

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice



MINISTERE DE LA SANTE

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE A l'horizon 2030

Mai 2017

Table des matières

PREFACE	3
Liste des acronymes et abréviations	4
I. Contexte	6
II. Situation sanitaire	6
2.1. Etat de santé de la population	6
2.2. Déterminants de ce niveau de santé.....	8
III. Analyse du système national de santé.....	9
3.1. Organisation du système de santé.....	9
3.1.1. Secteur sanitaire public.....	9
3.1.2. Santé communautaire	10
3.1.3. Secteur sanitaire privé	10
3.1.4. Médecine traditionnelle	10
3.2. Leadership et gouvernance	10
3.3. Prestations des services sanitaires	12
3.4. Ressources humaines	14
3.5. Médicaments et consommables médicaux	14
3.6. Infrastructures, équipements et maintenance.....	16
3.7. Information sanitaire.....	16
3.8. Recherche en santé	18
3.9. Financement de la santé.....	18
IV. Problèmes prioritaires	20
V. Orientations nationales en matière de Santé.....	22
5.1. Vision 2030	22
5.2. Fondements, valeurs et principes	22
5.3. Objectifs et cibles à l'horizon 2030.....	22
5.4. Domaines prioritaires d'action	23
5.4.1. Renforcement de la gouvernance sanitaire.....	23
5.4.2. Amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune	27
5.4.3. Contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles.....	28
5.4.4. Renforcement du système de santé.....	29
VI. Cadre de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.....	31
6.1. Approches de mise en œuvre	31
6.2. Partenariat pour la santé en Mauritanie.....	31
6.3. Analyse des obstacles et contraintes	32
6.4. Conditions de succès	32
6.5. Mécanismes de suivi et d'évaluation	33

PREFACE

Le Gouvernement de la Mauritanie entend offrir à tous les citoyens un accès universel aux services essentiels de santé de qualité, et une protection contre les risques financiers liés à la maladie, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination, et avec la pleine participation des populations.

Les principaux documents politiques et stratégiques élaborés au cours des dernières années (tant au niveau du gouvernement que du secteur de la santé) considèrent la santé comme une priorité nationale et la placent au cœur du développement du pays.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé a décidé de doter le pays d'une nouvelle politique nationale de santé à l'horizon 2030 afin de guider fondamentalement les actions sanitaires et de tirer profits des ressources mobilisées pour améliorer l'état de santé des populations

Elle servira d'orientation de base à toutes les actions menées dans le secteur pour la période 2017-2030. Elle s'appuie sur l'analyse de la situation du secteur et tient compte des engagements et des recommandations issues des revues régulières et des évaluations successives menées de concert avec l'ensemble des acteurs du secteur.

Ministre de la santé

Pr. Kan Boubacar

Liste des acronymes et abréviations

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

PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PNTL	Programme national de lutte contre la tuberculose
PS	Poste de santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
RC	Relai communautaire
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RSS	Renforcement du système de santé
RSI	Règlement sanitaire international
SCAPP	Stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SNIS	Système national d'information sanitaire
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé de la reproduction
SRAJ	Santé reproductive des adolescents et des jeunes
SRC	Système de recouvrement des coûts
TB	Tuberculose
UM / MRO	Ouguiya
USB	Unité de Santé de Base
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

I. Contexte

La Politique nationale de santé et d'action sociale 2005-2015 a pris fin par une évaluation du secteur de la santé qui a permis de dégager les problèmes prioritaires du secteur tenant compte des défis nationaux et des enjeux internationaux.

En cette année 2016 qui marque le début de la période post 2015 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et le début de l'ère des ODD (Objectifs de Développement Durable), la Mauritanie présente toute une série d'opportunités, avec la revue à mi-parcours du PNDS, l'élaboration de la nouvelle Politique Nationale de Santé qui coïncide avec celle de la nouvelle vision globale à l'horizon 2030, traduite dans la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) 2016-2030. Au sein de cette SCAPP, une place de choix a été réservée à l'action de santé résolument orientée vers l'efficacité, l'efficience, l'équité et la durabilité dans la réponse apportée aux principaux problèmes de santé.

L'élaboration de la Politique Nationale de Santé a été menée de pair avec la révision de la deuxième phase du PNDS 2017-2020 qui en sera son outil d'opérationnalisation, ce qui garantira une cohérence parfaite entre ces deux documents de planification politique et stratégique.

Par ailleurs, le secteur de la santé bénéficie de plusieurs appuis extérieurs à travers des projets et programmes de santé dont certains sont en phase de démarrage ou de consolidation. Il s'agira de veiller à la cohérence des choix stratégiques avec ces engagements internationaux ou, éventuellement, réviser ces engagements à la lumière des nouveaux choix du pays.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ont atteint leur terme en fin 2015 par des avancées notables dans plusieurs domaines dont la santé. Ces progrès ont cependant été limités en particulier en ce qui concerne la mortalité maternelle. D'une manière générale, l'état de santé des populations Mauritaniennes, en particulier les groupes les plus vulnérables, demeure préoccupant. Le Monde s'est fixé de nouveaux objectifs ambitieux pour l'horizon 2030, les Objectifs de Développement Durables (ODD) dont le troisième objectif s'intitule **“donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges”**. A travers ses neuf cibles, cet objectif met l'accent sur les principaux problèmes de santé qui sont aussi pris en compte à travers les autres objectifs liés à la pauvreté, à la nutrition, à l'éducation, au genre, à l'eau, l'hygiène et l'assainissement,

La présente Politique Nationale de Santé (PNS) vise à répondre aux attentes de plus en plus ambitieuses des populations Mauritaniennes en matière de santé et de bien-être tout en adaptant les orientations mondiales aux besoins et aux spécificités du Pays.

II. Situation sanitaire

2.1. Etat de santé de la population

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une morbidité élevée due aux maladies endémo-épidémiques et l'augmentation du fardeau des maladies non transmissibles.

Malgré les efforts déployés, de nombreux défis restent à relever. Le paludisme reste la principale cause de morbidité tant en milieu rural qu'en milieu urbain et la tuberculose reste

également un problème de santé publique avec un faible taux de détection (45%). L'infection VIH/SIDA, se caractérise par une épidémie de type concentrée avec une prévalence estimée à moins de 1% dans la population générale et des prévalence relativement élevée dans certains groupes à risque (Travailleuses de sexe, détenus etc..) . Selon la projection ONUSIDA, le pays compterait environ 10.000 personnes vivant avec le VIH¹ dont moins de 5000 sont connues et suivies. La prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes varient de 10 à 13%, ce qui place le pays dans une zone d'hyper endémicité de l'infection du virus de l'hépatite B.

Les maladies tropicales négligées² représentent un autre problème de santé publique méritant des actions préventives plus ciblées basées sur des données factuelles grâce à une recherche opérationnelle ciblée.

Les cinq dernières années ont connu une succession de flambées épidémiques en lien avec la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre Crimée Congo, la Dengue, ainsi que certaines catastrophes naturelles à type d'inondations.

La morbidité du couple mère enfant reste largement dominée par les causes de mortalité maternelle en particulier les hémorragies du post- partum sur un terrain d'anémie fréquente (72,6%³) et l'éclampsie, mais aussi par les causes de mortalité infanto-juvénile liées aux infections respiratoires aiguës, aux diarrhées, et au paludisme sur un terrain de malnutrition plus ou moins sévère (plus de 15% de malnutrition aiguë).

Les maladies non transmissibles sont en augmentation, en particulier les maladies cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques, le diabète et les cancers qui sont devenues un problème de santé publique majeur. Les données de l'enquête STEPWISE de 2008, montrent une prévalence du diabète à 6%, de l'hypertension artérielle à 22,4%, et du tabagisme à 17,2%⁴.

Les hémoglobinopathies (drépanocytose...) représentent un problème de santé publique et aucune stratégie n'a été développée pour lutter contre cette affection.

De plus les accidents de la voie publique prennent de l'importance en tant que problème de santé publique avec un fardeau de plus en plus lourd en terme de morbidité, mortalité, morbidité y compris les handicaps et les conséquences socio-économiques.

Dans le domaine de la mortalité, bien que celle-ci ait baissé, la situation reste caractérisée par un taux de mortalité brute dans la population générale élevée (10,9‰) à côté d'une forte natalité (32,3‰)⁵ toutes deux responsables d'un accroissement naturel annuel de la population d'environ 2,77%⁶. L'espérance de vie a évolué d'environ deux ans durant la période allant de 58 ans en 2000 à 60,3ans en 2013⁷.

¹ PSN 2015-2018

² MTN : Schistosomiasés, Géo-helminthiasés, Trachome

³ Plan stratégique multisectoriel de Nutrition 2016-2025 (adopté en avril 2016)

⁴ STEPWISE 2008

⁵<https://www.populationdata.net/pays/mauritanie/>

⁶ RGPH 2013

⁷ Selon RGPH 2013, elle est passée de 58 ans en 2000 à 60,3ans en 2013

La Mauritanie n'a pas atteint les objectifs fixés dans le cadre des OMD relatifs à la santé à l'horizon 2015. En effet, le ratio de la mortalité maternelle demeure très élevé enregistrant une lente diminution passant de 687 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2001⁸ à 582 décès maternels pour 100.000 naissances plus de dix ans plus tard (2013)⁹. Toutefois, certains progrès ont été réalisés en matière de réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile (MIJ) qui demeurent cependant plus élevés que les niveaux ciblés en 2015 pour les OMD et qui sont passés, respectivement de 107‰ et 127‰ en 2001¹⁰ à 77‰ et 122‰ en 2007¹¹ puis à 75‰ et 118‰ en 2011¹² et à 43‰ et 54‰ en 2015¹³.

