pas dans la perspective de mieux adapter les organes du secteur à la mise en œuvre des politiques sectorielles adoptées et de ce fait ne prennent pas en compte l'intégralité des missions à accomplir ; Ces organigrammes se limitent à la décomposition des organes administratifs en unités organiques plus petites mais ils négligent les liens synchroniques (transversaux) entre les unités de mêmes niveaux. Les liens fonctionnels et les circuits de circulation de l'information ne sont pas explicites et sont soumis aux seuls liens définis (liens hiérarchiques). Ces limites favorisent l'instauration d'une bureaucratie qui alourdit le fonctionnement des organes et la propagation des pratiques informelles dans le travail entre les organes</p>		
	<p>Dans la plupart des cas, les lignes de démarcation entre les attributions des organes ne sont pas suffisamment claires et font l'objet de conflits de compétences</p>	<p>- Adopter des textes d'application précisant et détaillant certaines attributions</p>	
	<p>Manque d'intégration des activités dû à la répartition fragmentaire des fonctions, la tendance à la verticalité dans la gestion des organes centraux et les déconnexions entre les différents niveaux (central, régional et périphérique)</p>	<p>- Intégration effective des Programmes dans l'organisation et le fonctionnement du Département</p>	<p>- Dotation des Directions centrales en prérogatives et moyens nécessaires pour une coordination effective et efficace de l'action des Programmes de santé ; - Diffusion d'une Circulaire rappelant les responsabilités des Directions centrales et exigeant une intégration effective des Programmes de santé ;</p>
	<p>Si pour certaines structures autonomes les</p>	<p>- Adoption de cadres organisationnels pour les</p>	<p>- Diffusion et organisation d'ateliers de vulgarisation de</p>

	cadres organisationnels sont fixés dans les textes statutaires, il n'en est pas le cas pour les autres structures notamment les niveaux primaire et secondaire ou la pratique se substitue à la norme et règlement	différentes structures publiques de santé, en particulier les PS, CS, HM et HR ;	ces cadres organisationnels à tous les niveaux
Coordination intra et extra sectorielle, et partenariat	Insuffisance de la coordination entre les intervenants (entre les structures internes du MS et entre le MS et les autres intervenants du Secteur) ; Insuffisance des outils de coordination (manuels de procédures, TDR, directives,...) et absence d'utilisation des expériences réussies ailleurs en matière de coordination ; Les mécanismes intersectoriels sont non opérationnels ; Multitude des organes de coordination intra-sectorielle sans réelle efficacité et dysfonctionnement de la plupart de ces organes (réunions irrégulières, décisions souvent sans suite) ;	- Adoption de textes réglementaires mettant en place les entités de coordination intra et intersectorielle - institutionnalisation des supervisions intégrées régulières à tous les niveaux	- Adoption de manuels de procédure, de TDR et de directives de fonctionnement des entités de coordination intra et intersectorielle
	Absence d'un cadre de partenariat harmonisé ; Non implication du secteur privé dans les interventions du secteur public ; Insuffisance d'implication de la société civile et existence d'une multitude d'acteurs non gouvernementaux avec une capacité limitée	- Implication de la société civile et du secteur privé de santé dans les différentes instances de pilotage, de coordination, de suivi et d'évaluation de l'action sectorielle	- Formation de représentant de la société civile et du secteur privé de santé sur les priorités sectorielles, sur le dispositif institutionnel en charge du pilotage, de la mise en œuvre et du suivi et évaluation
	Insuffisance de la décentralisation dans le Département (gestion budgétaire, gestion des RH, etc...) ; Les comités régionaux, départementaux et locaux, mis en place dans une vision d'implication des acteurs communautaires, ne sont pas opérationnels ; Cadre juridique inadapté (les textes en vigueur ne précisent pas aux DRAS ce rôle de coordination de toute	- Adoption et mise en application d'une réelle stratégie de décentralisation jusqu'au niveau périphérique (PS et CS) ;	- Réactualisation des textes (Décret) mettant en place les Comités régionaux

