

Analyse du système de santé et les perspectives d'intégration de mutuelles de santé en Mauritanie

Malgré les efforts consentis par les pays du sud, la santé des populations dans les pays en développement ne s'améliore guère. La mortalité infantile et maternelle reste élevée, l'espérance de vie à la naissance, si elle augmente reste très en deçà des pays développés. Même si on admet que cette situation est surtout dépendante du niveau des revenus, de la faiblesse du niveau d'éducation, notamment des femmes sur la mauvaise qualité de l'eau sur l'environnement ; Il n'en demeure pas moins que l'offre de service de services publics comme privée, ne donne pas toujours satisfaction aux populations.

Les raisons tiennent surtout du fait que les Etats étaient pendant longtemps les seuls pourvoyeurs de la santé dans ces pays. Cette assertion est encore plus forte en Mauritanie où toute l'ossature de la santé a longtemps reposé sur le Ministère de la santé et des affaires sociales.

Sous le poids des politiques d'ajustements structurels l'état Mauritanien, malgré un budget colossal, n'arrive pas à répondre à la demande de la population de plus en plus croissante.

Depuis le début des années 90, on observe des changements importants dans l'organisation des services de santé avec l'apparition de nouveaux acteurs : implication de la société civile, mise en place de la décentralisation, émergence du privé. De nouveaux partenariats se nouent entre différents acteurs afin de répondre à une demande de plus en plus croissante.

Compte tenu qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de mutuelle de santé en Mauritanie, nous avons axé notre étude sur la situation sanitaire, les possibilités de l'améliorer et les réelles potentialités pour la mise en place de mutuelles et leur développement dans le pays.

1. METHODOLOGIE

a) Méthodes et degré d'investigation

La méthodologie utilisée est une combinaison de recherche documentaire et d'interviews avec les responsables de ministère et de médecins opérant aussi bien dans les hôpitaux que dans les dispensaires et dans certains villages situés dans la zone de Rosso.

b) Difficultés liées à la recherche

L'absence de mutuelles de santé en tant que telles a constitué le premier obstacle de taille car il n'existe aucune documentation traitant de ce thème. Nous avons focalisé notre étude sur l'évolution de la politique de santé en Mauritanie, tout en insistant sur les potentialités qui existent pour l'implantation de la micro assurance.

II. CONSTAT- DIAGNOSTIC SUR LA SITUATION DE LA SANTE EN MAURITANIE

2.1 PRESENTATION DU PAYS

1.1 Description du pays

La République Islamique de Mauritanie (RIM) s'étend sur un territoire de 1. 030. 700 Km² compris entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude Nord et les 5^{ème} de 17^{ème} degrés de longitude Ouest. Elle possède des frontières communes avec le Sénégal au Sud, avec le Mali au Sud et à l'Est, avec l'Algérie au Nord-est et avec le Sahara Occidental au Nord. A l'Ouest, l'Océan Atlantique forme un littoral long de 700 km.

Le réseau routier s'articule autour de quatre axes principaux : l'axe Nouakchott-Atar, l'axe Nouakchott-Rosso, la route de l'espoir Nouakchott-Néma et l'axe Nouakchott-Kaédi. Il se répartit en 1800 km de route bitumée, 795 km de routes en terre améliorées et 6190 km de pistes. Ce réseau reste insuffisant à cause de des distances souvent importantes. Cependant, les voies de communication bitumées permettent un trafic automobile relativement rapide en toutes saisons entre Nouakchott et les capitales régionales. Aussi, en l'absence d'un système sanitaire de référence de qualité dans les Wilayas, les individus ont recours directement à Nouakchott lorsqu'un problème majeur de santé se présente.

A ce réseau, il faut ajouter 700 km de voie Ferrée reliant Zouerat à Nouadhibou.

Par ailleurs, plusieurs capitales régionales sont régulièrement reliées par voie aérienne à Nouakchott (dont Nouadhibou plusieurs fois par semaine). Il existe trois aéroports internationaux, quatre complexes portuaires et un centre autonome de télécommunications relié aux satellites

ARAB SAT et INTEL SAT. Toutes les Wilayas sont reliées à la capitale et à l'extérieur par le réseau DOMSAT.

1.1.3. Géographie

Sur le plan du climat et de la végétation, la Mauritanie peut être globalement divisée en trois grandes régions naturelles :

1. La vallée du fleuve, zone agricole, caractérisée par des précipitations annuelles qui peuvent atteindre 300 à 500 mm et dans laquelle des cultures de crue et sous pluies sont pratiquées ;
2. Une zone sahélienne, au Sud d'une ligne allant de Nouakchott à Néma, passant par Kiffa caractérisée par des précipitations annuelles de 100 à 300 mm. C'est une zone de pâturages où l'on pratique l'élevage et la culture de décrue ;
3. Une immense zone saharienne, au nord de cette ligne, où les précipitations, les pluies souvent irrégulières, varient entre 50 et 100 mm et, les points d'eau sont rares en dehors de quelques oasis où l'implantation d'importantes palmeraies a favorisé l'établissement d'agglomérations de tailles significatives.

La Mauritanie a été durement touchée par l'insuffisance générale des précipitations entre 1972 et 1984. Cette longue période de sécheresse a eu d'importantes répercussions sur les mouvements de population et a considérablement restreint les possibilités agricoles du pays, entraînant une dégradation rapide du niveau de vie des populations rurales. Malgré la réapparition, ces dernières années, de pluies plus abondantes, la situation de ces populations reste encore très préoccupante et les taux de malnutrition sont encore très élevés.

1.1.2. Démographie

La population totale de la Mauritanie a été estimée en 1996 à 2 346 752 habitants. Le taux d'accroissement est annuellement de 2,9 %. L'espérance de vie à la naissance est de 51,3 ans. Le taux de fécondité est de l'ordre de 6,32.

La population urbaine est passée de 9,1 % de la population totale en 1965 à 21,7 % en 1976/77. Les estimations de 1994 font état de plus de 45 % de la population totale vivant dans les agglomérations urbaines. Ces chiffres illustrent nettement le développement de l'urbanisme et de la sédentarisation des nomades. Ces tendances ont été certainement accélérées lors de la grande sécheresse des

années quatre vingt qui a conduit à une urbanisation et à une sédentarisation rapide des populations.

La répartition de la population selon l'âge n'a pas connu de changements majeurs depuis l'indépendance. Ainsi, 44 % de la population a moins de 15 ans, 54 % moins de 20 ans et seulement 6 % plus de 60 ans. Cette structure qu'on observe dans la quasi-totalité des pays en voie de développement crée des pressions importantes sur les services de base. Concernant la structure par sexe, tous les âges confondus, les femmes sont en léger surnombre par rapport aux hommes. Au niveau des tranches d'âge ce surnombre est anormalement élevé entre 20 et 35 ans (116 femmes pour 100 hommes). Ce phénomène est certainement dû à l'émigration masculine importante vers l'étranger.

La déclaration de politique de population promulguée par le gouvernement vise un ultime objectif : l'amélioration durable des conditions de vie des populations, s'inscrivant dans le prolongement des ambitieux programmes mis en œuvre dans le pays en matière de scolarisation, de protection des groupes vulnérables, de santé et services de base (eau potable, électricité, logement, etc...)

1.2. La situation politique et administrative

1.2.1 Politique et réformes institutionnelles

Depuis le début des années 90, le pays s'est engagé dans un processus démocratique visant à jeter les bases d'un développement économique et social durable et consacrant les libertés individuelles et collectives en vue de la pleine participation des populations dans le processus de développement. Ce processus démocratique a permis aujourd'hui, entre autres, l'émergence du multipartisme et d'une presse libre (malgré les saisies répétées) et la mise en place d'un parlement doté de deux chambres : l'assemblée Nationale et le sénat.

1.2.2 Administration

L'organisation administrative est régit par les lois 68.242, 68.234 du 30 juillet 1968 et l'ordonnance n° 90.002 du 30 janvier 1990. Chaque Wilaya constitue une circonscription administrative décentralisée qui est placée sous l'autorité d'un Wali qui représente le pouvoir exécutif. La Wilaya est divisée en Moughataa. La plus petite unité administrative est la commune. Le nombre de Moughataa est de 53 et celui des communes de 208.

