

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité - Justice



MINISTERE DE LA SANTE

Comité Technique Sectoriel Santé

CONTRIBUTION AU PROCESSUS D'ELABORATION DE LA SCAPP 2016-2030

Table des matières

I. Introduction	3-4
II. Etat des lieux du secteur en 2015	
2.1 Situation du secteur	5-17
2.2 Les emplois dans le secteur	17-18
2.3 Les chiffres clés	18-22
2.4 Les cadres de programmation	23
2.5 Etat des réformes en cours (2010-2015)	23-24
III. Les contraintes, défis et atouts actuels du secteur	25
IV. Vision et Objectifs 2016-2030	26
V. Matrice des indicateurs de développement du secteur	27
VI. Critères de la hiérarchisation des actions prioritaires.	27
VII. Plans d'actions 2016-2020	29
ANNEXES	
Les Indicateurs de suivi de la SCAP (2016 – 2030);	30-32
Le Plan d'actions pour 2016-2020;	33-35
Le Niveau des indicateurs en 2015;	36
Documentation des indicateurs	37-38
Projection des besoins	39-43
Composition du CTS	44

Liste des abréviations et acronymes

AEDES	Bureau d'études
CAMEC	Centrale d'Achat des Médicaments et Consommables
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DPCIS	Direction de la Planification, de la Coopération et de l'Information Statistiques
EDSM	Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPU	Examen Périodique Universel
EPCV	Enquête Pérennante sur les Conditions de Vie des Ménages
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
IMS	Infirmier Médico Social
IDE	Infirmier Diplôme d'Etat
MASEF	Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille
MDN	Ministère de la Défense Nationale
MF	Ministère des Finances
MIDEC	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MS	Ministère de la Santé
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONS	Office National de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNDS	Programme National de Développement de la Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'habitat
RDPS	Revue des Dépenses Publiques de la Santé
SFE	Sage Femme d'Etat
SNIS	Système National d'informations Sanitaires
SNFBR	Stratégie Nationale de Financement Basée sur les Résultats
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PS	Poste de Santé
PZT	Prime de Zone et de Technicité
PSDRH	Plan Stratégiques de Développement des Ressources Humaines
SFE	Sage Femme d'Etat
SR	Sante de la Reproduction

I. Introduction

Le Gouvernement mauritanien a déployé durant, les quinze dernières années, d'importants efforts et entrepris des réformes pour rapprocher davantage les services de santé des populations et lutter contre la maladie à travers l'élaboration et la mise en œuvre du Plan National de Développement de la Santé (PNDS). Dans ce cadre, l'action du Ministère de la santé a été marquée pendant les cinq dernières années par un important effort de planification en perspective d'une meilleure rationalisation de l'utilisation des ressources.

Plusieurs acquis d'ordre institutionnels ont été enregistrés en matière de définition de visions et de stratégies dans les domaines pharmaceutique, de survie et de développement de l'enfant, de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, de santé communautaire, de planification familiale, d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et de renforcement du système national de formation initiale du personnel paramédical.

Les financements et l'économie de la santé sont aussi deux dimensions qui se situent désormais au centre d'intérêt de l'équipe de planification du Ministère elles sont placées au cœur du processus de planification stratégique et opérationnelle des actions du département.

Mais en dépit des réformes engagées de sérieux défis persistent dans les domaines, de l'organisation de l'offre des services de santé, de production et de gestion des ressources humaines, en matière d'approvisionnement en médicaments de qualité, en réactifs, consommables, vaccins et produits et de financement de la santé.

Les résultats enregistrés dans le domaine de la santé malgré leurs importances restent en dessous des attentes des populations et des pouvoirs publics. Hormis les cibles relatives au VIH-SIDA, la Mauritanie est restée loin de l'atteinte des OMD relatifs à la santé à l'horizon 2015.

Le processus de planification stratégique effectué en 2010 a comporté un diagnostic rigoureux du secteur et a permis au département de disposer d'une vision pour la période 2012-2020. Cette vision porte sur : (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les accidents de la voie publique et (v) le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien aux quatre premiers axes et d'un accès universel aux services essentiels de santé .

La politique du secteur de la santé à l'horizon 2030 sera guidée par l'esprit de la constitution du pays qui prône le droit du citoyen au bien-être, par les engagements pris envers la communauté

internationale au titre des ODD et des recommandations à l'issue de l'EPU acceptées par la Mauritanie.

A cet horizon l'action du département sera axée sur les quatre domaines prioritaires suivants :

1. La santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent à travers des composantes dédiées au couple mère et enfant, à l'immunisation, la Nutrition et à la santé reproductive des jeunes et des adolescents.
2. La prévention et la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles
3. Le renforcement du système de santé par l'amélioration de la couverture sanitaire, du fonctionnement des services de santé et par le financement de la demande.
4. La gouvernance sanitaire par l'introduction de la gestion axée sur les résultats et le renforcement de la participation des acteurs du système de santé en particulier les communautés.

Ces orientations seront prises en compte à court et à moyens termes par le Plan National de Développement de la Santé en cours de révision pour couvrir la période 2016-2020

Dans ce cadre, les réformes engagées en guise de mesures d'accompagnement de la mise en œuvre du PNDS seront poursuivies notamment dans les domaines de la gestion et de la planification des ressources humaines, financières, logistiques et des infrastructures, de l'organisation de la médecine hospitalière et du financement basé sur les résultats dans l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Le fonctionnement des services de santé, la prévention de la maladie et la promotion de l'hygiène publique et des pratiques familiales essentielles seront placés au cœur des priorités du département.

Des programmes de lutte contre la mortalité maternelle et infantiles, les maladies transmissibles et non transmissibles, seront mis en œuvre à travers des actions à haut impact dans le cadre d'une marche graduée sur trois quinquennats 2016- 2020 ; 2021-2025 et 2026-2030 vers l'atteinte des ODD santé.

II. Etat des lieux du secteur en 2015

Le présent état des lieux du secteur de la santé est réalisé suivant une approche basée sur l'analyse de l'état de la santé des populations avec un accent sur les principales pathologies et les problèmes de santé qui ont des incidences sur la mortalité et la morbidité. L'accent est mis sur l'analyse

tendancielle des principaux indicateurs d'impacts, sur l'organisation du système de santé, de ses composantes et sur les principales contraintes auxquelles il est confronté.

2.1. Situation du secteur

La situation du secteur est traitée suivant une analyse de la situation sanitaire et du système de santé.

2.1.1. Situation sanitaire

Le ratio de la mortalité maternelle demeure élevé enregistrant une lente diminution passant de 687 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2001 (EDSM) à 626 en 2011 (MICS 2011) avec une réduction relativement accélérée pour atteindre 582 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2013 (RGPH). En dépit des efforts déployés l'objectif de 300 pour 100.000 NV fixé par le CSLP, les cibles du PNDS pour 2015 et la cible de l'OMD5 (232 pour 100.000 NV) n'ont pas été atteints.

Selon l'analyse de la situation du secteur de la santé effectuée en 2011, la dystocie et l'anémie sont les principales causes immédiates de décès périnataux, responsables, respectivement, de 40% ; 36% ; 7,2% et 6% des décès maternels.

Plusieurs facteurs concourent à ce niveau élevé de mortalité maternelle, notamment les insuffisances de la couverture, de l'accès et de la demande des services de soins obstétricaux et de santé de la reproduction du aux problèmes de disponibilité des matériels, des équipements et personnels.

En 2011 plus de 24%¹ des accouchements n'ont pas été assurés par un personnel médical qualifié contre 29% en 2007 et le suivi de la grossesse demeure insuffisant même si des progrès importants ont été réalisés si l'on sait que le taux de consultations prénatales est passé de 75,4% en 2007 à 84% en 2011 et à nn% en 2015 (Voir MICS 2015).

La prévalence des différentes méthodes de contraception acceptées par la politique nationale d'espacement des naissances demeurent aussi assez faible. Elle est passée de 5% en 2001 à 11,4% en 2011 (MICS 2011) sans toutefois atteindre les niveaux de 15% et de 25% ciblés pour 2015 par respectivement le PNDS et les OMD.

D'autres facteurs sociaux et culturels contribuent aussi à ce taux élevé de mortalité maternelle tels que le mariage précoce des filles avec une fréquence de 14,8 % avant l'âge de 15 ans , les Mutilations Génitales Féminines avec un taux de prévalence de 69,4% en 2011(MICS 2011) contre 72,2% en 2007

¹ MICS 2011

(MICS 2007) et le statut traditionnel attribué à la femme la confinant dans des rôles de procréation et de garde des enfants.