2.2. Déterminants de ce niveau de santé

Plusieurs facteurs associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements, influencent l'état de santé des populations avec l'ampleur et la persistance des maladies transmissibles et non transmissibles.

Les déterminants sont ceux liés à l'environnement social (organisation sociale, coutumes, culture et éducation), économique (revenus des ménages, accessibilité financière aux services de santé), physique (hygiène, assainissement, agriculture, élevage, industries etc...), les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les capacités d'adaptation et l'impact de la croissance démographique.

C'est ainsi que l'accès insuffisant¹⁴ à l'eau potable (68,1%), à une nutrition adaptée (34,2%) et à un assainissement adéquat (40,4%) conditionnent, à côté de la forte promiscuité, l'apparition et/ou le maintien, voire l'aggravation d'une morbidité marquée par une forte prévalence des pathologies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles.

Par ailleurs, la morbidité et les mortalités maternelles sont, entre autres, favorisées par des facteurs socio-culturels tels que le mariage précoce des filles (15,6% avant l'âge de 15 ans¹⁵) et les Mutilations Génitales Féminines (53,2% des filles de moins de 15ans)¹⁶. D'autres facteurs sous-jacents (tabous, état nutritionnel, niveau d'alphabétisation, us et coutumes, accès à l'eau potable, hygiène et assainissement etc...) concourent à l'aggravation de cette situation.

L'obésité, la sédentarisation et l'expansion du tabagisme et de la consommation des substances psycho-actives auprès des adolescents et des jeunes, en particulier dans les grandes villes, favorisent une morbidité de plus en plus élevée en lien avec les principales maladies non transmissibles (HTA, diabète, MCV, MBP, cancers, ...).

⁸ EDMS 2001

⁹ RGPH 2013

¹⁰ EDMS 2001

¹¹ MICS 2007

¹² MICS 2011

¹³ MICS 2015

¹⁴ MICS 2015

¹⁵ MICS 2015

¹⁶ MICS 2015

III. Analyse du système national de santé

Le Système de santé « est l'ensemble des acteurs, des organisations, des institutions et des ressources dont le but premier est d'améliorer la santé. Il a pour objectif de promouvoir, de restaurer et d'entretenir la santé. Les services offerts par le système de santé doivent être de qualités, équitables, accessibles et socialement acceptables. La performance d'un système de santé est en fonction des ressources (humaines, matérielles et financières), des prestations de services, des capacités organisationnelles et gestionnaires, et du degré de participation communautaire¹⁷ ».

3.1. Organisation du système de santé

Le système de santé comprend quatre composantes à importance inégale : le secteur public qui occupera la grande partie de cette analyse, le secteur privé, la santé communautaire et la médecine traditionnelle.

3.1.1. Secteur sanitaire public

Le secteur public est organisé suivant une architecture pyramidale allant de la base (postes et centres de santé) au sommet (cabinet du ministre, directions centrales, hôpitaux nationaux) en passant par le niveau intermédiaire (DRAS, Centres hospitaliers régionaux et hôpitaux des Moughataa). D'autres établissements non hospitaliers¹⁸ complètent au sommet cette architecture.

Les décrets n°088/2015 du 12 mars 2015 et le n°178/2016 du 29 juin 2016 fixent respectivement l'organisation de l'administration centrale du département et l'organisation des formations sanitaires régionales.

Par ailleurs, il y'a une insuffisance du cadre de la législation et de la réglementation dans le domaine de la médecine hospitalière et du système de référence et de contre référence.

La Mauritanie, à l'instar des pays de la région africaine de l'Organisation mondiale de la santé, n'a pas acquis les capacités minimales requises dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International, malgré les deux prolongations autorisées.

C'est ainsi que le pays, du fait de la faiblesse des capacités de détection et de riposte, et de la faible coordination intersectorielle, est confronté régulièrement à des épidémies récurrentes de fièvres hémorragiques virales (fièvre de la vallée du Rift, Crimée Congo, Dengue), et de choléra, aux infections nosocomiales, à la problématique de l'antibiorésistance, et aux menaces des événements de santé publique de portée internationale comme la maladie à virus Ebola (MVE).

Le concept « One Health » visant une approche holistique et une collaboration multisectorielle pour répondre aux événements de santé publique, tels que les maladies infectieuses à fort impact émergeant à l'interface entre les humains, les animaux (domestiques et sauvages) et l'environnement, n'a pas encore été pris en compte dans la stratégie de lutte

¹⁷ Tirée d'une présentation sur la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique ; Nouakchott, février 2009

¹⁸ CNORF, ENSPs, CNTS, INRSP, LNCQM et CAMEC

contre les maladies par manque des ressources humaines qualifiées et de coordination multisectorielle.

3.1.2. Santé communautaire

Malgré l'existence d'une stratégie nationale de la santé communautaire et l'engagement des ONGs et associations nationales dans les actions de santé, l'implication des communautés dans la gouvernance et l'offre des soins reste timide dans le pays. Actuellement, peu des comités de gestion des formations sanitaires sont fonctionnelles et le nombre d'unités de santé de base (USB) existant fonctionnent à travers le soutien des partenaires de proximité.

3.1.3. Secteur sanitaire privé

Le système privé de soins connaît un réel accroissement. Il est surtout localisé dans les principaux centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou et Kiffa). L'insuffisance de la régulation du secteur privé et de la complémentarité avec le secteur public, a été à l'origine de la prolifération des structures sanitaires privées, utilisant pour l'essentiel les professionnels de santé, fonctionnaires de l'état. Cette situation a largement contribué à la dégradation de la qualité des prestations du secteur public.

3.1.4. Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle constitue à bien des égards un recours pour une bonne partie de la population et pourrait constituer un sous-système complémentaire du système de soins formel (public ou privé). Elle souffre cependant d'un manque de législation et d'encadrement devant la conduire vers une connexion harmonieuse avec le système moderne de santé conformément aux recommandations de l'OMS.

3.2. Leadership et gouvernance

Au cours de ces dix dernières années, un engagement au plus haut niveau en faveur de la santé s'est manifesté par l'adoption des lois, politiques, stratégies et autres conventions et l'accroissement des ressources en faveur de la santé.

Sur le plan de la bonne gouvernance, une stratégie de lutte contre la corruption a été adoptée avec un arsenal de textes juridiques et législatifs.

Sur le plan de la formulation des politiques et stratégies sanitaires, le Ministère de la santé s'est doté d'un plan de développement stratégique, des plans portant sur les principales thématiques/maladies prioritaires ainsi que des référentiels normalisant le processus de la planification opérationnelle, des supervisions et de l'information sanitaire.

La mise en place d'une approche de financement basé sur les résultats dont la stratégie a été adoptée, permettra de renforcer la performance du secteur,

Parmi les acquis du secteur sanitaire public, on peut noter la déconcentration des moyens au profit des services sanitaires régionaux et locaux, le renforcement des ressources financières allouées par l'Etat, le renforcement de la décentralisation et l'autonomisation des hôpitaux régionaux.

Cependant, la gouvernance¹⁹ du secteur est toujours caractérisée par des faiblesses en matière de leadership, de gestion stratégique, de planification, de suivi et évaluation, qui sont parfois liées à la non mise en œuvre ou l'absence du cadre réglementaire et législatif, du système d'information, aux faibles capacités d'analyse de données et à l'insuffisance de la coordination intra et intersectorielle.

Dans ce cadre, il faut noter (i) la méconnaissance de la vision sectorielle par la plupart des acteurs, (ii) le manque de définition claire des responsabilités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) l'insuffisance et le non-respect des normes et procédures, (iv) l'absence de coordination lors des prises de décision, et les décisions prises au sein des entités de coordination²⁰ sont rarement suivies d'effet, (v) la quasi-absence d'une coordination intersectorielle avec très peu d'actions engageant conjointement la santé avec un ou plusieurs autres secteurs, (vi) la non fonctionnalité d'instances inclusives pour la prise de décision ou de réseaux fonctionnels d'échanges d'informations, (vii) l'absence de toute forme de participation des communautés dans la programmation sectorielle ou dans l'allocation ou l'exécution budgétaires, et (viii) la quasi-inexistence de supervision par niveau indispensable pour une amélioration continue de la performance du système de santé.

Par ailleurs, la jonction des facteurs liés aux changements fréquents des hauts responsables, et l'incohérence de l'organisation du département avec les stratégies et priorités du secteur, réduisent l'efficacité du système de santé avec des répercussions sur les structures régionales et périphérique souffrant d'une décentralisation timide et de capacités opérationnelles limitées.

Les documents stratégiques du secteur ne sont pas suffisamment vulgarisés et ne sont pas toujours utilisés comme référence unique pour le choix des priorités et allocation des ressources. On note par ailleurs, une insuffisance de l'application des textes réglementaires et législatifs du secteur et des réformes à caractère organisationnel et institutionnel dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS I.

Malgré l'importance accordée de manière globale à la régulation de l'action publique et privée, 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. Par ailleurs, (i) la faible circulation de l'information, (ii) l'absence de climat de concertation entre les différents niveaux, (iii) le chevauchement des compétences entre les autorités administratives et les services de santé, et (iv) 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, sont autant d'obstacles pour une régulation efficace.

¹⁹ La gouvernance regroupe (i) la définition des orientations, (ii) le partage de responsabilité, (iii) la formalisation des normes, des processus et des procédures, (iv) la coordination des décisions et des actions, (v) l'action intersectorielle, (vi) la transparence dans la gestion, (vii) la priorité aux intérêts des bénéficiaires, (viii) la supervision et le suivi et évaluation.