La langue officielle du pays est l'Arabe

Depuis 1989, le Gouvernement a mis en œuvre une réforme administrative et institutionnelle en vue de réorganiser l'administration pour l'adapter aux nouvelles missions de l'état et à préparer les conditions de promotion du secteur privé

La décentralisation qui représente pour le Gouvernement, un choix stratégique notamment dans la mesure où elle pourrait permettre de résoudre un certain nombre de problèmes administratifs, organisationnels et institutionnels qui sont liés aux systèmes centralisés. Cette déclaration a été instituée particulièrement pour les secteurs de l'éducation, de la santé et du développement rural. Au niveau du secteur socio-sanitaire, la mise en place des Directions Régionales à l'action Sanitaire et Sociale dans chacune des wilayas a permis une meilleure utilisation des ressources matérielles, humaines et financières du secteur et vise à rapprocher l'administration du citoyen à tous les niveaux.

1.3. Les principaux indicateurs de développement

1.3.1 Economie

Confrontée à une situation économique et financière difficile, la Mauritanie s'est lancée depuis 1985 avec l'appui de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire international (FMI) dans un vaste programme d'ajustement structurel à travers le Programme de Redressement Economique et Financier (PREF 1985-1989), suivi du Plan de Consolidation et Relance (PCR 1989-1991).

Les efforts entrepris ont réussi à réorienter la politique gouvernementale dans les domaines essentiels : gestion des ressources publiques, politique monétaire, politique de crédit, réforme de l'administration publique, du secteur bancaire et des entreprises publiques, promotion du secteur de l'énergie, des pêcheries et du secteur privé. Cette amélioration s'est manifestée par une croissance régulière de 1992 à 1995 du PIB à prix constants qui s'est établie en moyenne à 4,9% pour la même période, le revenu par habitant a progressé d'environ 1,3% annuellement (contre une baisse de 1,7% par an en moyenne sur la période 1985-1991). Le taux d'inflation a été largement contrôlé passant de 5,6% en 1991 à 10,1% en 1992, année de la dévaluation, puis il est retombé à 9,3% en 1993 et à 4,1% en 1994.

La poursuite de la recherche des équilibres macro-économiques dans un contexte d'ajustement, présentent des

risques importants de perturbations socio-économiques particulièrement sur les groupes vulnérables et la population défavorisée.

L'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, en 1990 a montré dans un contexte d'ajustement que 56% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté estimé à 32 800 UM par personne. Cette pauvreté touche de manière aiguë 44% de la population (seuil 24 400 UM par personne).

Face à cette situation, le Gouvernement a mis en œuvre une Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté visant à compenser les effets négatifs de l'ajustement sur les couches défavorisées.

Les axes de cette stratégie sont dirigés vers les activités économiques génératrices de revenu au profit des populations et des interventions orientées vers les secteurs sociaux (Education, Santé, Hydraulique...).

1.3.2 Education

Les efforts déployés au cours des dernières années par le Gouvernement se sont traduits par des progrès qualitatifs et quantitatifs. C'est ainsi que le taux de scolarisation est passé de 71,32% en 1994 à 87,1% pour l'année 1996. Les disparités entre les sexes se sont substantiellement réduites, les taux bruts de scolarisation sont passés de 1988 à 1994 de 51% pour les garçons et 34% pour les filles à 77,29% et 65,1% respectivement.

L'enseignement secondaire ne dépasse guère 20% pour les garçons et 10% pour les filles en 1992-1993.

Des efforts ont été consentis pour éradiquer le fléau qui constitue l'analphabétisme notamment pour la mise en place d'un certain Secrétariat d'état à l'analphabétisme et à l'enseignement originel. Cependant le taux d'analphabétisme des adultes était estimé à 72% en 1985.

1.3.3. Agriculture et pêche

En 1988, le Gouvernement a mis en œuvre un Programme d'Ajustement du Secteur Agricole (PASA) pour soutenir les objectifs de croissance du secteur et réduire la charge des importations alimentaires en favorisant le potentiel d'activité du secteur privé.

Le potentiel en terres cultivables sur la rive droite du fleuve Sénégal est estimé à 135.000 hectares dont 45 000 ha aménagés. Le nombre de barrages et digues est estimé à 500.

L'agriculture représentait 46% du PIB en 1995.

L'élevage est une activité pratiquée essentiellement dans la zone sahélienne du sud et du centre du pays. Le mode d'élevage traditionnellement de type extensif tend à évoluer vers des formes plus intensives. La production annuelle de viande rouge est estimée à 67.340 tonnes.

Le déficit céréalier, structurel, qui couvre plus de 60 % des besoins, rend nécessaire un apport extérieur sous forme d'importations commerciales et d'aides alimentaires. Les principales denrées importées sont les céréales (blé, riz), le sucre, les produits laitiers, les légumes et les fruits. Les importations alimentaires représentent 30% de l'importation globale.

Malgré des potentiels, la Mauritanie demeure confrontée à des problèmes alimentaires et nutritionnels importants et préoccupants surtout pour les populations des régions enclavées et de des zones périurbaines.

Les solutions envisagées pour faire face à cette situation consistent en une amélioration de la production agricole, le maintien de l'autosuffisance en viande, l'augmentation de la consommation de poisson, et la vulgarisation des cultures de légumes.

1.3.4 Environnement

La Mauritanie est un pays dont les huit dixièmes du territoire sont désertiques (le désert avance à raison de 10 km par an, ce qui influe négativement sur son environnement climatique et sur les zones cultivables.

Pour faire face à cette situation, dès le début des années 80, le Gouvernement a mis en place des programmes de reboisement. Cet effort s'est poursuivi en 1992 par la création du Ministère du Développement Rural et de l'Environnement pour mettre en place un cadre institutionnel pour la gestion de l'environnement.

Dans ce cadre une stratégie nationale et un plan d'action de conservation et de protection ont été élaborés conformément aux recommandations de la conférence d Rio de Janeiro.

1.3.5 Situation des femmes

Malgré leur situation quelque peu privilégiée, les femmes mauritaniennes sont confrontées comme les femmes d'autres pays du tiers monde, à des problèmes liés à la pauvreté, à l'augmentation du taux des femmes chefs de ménages, à l'analphabétisme, aux conditions précaires de santé, à la faible rentabilité du travail.

D'importants acquis ont été obtenus ces dernières années dans la voie de la promotion de la femme, qu'il s'agisse de la scolarisation des filles dans l'enseignement fondamental qui est passé de 40, 5% en 1987. à 65,5% en 1994, de l'amélioration du taux d'alphabétisme qui est passé de 9,9% en 1977 à 30% en 1992. De plus on note une importante augmentation du taux de croissance de la population active occupée qui est deux fois et demie plus élevée chez les femmes (5,2%) que chez les hommes (2%).

Malgré ces acquis, des efforts restent à consentir pour l'amélioration des conditions sociales et économiques des femmes. La santé des femmes et des enfants est encore préoccupante, l'instabilité familiale de plus en plus grande entraîne un taux élevé de divorces et de femmes chefs de ménages, ce à quoi le Gouvernement cherche à pallier à travers l'adoption de la «stratégie Nationale de Promotion féminine »

1.3.6. Situation des jeunes

La jeunesse représente le prolongement de l'enfance. Près de 50% de la population a moins de 25 ans, et 44% a moins de 15 ans. Malgré son importance démographique et la richesse potentielle qu'elle représente, elle est exposée à des problèmes, essentiellement de deux ordres.

En effet, les jeunes sont confrontés, comme leurs aînés à des problèmes liés au développement de la société ; en particulier l'analphabétisme, l'inaccessibilité à l'éducation et à l'emploi, l'état de santé précaire, la malnutrition en rapport avec la pauvreté qui touche une grande partie de la population. Seulement, les jeunes sont plus vulnérables du fait de leur âge. En plus les jeunes rencontrent des difficultés spécifiques dont la fragilité de leur santé mentale, les problèmes de déviance sociale et d'autres dont la nature varie selon le sexe et le lieu de résidence.