En plus de cette mortalité maternelle, il existe des morbidités dont la plus redoutable est la fistule obstétricale avec ses aspects de rejet social. Leur incidence est de 150-300 nouveaux cas par an et leur prévalence est estimée à 3000 cas.

Cependant en matière de réduction du taux de mortalité infantile et infanto juvénile certains progrès ont été réalisés. Si l'on sait que le taux de mortalité infantile est passé de 107‰ en 2001 à 77‰ en 2007 puis à 75‰ en 2011 et à n en 2015 (voir MICS 2015). Mais il demeure élevé par rapport aux valeurs fixées par le CSLP, le PNDS et les OMD pour 2015.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 127‰ en 2001 à 122‰ en 2007, 118‰ en 2011 (Données MICS) et 115 ‰ en 2013 (RGPH) soit une diminution de 12 points en 10 ans. Les objectifs du CSLP et des OMD pour 2015 respectivement de 45 ‰ et de 55 ‰ n'ont pas été aussi réalisés.

Les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la malnutrition et la rougeole sont les principales causes de ces taux élevés de mortalité infantile et infanto-juvénile.

26,7% des enfants 12-23 mois n'ont pas été vaccinés en 2011. 42,7% des enfants ne sont couverts par le DTC qui est l'antigène de référence. Pour la rougeole, 36,7% des enfants de 12-23 mois n'étaient pas vaccinés. En 2015 26% des enfants n'ont pas été couverts par le Penta3.

Aussi la malnutrition serait associée à plus d'un tiers de la mortalité infantile selon le rapport global de la Banque Mondiale sur la Nutrition (2014). La Mauritanie fait face au double fardeau de la sous nutrition chez les enfants et l'obésité chez les adultes qui sont à la base des faibles poids à la naissance, du retard de croissance et des maladies cardiovasculaires et du diabète (Lancet séries 2008).

D'autres facteurs liés à l'environnement contribuent aussi à cette situation dont la qualité microbiologique de l'eau de consommation à domicile estimée en 2010 à 52% par le Ministère de l'Hydraulique et de l'assainissement. Selon cette même estimation en 2011 seulement 53,% des ménages ont eu accès à des sources améliorées d'eau contre 50,5% en 2007. Le traitement de l'eau à domicile reste peu pratiqué (28% des ménages en 2011 contre 21,8% en 2007), les niveaux d'utilisation d'installations sanitaires améliorées et l'existence et l'utilisation d'endroits ou de dispositifs de lavage des mains et du savon sont encore assez bas².

Les principales maladies transmissibles sont le paludisme, la tuberculose, les IST/VIH, les maladies diarrhéiques, les Infections Respiratoires Aiguës et les Hépatites.

² Sources Enquêtes MICS 2007 et 2011

Le paludisme demeure la principale cause de maladie aussi bien en milieu rural et qu'en milieu urbain touchant respectivement 20,1% et 19,3% des personnes. Selon l'EPCV 2014 la diarrhée représente la deuxième cause avec 9,3% des maladies affectant la population.

En plus des maladies infectieuses et parasitaires, le profil épidémiologique du pays demeure marqué par la prédominance de maladies non transmissibles, en particulier les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers qui sont devenues un problème de santé publique de taille.

En effet ces pathologies prennent de plus en plus d'importance à la faveur (i) de l'exode rural, (ii) du développement des villes, (iii) de la sédentarisation, (iv) des changements culinaires et (v) de l'expansion du tabagisme et des substances psycho-actives. Il s'agit, en particulier, des : L'hypertension artérielle (HTA) est l'une des premières causes de consultation chez les adultes âgés, en particulier les femmes ; sa prévalence chez les 15-64 ans est estimée à 22%³.

Le diabète est responsable d'une morbidité et d'une mortalité non négligeables. La prévalence du diabète – type II – est estimée à 6%⁴. Les pratiques traditionnelles néfastes (ex : gavage) et la sédentarisation accélérée en sont les principaux facteurs favorisants.

Les cancers – en particulier gynécologiques, mammaires, digestifs, pulmonaires, dermatologiques et de la sphère O.R.L – sont de plus en plus répertoriés dans les statistiques sanitaires comme cause non négligeable, de mortalité et constituent la première cause d'évacuation, à l'extérieur du pays (28%).

Les données comparées des deux EPCV 2008 et 2014 montrent le renversement de la tendance de l'incidence de la morbidité qui devient plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Selon l'EPCV 2008 le taux de morbidité était plus élevé en milieu rural (8,2%) qu'en milieu urbain (7,3%). Par contre les résultats de l'EPCV 2014 montrent que la prévalence de maladie est plus élevée en milieu urbain : le taux de morbidité est de 5,4% en milieu urbain contre 4,5% en milieu rural.

2.1.2. Analyse du système de santé :

L'analyse du système de santé est réalisée par le passage en revue de ses principaux piliers (gouvernance, ressources humaines, infrastructures sanitaires, médicaments/vaccins réactifs et consommables, système d'information et de suivi/évaluation, prestations des services et financement de la santé) de l'angle de la situation actuelle et des améliorations constatées en comparaison avec les années précédentes.

Sur le plan de la gouvernance :

Le secteur de la santé a bénéficié d'un engagement de haut niveau traduit par l'adoption d'une stratégie sectorielle, la création de nouvelles institutions de soins de différentes catégories,

³ Enquête Step-Wise 2008

⁴ Enquête Step-Wise, 2008

l'acquisition de nouveaux équipements, des visites de supervision et une allocation de ressources financières significatives en particulier au profit des secteurs hospitalier et pharmaceutique .

Malgré cet engagement, la gouvernance du secteur de la santé demeure tributaire de faiblesses notoires en matière de leadership, de gestion stratégique, de planification, de suivi évaluation, de système d'information et de capacités d'analyse de données.

En matière de planification stratégique une politique sanitaire nationale a été élaborée pour la période 2006-2015. Cette politique n'a connu de véritable mise en œuvre qu'après six années de son entrée en vigueur théorique. C'est seulement en 2011, qu'un Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2012-2020 a été élaboré et est actuellement en cours d'exécution.

Le rapport de l'audit institutionnel et organisationnel du Ministère de la santé publié en novembre 2014 avait jugé l'actuel PNDS comme étant relativement complet mais avec une prise en compte assez limitée des volets de l'hygiène publique et de la médecine hospitalière.

En matière de planification opérationnelle des plans sous sectoriels ont été également élaborés pour la plupart des domaines les plus importants tels que la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles (paludisme, tuberculose, VIH/Sida, le diabète, etc..), les maladies du couple mère et enfant, les domaines transversaux relatifs aux ressources sanitaires et au système de santé telles que les ressources humaine, infrastructures et logistiques ect....

Toutefois l'absence de planification (micro planification) au niveau des formations sanitaires handicape la planification des niveaux périphériques du système de santé.

Une carte sanitaire nationale fondée sur l'appréciation des normes du PNDS a été élaborée en 2014. Son amélioration vise la mise en place des ressources sanitaires sur la base des orientations du PNDS et de critères objectivement établis. Cette carte n'inclut cependant pas le secteur pharmaceutique. Son actualisation et application constituent actuellement un des plus importants défis qu'affronte le Ministère de la santé.

La gouvernance du système de santé en Mauritanie a été aussi marquée durant les cinq dernières années par une réforme du secteur hospitalier effectuée à travers la transformation de presque tous les hôpitaux régionaux en Etablissements Autonomes à caractère Administratif (EPA) en vue d'une meilleure gestion de la médecine hospitalière dans le pays et le rapprochement de ses services de la population.

La politique de médicaments s'est caractérisée par l'adoption d'une tarification nationale des médicaments et intrants médicaux (public et privé) et la création d'une Centrale d'Achat des Médicaments et Consommables et la réalisation de plusieurs réformes qui portent sur l'assurance de la qualité et la disponibilité des médicaments et la lutte contre le marché parallèle.

Toutefois, le système d'approvisionnement du pays en produits de qualité présente toujours des failles importantes.

Cependant le maintien et la consolidation de ces acquis semblent être les principaux défis de la Politique Pharmaceutique Nationale pour accompagner la mise en œuvre du PNDS et atteindre les objectifs fixés pour les quinze prochaines années notamment les ODD.

En matière des ressources humaines

Les informations disponibles permettent uniquement de donner des jugements par rapport à la quantité et à la gestion du personnel. Pour la question de la qualité d'utilisation des ressources humaines il serait subjectif de la juger en fonction des ratios actuels comparés avec les normes de l'OMS vu les grands écarts de répartition entre le milieu urbain et rural et en fonction aussi des établissements sanitaires.