	l'action sectorielle dans la wilaya) ; Manque de précision et de clarté dans la définition des relations entre le Département central, ses entités déconcentrées et les institutions sous tutelle ;		
	Insuffisance au niveau régional des moyens humains, matériels et financiers nécessaires à assurer une coordination efficace ; les quelques moyens disponibles ne sont pas orientés en priorité vers cette action de coordination		- Renforcement des moyens humains, matériels et financiers des entités régionales et des équipes d'encadrement des Moughataaa - Systématisation des rencontres régulières
Harmonisation des interventions des partenaires et alignement sur les priorités nationales	Les interventions des PTF ne sont pas toujours harmonisées ; Incohérence entre les plans d'action et les requêtes de financement adressées aux PTF ; Les interventions ne respectent pas toujours les priorités nationales présentées dans les différents documents stratégiques du secteur	- Signature du Compact national	- Rendre fonctionnel le système de suivi et évaluation qui sera adopté lors de la signature du Compact ; - Adoption de normes et procédures applicables au processus de planification et de gestion du secteur et de ses entités déconcentrées ;
	Insuffisance de l'implication des partenaires dans le pilotage du Département (planification, mise en œuvre, suivi et évaluation)	- Mise en place de manière formelle du Comité National de Pilotage et de suivi du secteur (impliquant le MS, les principaux secteurs, les PTFS, la Société civile et le secteur privé de santé) ;	- Adoption d'une charte de bonne conduite entre Partenaires du Compact ;
Politiques et stratégies	Le document de Politique nationale de Santé (PNS) 2006-2015 n'a pas été actualisé pour prendre en compte les orientations internationales et sous-régionales (Ouagadougou) de 2009 relatives aux soins de santé primaires ; Les orientations stratégiques nationales se caractérisent par un manque de partage de ces documents, une mise en œuvre très partielle et une absence d'actualisation régulière ;	- Révision de la PNS à la lumière de l'analyse de situation et des nouvelles orientations stratégiques pour 2020	- Edition et diffusion des différents documents analytiques et programmatiques du Secteur (Rapport analyse de situation du secteur, PNDS, PNS, ...)
	Le pays ne dispose pas encore de Plan National de Développement	- Adoption de la nouvelle PNS sous forme de loi - Adoption du PNDS 2012-2020	- Mise en œuvre d'un processus de diffusion et de vulgarisation de la PNS et du

	Sanitaire	par décret	PNDS
Processus de Planification dans le secteur	Faiblesse du processus de planification et absence de planification stratégique basée sur les résultats ; Aucun processus n'a pu intégrer l'ensemble des interventions dans le secteur ; Faiblesse des capacités nationales en planification, et plus spécifiquement en planification stratégique axée sur les résultats	- Adoption de Directives nationales de planification axée sur les résultats à tous les niveaux	- Renforcement des capacités de planification au niveau central, en particulier au sein de la DPCIS et des Directions centrales
	Absence de directives de planification clairement définies et basées sur l'évidence scientifique ; Faiblesse, voir inexistence, de capacités en matière de planification et de gestion aux niveaux déconcentrés		- Mise à jour et diffusion annuelle (vers le mois de juillet-août) de directives de planification décentralisée (avec résultats attendus, surtout d'effet et de produits, stratégies/ interventions/ mesures, ressources allouées et sources)
	Faiblesse du système de suivi et évaluation ; Absence de suivi et évaluation des plans sectoriels		VOIR AXE RSS
Régulation	La régulation, à dimension transversale, ne bénéficie pas encore de l'intérêt qu'elle mérite dans la gestion du secteur ; Des insuffisances se situent aussi bien au niveau des textes qu'au niveau des organes ainsi qu'au niveau de l'exercice même de cette mission ; Inexistence de normes et procédures dans la plupart des domaines et non-respect de celles existantes	- Intégration du secteur santé dans la loi nationale sur la régulation - Adoption de texte réglementant cette régulation « santé »	- Plaidoyer au plus haut niveau en faveur de cette régulation - Adoption de normes et procédures dans les différents aspects du secteur (voir ce qui précède)
	S'agissant des textes, la dynamique réglementaire et normative ne répond pas à l'évolution du système de santé et ne permet pas à l'état actuel son intégration dans son environnement ; Exemple : faiblesse du cadre réglementaire instituant la tarification des services et des produits (encore très disparate et fluctuante), et insuffisance de son application.	- Instauration d'une tarification publique et privée – basée sur des évidences solides (études préalables) – à travers des textes juridiques régulièrement mis à jour - Révision régulière des textes juridiques et réglementaires régissant le fonctionnement du secteur santé (en relation avec les éventuels changements majeurs)	- Analyse organisationnelle et réglementaire du Secteur santé
	Pour ce qui est des	- Création d'une autorité de	- Analyse du fonctionnement

	organes, leur multiplicité ne permet pas une gestion intégrée du système ; En outre, malgré leur nombre important, les organes existant ne prennent pas en charge toutes les questions devant faire l'objet de régulation et connaissent de véritables problèmes de fonctionnement lié notamment à l'organisation de leur travail ; Inexistence de structures chargée spécifiquement de la régulation à différents niveaux ;	régulation du secteur santé fonctionnant de manière totalement autonome et dont les décisions sont juridiquement contraignantes et obligatoirement appliquées	et des relations entre les différents organes chargés de la régulation du secteur et révision en conséquence des textes y afférant
	Le manque de motivation des membres, l'irrégularité des réunions, la faible application des mesures prises et le manque de continuité et de suivi des activités ; La faible circulation de l'information et l'absence de climat de concertation entre les différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) ; Le chevauchement des compétences entre les autorités administratives - régionales et départementales - et les services de santé		- Clarification des responsabilités, rôles et missions des différents organes et entités en charge de cette régulation du secteur - Renforcement des compétences des responsables et membres de ces entités grâce entre autres aux voyages d'études et à l'organisation régulière de rencontres à tous les niveaux sur l'efficacité de la régulation et sur les voies de son renforcement
	Suivi et contrôle insuffisants et inefficaces ; Les organes de contrôle (contrôle financier et inspection sectorielle) sont dotés de peu de moyens et ne peuvent de ce fait effectuer un contrôle complet et approfondi. Le contrôle interne est particulièrement faible		- Renforcement des moyens humains et matériels du contrôle interne et externe sous la responsabilité de l'instance en charge de la régulation
	L'amalgame entre structures publiques et privées avec un exercice souvent mixte - en particulier pour les catégories médical - avec un certain délaissement du service public au profit du privé, plus rémunérateur	- Prise de texte réglementaire interdisant l'exercice cumulé du public et du privé	- Renforcer les moyens de motivation dans le public (y compris l'augmentation du revenu des personnels de santé), plaider en faveur du sous secteur et donner le choix aux techniciens entre l'exercice public et privé - Renforcement des contrôles dans le secteur médical public et privé
	Libéralisation dans le	- Révision de la loi	- Renforcement des contrôles