D'énormes efforts ont été consentis pour résoudre ces difficultés, suite à des enquêtes qui ont permis de faire le diagnostic de la situation et d'élaborer un projet de développement intégré de la jeunesse.

2.2 SITUATION SOCIO- SANITAIRE

Depuis l'indépendance, la santé fait partie intégrante de tous les plans et programmes de développement.

Le IVème plan sanitaire (1981-1985) constitue la première tentative d'orientation de la politique nationale de santé vers la satisfaction des besoins du plus grand nombre de la population en mettant l'accent sur la prévention. L'orientation principale était donc constituée par les soins de santé primaire. Ce IV ème plan avait pour principaux objectifs :

- d'accroître la couverture sanitaire à 60% de la population à l'horizon 1985;
- d'accorder la priorité à la prévention;
- de généraliser les soins de santé primaires, accordant une attention particulière aux groupes «mère/enfant », aux ruraux et aux habitants des quartiers périurbains défavorisés.

Le redressement économique et financier (PREF 1985-1988) préconisait une augmentation du budget de la santé dans le budget de l'état. Il recommandait la recherche de la participation financière des populations aux dépenses de santé en même temps qu'il encourage le développement du secteur privé et une plus grande participation des bailleurs de fonds.

Ces orientations devaient se traduire par :

- la création d'une médecine préventive de masse
- l'extension des soins de santé primaires
- une attention particulière portée sur l'assainissement, l'hygiène et l'éducation sanitaire
- l'optimisation du rendement des formations sanitaires par la réhabilitation et l'affectation des ressources adéquates
- L'amélioration des capacités de gestion de l'administration.

Le Programme de Consolidation et de Relance (PCR, 1989-1991) tout en reprenant les principales orientations du PREF met l'accent sur trois objectifs principaux :

- L'extension de la couverture sanitaire afin d'atteindre un taux de 50% en 1991.
- L'accroissement du bien-être des populations les plus vulnérables.
- L'amélioration des capacités de planification, de gestion et de supervision du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Le Plan Directeur Préliminaire à moyen terme 1991-1994 qui a subi un glissement pour couvrir la période 1992-1995, se proposait d'organiser et de développer le système socio-sanitaire.

Les priorités de ce plan, qui s'inscrivent dans l'objectif global de la «santé pour tous les mauritaniens d'ici l'an 2000 », appelaient la mise en place de moyens supplémentaires, la clarification du cadre réglementaire, l'appui institutionnel des partenaires au développement et une véritable mobilisation sociale afin que la santé soit l'affaire de tous. Six principales stratégies sous-tendent ce plan :

- 1- développer une politique de prévention des maladies et invalidités majeures
- 2- étendre la couverture sanitaire de la population vers la mère et l'enfant
- 3- améliorer la qualité des services de santé et d'action sociale offerts à la population
- 4- mettre à la disposition du plus grand nombre des médicaments à des prix abordables
- 5- accroître les ressources financières pour la réalisation de l'objectif social de la «santé pour tous les mauritaniens»
- 6- renforcer les capacités d'organisation, de gestion du système de santé et d'action sociale

1.2 Situation épidémiologique

Les principaux indicateurs du pays sont les suivants :

- Taux de mortalité infantile : 118/1000
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 182/1000
- Taux de mortalité maternelle : 940/100.000
naissances vivantes
- Taux brut de mortalité : 19/1000
- Intervalle inter génésique : 30 mois
- Espérance de vie à la naissance : 51,3 ans

En 1993 les 3 premières causes de consultations tous âges regroupés étaient les infections respiratoires aiguës, le paludisme et les diarrhées, avec respectivement 14%, 12% et 8% des cas. On notait quelques spécificités selon l'âge et le sexe : la 3 me place revenait aux conjonctivites chez les enfants de moins de 1 an, aux plaies chez les 5 à 14 ans, l'anémie chez les femmes de plus de 15 ans. Chez les enfants les infections respiratoires aiguës représentaient 26% des cas chez les moins de 1 an, 19% chez les 1-4 ans : le paludisme 5% chez les moins de 1 an, le paludisme chez les moins de 1 an, 6% chez les 1-4ans et 15% chez les 5 à 14 ans.

La situation sanitaire reste dominée par une incidence élevée des maladies infectieuses et parasitaires et par un état nutritionnel qui se situe au cours des dix dernières années autour de 40% pour la malnutrition globale dont 6 à 8% de forme grave. Il a été noté par ailleurs que selon la Wilaya 2 à 12 % des nouveaux nés ont un poids de naissance inférieur à 2500g, que 60 % de femmes enceintes souffrent d'anémie et que 30 % de la population ont une carence en iode. A l'opposé l'ob sitt , fréquente surtout chez les femmes, provoque de nombreuses complications dont l'augmentation a un impact sur l'utilisation des services de santé (hypertension artérielle, lithiase, biliaire, arthrose, etc...)

Une enquête menée au Centre Hospitalier National couvrant la période 1990-1994 indique que les principales causes de décès maternels sont : les dystocies (35%), les hémorragies (hématomes rétro placentaires ou placenta praevia) (30%), les éclampsies (28%) et les infections puerpérales (7%).

Au cours des dernières années, la situation sanitaire a été marquée par :

- la recrudescence de certaines maladies comme la tuberculose (500 nouveaux cas par an)
- l'apparition de nouvelles maladies telles que la schistosomiase intestinale (34% des personnes enquêtées dans les wilayas du Trarza et du Brakna en 1995), le

SIDA (434 cas de SIDA cumulés en 1995 et 0,6% de taux de séro prévalence dans la population adulte)

- la découverte de l'importance de l'Hépatite B (24% des donneurs de sang au CHN et 15,6% chez des consultants à Nouakchott et Kiffa en 1996), des affections bucco-dentaires (environ 20 000 cas de caries par an) et des affections mentales (4.500 consultations et 600 hospitalisations par an au Centre neuro-psychiatrique)
- l'émergence de maladies liées au développement : hypertension artérielle (5.000 cas par an), diabète et accidents de la voie publique
- L'apparition d'épidémies de choléra et la menace d'épidémie de méningite cérébro-spinale.

Ces forts taux de morbidité et de mortalité aussi bien chez les enfants que chez les femmes sont dus à des facteurs liés :

- à l'environnement : sécheresse, effet négatif sur la santé des aménagements hydro-agricoles, urbanisation galopante, exode rural, hygiène et assainissement défectueux, accessibilité faible à l'eau propre (38%)
- aux facteurs socio-économiques : tels la conjoncture économique internationale défavorable, la pauvreté, la promiscuité, les tabous sociaux, l'alphabétisation encore faible, les habitudes alimentaires

1.3 Description du système de santé

1.3.1 Organisation du système de santé

1.3.1.1 Administration du système de santé

L'administration du système de santé est régie par le décret 16/97 du 05/4/97 portant attribution du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales et l'organisation de l'administration centrale de son département et le décret 89-064 fixant l'organisation des formations sanitaires régionales.

L'organisation est de type pyramidal.

a) au niveau central

Le Ministre de la Santé et des Affaires sociales est chargé de :

*** Au titre de la Santé :**

- élaborer la politique nationale en matière de santé
- veiller aux questions relatives à la création, à l'ouverture, au fonctionnement et au contrôle, des organismes publics et privés chargés de concevoir, de promouvoir et de mettre en œuvre la médecine préventive et la médecine curative dans tous leurs aspects
- assurer l'approvisionnement et la distribution des médicaments et du matériel technique
- mettre en œuvre la formation professionnelle du personnel médical et paramédical et de veiller à la formation des cadres et du personnel d'exécution
- Veiller à la qualité de la pratique médicale et paramédicale.

*** Au titre des Affaires Sociales :**

- élaborer la politique d'aide et de protection sociale
- Veiller aux questions concernant la famille : protection de l'enfance, promotion sociale de la femme
- prendre des mesures d'assistance en faveur des couches sociales défavorisées et des handicapés physiques et mentaux
- Elaborer la législation sociale et suivre sa mise en œuvre.