La densité des trois catégories de personnels sanitaires (médecins généralistes, Sages Femmes d'Etat et infirmiers) pour 10.000 habitants est restée en dessous de la norme de 23/10.000 habitants fixée comme seuil minimum requis pour l'offre de services de soins de santé maternelle et infantile. Cette densité théorique est passée de 7,6/10.000 habitants en 2011 à 9,4/10.000 habitants en 2016 et cache des grandes disparités entre les zones et les circonscriptions sanitaires du pays.

La carte sanitaire élaborée en 2014 a montré qu'en plus de la rareté du personnel de santé, il existe une mauvaise distribution géographique, ainsi il y'a plusieurs moughataas avec plusieurs structures sanitaires non pourvues par exemple en SFE et d'autres avec peu de formations sanitaires pourvues de grands nombres de SF. Seuls les hôpitaux et les centres de santé disposent de SFE, ce qui porte un sérieux préjudice à la disponibilité même des services de santé de base.

La dispersion spatiale de la population occasionnée par la sédentarisation anarchique est un autre facteur qui vient compromettre aussi l'accessibilité aux personnels de santé qualifiés.

Les structures hospitalières offrent des conditions et opportunités en termes de primes, d'indemnité et de formation relativement plus avantageuses que les autres formations sanitaires (centres et postes de santé). Ils constituent les lieux d'affectation privilégiée pour les jeunes médecins sortants qui aspirent à des spécialités médicales et les sages femmes évitant les affectations aux structures de santé en zones rurales et périurbaines.

Aussi le niveau d'équipements et des plateaux techniques des formations sanitaires est déterminant en matière d'attraction et de fixation des employés de la santé.

Dans le but d'assurer une répartition plus équitable des ressources humaines à travers des incitations , il est prévu la mise en place de la Stratégie Nationale de Financement Basé sur les Résultats (SFBR)

à partir de 2016 et l'introduction de mesures de motivations spécifiques au personnel affecté en périphérie par la fourniture de logement par exemple . D'autres propositions sont soumises à l'étude, dont la mise en place d'une régionalisation de l'embauche par la Fonction Publique.

La création en 2010 d'une faculté de médecine et l'extension et la décentralisation du dispositif national de formation des paramédicaux (SFE, IDE et IMS) par la création de nouvelles écoles de santé publiques portant leur nombre à cinq au lieu d'une seule à Nouakchott a significativement permis d'améliorer les effectifs surtout des paramédicaux mis sur le marché de l'emploi.

Les écoles de santé publique ont produit durant les trois dernières années (2013, 2014 et 2015) 630 paramédicaux et 138 Techniciens Supérieurs de Santé. Cependant l'insuffisance de personnel d'encadrement/enseignants dans ces écoles, de même que le manque d'harmonisation des programmes de formation entre toutes ces écoles portent de sérieux préjudices à la qualité de la formation initiale des paramédicaux.

L'année 2014 a connu le recrutement externe de 840 personnels de santé toutes catégories confondues, l'appui à la formation à l'étranger de 33 personnels (spécialistes et autres catégories), la formation en technique de laboratoire au profit de 14 prestataires et la saisie sur feuille Excel de la situation des ressources humaines en perspective d'amorcer le processus d'assainissement de la situation des effectifs et des positions des ressources humaines.

Pour renforcer l'effort national de production des paramédicaux le Projet SWEDD⁵ compte appuyer les institutions rurales de formation de sages-femmes afin d'augmenter la quantité et améliorer la qualité des sages-femmes et autres personnels impliqués dans les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle dans les zones rurales.

Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines (PSDRH) élaboré en 2005 pour la période 2006- 2015 avait envisagé plusieurs réformes. Mais malheureusement il n'a pas connu une réelle mise en œuvre, ni une actualisation pour s'aligner aux objectifs et priorités définis par le PNDS pour la période 2012-2020.

Seules deux mesures sont à l'actif du PSDRH : la mise en place de l'Observatoire National des Ressources Humaines en 2009 et l'instauration de Primes de Zone et de Technicité (PZT). Cette prime a été évaluée en 2011, avec des recommandations relatives à la motivation globale des personnels de santé qui n'ont pas connu de prise en compte.

⁵ Projet d'autonomisation des femmes et du dividende démographique/MAED/Banque Mondiale comporte une composante SR qui vise à accroître la demande pour les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle par (i) une meilleure sensibilisation de la population sur ces services ainsi que par (ii) le renforcement du statut des filles et des femmes.

Dans la perspective d'améliorer la couverture en soins de qualité et de les rendre plus disponibles dans les institutions de soins, une stratégie de délégation des tâches a été élaborée en 2013. Cette stratégie repose sur le transfert des tâches traditionnellement effectuées par des catégories de personnel de « niveau supérieur » vers des catégories de « niveau inférieur ». Cette approche pourrait être comprise en l'absence d'un plan d'accompagnement axée sur la formation continue et les recyclages.

Malgré les efforts déployés par le Ministère de la Santé en vue d'assurer une bonne gestion des ressources humaines du secteur et d'assainir la situation, d'importants déséquilibres en matière de répartition et d'utilisation du personnel restent à corriger pour permettre une utilisation optimale et rationnelle du potentiel disponible en ressources humaines.

Par ailleurs, il faut noter qu'en matière de gestion des ressources humaines la marge de manœuvre du ministère de la santé demeure limitée car d'autres ministères y contribuent tels que le Ministère chargé de la fonction publique, le Ministère des Finance et celui chargé de l'administration territoriale.

En dépit des efforts déployés et des réformes entreprises jusqu'ici, 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.

Une politique rigoureuse de production et d'utilisation des ressources humaines inspirées de la carte sanitaire et de normes et seuils minimums couplée avec une stratégie d'urbanisme et de promotion des regroupements d'agglomérations en pôles de compétitivité seraient des gages de performance et de réussite de notre système de santé.

Concernant les infrastructures et la logistique de santé :

Plus de 904 structures publiques et privées de santé ont été dénombrées en 2015 sur l'ensemble du territoire national dont 634 postes de santé, 105 centres de santé, 25 hôpitaux et EPA. Le secteur privé aussi est constitué de 22 cliniques médicales, de 92 cabinets médicaux, de 26 cabinets de soins dentaires et de 936 pharmacies et dépôts pharmaceutiques.

En dépit des progrès accomplis dans le domaine des infrastructures de santé, les conclusions de l'étude portant audit institutionnel et organisationnel du Ministère de la santé publiée en 2014 ont fait état de plusieurs insuffisances. Des implantations d'infrastructures qui ne répondent pas aux normes du PNDS et de la carte sanitaire ont été signalées de même que l'absence d'adéquation entre d'une part les infrastructures et les équipements et d'autre part les ressources humaines et les budgets de fonctionnement requis.

Même s'il existe un plan de développement des infrastructures en cours de validation et il n'y a pas de procédures de gestion et de maintenance des équipements biomédicaux associée à un manque de ressources humaines compétentes dans le domaine.

Force a été aussi de constater que les locaux du Ministère sont inadéquats et de nombreuses entités du département au niveau central, sont dispersées dans la capitale et souvent dans des locaux en location.

Selon le bilan du secteur élaboré en 2014 de nombreuses formations sanitaires ne disposent pas de latrines (37%), 64% d'entre elles ne sont pas liées au réseau de l'eau, 48% ne sont pas clôturées et 58% ne sont pas dotées d'une source d'énergie.

Equité et genre

La dimension de l'équité n'est pas encore complètement prise en compte de manière systématique dans la mise en œuvre du PNDS. En matière d'offre de santé des disparités existent encore entre les mieux 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. Il paye aussi les frais des dialyses rénales et finance les évacuations des indigents pour soins à l'étranger.

Force est de constater aussi le caractère inéquitable et inégalitaire des dépenses publiques de santé. Si l'on sait que les ressources qui tombent à la base de la pyramide sont les moindres et que la distribution des ressources ne prend pas suffisamment en compte la population rurale en général et les zones les plus défavorisées en particulier. Ce qui compromet la mise en œuvre des programmes de santé communautaires. La stratégie de santé communautaire qui concerne en premier lieu les populations pauvres et les zones rurales n'est pas encore mise en œuvre à l'échelle nationale.

Selon le rapport du profil de pauvreté en Mauritanie en 2014 publié par l'ONS les postes de santé, occupent une place principale dans le service sanitaire, notamment en milieu rural : plus du tiers (36,5%) des consultations en milieu rural sont effectuées au niveau des postes de santé.