	<p>secteur sans mise en place et renforcement de la régulation en général, et de la régulation dans le secteur ; La réglementation pharmaceutique – privée en particulier – est inappropriée et souvent inappliquée ; L'absence de traçabilité de la plupart des produits commercialisés dans le sous-secteur privé, et parfois même de certains produits dans les structures publiques de santé acquis par des voies parallèles ; L'existence de circuits pharmaceutiques spécifiques, plus longs et non soumis à la régulation ; L'anarchie dans le sous-secteur pharmaceutique privé (médicaments douteux, stockage inapproprié...) non soumis à une régulation ou à un contrôle, profitant de la désorganisation du secteur public s'il n'en est pas l'instigateur ; Cadre juridique et réglementaire inadapté; la dernière révision de la loi pharmaceutique en est l'illustration: les officines continuent à être autorisées à des non professionnels et les normes d'installation de pharmacie continuent à ne pas respecter les règles internationalement reconnues</p>	<p>pharmaceutique afin de prendre en compte toutes ces insuffisances (voir ce qui précède)</p>	<p>dans le sous secteur pharmaceutique public et privé - Développer les mécanismes nécessaires pour application effective des décisions prises lors de ces contrôles conformément à la réglementation en vigueur</p>
<p>Procédures gestionnaires, autonomisation et contractualisation des services</p>	<p>Le processus d'élaboration des budgets de l'Etat est souvent en retard et les budgets élaborés ne s'articulent pas souvent avec les politiques publiques sectorielles (CDMT) ; Les responsables du Département n'ont pas toujours été transparents quant à l'utilisation du budget national comme ressource essentielle du secteur à laquelle les ressources extérieures</p>	<p>- Adoption du CDMT sectoriel santé en Conseil des ministres comme document de référence pour le budget sectoriel</p>	<p>- Implication large des responsables du secteur et des Principaux Partenaires dans le processus d'élaboration du budget</p>

	apportent un complément indispensable		
	Faible circulation de l'information avec une forte centralisation des opérations financières et budgétaires, de leur programmation, de leur budgétisation et de leur comptabilisation ; Retards dans la notification des budgets ; Les ressources reçues par plusieurs unités de gestion et de prestation au niveau du secteur ne sont pas suffisamment connues, leur traçabilité est très faible et leur suivi n'est pas du tout assuré ; L'absence d'informations précises sur les ressources, la centralisation, l'exploitation et la diffusion de ces informations		- Partage régulier - par le canal le plus approprié - de l'ensemble des informations relatives à l'allocation, à l'exécution et au décaissement des ressources financières tant nationales qu'extérieures - Intégration des informations financières et de gestion dans le SNIS de routine
	Les procédures en vigueur ne permettent pas à l'état actuel leur application à tous les niveaux du système ou se trouvent des ressources publiques (PS, CS, etc.) ; Le manque de rigueur dans l'application des règles de gestion des achats et marchés publics donne lieu au fractionnement, aux dérogations à l'utilisation des procédures autres que celle des appels d'offres ouverts ; Le système permet une place importante pour le favoritisme		- Application rigoureuse du Code des marchés - Renforcement des compétences des différentes commissions de marchés du secteur - Vulgarisation des procédures de gestion à tous les niveaux - Formation systématique des responsables des structures de santé à différents niveaux sur les procédures de gestion financière et matérielle
	Multitude des unités de gestion avec pour corolaire l'importance des frais de gestion, les doubles emplois et les difficultés de suivi et de contrôle ; L'absence d'une procédure harmonisée et commune pour tous les financements extérieurs mis à la gestion du secteur ; Le manque de maîtrise des procédures de gestion par les	- Mise en place du Fonds commun (voir ce qui précède)	- Diffusion, vulgarisation et formation des responsables concernés sur les procédures de gestion des fonds extérieurs

	différentes parties impliquées dans la mise en œuvre des activités financés sur ces ressources étant donnée le caractère intégré de leur gestion		
--	--	--	--