L'administration centrale du MSAS comprend :

- le Secrétaire général auquel est rattaché le service de la traduction
- les conseillers techniques
- l'inspection générale de la santé
- la Direction de la protection sanitaire
- la Direction de la planification, de la coopération et de la statistique
- la Direction administrative et financière
- la Direction de la pharmacie et des médicaments
- la direction de l'action sociale

Sont soumis à la tutelle du Ministre chargé de la santé, les établissements publics et unité de coordinations de projets suivants :

- le Centre hospitalier national (CHN)
- le Centre Neuro-psychiatrique (CNP)
- le Centre National d'Hygiène (CNH)
- le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle (CNORF)
- l'unité de coordination du Projet Santé Population

b) Au niveau régional (Wilaya)

Le Directeur régional d'action sanitaire et sociale (DRASS) est le responsable des services socio-sanitaires régionaux et dépend administrativement du wali. Il est assisté de 3 chefs de services régionaux :

- un chef de service des soins de santé primaires
- un chef de service d'hygiène et d'assainissement
- un chef de service à l'action sociale

Il a sous sa tutelle directe le responsable du dépôt pharmaceutique régional. Le médecin-chef de l'hôpital régional, sous la tutelle de la DRASS, est responsable du fonctionnement de l'hôpital et de la gestion du personnel et du matériel mis à sa disposition.

Il existe en plus des services de santé universitaires de Nouakchott, des infirmeries dans les établissements d'enseignement secondaire.

c) Au niveau départemental (Moughataa)

Le Médecin-chef de la Moughataa est responsable de la supervision des activités sanitaires de sa circonscription. Il dépend administrativement du Hakem (Préfet). Il dirige le Centre de santé de la Moughataa et a sous sa tutelle :

- les infirmiers responsables des postes de santé communaux
- les agents de santé communautaires responsables des Unités Sanitaires de Bases (USB).

L'organisation et le fonctionnement du MSAS connaissent quelques difficultés. L'application du nouvel organigramme s'est faite avec retard. Depuis la disparition de la direction de la médecine hospitalière, le suivi des activités des hôpitaux n'est pas bien assuré. Les capacités de

réglementation, de supervision, de coordination et de contrôle sont insuffisantes.

La mise en place d'une organisation et d'une administration régionale est de plus en plus effective. Les DRASS ont été rendues fonctionnelle grâce à la formation de leurs personnels, à la réhabilitation / construction des locaux les abritant, à l'octroi d'équipements et de moyens logistiques. Un soutien financier à leur fonctionnement est alloué régulièrement, et la décentralisation ne s'est pas poursuivie vers les Moughataa. Les capacités de gestion (planification, budgétisation, comptabilité, suivi-évaluation) et de formation des équipes régionales, y compris les Comités de Développement Socio-Sanitaires (CDSS) et les comités de gestion, restent faibles. La supervision a tendance à baisser. L'absence d'une unité régionale de gestion des ressources humaines limite la capacité des DRASS à suivre le personnel mis à leur disposition. Enfin malgré le redéploiement, on se heurte à l'insuffisance de personnels à même de remplir les charges dévolues aux DRASS. De plus l'organigramme des DRASS est inappropriée et doit être revu, des duplications étant notées avec les services communaux des structures d'intervention dans le domaine de l'action sociale, de l'hygiène et de l'assainissement. Les antennes régionales des programmes verticaux ne sont pas intégrées aux DRASS.

Tous ces problèmes justifient la poursuite des mesures de renforcement institutionnel afin de rendre le MSAS plus efficace et de mieux refléter les préoccupations de gestion, de l'adapter aux exigences de sa fonction, et d'approfondir le processus de décentralisation déjà bien lancé.

1.3.1.2 Les formations sanitaires

1.3.1.2.1 Les formations sanitaires publiques

Le Système de soins de santé est organisé de manière pyramidale correspondant aux structures administratives du pays :

- a) Au sommet se trouvent les hôpitaux de référence : le Centre Hospitalier National, le Centre Neuro-Psychiatrique, le Centre d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle et le Centre National d'Hygiène à Nouakchott.

- Le Centre Hospitalier National (CHN)

Le CHN a une capacité théorique de 450 lits ce qui représente un ratio de 1 lit pour 1535 habitants pour la ville de Nouakchott. En 1995 le taux d'occupation moyen était de 59%,

et la durée moyenne de séjour de 6,36 jours. Ce centre hospitalier ne fonctionne pas seulement comme centre de référence tertiaire mais reçoit directement des patients à cause de l'insuffisance des niveaux intermédiaires.

- **Le Centre Neuro-Psychiatrique**

Le centre Neuro-Psychiatrique a une capacité de 60 lits. Il est le seul spécialisé en neurologie et en psychiatrie.

- **Le centre National d'Hygiène (CNH)**

Le centre National d'Hygiène a deux missions principales :

1. la recherche concernant les principales pathologies rencontrées dans le pays et la formation en technique de laboratoire.
2. la surveillance et le contrôle de qualité des eaux et des aliments en vue d'une meilleure protection de la santé publique

Il a les attributions d'un laboratoire national de santé publique.

Des problèmes souvent insurmontables d'entretien et de réparation subsistent :

- par manque de médicaments et de matériels et produits consommables, les hôpitaux régionaux ne disposant pas encore d'un système adéquat d'approvisionnement.
- Par insuffisance ou inadéquation des outils de gestion nécessaires au bon fonctionnement des services.
- A cause des problèmes d'approvisionnement en eau ;

Ces différents facteurs influent négativement sur le rendement et la qualité des soins dispensés dans ces hôpitaux. Le taux d'occupation moyen est de 39% et la durée moyenne de 5,2 jours en 1995. Ces chiffres témoignent d'une sous utilisation globale des ces formations sanitaires.

b) Au niveau des Moughataa

Le centre de santé, composé d'une unité de soins curatifs et d'une unité de soins préventifs, est la référence au niveau du département. Ces centres de santé sont classés en type A (disposant de plus de 10 lits d'hospitalisation, un

laboratoire, un service de radiologie et un service de chirurgie dentaire) et en type B (comprenant 10 lits d'hospitalisation dont 4 lits pour la maternité et un petit laboratoire). Il existe actuellement 13 centres de santé de type A (dont 3 à Nouakchott) et 40 centres de type B, tous dirigés par un médecin.

Le paquet d'activités théorique des centres de santé concerne la consultation primaire curative, la consultation pré et postnatale, l'accouchement, le suivi des enfants de moins de 5 ans, la vaccination, l'espacement des naissances, la distribution des médicaments essentiels. Au contraire des activités curatives et de la vaccination, les autres activités préventives et promotionnelles sont faiblement menées. Les maternités sont souvent sous-employées par la population car les prestations offertes diffèrent peu des postes de santé (manque de sages femmes). Les laboratoires ne sont souvent pas ou peu fonctionnels, de même que les appareils radiologiques et les fauteuils dentaires faute de personnel qualifié, de matériel et de moyens financiers.

c) A la base de la pyramide on retrouve les postes de santé, au nombre de 225, auxquels sont annexées les PMI / Maternité rurales au niveau de certaines agglomérations. Les postes de santé sont dirigés par des infirmiers. 417 unités de santé de base fonctionnent au niveau des localités de 500 habitants grâce à la présence d'agents de santé communautaires. Les vaccinations et les accouchements sont pratiqués dans environ 50% et 31% respectivement de ces structures.

Le taux global d'accessibilité, dans un rayon de 10 km des formations sanitaires de base atteint aujourd'hui 75%, contre 30% en 1991 (dont 9% pour les seules unités sanitaires de base). Il existe, cependant, une grande disparité dans l'accessibilité des populations aux principales activités entre les wilayas. Les régions les moins peuplées et où la population est concentrée dans la capitale régionale (Tiris Zemmour, Inchiri), connaissent des taux d'accessibilité très bonnes, supérieurs à 75%. Dans les autres Wilayas, la couverture sanitaire ne dépasse pas 50 % voir même 20 % dans certains cas.