La considération de la dimension genre par le système de santé mauritanien est plus que jamais nécessaire si l'on sait que la mortalité maternelle constitue aujourd'hui un sérieux défi et l'augmentation de la proportion de femmes au sein du personnel de santé semble poser des problèmes pour l'utilisation rationnelle des effectifs et pour la mise en œuvre de la carte de santé.

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 de point focal ou groupe de travail genre.

Au niveau des informations, les données du système d'information sanitaire (SNIS) ne sont pas désagrégées par sexe. Le nombre de femmes qui occupent de postes de responsabilité au niveau du Ministère de la Santé est très réduit. Les normes de confidentialité ne sont pas souvent respectées dans certaines des structures de santé. Aussi il n'existe pas de protocoles spécifiques pour prise en charge de victimes survivantes des violences basées sur le genre, surtout les victimes de violences sexuelles qui prennent de l'ampleur.

Sur le plan de la prestation de services :

L'audit institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé effectué en 2014 par AEDES sur financement de l'Union Européenne constate qu'il n'existe pas de référentiels en matière de procédures, ni de protocoles de diagnostic et de traitement élaborés selon une approche globale mais plutôt des guides par maladie ou par programme.

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 (voir capacité opérationnelle pour certaines prestations dans l'enquête SARA 2013).

Les services de santé ne sont pas aussi suffisamment organisés à défaut de systèmes de référence et de contre référence laissant terrain libre à la compétition entre les hôpitaux d'une part, et entre les hôpitaux et les centres de santé d'autre part.

Selon le rapport de ce même audit institutionnel et organisationnel 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 prestations curatives dans les hôpitaux et sur la vente des médicaments dans les centres de santé.

La demande sur les services de santé reste limitée par des barrières financières et géographiques si l'on sait qu'un tiers de la population vit à plus de 5 km de distance d'une formation sanitaire fonctionnelle. Dans le contexte d'une incidence de la pauvreté de 32% (Enquête sur les conditions de vie 2014), l'accessibilité financière pose problème car seuls 15% de la population sont couvertes par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et les mutuelles de santé ne couvrent que 0,3% de la population. Sur le plan équité, les groupes vulnérables sont les plus affectés par les coûts des soins de santé. Les programmes de santé subventionnés (paludisme et soins obstétricaux) ne sont pas suffisamment financés et leur efficacité reste à améliorer. Aussi la prise en charge des malades indigents demeure symbolique et se limite à des subventions insuffisantes par le MASEF à quelques hôpitaux.

En matière de financement du système :

La structure de la dépense de sante révèle que son financement provient des sources suivantes : les ménages, le budget de l'état (Ministère de la santé, MASEF, MDN, MJ, MF, MIDEF), l'assurance maladie et les PTF. 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 dessous des objectifs prévus respectivement par le PNDS et par la Déclaration d'Abuja fixés pour 2015 respectivement à 8,15% et 15%.

Les comptes de la santé ne sont pas régulièrement publiés. C'est seulement en 2011 que le premier exercice d'élaboration des comptes de santé en Mauritanie a été réalisé et a porté sur l'année 2008. Puis, en avril 2015 le département a publié le rapport de la deuxième édition des comptes de la santé pour les années 2011, 2012 et 2013.

Les comptes nationaux de la santé montrent par ailleurs que les ménages supportent plus de 45% des dépenses de santé, ce qui constitue un fardeau considérable pour les populations et demande une intervention plus substantielle des pouvoirs publics (autorités centrales et collectivités locales).

La dépense totale de santé (MRO courante) est passée de 42 milliards en 2011 à 56 milliards en 2013 soit une augmentation de plus de 33%. Cette dépense a constitué 3,9% du PIB en 2013 contre 3,5% en 2011. Avec la croissance du PIB, les dépenses totales de santé par habitant ont évolué de 44 dollars à 53 dollars entre 2011 et 2013, soit une augmentation annuelle de 9,8%.

La contribution de l'Etat dans la dépense totale de santé est passée d'environ 10% en 2000 à 43% en 2013, alors que l'aide au développement, qui couvrait près de 20% de la dépense totale de santé au début des années 2000 n'en couvrait que 12% en 2013. Cette augmentation des efforts financiers de l'Etat au profit de la santé est encourageante et permet un moindre degré de dépendance vis à vis de l'aide extérieure.

De même le renforcement de la mise en place des mécanismes de partage des risques en matière d'achats des soins de santé (extension de l'assurance maladie, du forfait obstétrical, des mutuelles de santé...) devrait se poursuivre dans le cadre de la stratégie nationale de protection sociale et la stratégie nationale de financement de la santé en cours d'élaboration.

2.2. Les emplois dans le secteur

Le secteur de la santé est l'un des secteurs à grand potentiel d'emplois compte tenu de l'ampleur des ambitieux du PNDS, de la taille des défis qui restent à surmonter et des réformes en cours qui visent l'amélioration de la couverture sanitaire et la qualité des services de santé. Le tableau ci-

dessous illustre l'évolution de l'employabilité pour les différentes catégories du personnel. Aussi la mise en œuvre des normes fixées par le Ministère de la santé pour le fonctionnement requis des structures de santé occasionnera la création de centaines d'emplois estimés à 4564 personnels supplémentaires pour 2020.

La propension que connaît le secteur médical et pharmaceutique privé offre aussi de nombreuses opportunités d'emplois, si l'on sait que le nombre de cliniques médicales privées est actuellement de 22, que les cabinets médicaux, de soins, les pharmacies et dépôts pharmaceutiques sont respectivement au nombre de 92 ; 26 et 936.

La mise en œuvre des actions prioritaires définies pour l'atteinte des objectifs fixés pour 2020 occasionnera des ressources humaines additionnelles estimées pour 2020 à 4564 emplois (voir tableau ci-dessous) :

Projection des besoins additionnels en personnels de santé pour la période 2016-2020						
	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Infirmiers médico-sociaux	154	154	154	154	154	769
IDE	203	203	203	203	203	1016
SFE	101	101	101	101	101	507
TS/TSS	220	220	220	220	220	1099
Médecins généralistes	53	53	53	53	53	265
Dentistes/ chirurgiens-dentistes	43	43	43	43	43	215
Pharmaciens	14	14	14	14	14	68
Médecins spécialistes en chirurgie générale	6	6	8	8	8	36
Médecins spécialistes en Gynéco-obstétriques	6	6	8	8	8	36
Médecins spécialistes en dermatologie	3	4	4	4	4	19
Médecins spécialistes en pédiatrie	8	8	8	8	8	41
médecins internistes	10	10	10	10	10	52
Médecins spécialistes en ophtalmologie	5	6	7	8	8	34
ORL	9	9	9	9	9	45
Médecins spécialistes en urologie	6	6	6	6	6	31
Médecins spécialistes en radiologie	3	4	6	8	11	32
Médecins spécialistes en cardiologie	8	12	12	14	14	60
Médecins spécialistes en gastrologie	6	6	6	6	6	31
Médecins spécialistes en néphrologie	7	7	7	7	7	36
Médecins spécialistes en neurologie	5	6	8	8	8	35
Anesthésiste réanimation	15	15	15	15	15	73
Chirurgiens pédiatre	4	6	6	6	6	28
Médecins spécialistes en orthopédie	4	8	8	8	8	36
	894	907	917	922	925	4564

Source : SP/DPCIS/MS

2.3. Les chiffre clés de 2011 à 2015

Les chiffres clés du secteur de la santé portent sur les ressources humaines, les infrastructures, les structures médicales et pharmaceutiques privées et le financement de la santé. Ils se présentent comme suit :

Ressources humaines

<i>CATEGORIE</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Médecin spécialiste	238	248	248	255	268
Médecin généraliste	254	280	280	367	420
Dentiste	103	112	112	113	113
Pharmacien	71	71	71	81	81
Biologiste	41	43	43	58	57
Biomédical	6	6	6	21	20
TSS	331	333	333	333	349
SFE	410	445	467	555	589
IDE	908	965	1027	1165	1198
IMS	1049	1244	1428	1793	1940
Accoucheuses	725	955	945	942	923
Total	4136	4702	5064	5683	5958

Source : DRH/MS

Densité (médecins, SFE et infirmiers) pour 10.000 habitants

<i>CATEGORIE</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Médecin généraliste	254	280	280	367	420
SFE	410	445	467	555	586
IDE	908	965	1027	1165	1198
IMS	1049	1244	1428	1793	1940
Total	2621	2934	3202	3880	4144
Population ⁶	3432292	3514667	3537368	3608115	3694710
Densité toutes les catégories confondues pour 10.000 habitants	7,6	8,4	9	9,2	9,4

Source : Base de données DRH et calculs de l'auteur

Ratio ou densité par catégorie calculée en 2015

Catégorie	Densité /ration
Médecin spécialiste	17000
Médecin généraliste	15000
Dentiste	65000
Pharmacien	60000
TSS	13000
SFE	7500
IDE	3500
IMS	2500

⁶ Taux de croissance annuelle de la population : 2,4%

Ces ratios cachent en réalité des situations qui ne permettent pas un accès aisé des populations aux soins de santé, notamment la répartition inéquitable du personnel entre le milieu urbain et le milieu rural avec une grande concentration à Nouakchott.