²⁰ Comité de Direction et le Comité de Pilotage du PNDS

En résumé, dans le domaine du leadership et de la gouvernance, les défis majeurs à relever sont la régulation et la normalisation dans le secteur de la santé, l'amélioration de la collaboration intersectorielle et de la coordination de l'intervention, et le renforcement du système national de la santé en intégrant la santé communautaire.

3.3. Prestations des services sanitaires

Dans le cadre de l'amélioration des prestations sanitaires, des efforts ont été déployés avec le changement des statuts de 11 hôpitaux régionaux en établissement public autonome, la création des hôpitaux de Moughataa, l'amélioration des subventions budgétaires de l'état et des recettes propres des structures hospitalières, la prise en charge gratuite de certaines pathologies (hépatite virale, hémodialyse, paludisme, tuberculose, VIH/SIDA...) et l'introduction de nouvelles prestations spécialisées (greffe de cornée, prothèses totales de hanche et genou, interventions cardiovasculaires ...). C'est ainsi que le Paquet Complémentaire d'Activités (au niveau hospitalier) est offert de manière acceptable et continue dans les structures hospitalières.

En fin 2015, la Mauritanie s'est engagée dans la stratégie mondiale 2.0 pour la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents pour la période 2015-2030 dont le cadre opérationnel sera matérialisé à travers des actions soutenues en faveur de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA).

En matière de lutte contre les maladies transmissibles, des efforts importants ont été déployés. Les programmes de santé ont été renforcés, des stratégies spécifiques élaborées dans le domaine du Paludisme de la tuberculose, du VIH/SIDA.

Dans le cadre de la lutte contre les hépatites virales, une structure chargée de la prévention et la prise en charge gratuite a été créée en 2014 et une stratégie nationale adoptée en 2015.

Dans le domaine de la lutte contre les épidémies, des efforts ont été déployés dans le renforcement des capacités de surveillance, de laboratoire et de riposte. Devant la menace de l'épidémie d'Ebola, un plan de contingence a été élaboré dont la coordination multisectorielle est encore insuffisante.

Dans le domaine de la prévention, le programme élargi de vaccination a été renforcé par sa dotation en logistiques et équipements nécessaires ce qui a permis de réaliser une couverture vaccinale dépassant 80% selon les données de routine de 2016. De nouveaux vaccins ont été introduits tels que les vaccins contre l'hépatite B, l'Hémophilus influenzae b, le pneumocoque et le rotavirus, le pentavalent, et d'autres sont en cours d'introduction comme le vaccin contre le papilloma virus humain . Depuis avril 2010, aucun cas de poliomyélite n'a été signalé.

Cependant plusieurs faiblesses subsistent et limitent la disponibilité et l'accès à des prestations de qualité. Ces faiblesses sont liées aux différentes composantes du système de santé.

Le Paquet Minimum d'Activités est partiellement offert et de manière discontinue au niveau des postes et centres de santé avec d'importantes insuffisances de la qualité des services offerts.

L'absence de tarification harmonisée des prestations à tous les niveaux laisse la porte ouverte à des abus rendant la plupart de ces services hospitaliers inaccessibles à la grande majorité de la population.

La demande des services de santé reste limitée à cause de barrières financières et géographiques : moins de 15% de la population bénéficie d'une couverture d'assurance maladie..

La dimension de l'équité n'est pas encore complètement prise en compte de manière systématique dans l'action de santé. En matière d'offre des services de santé, des disparités existent entre les milieux urbains et ruraux, entre wilayas, entre zones et entre riches et pauvres.

La couverture de la prise en charge des frais de soins des malades indigents et des personnes vivants avec une ou des maladies chroniques demeure limitée aux subventions forfaitaires que mobilise annuellement le MASEF, au profit de quelques hôpitaux pour assurer une compensation partielle de la prise en charge des indigents.

Malgré l'adoption par le gouvernement en mars 2015 d'une Stratégie Nationale d'institutionnalisation du Genre, il n'existe pas encore au niveau du Ministère de la Santé une entité spécifiquement chargée du pilotage et de la coordinations des questions liées au genre, ni de protocoles spécifiques de prise en charge des victimes survivantes des violences basées sur le genre en particulier les victimes de violences sexuelles.

Au-delà des insuffisances en matière d'offre et d'accès aux services essentiels de santé, il faut noter l'utilisation insuffisante des services liée (i) aux considérations socio-culturelles et comportementales (ii.) à l'absence de programmes efficaces de communication pour le recours précoce aux services de santé, (iii.) au mauvais accueil dans les structures de soins .

Cette insuffisance d'utilisation se répercute sur les indicateurs de couverture en interventions de santé à haut impact. Trois groupes d'interventions permettent d'apprécier l'utilisation des services de santé maternelle, de santé infantile ou de contrôle des endémo-épidémies.

La qualité des soins de toute nature (curatifs, préventifs promotionnels et de réadaptation) reste insuffisante aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Il faut noter²¹ l'absence de référentiels en matière de procédures, de protocoles de diagnostic et de traitement élaborés selon une approche globale, seuls quelques guides par maladie spécifiques à des programmes de santé ont été élaborés et ne sont pas toujours appliqués de manière effective. Le plan national de la gestion des déchets biomédicaux validé récemment n'est pas encore mis en œuvre et l'hygiène hospitalière est très peu appliquée.

Les systèmes de référence et de contre référence ne sont pas aussi suffisamment organisés laissant le terrain libre à la compétition entre les hôpitaux d'une part, et entre les hôpitaux et les centres de santé d'autre part. Cette situation serait liée au statut de ces institutions (EPA) et à la forme actuelle de motivation liée au recouvrement des coûts centré sur le volume des

²¹ Audit institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé effectué en 2014 par AEDES sur financement de l'Union Européenne

prestations curatives dans les hôpitaux et sur la vente des médicaments dans les centres de santé au détriment de la qualité.

Dans le domaine des prestations sanitaires, les défis à relever portent sur l'amélioration de la qualité des services et des soins, de l'offre de service particulièrement au profit des populations les plus vulnérables

3.4. Ressources humaines

En matière de ressources humaines, les recrutements réguliers ont permis une augmentation progressive notoire de l'effectif des personnels de santé.

La disponibilité des ressources humaines qualifiées a bénéficié de la création de quatre nouvelles écoles de santé publique et d'une faculté de médecine ainsi que d'un programme de contractualisation avec des professionnels de santé qualifiés à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En dépit des efforts déployés et des réformes entreprises ces dernières années, le secteur de la santé reste confronté à une situation préoccupante d'insuffisance du personnel médical et paramédical qualifié et motivé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire aggravée par les besoins additionnels suite aux nouvelles structures hospitalières créées, situation qui serait liée à l'insuffisance de la production par rapport aux besoins en ressources humaines avec la non application des normes pour les différents niveaux du système, à la qualité de la formation initiale dans les écoles de santé et de la formation continue des professionnels de santé. Le programme de télémédecine n'a pas été suffisamment mis à contribution dans le cadre du téléenseignement au profit des écoles de santé.

Par ailleurs, on note une répartition inéquitable des effectifs avec une forte concentration à Nouakchott et un déficit important dans les niveaux déconcentrés (cas des spécialistes et des sages-femmes en nombre insuffisant dans les niveaux opérationnels reculés) liée à une gestion peu efficace des ressources humaines de santé.

Les textes réglementaires en matière de sanction et de récompenses ainsi que celui régissant les affectations ne sont pas appliqués.

La gestion des ressources humaines de santé, est confrontée à la multiplicité et la faiblesse de coordination intersectorielle des Départements ministériels impliqués dans le recrutement et la gestion de la carrière (Ministère en charge de la fonction publique), la rémunération et la motivation financière (Ministère en charge des Finances) et les réaffectations à l'intérieur des wilayas (Ministère en charge de l'administration territoriale).

Les défis à relever sont la disponibilité des ressources humaines de santé en quantité et qualité à tous les niveaux de la pyramide du système sanitaire, leur gestion rationnelle en terme de répartition et de motivation, et enfin l'amélioration de la qualité de la formation initiale et continue.

3.5. Médicaments et consommables médicaux

L'existence d'une loi pharmaceutique, l'adoption d'une tarification nationale des médicaments et intrants médicaux pour le privé, le renforcement de la capacité de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables (CAMEC), du Laboratoire National du Contrôle de la Qualité des Médicaments (LNCQM) et la mise en œuvre de

plusieurs réformes (sur l'assurance qualité, la disponibilité des médicaments et la lutte contre le marché parallèle) sont autant de réalisations positives.

Cependant, force est de constater que le Mauritanien n'a pas toujours accès au produit pharmaceutique de qualité, partout et à moindre coût avec une disponibilité moyenne des médicaments essentiels estimée²² à 26% enregistrant ainsi une régression de deux points par rapport à son niveau de 2013.

Les faiblesses constatées dans la disponibilité et l'accessibilité des médicaments de qualité, portent sur les capacités de planification des besoins à tous les niveaux, les capacités administratives, logistiques et managériales de l'institution pilotant le système national d'approvisionnement (la CAMEC), la coordination, le contrôle et la régulation du système d'approvisionnement.

Les institutions chargées de la coordination, du contrôle, de l'inspection et de la régulation du secteur pharmaceutique (IGS, DPL, LNCQM) ne sont pas suffisamment outillées sur le plan juridique et ne disposent pas de capacités techniques nécessaires pour mener à bien leurs missions.