L'analyse de l'utilisation de 182 formations sanitaires de base (soit 66%), selon les données de 1995, montre que environ 53% de ces formations sont à plus de 50 % de taux d'utilisation. Par contre, le tiers de ces formations est à plus de 100% de taux d'utilisation. *Les raisons de ce taux élevé sont en partie liées à une sous estimation de la population couverte, un mauvais relevé des données, parfois à*

une variation saisonnière de la population à cause des migrations et de la transhumance.

Ainsi au niveau périphérique, en 1995, le nombre de consultations dans les formations sanitaires est de 1.251.674 dont 282.564 sont des enfants de 0 à 5 ans. L'utilisation des services au niveau des formations pratiquant l'initiative de Bamako est de 2 consultations par habitant et par an.

L'examen du rapport d'analyse des statistiques de santé reproductive/Planification familiale en 1994 fait ressortir que 19% des cas des grossesses à risque ont été diagnostiqués parmi les grossesses suivies, que 22,5% des accouchements ont lieu dans les formations sanitaires par rapport aux grossesses attendues, que 4% de l'ensemble des accouchements se terminent par des césariennes dont 92,3% sont faits au CHN et que le taux d'avortement est de 26,6% pour 1000 grossesses diagnostiquées. Le taux de prévalence de la contraception moderne est de 2.6%.

1.3.1.2.2 Autres structures publiques et parapubliques

Les services de santé militaires, constitués d'un Hôpital Militaire et d'infirmiers de garnison dans tous les corps militaires, sont destinés aux soins des militaires et des membres de leurs familles, sauf en cas d'urgence, où ils reçoivent également d'autres types de patients.

Deux types d'établissements parapubliques dispensent des soins :

- les cliniques de la Société Nationale d'Industrie Minière (SNIM) à Nouadhibou et à Zouerate où la plupart des spécialités sont exercées.
- Les dispensaires inter-entreprises du service national de médecine du travail rattaché à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

Notons l'absence de structures de médecine du sport aussi bien dans le secteur parapublic que public.

Le suivi des activités de ces structures, non intégrées dans le dispositif du MSAS, est insuffisant.

2.3.1.2.3. Les structures sanitaires privées

L'exercice de la médecine privée régit par l'ordonnance n° 88.143 du 18 octobre 1988 a permis d'augmenter la couverture de la population par l'ouverture de :

- 22 cliniques médicales comprenant plusieurs spécialités avec en moyenne 10 lits d'hospitalisation
- 32 cabinets médicaux de consultation externe dirigés par des médecins
- 72 cabinets de soins dirigés par des infirmiers
- 26 cabinets dentaires

N.B. : ces chiffres correspondent aux structures ouvertes et fonctionnelles.

En dehors de l'octroi des autorisations de création auxquelles elles sont soumises, la qualité des prestations données dans les établissements sanitaires privés n'est pas contrôlée. La plupart de ces structures sont concentrées dans les zones urbaines, comme Nouakchott ou Nouadhibou et financièrement peu accessibles à une large partie de la population. Du fait du double exercice, leur contribution à la résorption du chômage des jeunes diplômés est faible ; par contre des phénomènes de concurrence sont notés avec le secteur public.

2.3.1.2.4. Médecine traditionnelle

En complément des structures précitées, la population recourt fréquemment à la médecine traditionnelle. Cette médecine est enracinée dans le tissu social depuis plusieurs siècles et elle est héritière des traditions qui remontent à Ibn Sina (Avicenne). Elle répond à certains besoins et mérite d'être étudiée et encadrée en vue de la promouvoir. A côté des praticiens dont l'art et le savoir faire sont éprouvés, il existe malheureusement des pratiques novices.

2.3.1.3. Participation communautaire

La participation communautaire constitue l'élément clef même de la politique nationale des SSP. Les structures formelles de participation comprennent :

- Au niveau régional :
 - Le Conseil de Développement socio-sanitaire composé de responsables administratifs, politiques et techniques de la wilaya et dirigé par le wali. Ce conseil fonctionne comme un conseil d'administration sanitaire de la wilaya.

- Le conseil de l'hôpital dirigé par le wali ou son représentant.
- Au niveau départemental, le comité de santé est composé de trois conseillers municipaux dont l'un assure la présidence du comité, du médecin-chef du CSD (chargé de la tenue du secrétariat et de veiller à l'élaboration des procès verbaux de réunions), et de percepteur de la Moughataa.
- Au niveau communal (poste de santé, USB) le comité de gestion est composé d'un président, d'un vice président, d'un trésorier élus par l'assemblée du village et d'un membre ès qualité (infirmier ou ASC)

Le fonctionnement des structures formelles de participation communautaire est régi par le décret 92-027 et ses arrêtés d'application.

Les structures de santé pratiquant le recouvrement des coûts sont dirigées par un comité de gestion qui a pour rôle de participer à l'élaboration et à l'exécution des programmes de santé. Il veille à l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels, à l'entretien du matériel de soins et du bâtiment de la formation sanitaire. Il est en outre chargé de gérer les fonds collectés en spécifiant les dépenses engagées pour le fonctionnement et le budget nécessaire au renouvellement du stock de médicaments essentiels. Il faut noter que les femmes sont sous représentées dans les comités de gestion.

D'autres formes de participation communautaires existent :

- construction de formation sanitaires et forage des puits par les populations, notamment les immigrés
- prestation de service par les agents de santé communautaires

Cependant la participation communautaire reste surtout financière. L'implication des comités de gestion dans la gestion est limitée par leur manque de formation en micro-planification et en budgétisation, par les modalités d'utilisation des fonds recouverts, par le manque de coopération de certains responsables des formations sanitaires, par l'analphabétisme de certains membres. La participation féminine est faible voir inexistante. Des enquêtes récentes ont montré que les fonctions de comités de

comités de gestion étaient inégalement assumées, les tâches de sensibilisation et de promotion de la santé sont négligées au profit des tâches de gestion. Les populations ne connaissent pas souvent les membres, et ceux-ci ne rendent pas compte de leurs activités aux communautés.

Tous ces éléments rendent nécessaires la redynamisation de la participation communautaire, et le cas échéant la révision de la composition, du mode de sélection des comités de gestion ainsi qu'une redéfinition de leurs fonctions.

2.3.1.4. Collaboration intersectorielle

Elle existe à tous les niveaux. Dans certains cas, cependant, elle n'est opérationnelle qu'en période d'urgence.

- Au niveau central

Plusieurs secteurs participent directement ou indirectement à la mise en œuvre de la politique socio-sanitaire, notamment les Ministères du Plan, du Développement Rural et de l'Environnement, de l'Intérieur et des Postes et Télécommunication, de la Défense Nationale, de l'Hydraulique et de l'Energie, de la Communication et des Relations avec le Parlement, de l'Education Nationale, de la Fonction Publique, du Travail de la Jeunesse et des Sports, le Secrétariat à la Condition Féminine et le Secrétariat d'Etat pour la lutte contre l'Analphabétisme et à l'Enseignement Originel.

Divers commissions regroupant plusieurs départements ministériels sont mises en place dans le cadre d'activités spécifiques : soins de santé primaires, éradication de la poliomyélite (journées maghrébines de vaccination), santé reproductive, sauvegarde du littoral, urgence alimentaire, gestion des établissements publics et des projets. Elles sont dans l'ensemble peu opérationnelles.

- Au niveau régional

Des mécanismes semblables de collaboration existent au niveau régional.

1.3.2 Ressources humaines

2.3.2.1. Effectifs

Entre 1991 et 1995, des efforts de formation et de recrutement ont permis d'augmenter les effectifs des agents de toutes les catégories de personnel. Cette augmentation a été

très variable selon les qualités professionnelles. Le nombre de médecins a augmenté de 49%, passant de 167 en 1991 à 249 en 1996. L'augmentation a été significative pour les Infirmiers Diplômés d'Etat IDE (de 352 à 488 soit 39%), mais modérée pour les Techniciens Supérieurs de Santé TSS (167 à 195 soit 11%), les Infirmiers Médico-sociaux IMS (585 à 736 soit 26%), et les sages-femmes (177 à 215 soit 21,5%) bien que la formation initiale à l'ENSP ait été arrêtée en 1992.