La disponibilité et la performance des ressources humaines pour le secteur sont affectées par : l'inexistence d'une planification stratégique des besoins du secteur, de la gestion peu efficace des effectifs (forte concentration à NKTT et insuffisance dans la plupart des régions : cas frappant des sages-femmes) et l'insuffisance de la qualité de la formation de base des professionnels.

Production de paramédicaux par les cinq ESP (durant la période 2013-2015)

Catégorie	Total
TSS	138
SFE	185
IDE	408
IMS	827

Répartition du nombre de structures de soins par région

Régions	Hôpitaux et EPA	Cliniques privées	Centres de santé	Cabinets médicaux	Postes de santé	Cabinets de soins
HEC	1		10		133	1
HEG	1		8	4	60	3
ASS	1	2	7	8	86	2
GOR	1		6		48	1
BRA	1		11		81	2
TRA	2		7	1	87	1
ADR	2		5	2	25	
NDB	1	2	10	2	13	
TAG	1		8		19	
GUID	1		6	1	46	1
TRZ	2		4	2	5	5
INCH	1		2		3	
NKTT Ouest	8	15	5	48	7	4
NKTT Sud	1	3	9	12	8	
NKTT Nord	1		7	12	13	6
Total	25	22	105	92	634	26

Source : BDD structures sanitaires 2015, SEP/DPCIS

Financement de la santé

	2011	2012	2013
Dépense totale de santé (MRO courante)	42 027 628 198	48 211 774 268	56 037 921 463
Dépense totale de Santé par habitant (MRO)	12 442	14 048	15 843
Dépense totale de Santé par habitant (US\$)	44	48	53
PIB (UM courante)	1 196 771 000 000	1 440 197 000 000	1 437 173 000 000
Dépense de Santé en % du PIB	3,5%	3,3%	3,9%

Evolution de la part du Budget de l'Etat allouée à la santé par rapport aux objectifs visés au PNDS et dans la déclaration d'Abuja :

	2012	2013	2014	2015
Budget global de l'Etat	346 281 814 020	394 894 710 000	428 806 451 000	439 392 200 000
Budget MS	13 359 798 737	17 329 296 688	19 929 090 466	20 210 936 500
%	3,9%	4,4%	4,6%	4,6%
Objectif prévu par PNDS	7%	7,50%	7,48%	8,15%
Déclaration d'Abuja	15%	15%	15%	15%

2.4. Les cadres de programmation

Le secteur de la santé est doté de plusieurs cadres de programmations à savoir :

- Plan National de Développement sanitaire de la Santé 2012-2020 (PNDS),
- Politique Pharmaceutique Nationale de médicaments
- Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant
- Stratégie Nationale de Financements Basés sur les Résultats (FBR),
- Stratégie Nationale d'éducation pour la Santé
- Plan national de lutte contre les maladies non transmissibles
- Plan national de lutte contre le cancer
- Plan national de lutte contre les MTN
- Plan National de la Santé mentale
- Stratégie Nationale de la SR 2016-2020
- Plan National de Surveillance Epid
- PPAC du PEV
- Plan de repositionnement de la PF/EN
- Référentiel pour la planification opérationnelle
- Référentiel national des supervisions
- Carte sanitaire nationale de la Mauritanie
- Plan National de la Santé Bucco dentaire
- Politique Nationale Hospitalière

2.5. Les principales réformes:

Plusieurs réformes sont entamées depuis 2010 dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Les principales réformes entreprises durant les cinq dernières années sont :

- La réforme de la médecine hospitalière qui est en stade bien avancée, à travers la transformation de la majeure partie des hôpitaux régionaux en Centres Hospitaliers Régionaux.

Hormis les deux hôpitaux d'Akjoujt et de Zoueirat tous les hôpitaux régionaux sont érigés en établissements autonomes à caractère administratif (EPA).

- Le système de production du personnel de santé a été objet d'une importante réforme axée sur la décentralisation de la formation initiale des paramédicaux (IMS, IDE et SFE) par la création de quatre écoles de santé publiques à Néma, Kiffa, Rosso et Sélibaby. Ce dispositif a largement renforcé la capacité nationale de production des paramédicaux.
- L'élaboration d'une carte de santé est de nature à améliorer l'efficacité et l'équité du système de santé par l'affectation rationnelle des ressources pour répondre aux besoins de la population et renforcer la planification à travers l'élaboration d'une carte géo référencée permettant une répartition efficiente des ressources.

- Le Système National d'informations Sanitaires (SNIS) a été érigé en programme en perspective de lui donner une certaine autonomie de développement pour accompagner la dynamique de planification des services de santé, de lutte contre les maladies et de suivi de la situation épidémiologique . Cette réforme est axée sur l'amélioration de la qualité des informations collectées et sur la prise en compte des statistiques hospitalières.
- Le département de la santé en collaboration avec le MASEF a déclenché un processus d'introduction de financement basé sur les résultats au travers de la révision des mécanismes de financement et des mécanismes d'allocation et de gestion des ressources aux niveaux déconcentrés afin de faciliter la mise en place des contrats de performance par niveau de prestation de services.
- La décentralisation du financement sur budget Etat jusqu'au niveau de moughataa
- Le secteur pharmaceutique a connu plusieurs réformes ayant porté sur le cadre réglementaire, l'assurance qualité et sur la disponibilité des médicaments. En plus de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) élaboré en 2011, la période 2010-2015 a été marquée par le déploiement d'importants efforts à savoir la centralisation partielle de l'approvisionnement de certains médicaments et produits (en vue d'assurer en particulier la qualité des antibiotiques, de l'insuline, des hormones) la décentralisation de la CAMEC, la lutte contre le marché parallèle de médicaments et l'organisation de campagnes d'assainissement du secteur pharmaceutique privé dans toutes les wilayas du pays.
- La signature du Compact national est aussi une réforme non moins importante qui est de nature à assurer le respect des engagements financiers et l'adoption d'une charte de bonne conduite entre les partenaires du système de santé.

III. Les forces, les atouts, les contraintes, les défis actuels du secteur

Le secteur de la santé dispose d'un nombre de forces et d'atouts parmi lesquels on peut citer l'existence de :

- L'existence d'une forte volonté politique au développement du secteur de la santé
- une vision et d'un cadre de programmation traduite par un PNDS et des politiques et stratégies pour les sous secteurs de la santé.

- Existence d'un Compact qui formalise un solide partenariat entre les pouvoirs publics, les PTF et les acteurs de la société civile qui traduit l'unicité du cadre de planification et du budget et l'alignement des PTF.
- L'existence d'une approche d'assurance obligatoire maladie qui couvre les fonctionnaires, les retraités et le secteur privé formel

Le développement du secteur de la santé souffre actuellement des principales contraintes et faiblesses suivantes :

- Insuffisances de ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour l'atteinte des objectifs du secteur
- Mécanismes de suivi/évaluation limités par rapport aux besoins de la mise en œuvre des stratégies du secteur
- Faible couverture de l'assurance maladie (environ 90% population non couverte)
- Faiblesses des mécanismes de coordination à tous les niveaux (intra et extra sectoriels et avec les partenaires)

Plusieurs défis sont encore à relever par rapport à l'ODD santé et à ses cibles à savoir :

- Mortalité et morbidité encore élevées, en particulier chez les groupes les plus vulnérables (y compris le couple mère-enfant),
- Prévalence relativement élevée de la malnutrition chronique chez les enfants
- fortes prévalences et incidences des maladies transmissibles (Paludisme, tuberculose et VIH/SIDA)
- Emergence de nouvelles maladies (Diabète, HTA, hépatite virale...)
- Prévalence du tabagisme
- couverture insuffisante en services essentiels de santé dont la qualité est parfois limitée,
- offre de santé inefficace et inéquitable et
- environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes entravant le développement du secteur.