Plusieurs Départements ministériels (santé, commerce, finances, justice...) sont concernés par la qualité des médicaments et consommables, cependant il n'existe pas une coordination intersectorielle formelle et fonctionnelle leur permettant de travailler en complémentarité et d'assurer effectivement cette qualité.

C'est ainsi qu'on observe un nombre élevé de structures pharmaceutiques privées, implantées anarchiquement et qui, pour la plupart, ne répondent pas aux normes requises et dont le circuit d'approvisionnement échappe parfois à tout contrôle.

Il faut signaler que dans le cadre de certains programmes de santé (Santé de la reproduction, maternelle et infantile, paludisme, tuberculose, schistosomiasis, VIH/SIDA,...) des quantités importantes, de produits pharmaceutiques spécifiques à certaines pathologies sont acquises à travers des dons ou des commandes effectuées avec l'appui de PTF. Les circuits parallèles, non maîtrisés par les entités nationales en charge de la coordination et du pilotage du système d'approvisionnement, sont parfois responsables de la désorganisation de ce système.

Par ailleurs, le pays ne dispose pas de système fonctionnel et efficace de pharmacovigilance et de plan de recherche opérationnelle visant à suivre de manière objective la qualité de ces produits.

Les défis à relever portent sur la mise en place d'une loi pharmaceutique révisée garantissant la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et consommables médicaux de qualité, la régulation et l'assainissement du secteur pharmaceutique, la coordination intra et intersectorielle et le renforcement des institutions de contrôle et de régulation du secteur pharmaceutique.

²² Rapport d'enquête SARA 2016

3.6. Infrastructures, équipements et maintenance

Le domaine des infrastructures et équipements se caractérise par un développement notable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Plus de 900 structures publiques et privées de santé ont été dénombrées en 2015 sur l'ensemble du territoire national. De nouvelles structures spécialisées de référence ont été créées (CNC, CHME, INHV, CHS, CNO et CHS NDB).

Le dernier bilan du secteur estime que la couverture sanitaire dans un rayon de 5km est à 79%, avec une couverture inégalement répartie entre les régions et au niveau des Moughataa de la même région. Elle varie ainsi de 51% au Tagant à plus de 99% à Nouakchott²³.

Sur le plan des équipements, des efforts importants portant sur les acquisitions et le déploiement pour le renforcement des plateaux techniques des structures de santé ont été réalisés durant les dernières années.

En dépit des progrès accomplis dans le domaine des infrastructures de santé, des implantations d'infrastructures ne répondant pas aux normes persistent, et l'inadéquation entre d'une part les infrastructures et les équipements et d'autre part les ressources humaines et les budgets requis ne garantit pas l'efficacité requise pour les investissements entrepris dans le secteur.

La non-implication du Département dans la maîtrise d'ouvrage en matière de construction des structures sanitaires explique la mauvaise qualité des ouvrages construits.

Certains projets, agences et ONGs (PNIDDEL, TADAMOUN ...) interviennent dans la construction des structures sanitaires sans prendre en compte les critères définis par le département.

Malgré l'existence d'un plan de développement des infrastructures, il y a toujours une insuffisance de procédures de gestion et de maintenance des équipements biomédicaux et un manque de ressources humaines compétentes dans le domaine.

Les équipements acquis à travers un processus de passation des marchés favorisant le coût le moins cher, sont le plus souvent de mauvaises qualités. Le parc national d'équipements, se caractérise pour le même type par une diversité de marques et souvent pas fonctionnels par absence d'une politique de maintenance.

Force est de constater que les locaux du Ministère sont inadéquats et de nombreuses entités du département au niveau central sont dispersées dans la capitale Nouakchott compliquant davantage les efforts de coordination intra sectorielle.

Les défis à relever portent sur l'amélioration de la stratégie de développement des infrastructures répondant à des standards de qualité en vue d'une meilleure accessibilité géographique des populations à des services de qualité, de l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique d'équipements et de maintenance dans le secteur de la santé.

3.7. Information sanitaire

Dans le domaine de l'information sanitaire des progrès ont été réalisés. La revue à mi-parcours du PNDS a relevé l'importance du suivi et évaluation de l'action sectorielle et préconisé des efforts particuliers à déployer en vue d'améliorer l'organisation et le

²³ Bilan 2014 et plan d'action 2015 du MS, DPCIS, MS

fonctionnement du dispositif de suivi et évaluation. Dans ce cadre, il faut noter l'existence d'un système du SNIS largement déconcentré au niveau des DRAS, CSM et hôpitaux, d'une liste consensuelle des indicateurs, la tenue de revues annuelles du secteur et l'organisation d'enquêtes nationales²⁴. Malgré que le SNIS dispose d'un logiciel Maurisis de traitement de l'information et de supports de collecte de routine, ses autres sous-systèmes (les programmes, les hôpitaux) élaborent des rapports périodiques de synthèse de leurs activités.

Cependant, le suivi et évaluation dont le Système national d'information sanitaire (SNIS) est l'un des principaux outils, est resté le pilier le plus fragile du système de santé.

Malgré d'importants progrès dans son adaptation technique aux besoins du secteur, dans le renforcement de ses capacités logistiques (Application en ligne, rapid SMS, ...) et dans l'élargissement de sa couverture, le SNIS ne garantit pas encore un suivi en temps réel de l'action de santé et de ses résultats. La fiabilité de ses données est mise en cause par une partie non négligeable des acteurs et l'insuffisance de l'intégration et de coordination avec les autres programmes / sous-systèmes pour une mutualisation des moyens constitue une autre contrainte.

Il souffre en particulier de l'absence de compétences en matière d'analyse épidémiologique ou de santé publique et il n'existe pas de complémentarité des enquêtes et recherches opérationnelles, avec les instruments de suivi régulier tel que le SNIS. Par ailleurs, les capacités du SNIS en ressources humaines et financières, et l'accès à un haut débit de l'internet sont très limités.

Les supervisions devraient permettre une redynamisation effective de ce volet indispensable pour une efficacité, une efficience et une qualité des actions et des services offerts. Malgré l'accroissement des budgets des moughata et des régions, initialement prévus pour appuyer la relance de la supervision par niveau, et l'adoption d'un référentiel de supervisions par niveau, la culture de supervision par niveau a quasiment disparu de toute l'action sectorielle. C'est ainsi que les entités opérationnelles sont quasiment laissées pour compte créant une certaine anarchie et causant un certain gaspillage des ressources.

Concernant, le système de surveillance épidémiologique, il a été mis en place en 1998 et ne concernait initialement que les activités de l'éradication de la poliomyélite, puis élargi à toutes les maladies faisant l'objet de préoccupations du département. Actuellement, 19 maladies à potentiel épidémique bénéficient d'une surveillance régulière et sont notifiées par les directions régionales et présentées à la réunion hebdomadaire des conseils des Ministres.

Dans le cadre de la préparation à la MVE, des améliorations ont été notées avec l'adoption et la validation du guide national et des modules de la SIMR, la formation du personnel en SIMR, et la mise en place du Centre National des urgences en Santé Publique

Cependant, la surveillance est confrontée à la faiblesse des capacités de détection et de riposte et l'absence d'une stratégie de la surveillance à base communautaire. Le laboratoire n'est pas suffisamment impliqué dans la surveillance des maladies et le réseau des laboratoires n'est pas structuré.

Le défis majeur à relever est l'amélioration de l'efficacité, l'efficience et la qualité du système de l'Information Sanitaire pour être capable de soutenir la planification et la gestion

²⁴ MICS, SARA, CNS, SMART

des problèmes de santé des populations, de maîtriser les données relatives au suivi du PNDS, de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Partage de la Prospérité (2016-2030) et les Objectifs de Développement Durable (ODD) ; et le renforcement des capacités minimales requises dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International.

3.8. Recherche en santé

Des efforts non négligeables ont été déployés avec la création de structures spécialisées ayant des missions de recherches en santé (INRSP, CNC, CNO, INHV, CNTS, Faculté de médecine), l'existence d'un statut des Enseignants hospitalo-universitaires et la mise en place d'un Comité d'éthique pour la recherche en santé par arrêté conjoint du ministère de la santé et du ministère l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Quelques études et enquêtes ont été menées et ont contribué à générer des données pour suivre l'évolution de certains programmes de santé.

Malgré les efforts déployés, force est de constater que 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 du pays. Les quelques études et enquêtes sont le plus souvent initiées par les partenaires. L'absence d'une vision et d'une stratégie nationale définissant clairement les priorités de recherches et la faible promotion de la recherche en santé expliquent en partie la faible mobilisation des ressources financières destinées à la recherche, l'absence de planification et de coordination, l'insuffisance des ressources humaines et un environnement très peu attractif de la recherche en santé.

Le défi majeur à relever, reste la promotion de la culture de la recherche et l'ancrage d'un développement socio-sanitaire à travers le renforcement du processus de prise de décision basé sur les évidences et les expériences disponibles dans la définition des politiques et stratégies de santé.