En décembre 1996, l'Etat employait 249 médecins, 14 pharmaciens, 36 chirurgiens dentistes ; 60 diplômés de l'enseignement supérieur (sociologie, psychologues, ingénieurs, administrateurs, etc.) ; 195 Techniciens Supérieurs de Santé ; 488 Infirmiers Diplômés d'Etat ; 215 sages femmes, 74 assistants sociaux-auxiliaires médico-sociaux techniciens biomédicaux ; 561 agents auxiliaires, 104 personnels administratifs de soutien ; 434 filles et garçons de salle et autres. Au total, le MSAS compte 2.977 agents payés par l'Etat. *Le ratio par habitants, au niveau national, pour le secteur de la Fonction Publique est de : 1 médecin pour 9.425 hab ; 1 chirurgien dentiste pour 65.188 hab ; 1 pharmacien pour 167.625 hab ; 1 sage femme pour 10.915 hab et 1 infirmier diplômé d'état pour 4.809 hab.*

La répartition géographique du personnel du MSAS est toujours très inégale entre le niveau central et les régions, entre les régions elles mêmes et à l'intérieur d'une même région. Sur les 249 médecins employés par le MSAS, 91 seulement (36,5%) sont affectés à l'intérieur du pays alors que le CHN en compte 73 (29,3%) et les directions centrales 29 (11,6%). Il en est de même pour la plupart des autres catégories dont plus de la moitié est affectée à Nouakchott, Soit dans les services socio-sanitaires de la wilaya qui compte 700.000 habitants environ soit 1/3 de la population et à un taux d'accroissement de 13% par an, soit au CHN, soit dans les établissements sous tutelle, soit encore au niveau central du Ministère. C'est le cas de 68% des TSS, 57% des sages femmes et de 61% des dentistes. L'administration centrale compte, à elle seule, 29 médecins, 31 TSS, 23 IDE, 9 sages-femmes et 17 IMS. Dans les Wilayas, une partie souvent importante du personnel se retrouve au niveau de la capitale régionale, au détriment des Moughataas.

Globalement, les normes de l'OMS sont très loin d'être atteintes au niveau des régions, pour toutes les catégories.

2.3.2.3. Motivation du personnel

La motivation des personnels est insuffisante. Elle n'encourage pas les agents à aller travailler en zone reculée. Certaines mesures (paiement d'heures supplémentaires, affectation d'une part importante du recouvrement des coûts, attribution de logements) tendent à atténuer ce problème. L'absence d'un plan de carrière est également un élément démotivant.

2.3.2.4. La formation

La formation initiale et le recyclage du personnel paramédical sont assurés par l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) de Nouakchott en collaboration avec le Service de la Formation du MSAS et les services concernés de la Fonction Publique. Les curricula de formation de l'école ont été récemment révisés dans le sens de leur adaptation aux besoins du terrain. L'ENSP manque de professeurs compétents et de matériels didactiques. L'école est également confrontée à des problèmes institutionnels, pédagogiques et d'infrastructures.

La formation des assistants sociaux a été interrompue en 1992 après seulement 2 promotions.

La formation initiale du personnel médical se fait entièrement à l'étranger. Elle est directement gérée par le Ministère de l'Education Nationale. La formation post universitaire n'est assurée jusqu'à présent qu'à l'étranger ce qui pose de nombreux problèmes (coût, sélection, choix du domaine de spécialisation, etc.)

Pour faire face en partie à cette situation, un Institut des Spécialités Médicales a été créé en vue de former sur place les spécialistes dans les domaines prioritaires (chirurgie, pédiatrie, médecine interne).

Le rôle de coordination de l'ensemble des formations est difficilement assumé par le service de la formation qui en est responsable. L'absence d'un plan directeur de formation ne permet pas d'assurer la cohérence entre la politique nationale de santé, la politique d'emploi et les besoins en formation.

2.3.3. Infrastructures, équipements et logistique

Les cartes sanitaires des 53 Moughataa sont disponibles depuis 1996. Il reste à confectionner la carte sanitaire au niveau national.

2.3.3.1 Les infrastructures

D'importants travaux de réhabilitation et de construction ont été réalisés par le MSAS durant la période 1991-1995. C'est ainsi que :

- le Centre Hospitalier National a été réhabilité en 1995.
- 6 hôpitaux régionaux (kaédi, Rosso, Kiffa, Atar, et Aïoun) et 23 centres de santé ont été réhabilités
- 89 postes de santé ont été construits ou réhabilités
- 8 DRASS ont été réhabilitées ou construites et des Directions ou services centraux (PSP, EPS, Maintenance, DPM) ont été réhabilités ou construits.

La qualité, les coûts et les délais de réalisation des postes de santé (exécution confiée aux collectivités locales) ont parfois posé de sérieux problèmes. Il n'existe pas de plan type construction pour les centres de santé départementaux de type A.

2.3.3.2 Equipements et logistique

En plus de des équipements dont ont bénéficié le Centre Hospitalier National (Sanner, Hémodialyse, etc.), le centre neuropsychiatrique, les hôpitaux régionaux de kaédi, Rosso et Aïoun, 18 centres de santé et 43 postes de santé ont été équipés entre 1991 et 1995. Il existe des listes de type d'équipements par niveau. Cependant la standardisation n'est pas assurée (origine, caractéristiques).

Malgré les efforts fournis en matière de maintenance des problèmes persistent pour la réparation des appareils et des véhicules, et pour l'entretien des infrastructures. La multiplicité des marques utilisées et la non disponibilité des pièces de rechange peuvent entraver le fonctionnement d'un service de radiologie d'un hôpital régional pendant plusieurs mois. Le Service des Equipements et de la maintenance n'est pas toujours associé lors des opérations d'acquisitions ou de dons de matériels nouveau, entraînant des difficultés pour le suivi et l'entretien des équipements.

Tous ces problèmes s'expliquent par l'absence d'un plan directeur de maintenance permettant de définir les orientations relatives à la formation du personnel de maintenance et des utilisateurs, de définir les modalités

d'acquisition et de gestion des équipements, et d'assurer la complémentarité entre le secteur public et privé.

2.3.4. Les médicaments

Le secteur pharmaceutique est régi par les textes réglementaires suivants :

- ordonnance : 87-307 du 15/03/87 et les arrêtés d'application
- ordonnance : 88-143 du 18/10/88 et les arrêtés d'application
- ordonnance : 88-004 du 3/01/88 et les arrêtés d'application
- ordonnance : 88-187 du 03/10/88
- décret n° 92-027 du 06/07/92 et ses arrêtés d'application

Ces textes visent une complémentarité entre les secteurs publics et privés.

2.3.4.1. Secteur public

La Direction de la Pharmacie et du Médicament est chargée, entre autres missions, de l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en médicaments et en matériel essentiels à travers les dépôts pharmaceutiques régionaux (13) répartis dans les 13 Wilayas. Elle a des contraintes pour mener à bien ses missions, notamment d'approvisionnement.

L'approvisionnement des Médicaments essentiels auprès d'UNIPAC a permis l'acquisition de médicaments sous forme générique de qualité.

Les Dépôts Pharmaceutiques Régionaux approvisionnent les structures sanitaires (Hôpitaux Régionaux, Centres de Santé, postes de Santé, Unité de santé de Base) qui versent l'argent destiné au réapprovisionnement dans un compte de régie qui alimente un compte d'affectation spéciale au nom de la Direction de la Pharmacie et du Médicament.

Depuis le démarrage du système de recouvrement des coûts, le prix des médicaments dans les structures publiques a pu être maintenu et n'as dons pas subi de variations significatives malgré les fluctuations de la devise et la variation des prix des médicaments sur le marché international. Le coût moyen du traitement dans le système de Recouvrement des coûts est de 165 UM.