IV. Vision et Objectifs 2016-2030

La vision et les objectifs du secteur de la santé sont définis et inscrits dans la logique d'évolution et de maturation de la stratégie sectorielle (le Plan National de Développement de la Santé) définie de manière participative et consensuelle avec l'implication de l'ensemble des acteurs du secteur. Elle tient compte des ODD, des recommandations à l'issue de l'EPU, de l'approche IHP+ et des autres engagements du pays.

Les objectifs du secteur pour la période 2016-2030 sont axés sur la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, la lutte contre les maladies, le renforcement du système de santé et l'amélioration de la gouvernance du secteur avec une nouvelle dynamique de planification.

L'atteinte de ces objectifs sera assurée à travers la mise à l'échelle des interventions à haut impact sur la santé, la conduite des réformes structurelles et l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé dans l'optique de la mise en place de la couverture sanitaire universelle.

Les valeurs cibles des différents objectifs fixés pour 2020, 2025 et 2030 se présentent comme suit :

Indicateurs d'impacts	2020	2025	2030 (Cibles ODD)
Taux de mortalité maternelle	218,95	144,5	70
Taux de mortalité néonatale		20	12
Taux de mortalité infantile	16,64	8,32	0
Taux de mortalité infanto juvénile	58,3	41,65	25
Prévalence VIH/Sida	0,16	<1	0
Incidence paludisme	9,9	0	0
Incidence de la tuberculose	25	12	0
Hépatite	?	?	0
Prévalence de la schistosomiase intestinale	4	2	0
Prévalence de la schistosomiase urinaire	10	5	0
Prévalence de la HTA chez les 16-64 ans	15	10	0
Prévalence du diabète chez les 16-64 ans	3,5	3	0
Couverture sanitaire (%)	91	96	100

Sources : Projections DPCIS/MS et valeurs cibles ODD santé

V. Matrice des indicateurs de développement du secteur

Indicateur	Valeur de référence	Valeur cibles ODD 2030	Source d'informations
Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes)	582 RGPH 2013 voir MICS 2014	70	Enquête RGPH
Prévalence méthodes contraception	11,4%	100	Enquête SNIS
Taux des accouchements assistés	75,6% (EPCV 2014)	100	SNIS

% des femmes ayant totalisé 04 consultations prénatales	8 %	100	SNIS Enquêtes
Taux de mortalité néonatale	-	12%0	Enquête
Taux de mortalité infantile	75 %0 MICS 2011	00 %0	Enquêtes RGPH
Taux mortalité infanto juvénile	115 %0 selon le RGPH 2013	25%0	MICS
Taux de malnutrition chronique poids/taille 6-59 mois	21 % (SMART 2015)	10%	SMART
Couverture vaccinale (PENTA 3 -	74	100	SNIS/PEV/MICS SNIS Enquêtes MICS
Prévalence VIH/Sida	0,7% en 2011 (MICS 2011)	00	Enquete
Incidence du paludisme	17,5% en	00	Enquêtes SNIS Système information programme
Nombre cas notifiés de tuberculose	2356 en 2014	00	SNIS Système information programme
HTA			
Hépatite virale	10 à 24% CNH 2004	A combattre	SNIS
Diabète	6% en 2005	A combattre	SNIS
Prévalence du tabagisme			Enquête
Santé mentale			
Nombre de décès accident route Nombre de blessures accidents de route		Diminuer de 50%	SNIS Données administratives
Taux d'accès aux services de santé	95,2%	100%	SNIS
% du Budget de l'Etat alloué à la sante	4,6% (2015)	15%	SNIS
Personnel - Nombre de personnel de santé recruté par an et par catégorie - Nombre de personnel stage formation - Nombre de personnels de santé formés (paramédicaux et TSS) - Ratio/catégorie de professionnel - Taux de maintien en poste d'affection pendant n temps	840 (toutes catégories confondues) 2014 33 en spécialités médicales A reporter Indicateur nouveau		SNIS

VI. Critères de la hiérarchisation des actions prioritaires.

- Actions en cours et dont la mise en œuvre se poursuit durant les prochaines années
- Pertinence des actions programmées par rapport à la vision et aux objectifs du secteur à moyen et long terme (PNDS)
- Les actions qui contribuent à la promotion de l'équité et du genre
- Pertinence des actions à programmer en priorité par rapport aux documents de référence du secteur , y compris les ODD.,.

VII. Plan d'action 2016-2020

L'action dans le secteur pour la période 2016-2020 est centrée sur trois domaines prioritaires à savoir la promotion de la santé maternelle et infantile, la prévention et la prise en charge de la maladie et le renforcement du système de santé. Les évolutions prévisibles des indicateurs au cours de la période (2016-2020) se présentent comme suit :

Indicateurs ⁷	2011 ou 2013	2020
--------------------------	--------------	------

⁷ Les indicateurs traceurs ne sont pas considérés dans cette matrice dans l'attente que leurs cibles soient définitivement validées par le Minsanté

Taux de mortalité maternelle	582	218,95
Taux de mortalité infantile	75	16,64
Taux de mortalité infanto juvénile	115	58,3
Prévalence VIH/Sida	0,7	0,16
Incidence paludisme	17,5	9,9
Incidence de la tuberculose	86	25
Prévalence de la schistosomiase intestinale	9,6	4
Prévalence de la schistosomiase urinaire	20	10
Prévalence de la HTA chez les 16-64 ans	22,4	15
Prévalence du diabète chez les 16-64 ans	6	3,5
Décès accidents de route	-	- 20%

La mise en œuvre de ce plan d'action occasionne d'importantes incidences en termes de ressources humaines additionnelles et de mobilisation de ressources financières. Plus de 4564 personnels de santé toutes catégories confondues et l'ordre de 253 milliards d'ouguiyas.

Annexe 1 : Indicateurs de suivi de la SCAPP (2016 – 2030)

Objectifs	Résultats	Indicateurs SCAPP	ODD (Oui/Non)	Sources permettant de renseigner l'indicateur	Niveau de l'indicateur en 2015 (situation de référence)	Cible indicateur 2020	Cible indicateur 2025	Cible indicateur 2030
Réduction de la mortalité maternelle			OUI	Enquêtes MICS RGPH	582	218,95	144,5	70
	accès aux services SR	Prévalence méthodes contraception	OUI	SNIS MICS	11,4%			100
	accouchements assistés	Taux d'accouchements assistés.	OUI	SNIS ENQUÊTES	75,6% (EPCV 2014)			100
	Consultations prénatales	Taux des consultations prénatales (04 CPN)(OUI	SNIS	8%	25	75	100
Elimination de la mortalité infantile	Mortalité infantile	Taux de mortalité infantile	OUI	MICS SNIS RGPH	75 %0 MICS voir MICS 2015 RPGH	16,64	8,32	00
Réduction de la mortalité néonatale								

Réduction de la malnutrition chronique		Taux de malnutrition chronique poids/taille 6-59 mois	OUI	SMART	21 % (SMART 2015)			10%
Vaccination	Couverture vaccinale	Penta 3	NON	MICS SNIS	74	93	????	100%
Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose								
	PVIH/Sida	Prévalence VIH/Sida	OUI	MICS Enquête	0,7% en 2011 (MICS 2011)	0,16	<1	0
	Paludisme	Incidence paludisme	OUI	MICS SNIS	17,5%	9,9	0	0
	Tuberculose	Incidence de la TB (pour 100.000 personnes)	OUI	SNIS	665	25	12	0
Accidents de la route	Décès accidents de la route	Nombre de décès	OUI	Données administratives SNIS	221 décès	20%		-50%
Maladies hydriques	schistosomiase intestinale	Prévalence de la schistosomiase intestinale	OUI		?????	4	2	0
	schistosomiase urinaire	Prévalence de la schistosomiase urinaire	OUI	2003 CNH	Prévalence de la schistosomiase urinaire chez les enfants en âge scolaire 70%	10	5	0
Maladies émergentes	HTA chez les 16-64 ans	Prévalence de la HTA chez les 16-64 ans	OUI	SNIS	10 à 24% CNH 2004	15	10	0
	Prévalence du diabète chez les 16-64 ans		OUI	SNIS	6% en 2005	3,5	3	0
Couverture santé	Taux de couverture sanitaire rayon 5 km		OUI			80	87	100

Financement santé	Allocation budgétaire	% du Budget de l'Etat alloué à la sante	OUI	Lois des finances	4,6% (2015)	?????	?????	15%
Personnel de santé -	Recrutement personnel de santé	Nombre de personnel de santé recruté par catégorie (toutes catégories confondues)	OUI	Base de données Min santé	---	4564		Ratios pays et OMS
	Formation continue	Nombre de personnel stage formation	OUI	Base de données Min santé				
	Formation initiale de personnels de santé formés (paramédicaux et TSS) -	Nombre de personnels de santé formés (paramédicaux et TSS) -	OUI	Base de données Min santé				
	Mmaintien en poste d'affection pendant n temps	Taux de maintien en poste d'affection pendant n temps	OUI	Base de données Min santé				