3.9. Financement de la santé

Au titre des points forts, on peut retenir l'augmentation progressive du volume de financement et la diversification des sources de financement. En effet, en matière de financement public, le budget alloué au secteur de la santé est passé de 12,8 milliards d'ouguiyas en 2011 à 24,2 milliards d'ouguiyas en 2015. La couverture de l'assurance maladie obligatoire mise en vigueur en 2007 dans un premier temps au profit des fonctionnaires de l'Etat (civils et militaires) et leurs retraités, puis élargit progressivement à d'autres catégories socioprofessionnelles est d'environ 15% de la population générale. Par ailleurs, une stratégie de financement basée sur le résultat a été adoptée dans le but d'introduire cette nouvelle démarche au Système de santé

Cependant, les ménages restent la principale source de financement de la santé avec une contribution de 42% en 2015

Le financement de la santé reste globalement insuffisant, avec l'absence d'une stratégie nationale de financement de la santé. La part du budget santé dans le budget global de l'Etat est passée de 3,9% en 2012 à 4,6 % en 2015. Ce niveau d'augmentation du budget du Ministère de la santé est resté très en deçà des objectifs prévus par le PNDS (8,5%) et par la Déclaration d'Abuja (15%). Le secteur n'a pas de contrôle sur l'allocation budgétaire, pour la

destiner aux priorités visées par sa planification stratégique. Les ressources destinées aux constructions des structures sanitaires sont gérées par d'autres départements.

Par ailleurs, l'allocation budgétaire n'est pas faite de manière participative et transparente et il n'existe pas de suivi réel de l'exécution technique de la dépense au moment où la plupart des formations sanitaires de base n'ont pas d'organes de gestion opérationnels.

Enfin, l'effort visant à mettre en commun certains financements extérieurs avec gestion nationale ne s'est pas accompagné de mécanismes et d'instruments formels de suivi de l'ensemble des financements permettant au Ministère et aux PTF de suivre régulièrement l'exécution et d'éviter toute tentative d'utilisation doubles de financements pour la même action.

Face à la diversification des sources de financement, on note l'absence d'harmonisation des mécanismes et procédures de gestion des différents partenaires.

Les défis majeurs sont essentiellement liés à la mise en place d'une stratégie cohérente de financement de la santé garantissant un accès universel aux services de santé de qualité en particulier pour les couches les plus vulnérables.

IV. Problèmes prioritaires

Il ressort de l'analyse de la situation du système national de santé, les problèmes prioritaires suivants :

1. *Etat de santé des populations*

- Une morbidité élevée des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles et une surmortalité chez la mère et l'enfant.

2. *Déterminants sociaux de cet état de santé*

- Les facteurs socio-culturels (mariage précoce des filles et Mutilations Génitales Féminines), les facteurs sous-jacents (tabous, état nutritionnel, niveau d'alphabétisation, us et coutumes, etc...) concourent à l'aggravation de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile..
- L'accès insuffisant à l'eau potable, à une nutrition adaptée et à un assainissement adéquat, et la forte promiscuité sont responsables d'une morbidité marquée par une forte prévalence des pathologies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles
- L'obésité, la sédentarisation et l'expansion du tabagisme et de la consommation des substances psycho-actives sont des facteurs favorisant une morbidité de plus en plus élevée en lien avec les principales maladies non transmissibles.

3. *Faiblesses et défis du système de santé*

- Une faible performance du système de santé dans le domaine de la prestation des soins et services en matière régulation, d'organisation, de fonctionnement et de normalisation des services de santé, la qualité des services et soins de santé, l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets biomédicaux
- Des déterminants de santé qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans les différentes stratégies de lutte contre les maladies
- Des ressources humaines de santé caractérisées par leur insuffisance qualitative et quantitative à tous les niveaux de la pyramide du système sanitaire, leur gestion peu performante et enfin la qualité peu satisfaisante de la formation initiale et continue
- Une couverture des besoins en médicaments et consommables médicaux de qualité et une régulation du secteur pharmaceutique insuffisantes
- Une couverture des besoins en infrastructures, équipements et de maintenance dans le secteur de la santé répondant à des standards de qualité insuffisante
- Les capacités minimales requises en matière de communication, surveillance, riposte, laboratoires, des points d'entrée, les zoonoses, pollutions chimiques et radioactives, sécurité sanitaire des aliments, par le Règlement Sanitaire International, en matière de surveillance, détection et riposte au niveau national et régional pour faire face à tout événement de santé publique ne sont pas acquises
- Une collaboration et coordination intra et intersectorielle peu développée ; et une communication très peu développée
- Une régulation insuffisante du secteur privé utilisant essentiellement les professionnels de santé, fonctionnaires au détriment de la qualité des soins du secteur public
- Un système national de l'information sanitaire fragmenté

- Un financement du système de santé insuffisant et largement dominé par les paiements directs, ainsi qu'une gestion peu rationnelle des ressources allouées à la santé
- Une recherche de la santé peu organisée et coordonnée et une faible utilisation des données de recherche dans le processus de prise de décision

V. Orientations nationales en matière de Santé

5.1. Vision 2030

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

5.2. Fondements, valeurs et principes

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

L'action du secteur aura pour fondements (i) l'offre équitable de soins de qualité à tous les âges, (ii) la transparence dans la gestion des moyens mis à la disposition du Secteur, (iv) la mise progressive à échelle de la couverture santé universelle, (v) la régulation de l'ensemble du secteur dans le cadre d'une gouvernance efficace et efficiente du système de santé et (vi) sa réactivité aux besoins émergents et aux situations d'urgence.

5.3. Objectifs et cibles à l'horizon 2030

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

Cette ambitieuse d'amélioration de l'état de santé devra permettre à la Mauritanie d'améliorer significativement l'espérance de vie à la naissance et de rattraper le retard constaté ces vingt dernières années à travers :

- ✓ Une accélération de la réduction de la mortalité maternelle pour atteindre 200 décès et 70 décès pour 100.000 naissances vivantes respectivement en 2025 et en 2030.

- ✓ Une réduction de la mortalité infanto-juvénile pour atteindre 50 décès et 25 décès p 1000 respectivement en 2025 et en 2030, avec un accent particulier sur la mortalité néonatale et infantile qui seront réduites pour atteindre respectivement 12 décès et 20 décès pour 1000 en 2030.
- ✓ Une prévention et un contrôle des maladies transmissibles en particulier les principales endémo-épidémies telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida et l'hépatite B avec leur élimination d'ici à 2030.
- ✓ Une réduction des facteurs de risque et une prise en charge adéquate permettant une réduction de la prévalence de l'HTA et du diabète type II (respectivement à moins de 5% et 2% en 2030) avec une élimination de leurs principales complications.

5.4. Domaines prioritaires d'action

A l'horizon 2030, l'action de santé sera axée sur les quatre domaines prioritaires suivants :

- ❖ Le renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire par une gestion efficace et efficiente des ressources, effectivement axée sur les résultats à tous les niveaux, et par le renforcement du financement et de la participation des acteurs du système de santé en particulier les communautés et le secteur privé.
- ❖ L'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune à travers des composantes dédiées au couple mère et enfant, à l'immunisation, à la nutrition, à la santé reproductive des jeunes et des adolescents, et à travers des composantes transversales de communication pour le développement, d'intégration et de décentralisation des services, d'équité en mettant l'accent sur les couches sociales et les zones géographiques les plus vulnérables, avec la pleine participation des communautés;
- ❖ Le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles par la prévention et la prise en charge des cas et par une prévention et une gestion efficace des épidémies et catastrophes ;
- ❖ Le renforcement du système de santé à travers ses piliers traditionnels en dehors de la gouvernance, en particulier le financement de la demande en vue d'une couverture santé universelle.

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

5.4.1. Renforcement de la gouvernance sanitaire

Il s'agira d'abord de réinstaurer un véritable leadership des premiers responsables du secteur sur la normalisation et la conception de l'action de santé, sur la gestion et le suivi des ressources, et sur les instruments de coordination à différents niveaux. En d'autres termes, il s'agira d'institutionnaliser une culture fondée sur la production de résultats, sur la coordination et le travail d'équipe, sur la transparence et l'obligation de rendre compte, sur la centralité des bénéficiaires et sur l'exemple donné par les niveaux les plus élevés de la hiérarchie du Département. Pour cela, une certaine stabilité sera assurée aux niveaux de pilotage permettant de donner le temps nécessaire à la mise en œuvre des stratégies et à leur

évaluation. Ainsi, sept sous-composantes permettront de couvrir le large éventail de la gouvernance.

a. Normalisation et régulation du secteur

Les principales thématiques seront normalisées à travers des documents formellement adoptés de manière consensuelle et ayant la force juridique nécessaire à leur respect. (i) Le développement des ressources humaines se fera sur la base d'une stratégie nationale et d'un cadre organique d'emploi. (ii) Le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation sera encadré par des référentiels contraignants, régulièrement adaptés. (iii) L'allocation des ressources financières, nationales et extérieures, sera régie par un texte réglementaire définissant les critères d'allocation et d'utilisation des ressources intérieures (budget Etat et recettes propres) et les modalités d'acceptation, d'orientation et d'utilisation des financements extérieurs dans le cadre d'une stratégie nationale de financement de la santé. (iv) La coordination intra et intersectorielle sera définie à travers des textes juridiques engageant les autres départements et les PTF afin de garantir la participation de tous et l'efficacité requise dans la coordination des actions de planification, de mobilisation des ressources, de mise en œuvre et de suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide de santé. (v) La participation communautaire sera garantie à travers la mise en œuvre d'une stratégie nationale révisée et adaptée aux spécificités du pays et à ses ambitions en matière de décentralisation (vi) De manière transversale, et en cohérence avec les textes nationaux en matière d'inspection et de contrôle, les aspects de suivi, de contrôle et d'évaluation feront eux aussi l'objet de documents normatifs garantissant leur efficacité et rendant leurs conclusions plus contraignantes afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'action sectorielle.

Enfin, la régulation bénéficiera d'une attention particulière afin que tout service de santé offert aux populations par une structure publique ou privée de santé respecte les règles techniques et morales requises et soit en faveur d'une amélioration de l'état de santé des individus et des collectivités.