Il existe une liste nationale des Médicaments essentiels à révision périodique pour chaque niveau. L'existence d'un guide clinique et thérapeutique permet une prescription

rationnelle des Médicaments essentiels dans les structures sanitaires.

Depuis le début du système de recouvrement des coûts, les importations réalisées par la Direction de la Pharmacie et du Médicament dans le compte d'affectation spéciale s'élève à environ 560.000.000 UM et le solde du compte d'affectation est de l'ordre de 300.000.000 UM. Les possibilités de stockage et de distribution se sont améliorées. La création d'un laboratoire de contrôle de qualité, dont les travaux sont en cours actuellement, permettra de d'apporter une garantie supplémentaire sur la qualité des produits importés aussi bien sur les structures privées que publiques.

Les problèmes auxquels fait face la DPM sont les suivants :

- difficultés liées à l'approvisionnement, notamment aux mécanismes d'achat sur le marché international
- retards de l'appui institutionnel dont devait bénéficier la DPM, ce qui réduit encore ses capacités de planification et de gestion, et limite ses possibilités de remplir ses missions
- faiblesse des capacités logistiques

Au niveau régional les problèmes majeurs restent l'insuffisance de la capacité de gestion et la rationalisation de la prescription malgré l'existence du guide thérapeutique.

2.3.4.2. Secteur public

L'importance des médicaments pour le secteur privé est assuré par les grossistes répartiteurs agréés par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Ces grossistes approvisionnent les officines et les dépôts dans l'ensemble du pays.

Il existe actuellement 8 grossistes répartiteurs tous à Nouakchott, 95 officines dont 92 à Nouakchott, 310 dépôts dont 27 à Nouakchott.

Les grossistes répartiteurs importent des spécialités ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en Mauritanie. Cette AMM est délivrée après avis de la Commission

2.3 ACCESSIBILITES AUX SERVICES EXISTANTS

2.3.1 : Accessibilité géographique

La vaste étendue et la nature désertique du territoire, ainsi que les distances souvent importantes pour atteindre les formations sanitaires est un des principaux facteurs à l'origine des faibles taux d'utilisation constatés.

En dépit de ce constat, il à signaler que très peu de formations sanitaire de base disposent de moyens logistiques pour aller vers les populations et corriger la faible accessibilité géographique aux services de santé.

2.3.2 Accessibilité financière

Les études officielles du MSAS, basées sur la proportion de traitement acquitté par les patients par rapport au nombre de prescriptions délivrées, démontrent que les services sont accessibles financièrement. Une telle affirmation fondée sur le traitement des coûts alternatifs, contribue à passer sous silence les problèmes de paiement qui empêchent certains usagers potentiels de se présenter dans certaines formations sanitaires de base au moment où ils en ont besoin ou même le décalage de temps pouvant exister entre la délivrance de l'ordonnance et le paiement des produits par le malade.

2.4 SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

2.4.1 le système officiel

La Mauritanie a mis en place un établissement public à caractère industriel et commercial chargé de gérer le régime de sécurité sociale (CNSS) institué par la loi 67 039 du 3 février 1967.

Sont affiliés obligatoirement à ce régime tous les travailleurs soumis aux dispositions du code de travail et de la marine marchande occupés principalement sur le territoire de la Mauritanie et les salariés de l'Etat qui ne bénéficient pas d'un régime particulier de sécurité sociale.

Le financement de cette sécurité est assuré par un prélèvement de 14% sur la masse salariale plafonnée à 35.000 UM par mois (153 \$) dont 13% à la charge de l'employeur et 1% à la charge du travailleur.

En raison de la maturité du régime et du vieillissement de la population caractérisé par un accroissement continue des charges techniques, le régime a commencé à faire apparaître

des signes de dysfonctionnement sérieux. Ceux-ci ont été sérieusement aggravé par les augmentations successives des différentes prestations et le tassement des taux de cotisations qui n'ont pas été revu à la hausse depuis 1974.

En effet, les charges du régime dans son ensemble sont de plus en plus importantes. A titre d'exemple, les dépenses techniques servies en 1999 se sont élevées à 950 millions d'ouguiyas pour une population assurée de près de 8000 pensionnés, 4000 rentiers et 24.000 allocataires avec 100.000 enfants à charges.

La sonnette d'alarme a été tirée depuis 1990 à travers plusieurs études qui mettent en exergue, la nécessité d'adapter les ressources au volume sans cesse croissant des charges. Plus récemment encore en 1999, la commission technique CNSS/ETAT, mis en place par le comité interministériel chargé d'examiner la situation de la caisse, a abordé dans le même sens et a proposé des solutions jugées à même de garantir à terme la pérennité du régime sociale.

Il s'agissait en plus des études actuelles et de restructuration, de :

- procéder à un relèvement des taux de cotisations de cinq points pour les pensions conformément à l'article 21 de la loi 67 039 du 3/02/1967.
- Permettre à la CNSS de disposer graduellement de ses avoirs au trésor suivant un calendrier qui prend en compte les difficultés de trésorerie.
- Régler à la CNSS les créances sociales prises en charges par l'Etat ;
- Réajuster le calcul des cotisations suivant une assiette qui prend en compte les besoins réels des assurés, et ceci à partir de janvier 2000.

La mise en œuvre de ces mesures , permettraient à terme selon la commission d'assurer une situation d'équilibre durable.

Il faut surtout noter que la CNSS couvre moins de 10% de la population de la Mauritanie, ce qui fait que la majorité des mauritaniens ne sont pas couverts par une quelconque assurance

2.4.2 . le système traditionnelle

A l'instar des autres pays de l'Afrique, il existe une forte solidarité en Mauritanie, dans la gestion des communautés à

travers un système d'entre-aide mis en place depuis des siècles.

Que ça soit au niveau des tribus, chez les maures, que dans les communautés négro-mauritaniennes, la solidarité joue à fond lorsque'il s'agit d'évacuation sanitaire ou simplement de venir en aide à des personnes défavorisées.

L'organisation traditionnelle, malgré ses tares (inégalités et exclusion) matérialisée par une forte stratification dans les communautés permet dans une moindre mesure d'assurer une relative sécurité sociale face aux menaces de la maladie. Il se forme de façon informelle une chaîne de solidarité pour venir en aide à la personne malade ; le problème réside dans le fait que souvent ces initiatives arrivent en retard, alors que la maladie s'est bien installée.

2.5 Description du système d'action sociale

2.5.1 Appréciation du contexte social

Le contexte social mauritanien est caractérisé par des mutations rapides. La sécheresse a provoqué un exode rural sans précédent dont la première conséquence fut une sédentarisation et une urbanisation très rapide. Le bouleversement du mode de vie - passage du nomadisme à la vie sédentaire - s'est fait en un peu plus d'une génération. Mais, les conséquences sociales profondes de ce processus doivent être encore étudiées. Les effets sur les comportements individuels et collectifs ne sont pas connus précisément, pas plus que les effets sur les mentalités confrontées à des changements radicaux de l'environnement : développement des services, monétarisation des échanges. Tout cela doit encore faire l'objet d'études approfondies si l'on veut percevoir correctement les enjeux des transformations à l'œuvre et donc définir des politiques adaptées.

2.5.1 Situation du secteur social

Le secteur des affaires sociales dispose de personnels (45 assistants sociaux, 49 aides assistantes sociales et monitrices, 15 éducateurs spécialisés, divers personnels détachés d'autres départements) ne couvrant même pas 50 % des besoins des services sociaux.

La direction est composée de trois services :

- i) service du développement social
- ii) service de la protection de l'enfance ;

iii) service de l'insertion des handicapés

L'organigramme prévu n'a été que partiellement mis en place faute pour l'essentiel du personnel qualifié nécessaire. Les divisions prévues dans le décret 023-89 n'ont pas été mises en place. La cellule formation qui aurait dû proposer et encadrer des plans de formation pour l'ensemble des personnels sociaux n'a pas été créée. Par ailleurs le Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine créée en 1990, qui succédait à la Direction de la Condition Féminine, récupérait une partie des prérogatives - action auprès des femmes et de la familles - et des structures de la DAS, les Centre de Promotion Féminine (CPF) passant sous la tutelle de du nouveau département. La coordination entre les deux structures n'a pas été suffisante pour garantir une répartition claire de leurs missions respectives sur souvent les mêmes groupes cibles.