Annexe 2. Programme d'actions pour 2016-2020

				FINANCEMENT		
Domaines prioritaires	Composantes	Résultats	Actions prioritaires	M ⁸ ONTANT	DISPONIBILITE ACQUIS AVEC LES PTF ⁹	BAILLEURS (ETAT OU R.E)
1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	Le taux de mortalité maternelle est ramené à 219 décès pour 100.000 NV	1-1-1 Maternité à moindre risque	10 868 410	10 millions de Dollars US 46.974.992 Dollars US (2015-2016) 46 millions d'Euros 05 millions d'euro 15.433 millions de dollars US	Fonds Saoudien pour le Développement Agences du SNU Union Européenne AFD BID
			1-1-3 Planification familiale	3 105 260		
			1-1-4 Santé Néonatale	1 552 630		
	1-2 Survie de l'enfant	Le taux de mortalité infantile est porté à 16,64%0	1-2-1 PCIME	8 696 700		
			1-2-2 Nutrition	13 045 050		
	1-3 Santé de la reproduction des adolescents et jeunes	Le taux de mortalité infanto juvénile est porté à 58,3%0	1-3-1 Offre de service			
			1-3-2 IEC/CCC communautaire	2 174 175		
			1-4-1 PEV	17 393 400		
	1-4 Vaccination		1-4-2 Autres vaccinations			
				1 807 015		
	1-5 Nutrition de la Mère et de l'Enfant	Prévalence de la malnutrition chronique est à 10% Prévalence de la malnutrition aigüe est à 5%	1-5-1 PCIMA			
2. Prévention et prise en charge de la maladie	2-1 Maladies transmissibles		2-1-1 surveillance et riposte face aux épidémies	1 428 976		

⁸ Source : Projection du financement des actions prioritaires 2016-2020 (DPCIS/MS)

⁹ La plupart des financements acquis auprès des PTF ne pourraient pas être présentés actuellement par actions.

3. Renforcement du système de santé		Les incidences du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida sont respectivement portées à 9,9 ; 25 et 0,16	2-1-2 Paludisme	7 144 880	AECID
			2-1-3 Tuberculose	3 572 440	
			2-1-4 Sida	5 358 660	
			2-1-5 Maladies tropicales négligées (MTN)	357 244	
	2-2 Maladies non transmissibles	Prévalence de la HTA chez les 16-64 ans est portée à 15 Prévalence du diabète chez les 16-64 ans est portée à 3,5	2-2-1 Maladies chroniques (MCV/HTA, cancer, Diabète et IRC)	7 586 925	Fonds Mondial
			2-2-2 Santé mentale	1 112 749	
			2-2-3 Santé buccodentaire	1 315 067	
			2-2-4 Gestion des urgences	101 159	
	2-3 Prévention		2-3-1 Hygiène assainissement	1 242 000	Banque Mondiale
			2-3-2 IEC/CCC	2 174 175	
			2-3-3 Lutte antitabac	267 000	
			2-3-4 Lutte contre les infections nosocomiales (ou infections associées aux soins)	408 000	
			2-3-5 Santé et environnement	740 000	
				02 millions d'Euros	
	3-1 Couverture sanitaire		3-1-1 Infrastructures/ Equipements/ Maintenance		30 millions de dollars US
			3-1-2 Ressources humaines	48 500 000	
			3-1-3 Accès aux médicaments et produits spécifiques	10 200 000	
			3-1-4 Système d'information sanitaire	620 000	
			3-1-5 Recherche opérationnelle	1 159 408	
	3-2 Fonctionnement des services		3-2-1 Fonctionnement courant	22 649 495	15 millions de dollars US
			3-2-2 Transferts courant	25 755 120	

	3-3 Financement de la demande	3-3-1 Couverture risque maladie	26 900 000	
		3-3-2 Initiatives de gratuité	20 200 000	
4. Gouvernance sanitaire	4-1 Gestion axée sur les résultats	4-1-1 Planification	441 000	
		4-1-2 Coordination/ Suivi/ Evaluation	310 000	
		4-1-3 Financement Basé sur les Résultats	2 445 000	
		4-1-4 Normalisation	140 000	
		4-1-5 Audit/ contrôle	2 370 000	
		4-1-6 Système d'allocation des ressources	140 000	
	4-2 Participation	4-3-1 Participation des communautés	1 100 000	
		4-3-2 Décentralisation et Multisectorialité	140 000	
		4-3-3 Partenariat	125 000	
Total			252 839 923	117 millions de dollars US et 53 millions d'euro

Annexe 3 : Niveau des indicateurs en 2015

Indicateur	Valeur de référence
Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes)	582 RGPH 2013 voir MICS 2014
Prévalence méthodes contraception	11,4%
Taux des accouchements assistés	75,6% (EPCV 2014)

Annexe 4 : Documentation des indicateurs

Indicateur	Type	ODD	Périodicité	Source(s) information	Institution(s) responsable(s)	Observations (mesurabilité,...)
Taux des consultations prénatales (04 CPN)	Résultat, impact ou produit	8 % SNIS				
Taux de mortalité néonatale		-				
Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes)	Impact	75 % 0 2011	OUI	04 ans	Enquêtes MICS SNIS	ONS MS RAS
Taux de mortalité infantile		115 % selon le RGPH 2013	OUI	Annuelle	SNIS	MS RAS
Prévalence méthodes contraception	Produit	20,4% MICS 2011	OUI	Annuelle	SNIS	MS RAS
Taux de mortalité infantile	Produit	22 % MICS 2007	NON	Annuelle	SNIS	MS RAS
Taux de mortalité néonatale	Produit	67,5% MICS 2007	NON	Annuelle	SNIS	MS RAS
Taux de mortalité néonatale	Impact	74%	OUI	04 ans	Enquête	MS/ONS RAS
Taux de mortalité infantile	Impact	0,7% en 2011	OUI	04 ans	Enquête	MS/ONS RAS
Incidence du paludisme	Impact	17,5% en	OUI	04 ans	Enquête	MS/ONS RAS
Taux de mortalité infantile	Impact	2356 en 2014	OUI	04 ans	Enquête	MS/ONS RAS
Taux de mortalité infantile	Produit	10 à 24% CNH 2004	OUI	semestrielle	Enquête	MS/ONS RAS
Taux de mortalité infantile	Produit	10 à 24% CNH 2004	OUI	semestrielle	Enquête	MS/ONS RAS
Prévalence de la diarrhée chez les enfants de 5 ans	Produit	6% en 2005	NON	annuelle	SNIS	MS RAS
Prévalence du tabagisme	Produit	?				
Mortalité due à des maladies non transmissibles	Produit		NON	annuelle	SNIS	MS RAS
IRA (6-11 mois)	Produit		NON	annuelle	SNIS	MS RAS
Santé mentale						
Nombre de décès accident route						
Couverture vaccinale Penta3	Résultat		NON	Annuelle	SNIS	MS RAS
Nombre de blessures accidents de route						
Couverture sanitaire rayon 5 km		74% en 2013				
Prévalence VIH/Sida	Impact		OUI	04 ans	Enquête	ONS/MS RAS
% du Budget de l'Etat alloué à la sante		4,6% (2015)				
Incidence du paludisme	Impact		OUI	annuelle	SNIS	MS RAS
Personnel						
- Nombre de personnel de santé recruté par catégorie		840 (toutes catégories confondues) 2014				
- Nombre de personnel stage formation		33 en spécialités médicales		35		
- Nombre de personnels de santé formés (paramédicaux et TSS)		A reporter				
- Taux de maintien en poste d'affectation		Indicateur nouveau				

Nombre cas de tuberculose notifiés	Impact	OUI	annuelle	SNIS	MS	RAS
HTA	Impact	OUI	annuelle	SNIS	MS	RAS
Hépatite virale	Impact	OUI	annuelle	SNIS	MS	RAS
Diabète	Impact	OUI	annuelle	SNIS	MS	RAS
Prévalence du tabagisme	Produit	OUI	annuelle	SNIS	MS	RAS
Mortalité due à des maladies non transmissibles	Impact	OUI	annuelle	SNIS	MS	RAS
Santé mentale		OUI	Annuelle	SNIS	MS	RAS
Nombre de décès accident route Nombre de blessures accidents de route	Produit	OUI	Annuelle	Statistiques administratives	MDN/MIDEC/MS	RAS
Couverture sanitaire rayon 5 km	Produit	OUI	Annuelle	SNIS	MS	RAS
% du Budget de l'Etat alloué à la sante	Produit	OUI	Annuelle	SNIS	MS	RAS
Personnel - Nombre de personnel de santé recruté par catégorie - Nombre de personnel stage formation - Nombre de personnels de santé formés (paramédicaux et TSS) - Taux de maintien en poste d'affectation pendant n temps	Produit	OUI OUI	Annuelle	SNIS	MS	RAS