Au-delà de l'élaboration de normes et de textes réglementaires, leur mise en œuvre effective sera particulièrement suivie en tant que critère renseignant sur l'engagement réel du pays dans la voie du développement sanitaire.

b. Processus de Planification

A la lumière de cette Politique de santé et de son premier PNDS (2017-2020), il s'agira de réactualiser de manière harmonisée les politiques et stratégies sous-sectorielles en garantissant une complémentarité effective entre l'ensemble des documents programmatiques du secteur et de les diffuser en vue d'amener les intervenants du secteur à les respecter dans leurs planifications, dans leurs appuis et dans leurs interventions.

Dans ce cadre, deux groupes de documents seront concernés :

- Les stratégies d'action couvrant les différents domaines techniques en lien avec l'action de santé et organisés autour de (i) la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune et (ii) la lutte contre la maladie qu'elle soit transmissible ou non transmissible ;

- Les politiques et stratégies relatives aux six piliers du système de santé²⁵ et appuyant de manière transversale le système de santé dans son ensemble ; certaines (ex : PDRH, politique pharmaceutique,) seront réactualisées alors que d'autres (ex : stratégie de financement de la santé, stratégie d'équipement et de maintenance et politique hospitalière...) devront être élaborées. Dans ce cadre, il s'agira aussi d'élaborer des stratégies transversales sur la Gestion, Approvisionnement et stockage, sur la référence et contre-référence et sur la cartographie des soins ainsi que la stratégie de couverture santé universelle.

L'élaboration ou la réactualisation de ces documents politiques et stratégiques se feront de manière pertinente, répondant aux besoins réels de santé, inclusive, impliquant tous les acteurs concernés, et prenant en compte les différents engagements du pays.

Le processus de planification sera articulé de telle manière que les niveaux central, intermédiaire et opérationnel jouent leurs rôles respectifs (stratégique, tactique et opérationnel), et de manière à éviter les chevauchements entre les activités de planification par niveau. Il privilégiera l'adoption d'outils légers par niveau et retiendra la nécessité de plan d'action uniquement pour le niveau opérationnel ou les entités spécifiques (ex : Directions centrales ou régionales, établissement). Des plans régionaux pluriannuels seront élaborés afin d'adapter les orientations nationales aux spécificités des régions et serviront de référence aux plans d'action opérationnels des Moughataa.

c. Décentralisation et responsabilité mutuelle

La décentralisation dans le secteur sera renforcée dans le cadre de la politique nationale de décentralisation des services de base afin de rapprocher les décisions et les ressources des bénéficiaires. De manière plus spécifique, les structures périphériques de santé (hôpitaux, régionaux, centres et postes de santé) seront dotées de l'autorité juridique les rendant responsables de la gestion des ressources qui sont mises à leur disposition et les obligeant à rendre fonctionnels les comités de gestion dirigés par des représentants des communautés.

Par ailleurs, les textes réglementaires nécessaires seront adoptés pour une délégation effective des tâches techniques en matière de prévention et de prise en charge des pathologies les plus courantes afin de normaliser des pratiques déjà existantes et d'étendre l'offre des services à proximité des populations.

Enfin, le processus de responsabilisation sera normalisé à tous les niveaux en définissant les profils de postes, les tâches et résultats attendus par poste, les liens d'autorité et de supervision et les processus transparents de sélection sur la base de critères objectifs. Les mécanismes de suivi seront instaurés à tous les niveaux obligeant les différents responsables à différents niveaux de rendre compte à leurs superviseurs.

d. Mécanisme d'allocation des ressources

Les normes et procédures d'affectation du personnel, de construction d'infrastructures, d'allocation des budgets, de répartition des équipements et d'approvisionnement en médicaments et consommables seront respectées dans le cadre de cet élan global de normalisation et de régulation du secteur.

²⁵ Six piliers du système de santé selon l'OMS : RHS, Médicaments et consommables, prestation de services, SIS, gouvernance, financement,

De manière plus spécifique, l'élaboration des budgets annuels du Département sera faite en conformité avec les orientations et priorités définies dans les documents de la planification stratégique.

Par ailleurs, tout nouveau financement extérieur sera soumis aux modalités d'acceptation, d'orientation et d'utilisation avec une obligation de rendre compte tant au niveau central qu'aux niveaux déconcentrés.

Enfin, une attention particulière sera accordée au développement, à l'évaluation et à la mise à échelle éventuelle de l'expérience de financements basés sur les résultats qui devraient, à terme, constituer une part importante des budgets alloués aux structures de santé à différents niveaux.

e. Coordination intra-sectorielle, inter-sectorielle et partenariats

La coordination sera la règle à toutes les étapes de gestion du secteur (planification, mobilisation des ressources, mise en œuvre, suivi et évaluation).

Ainsi, le processus de planification sera effectivement piloté par un organe approprié disposant de mécanismes fonctionnels garantissant la participation de tous dans les différents choix opérés et à différents niveaux. Lors de la mise en œuvre et du suivi de l'action sectorielle, toutes les opportunités de coordination seront exploitées afin de garantir la synergie et l'efficacité nécessaires.

Chaque fois que cela est pertinent, ces mécanismes de coordination seront ouverts pour impliquer les autres secteurs tant au niveau central qu'aux niveaux déconcentrés, dans tout processus de planification. Un accent particulier sera accordé à la multisectorialité dans l'action de santé avec la mise en place des instances et mécanismes garantissant son efficacité tant au niveau central qu'aux niveaux régional et départemental.

Les partenariats nationaux (ex : Compact) ou internationaux auxquels adhère la Mauritanie en matière de santé seront maintenus et renforcés en veillant à leur adaptation aux besoins et aux spécificités du Pays. Parallèlement, la Mauritanie adhèrera à tout nouveau partenariat porteur de ses valeurs et pouvant servir de cadre d'amélioration de la santé de ses populations. La société civile se verra réserver sa place dans le dispositif de partenariat autour de la santé à travers des cadres contractuels qui seront davantage développés et institutionnalisés.

f. Participation communautaire

Cette Politique nationale de santé consacre la participation communautaire comme un des leviers indispensables à une amélioration durable de la santé des populations. Cette participation communautaire s'affirmera à travers une présence effective des représentants des communautés dans toutes les instances de planification, de coordination, de suivi et d'évaluation du secteur tant au niveau central qu'aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Les textes réglementaires nécessaires seront adoptés de manière contraignante pour tout intervenant dans le secteur afin de rendre cette implication effective.

La communication participative viendra soutenir les interventions communautaires afin d'aboutir à des changements de comportements attendus à son niveau. Des mécanismes de suivi et de contrôle permettront, d'une part, de s'assurer de l'efficacité de cette participation, et d'autre part, de veiller aux éventuelles dérives visant à faire bénéficier les représentants des communautés de faveurs au détriment du contrôle citoyen qui est attendu d'eux.

En raison du caractère holistique et multisectoriel du développement communautaire, le département de la santé collaborera de manière étroite avec les autres acteurs du développement local dans le cadre des orientations de la politique nationale de décentralisation.

g. Suivi et évaluation / Audit et contrôle

Les supervisions par niveau, qui seraient statutairement normalisées (à travers la mise en œuvre du guide de supervision) seront régulièrement mises en œuvre par niveau afin de servir à la prise de décision en fonction du niveau de responsabilité quant à la mesure correctrice ou de la réforme jugée nécessaire. Les moyens humains, matériels et financiers nécessaires seront mobilisés, tant au niveau central que décentralisé afin de garantir des supervisions formatrices régulières jusqu'au niveau des USB.

En définissant les intervenants, les processus et les outils de suivi et évaluation, ainsi que leur complémentarité par niveau, le référentiel de suivi et évaluation servira à la mise en œuvre du plan de suivi et évaluation qui fera systématiquement partie intégrante de chacun des PNDS. Dans ce cadre, toute décision stratégique concernant la santé ne sera prise que par l'instance concernée et sur la base de conclusion émanant d'un rapport de suivi ou d'évaluation adopté au sein du secteur, en cohérence avec les orientations de la PNS. Ce qui passe aussi par le renforcement du SNIS pour la production d'informations fiables.

L'audit et le contrôle seront réguliers par niveau sur la base d'outils standardisés élaborés en étroite collaboration avec les services cibles et les Départements ministériels concernés. A cet effet, les entités du ministère chargé de l'audit seront renforcées et dotées de moyens leur permettant d'effectuer chaque année des missions d'audit couvrant tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Leurs rapports feront l'objet de diffusion dans l'objectif de prise de décision adéquate.

5.4.2. Amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune

L'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile nécessitera l'accès à un continuum de soins impliquant les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Dans ce cadre, l'action de santé sera centrée sur six domaines prioritaires:

- ✓ le renforcement des services de planification familiale / Espacement de naissance et de prise en charge de la santé des adolescents et jeunes orientés vers les bénéficiaires à travers l'organisation et la distribution à base communautaire ; dans ce cadre, l'action veillera à répondre aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes en santé reproductive ;
- ✓ la couverture de l'ensemble des FOSA du pays en service SONU ;
- ✓ la promotion, l'accès et l'utilisation des consultations post-natales au profit de la mère et du nouveau-né permettant de déceler et de prendre en charge à temps les pathologies létales les plus fréquentes ;
- ✓ l'accélération du passage à échelle de la stratégie « Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE/ SONU) » avec intégration aux PMA des PS et des CS et aux PCA des hôpitaux ;

- ✓ le renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV) à travers des stratégies innovatrices garantissant un accès effectif de tout enfant de moins d'un an à une vaccination de qualité et l'introduction continue de l'ensemble des antigènes jugés utiles dans notre contexte (exemple Antigène HPV et anticorps HBV, pneumocoque 23
- ✓ le renforcement de la lutte contre la malnutrition et les déficiences en micronutriments en combinant des stratégies fixes, avancées et communautaires et en intégrant la PCIMA dans les paquets PMA des PS et des CS, et PCA des hôpitaux.
- ✓ le développement et la mise en œuvre d'une stratégie de santé des jeunes et des adolescents.