Annexe.5. Projection du financement des actions prioritaires 2016-2020

Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Budget estimé en (000) MRO					Total 2016-2020
			2016	2017	2018	2019	2020	
1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1-1-1 Maternité à moindre risque	1 831 480	1 974 140	2 121 700	2 275 840	2 665 250	10 868 410
		1-1-3 Planification familiale	523 280	564 040	606 200	650 240	761 500	3 105 260
		1-1-4 Santé Néonatale	261 640	282 020	303 100	325 120	380 750	1 552 630
	1-2 Survie de l'enfant	1-2-1 PCIME	1 548 340	1 616 240	1 692 580	1 821 660	2 017 880	8 696 700
		1-2-2 Nutrition	2 322 510	2 424 360	2 538 870	2 732 490	3 026 820	13 045 050
	1-3 Santé de la reproduction des adolescents et jeunes	1-3-1 Offre de service						
		1-3-2 IEC/CCC communautaire	387 085	404 060	423 145	455 415	504 470	
	1-4 Vaccination	1-4-1 PEV	3 096 680	3 232 480	3 385 160	3 643 320	4 035 760	17 393 400
		1-4-2 Autres vaccinations						
		1-5 Nutrition de la mere et de l'Enfant	1-5-1 Prise en charge de la malnutrition aigue	542 015	452 000	452 000	361 000	361 000
		1-5-2 – Lutte contre les carences en micronutriments	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000	375 000
		2-1-2 Paludisme	1 239 320	1 290 400	1 342 440	1 591 680	1 681 040	7 144 880
		2-1-3 Tuberculose	619 660	645 200	671 220	795 840	840 520	3 572 440
		2-1-4 Sida	929 490	967 800	1 006 830	1 193 760	1 260 780	5 358 660
		2-1-5 Maladies tropicales négligées (MTN)	61 966	64 520	67 122	79 584	84 052	357 244
	2-2 Maladies non transmissibles	2-2-1 Maladies chroniques (MCV/HTA, cancer, Diabète et IRC)	1 444 425	1 474 350	1 508 175	1 546 650	1 613 325	7 586 925
		2-2-2 Santé mentale	211 849	216 238	221 199	226 842	236 621	1 112 749

		2-2-3 Santé buccodentaire	250 367	255 554	261 417	268 086	279 643	1 315 067
		2-2-4 Gestion des urgences	19 259	19 658	20 109	20 622	21 511	101 159
	2-3 Prévention	2-3-1 Hygiène assainissement	243 000	245 000	249 000	250 000	255 000	1 242 000
		2-3-2 IEC/CCC	387 085	404 060	423 145	455 415	504 470	2 174 175
		2-3-3 Lutte antitabac	49 000	50 000	53 000	55 000	60 000	267 000
		2-3-4 Lutte contre les infections nosocomiales (ou infections associées aux soins)	72 000	74 000	80 000	87 000	95 000	408 000
		2-3-5 Santé et environnement	120 000	140 000	145 000	160 000	175 000	740 000
3. Renforcement du système de santé	3-1 Couverture sanitaire	3-1-1 Infrastructures/ Equipements/ Maintenance						
		3-1-2 Ressources humaines	8 200 000	9 100 000	9 800 000	10 300 000	11 100 000	48 500 000
		3-1-3 Accès aux médicaments et produits spécifiques	1 200 000	1 900 000	2 200 000	2 300 000	2 600 000	10 200 000
		3-1-4 Système d'information sanitaire	120 000	122 000	124 000	126 000	128 000	620 000
		3-1-5 Recherche opérationnelle	178 912	199 735	217 758	245 401	317 602	1 159 408
	3-2 Fonctionnement des services	3-2-1 Fonctionnement courant	4 098 988	4 303 937	4 519 134	4 745 091	4 982 345	22 649 495
		3-2-2 Transferts courant	4 661 028	4 894 079	5 138 783	5 395 722	5 665 508	25 755 120
	3-3 Financement de la demande	3-3-1 Couverture risque maladie	3 600 000	4 000 000	4 500 000	4 900 000	9 900 000	26 900 000
		3-3-2 Initiatives de gratuité	3 200 000	3 900 000	4 200 000	4 300 000	4 600 000	20 200 000
	4. Gouvernance sanitaire	4-1 Gestion axée sur les résultats	4-1-1 Planification	85 000	86 000	88 000	90 000	92 000
4-1-2 Coordination/ Suivi/ Evaluation			60 000	61 000	62 000	63 000	64 000	310 000
4-1-3 Financement Basé sur les Résultats			65 000	340 000	680 000	680 000	680 000	2 445 000
4-1-4 Normalisation			28 000	28 000	28 000	28 000	28 000	140 000
4-1-5 Audit/ contrôle			250 000	320 000	600 000	600 000	600 000	2 370 000

		4-1-6 Système d'allocation des ressources	28 000	28 000	28 000	28 000	28 000	140 000
	4-2 Participation	4-3-1 Participation des communautés	220 000	220 000	220 000	220 000	220 000	1 100 000
		4-3-2 Décentralisation et Multisectorialité	28 000	28 000	28 000	28 000	28 000	140 000
		4-3-3 Partenariat	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000
Total			41 914 228	46 157 951	49 846 575	53 027 114	61 894 055	252 839 923

Source : SEP/DPCIS/MS

Besoins additionnels en RH 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Infirmiers médico-sociaux	154	154	154	154	154	769
IDE	203	203	203	203	203	1016
SFE	101	101	101	101	101	507
TS/TSS	220	220	220	220	220	1099
Médecins généralistes	53	53	53	53	53	265
Dentistes/ chirurgiens-dentistes	43	43	43	43	43	215
Pharmaciens	14	14	14	14	14	68
Médecins spécialistes en chirurgie générale	6	6	8	8	8	36
Médecins spécialistes en Gynéco-obstétriques	6	6	8	8	8	36
Médecins spécialistes en dermatologie	3	4	4	4	4	19
Médecins spécialistes en pédiatrie	8	8	8	8	8	41
médecins internistes	10	10	10	10	10	52
Médecins spécialistes en ophtalmologie	5	6	7	8	8	34
ORL	9	9	9	9	9	45
Médecins spécialistes en urologie	6	6	6	6	6	31
Médecins spécialistes en radiologie	3	4	6	8	11	32
Médecins spécialistes en cardiologie	8	12	12	14	14	60

Médecins spécialistes en gastrologie	6	6	6	6	6	31
Médecins spécialistes en néphrologie	7	7	7	7	7	36
Médecins spécialistes en neurologie	5	6	8	8	8	35
Anesthésiste réanimation	15	15	15	15	15	73
Chirurgiens pédiatre	4	6	6	6	6	28
Médecins spécialistes en orthopédie	4	8	8	8	8	36
Total	894	907	917	922	925	4564

Annexe 6: Composition du Comité Technique Sectoriel (CTS)

1. Mr Isselmou Ould Mahjoub, DPCIS, président du CTS
2. Dr. Abderahmane Ould Jiddou, DSBN
3. Dr. Ba Mamadou, Directeur de la médecine hospitalière
4. Dr. Mohamed Lemine Ould Ahmedou, Directeur des Ressources Humaines
5. Aminetou Mint Ahmed Louly, DPH-DA
6. Dr Mohamed Lemine OULD DLM
7. Bouh Ould Mokhtar chef service à la DRH
8. Dr. Brahim Ould Abad, DPL/MS
9. Ignacio GALLARDO, AECID
10. Ines DIEGO, AECID
11. Zombre D. Sosthène, OMS
12. Medeot leandro, UE
13. Colombo Enrico, UE
14. Tuery Laura, AFD
15. Dr. Amadou A. Cissé UNICEF
16. Dr Diombar Dieng Abdallahi UNFPA
17. Amadou Kane, PAM
18. Francesco Ramon Lopez , ONG EPM
19. Maite Pavella, ONG Médicus Mundis Andalousi

Consultant d'appui : Saleck Ould Jaireb