Tous ces éléments seront développés dans une stratégie sous-sectorielle en santé reproductive maternelle, néonatale et infanto-juvénile avec prise en compte des besoins spécifiques des adolescents et des jeunes.

5.4.3. Contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles

La prévention et le contrôle puis l'élimination des principales pathologies responsables de la majorité de la charge de morbidité et de mortalité dans le pays se feront à travers quatre domaines prioritaires d'action :

- La préparation et la réponse efficace aux urgences de santé publique qu'il s'agisse, de situation humanitaire, d'épidémies (choléra, méningite, ...), de crises nutritionnelle, de catastrophe naturelle ou provoquée par l'homme ou d'évènement inattendu de santé. A ce titre, les capacités de détection précoce et de réponse efficace de tout événement de santé publique, requises à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International seront renforcées et contribueront ainsi à la sécurité sanitaire régionale et internationale. Le concept « One Health » visant une approche holistique et une collaboration multisectorielle pour répondre aux événements de santé publique, tels que les maladies infectieuses à fort impact émergeant à l'interface entre les humains, les animaux (domestiques et sauvages) et l'environnement, sera pris en compte dans la stratégie de lutte contre les maladies et la surveillance à base communautaire renforcée.
- La lutte contre les maladies transmissibles, en particulier les principales endémo-épidémies (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, hépatites) et les maladies tropicales négligées (Schistosomiasis, géo-helminthiasis, trachome, ...) avec un effort équilibré en terme de prévention et de prise en charge médicale et psychosociale des cas y compris des actions transfrontalières.
- La lutte contre les maladies non transmissibles en particulier celles à facteurs de risques communs modifiables (pathologies cardio-vasculaires et respiratoires chroniques, diabète, cancers) qui prennent de plus en plus d'ampleur dans le profil épidémiologique national, mais aussi les problèmes de santé mentale et neurologique, de santé buccodentaire et de vue, ainsi que les maladies métaboliques et génétiques, avec un effort particulier de promotion de la sécurité routière et de prise en charge des accidents de la voie publique.
- La promotion des comportements sains et de l'hygiène, et la prévention des maladies avec un accent particulier sur la sécurité en milieu de travail à travers la gestion efficace des

déchets biomédicaux et la promotion des règles d'hygiène en milieu de soins et des pratiques familiales essentielles au niveau communautaire.

Devant l'ampleur et la complexité du profil épidémiologique, le défi sera d'amener des populations dont une bonne partie est pauvre, analphabète, vivant de manière dispersée à adopter des comportements favorables à la santé ou qui les poussent à une utilisation efficace des services de santé offerts. Le premier défi ici sera d'harmoniser, de renforcer, d'intégrer et d'encadrer les programmes de communication afin de les rendre plus ciblés et plus adaptés aux besoins prioritaires en matière de changement de comportement. Le 2^e défi sera de toucher tous les groupes, en particulier les plus vulnérables, par des messages précis, clairs et convaincants dans cet environnement de pauvreté²⁶ et d'analphabétisme. Le 3^e défi sera l'implication effective des ayants droit dans cet effort de communication avec un besoin qui s'exprime en milliers de relais communautaires formés en évitant la situation actuellement vécue d'anarchie dans leur mobilisation et de manque d'ancrage institutionnel dans le pilotage de cette approche.

5.4.4. Renforcement du système de santé

Le renforcement du système de santé est un axe transversal qui se fera dans trois directions essentielles en complémentarité et en totale harmonie avec les choix stratégiques en matière de leadership et de gouvernance.

- Le renforcement de la couverture sanitaire (offre) à travers (i) le développement harmonieux et efficace des ressources humaines dans le cadre de la mise en œuvre du PSDRH révisé avec un accent particulier sur la promotion de l'utilisation de la nouvelle technologie à travers le programme national de Télémédecine, (ii) la mise en œuvre d'un plan de développement des infrastructures sanitaires sur la base d'une carte sanitaire et d'une stratégie nationale de maintenance ; (iii) la révision et la mise en œuvre d'une politique pharmaceutique nationale garantissant l'accessibilité de tous aux médicaments et consommables essentiels de qualité et à moindre coût ; (iv) l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de la qualité (v) l'organisation efficace des prestations de qualité par niveau en cohérence avec les référentiels et dispositifs de coordination prévus dans le chapitre gouvernance ; (vi) la mise en place d'une stratégie de développement du système de gestion des urgences qui s'articulera autour de la création d'un Service national d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU), un système de communication et d'alerte couvrant les structures sanitaires, avec un centre de réception et de régulation des appels et des services d'urgence, de réanimation et des blocs opératoires fonctionnels au niveau des hôpitaux ; et (vii) la redynamisation du SNIS et de la supervision sur la base de plan et de stratégie nationales adoptés par l'ensemble des parties prenantes.
- L'amélioration de la demande des services grâce à un financement adapté garantissant une couverture santé universelle à travers l'élargissement des mécanismes de protection sociales à tous les citoyens (assurance maladie, gratuité, mutuelles et forfait obstétrical, ... etc).L'élan de la mise à échelle des caisses d'assurance maladie et des mutuelles de santé sera renforcé et accéléré afin de réduire au maximum la part des

²⁶ L'évaluation récente (2016) de la réponse humanitaire a montré le frein que constitue la faiblesse du revenu et l'accès insuffisant à l'eau pour la plupart des messages de nutrition et d'hygiène (boire de l'eau potable, compléter la nutrition de l'enfant à partir de 6 mois, laver les mains au savon aux trois moments clés, utilisation des latrines, ...)

payements directs dans le financement des prestations de soins. Parallèlement, les initiatives de gratuité seront maintenues et renforcées dans le cadre d'une stratégie nationale de gratuité des soins, en privilégiant les soins les plus chers et les groupes les plus démunis. Ces initiatives seront accompagnées par la mise en œuvre d'une stratégie de communication du secteur impliquant les communautés, les médias, la société civile et les secteurs gouvernementaux concernés.

- Le renforcement du système de santé communautaire dans le cadre d'une participation effective des communautés dans l'action de santé et dans la gestion du système de santé. Il s'agira de mettre en œuvre un plan de mise à échelle accélérée des services de santé à base communautaire (USB) attachées aux PS selon des aires géographiques bien définies dans les zones rurales ne répondant pas toujours aux critères d'implantation des postes de santé et les quartiers périurbains des grandes villes, et en tirant les leçons des tentatives précédentes et de leurs échecs. Parallèlement, et dans le cadre de la composante communautaire d'un plan multisectoriel de promotion de la santé impliquant plusieurs autres Départements, la promotion de la santé sera ciblée sur les problèmes prioritaires de santé et sur les groupes les plus vulnérables en particulier les femmes en âge de procréer, enceintes ou allaitantes, les jeunes et adolescents des deux sexes et les populations rurales ou en périurbain.

D'importants défis devront être relevés dans le cadre de ce renforcement du système de santé :

- Le principal défi réside dans le développement d'une ressource humaine qualifiée, en quantité suffisante, convenablement motivée et rendant compte régulièrement de son action. La disponibilité quantitative et qualitative de ces ressources nécessite une « production » nationale, suffisante et encadrée des principales catégories du personnel, en particulier les médecins, les SFE et les infirmiers qualifiés y compris en obstétrique. Pour les médecins, le défi sera de garantir une réelle coordination avec le secteur chargé de la tutelle de la faculté de médecine afin, à la fois, d'améliorer ses capacités de production et d'adapter ses curricula aux besoins du système de santé. Pour les paramédicaux, le défi – qui est la solution radicale – sera de libéraliser cette formation tout en l'encadrant et la régulant étroitement afin « d'inonder » le marché du travail de paramédicaux bien formés et arrêter ainsi la concurrence acharnée entre les deux sous-secteurs public et privé. Au-delà de la formation, le défi du développement de cette ressource sera d'en assurer une gestion efficiente et équitable, et de lui assurer un état de motivation suffisant (motivation financière, équité, formation continue, responsabilisation et suivi régulier) garantissant son engagement réel en faveur de l'action de santé.
- La normalisation et la régulation du secteur pharmaceutique a toujours constitué un défi de taille au vu de l'importance des enjeux, nationaux et internationaux, et au vu du caractère « commercial » de ces produits avec rentabilité financière importante quasi-garantie, ce qui crée d'énormes convoitises dans un pays où le citoyen est prêt à tout dépenser pour sa santé ou pour la santé des siens. Le défi est à la fois du côté public à travers un système d'approvisionnement efficace, piloté par une CAMEC ayant toutes les capacités et toutes les ressources nécessaires, et contrôlés et suivis par les entités en charge de ces volets (IGS, DPL et LNCQM). Le défi est du côté privé en garantissant la qualité des produits importés à travers des marchés nationaux uniques, pilotés par la CAMEC et impliquant les

importateurs, ce qui aura par ailleurs l'avantage d'augmenter les niveaux des marchés et réduire les intermédiaires qui tendent à renchérir les coûts.

- L'acquisition d'équipements biomédicaux et logistiques répondant aux besoins du secteur et adaptés à l'environnement du Pays et leur maintenance efficace et permanente. Le défi sera d'harmoniser ces acquisitions, y compris les dons d'équipement afin d'en faciliter l'utilisation et la maintenance, et d'intégrer systématiquement dans les contrats d'acquisition des volets de transfert de compétence en vue d'une utilisation efficace et d'une maintenance préventive et curative nationale.
- La mise en place d'une couverture maladie universelle dans un Pays où le secteur informel domine la plupart des domaines d'activités et où la culture de mutualisation communautaire est faible. L'autre défi sera de continuer et de renforcer la mobilisation des ressources extérieures tout en les drainant dans un cadre harmonisé, privilégiant la voie de la comptabilité publique dans l'exécution de la dépense, ce qui renforcerait la fiscalité du pays et limiterait les circuits parallèles et les duplications des dépenses difficiles actuellement à maîtriser. Enfin, le 3e défi serait de maîtriser les recettes propres au sein des formations sanitaires publiques en harmonisant la tarification des prestations, en normalisant toutes les procédures et en assurant un suivi rapproché de la gestion de ces ressources. Le renforcement de l'efficacité et du caractère inclusif des conseils d'administration et la redynamisation des comités de santé aux niveaux périphériques constituent des défis à relever dans le cadre d'un renforcement effectif de la participation communautaire, y compris au niveau tertiaire.

VI. Cadre de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation

6.1. Approches de mise en œuvre

La présente politique de santé constitue un cadre d'orientation pour l'ensemble des actions menées dans le secteur de la santé, et à ce titre elle sera adoptée par le Gouvernement afin de contraindre les différents intervenants à la respecter lors des planifications et des mises en œuvre dans le secteur de la santé.

Son opérationnalisation se fera à travers trois PNDS successifs²⁷ et les CDMT qui leurs seront associés. Tous les deux ans, des plans d'actions opérationnels sont élaborés à chaque niveau du système de santé – avec revue à mi-parcours systématique – pour une action coordonnée, une mobilisation des ressources guidée par les résultats et un cadre de performance facilitant le suivi par niveau.

6.2. Partenariat pour la santé en Mauritanie

La présente politique de santé concrétisera une réelle participation des communautés dans la gestion de leur santé en tant que principal acteur dans le changement positif des comportements, dans l'utilisation des services offerts, dans le financement de cette santé et dans un contrôle citoyen efficace de l'action publique. A ce titre, les communautés et/ou les bénéficiaires seront représentés dans toutes les instances de pilotage, de coordination et de suivi de l'action de santé, et dans la gestion des structures publiques de santé tout en ayant un regard sur le fonctionnement et la qualité des services privés de santé.

²⁷ Les PNDS (2017-2020), (2021-2025), (2026-2030)

La multi-sectorialité des défis de santé exige une collaboration étroite avec la plupart des autres secteurs d'action dans le cadre de la mise en œuvre de la SCAPP. Il s'agira, en particulier, des secteurs en charge de la planification, des finances, des affaires sociales, de l'hydraulique, de l'assainissement, de l'éducation, de la communication, de l'agriculture, de l'élevage, de l'environnement, de la pêche, du commerce, de la jeunesse, de la justice, de la sécurité alimentaire et des nouvelles technologies.

Parallèlement, une collaboration étroite sera privilégiée entre les acteurs des différents sous-secteurs de la santé, en particulier entre les acteurs publics, para-publics, privés et ceux de la société civile en vue d'une participation efficace de tous à la mise en œuvre de cette politique.

Par ailleurs, la Mauritanie maintiendra sa participation dans les partenariats déjà existants au niveau international, régional et sous-régional. Elle sera active dans toutes les initiatives en matière de santé et adhérera à toutes celles qui sont en cohérence avec ses principes et valeurs, ses priorités en matière de santé et ses possibilités humaines et matérielles. Elle veillera en particulier à la mise en œuvre des orientations de la déclaration de Paris, plus spécifiquement les volets d'harmonisation entre intervenants et d'alignement sur les priorités et procédures nationales, à travers les instruments juridiques et organisationnels appropriés.

6.3. Obstacles et contraintes de mise en œuvre de la PNS

La mise en œuvre de la PNS 2030 ne se fera pas sans obstacles et contraintes ; Ceux-ci sont de plusieurs ordres, et sont régulièrement ciblées dans des plans de réponse associés aux différents PNDS.

Les principaux obstacles internes sont essentiellement liés à quatre défis essentiels : (i) instauration d'un leadership robuste et stable, et une gouvernance efficace du secteur de la santé à la hauteur des ambitions et des défis dans le secteur et favorisant la collégialité dans la prise de décision, (ii) développement d'une culture managériale favorisant la rigueur, l'efficacité, l'efficience, l'équité et la durabilité de l'action de santé à tous les niveaux, (iii) accès et gestion des ressources humaines, matérielles et financières et (iv) transparence effective et volonté réelle de faire participer les communautés et les principaux acteurs à toutes les étapes de pilotage et de suivi et évaluation.

Les principales contraintes sont essentiellement liées (i) à la complexité de la santé, de ses déterminants, de ses conséquences et au nombre de plus en plus important de pathologies émergentes avec leurs besoins additionnels d'organisation et de soins ; (ii) à la nature de ses résultats d'impact (mortalité et morbidité) qui ne relèvent pas seulement de l'action de santé, mais qui exigent une multisectorialité et une synergie des actions de la plupart des secteurs gouvernementaux ; (iii) à la nécessité d'une mobilisation croissante des ressources financières tout en atténuant son risque d'appauvrissement des communautés et (iv) aux enjeux financiers des sous-secteurs privés (médical et pharmaceutiques) pouvant constituer de véritables freins à tout changement jugé positif dans leur organisation, leur fonctionnement et leurs obligations en matière de rendement sur la santé des populations.

6.4. Conditions de succès

La principale condition de succès est éminemment politique, et réside dans le choix et la stabilité des premiers responsables du département de la santé. D'autres conditions, qui en découlent indirectement, devront être prises en compte.

Par ailleurs, le succès de la mise en œuvre de cette PNS dépendra :

- ✓ De la capacité des premiers responsables du département à changer de comportement et donner le bon exemple en matière de leadership et de gouvernance afin d'impulser un véritable changement dans la culture managériale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- ✓ De la capacité des PTF à accompagner, voire à impulser ce changement de culture managériale en se sentant pleinement concernés par la réussite ou l'échec dans le secteur.
- ✓ De la pertinence, de la faisabilité et de l'exhaustivité (en fonction des besoins) des documents politiques et stratégiques qui devront être élaborés ou révisés à la lumière de ces orientations.
- ✓ De la qualité de la révision de l'organisation du secteur à tous les niveaux qui devra s'adapter efficacement aux nouvelles orientations sectorielles et préciser les différentes responsabilités et à différents niveaux de la pyramide de santé.
- ✓ De la volonté des premiers responsables du département à choisir – voire sélectionner de manière transparente – leurs collaborateurs et de la capacité de ces derniers à conduire l'action sectorielle conformément aux documents politiques et stratégiques nationaux.
- ✓ De la volonté politique à mettre en place une régulation forte du secteur malgré les différents enjeux sociaux, politiques ou financiers qui sont en jeu. A ce titre, la force légale qui sera attribuée à l'autorité de régulation du secteur et le choix de ses premiers responsables conditionneront la réussite de cette régulation.
- ✓ De l'efficacité dans le suivi et l'évaluation de l'action de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le succès de cette action de santé dépendra tout particulièrement de la redynamisation effective et à tous les niveaux de la supervision formative complétée par des missions d'audit et de contrôle par niveau. Il dépendra aussi de la capacité des premiers responsables du secteur à mettre en œuvre les recommandations des rapports.
- ✓ Du cadre de travail dans sa globalité, et en particulier au niveau central et régional, qui devra offrir un environnement motivant pour le travail et facilitateur de la coordination, voire de l'intégration.

6.5. Mécanismes de suivi et d'évaluation

Les mécanismes de suivi et évaluation préconisés dans la PNS précédente (2006-2015) restent valables et ont été reconduits.

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

Par ailleurs, le contrôle régulier des structures sanitaires publiques et privées sera assuré afin de garantir un respect strict des lois et règlements en vigueur, et ce dans le cadre d'une inspection générale de la santé forte et en collaboration avec les directions et institutions concernées dont en particulier l'ordre national des médecins, pharmaciens et

odontostomatologues de Mauritanie. Dans ce cadre, les principes de déontologie médicale constitueront l'une des bases essentielles de ce contrôle qui devra garantir les droits du patient et du prestataire dans le cadre de la légalité nationale.

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

Plus spécifiquement, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la PNS se feront à travers le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des PNDS successifs jusqu'en 2030. La Direction ou l'entité en charge des statistiques et du suivi du plan sera chargée du suivi rapproché de la mise en œuvre de la PNS. Les différents points chauds suivants seront pris en considération :

- Un bilan annuel de l'action du secteur,
- Une revue annuelle du secteur
- Un audit externe (supranational)
- Des études et enquêtes périodiques
- Une revue à mi-parcours de chaque PNDS aux périodes appropriées,
- Une évaluation finale de chaque PNDS.

Les revues à mi-parcours et les évaluations finales seront menées de manière indépendante en mettant à profit l'apport des différents acteurs du secteur en premier lieu desquels les ayants droits.

Un rapport circonstancié sera présenté au Conseil des Ministres après chaque revue à mi-parcours et chaque évaluation finale pour rendre compte de l'état de santé de la population mauritanienne.