Une direction des affaires sociales devait être créée dans chaque région. Cet objectif est théoriquement atteint. Chacune des 12 régions, hors district de Nouakchott, dispose au moins d'un responsable de niveau assistant social sous formé par l'ENSP entre 1989 et 1993. Toutefois ces services, théoriquement intégrés aux DRASS, ne sont pas opérationnels. Les raisons de cette situation sont nombreuses : faible niveau initial des personnes recrutées, formation inadaptée, absence de définition claire des tâches du travailleur social, absence de moyens logistiques et financiers.

Si chaque Moughataa de Nouakchott dispose aujourd'hui d'une antenne, l'effectif souhaitable n'est pas en place. Les nouveaux quartiers périphériques notamment sont insuffisamment couverts. Mais surtout, le service social installé au niveau de la DRASS n'est pas suffisamment structuré pour initier et coordonner les actions sur les quartiers. Aussi, les deux divisions prévues par l'organigramme n'ont jamais vu le jour. Poursuivre la mise en place d'un service social performant à Nouakchott demeure une priorité absolue.

Cet ensemble fonctionne difficilement pour les raisons suivantes :

- Il n'existe pas de définition claire des objectifs, du cadre et de la méthode de l'action sociale : place de l'action sociale dans les politiques de développement / place du service social au sein du système de santé publique, / position du service social par rapport aux autres départements ministériels impliqués dans le développement social et culturel du pays (Education, alphabétisation, condition féminine, CSA) /

complémentarités avec les collectivités locales / rôle des ONG et du secteur associatif.

- L'approche par publics qu'il faudrait redéfinir (indigents, enfants de la rue, familles à risques, femmes chefs de ménages, etc.) est trop partielle pour parvenir à l'objectif d'intégration sociale. Ces publics doivent être considérés
- dans un ensemble social plus large : le quartier, la ville, le village, etc... Quant à l'approche promotionnelle, qui vise avant tout à renforcer l'autonomie et la capacité de production du public auquel elle s'adresse, elle devra être désormais multisectorielle et favoriser la prise en compte des besoins prioritaires pour tous les secteurs concernés.
- Le cloisonnement excessif des services intéressés tant au sein du MSAS qu'entre départements ministériels nuit à la définition et à la conduite d'une politique globale de développement social, en l'absence de démarche multisectorielle pourtant recommandée par le plan de lutte contre la pauvreté
- La formation initiale des personnels, qui au lieu de s'améliorer a été arrêtée, n'est pas adaptée aux tâches effectuées
- La répartition des personnels ne correspond pas aux besoins. La structuration des services dans la capitale, notamment, qui concerne au moins un tiers de la population du pays et l'essentiel des difficultés sociales liées à l'urbanisation (chômage, disparition des solidarités traditionnelles, délinquance, habitat insalubre, etc...) reste largement suffisant.
- Les tâches ne sont pas clairement hiérarchisées et la pyramide de commandement est incomplète : il n'existe pas de corps de direction entre le niveau central et le niveau social
- Les moyens humains et financiers sont insuffisants

2.5.2 Les axes d'intervention prioritaires

Les quatre secteurs prioritaires d'intervention retenus ont donné lieu à des programmes ou lignes d'action.

- **Protection de la famille :**

Le code de la famille dont l'élaboration a été confiée depuis lors au Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine devra constituer le cadre juridique d'une véritable intervention en faveur de la famille.

Des actions de sensibilisation sur les risques de certaines pratiques sociales comme la prévention des mariages précoces, les conséquences des mariages multiples et instables restent très insuffisantes et ne font pas l'objet de programmes systématiques.

L'éducation et la préparation des familles à la modification du milieu de vie n'ont pas été assurées dans les villes.

Les structures de pré scolarisation sont faiblement développées.

- **Promotion des handicapés**

La mise en œuvre d'un programme de réhabilitation et de réadaptation et d'insertion à la vie économique a permis de rééduquer et d'appareiller 3.080 handicapés, d'insérer dans les écoles fondamentales 300 enfants handicapés physiques, d'insérer dans l'enseignement spécial 58 enfants sourds ou aveugles, 218 handicapés bénéficient d'un projet de réinsertion économique, 1.700 handicapés ont

bénéficié des actions de réadaptation à base communautaire dans 14 localités dont 5 à Nouakchott. Avec l'arrêt des appuis extérieurs, le budget alloué reste insuffisant.

- **Les familles à risque : familles monoparentales**

Les familles monoparentales dirigées par des femmes sont un phénomène important en Mauritanie (plus de 37% des ménages en moyenne et 40% à Nouakchott). En liaison avec les centres de promotion féminine, certaines femmes chefs de ménage ont bénéficié d'appui en matière de formation et de création d'activités génératrices de revenus.

- **Les enfants de la rue**

Le projet mis en œuvre par la DASS avec le concours des partenaires extérieurs vise à assurer le suivi, le développement et la protection des enfants de Nouakchott, de Nouadhibou, et de Rosso, en situation difficile. Le programme s'articule autour de cinq composantes : repérage de nuit des enfants de la rue, accueil au centre d'écoute, centre de rééducation de Beyla pour les mineurs délinquants (milieu fermé), 3 foyers d'éducation pour les enfants dont la réinsertion familiale ne peut être envisagée immédiatement

(milieu ouvert) et insertion socioprofessionnelle avec l'appui du Centre de Formation et de Perfectionnement Professionnel (CFPP). Ce programme vise 800 enfants et jeunes dont 500 à Nouakchott, 200 à Nouadhibou et 100 à Rosso. Sur cet effectif potentiel, 300 enfants ont été touchés dont 25% sont retournés dans leur famille, 30% ont été éduqués dans les foyers d'hébergement en milieu ouvert, 10% d'adolescents formés à des métiers et 40 % dans l'éducation surveillée en milieu ferme.

Globalement, en dépit des succès indéniables observés, notamment sur le dispositif d'aide aux enfants en situation difficile, les systèmes de repérage et le niveau de compétences des agents des services sociaux restent insuffisants.

Le paysage socio-sanitaire de la Mauritanie reste caractérisé par une réelle implication des pouvoirs santé dans tous les domaines et cela malgré les politiques d'ajustements structurelles qui réduisent de façon drastique le budget de fonctionnement de ce département.

III. ATOUS ET CONTRAINTES A LA MISE EN PLACE ET AU DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE

3.1 Environnement institutionnel

La Mauritanie a mis en place plusieurs textes favorables à l'émergence des organisations coopératives et mutualistes qui a permis depuis une véritable explosion de coopératives, d'associations et pour une moindre proportion de GIE et syndicats et enfin plus récemment de mutuelles d'épargne et de crédit.

Ces organisations qui peuvent être classées selon cinq types :

- associations : loi n° 64-098 relative aux associations du 9 juin 1964, révisé par la loi 73.007 du 23 janvier 1973 et la 73-157 du 2 juillet 1973 modifiant certains articles de cette loi ;
- Coopératives : loi n° 67-171 du 18 juillet 1967 portant statut de la coopération, complétée par la loi n° 93-15 du 21 janvier 1993 ;
- Syndicats : loi n° 61-033 sur la contribution et le fonctionnement des syndicats professionnelles et la loi n° 93-028 du 20 juillet 1993 ;
- Groupement d'Intêret Economique (GIE) : loi n° 97-009 du 21 janvier 1997 ;
- Institutions Mutualistes ou Coopératives d'Epargne et de Crédit : loi n° 98-008 du 28 janvier 1998.

Durant toutes ces phases d'expansion, ces regroupements bien que suscitées par l'état ont permis de mettre en place un véritable processus d'implantation d'organisations qui gèrent des activités porteurs de leur auto-développement. Cette évolution permet un véritable tremplin pour la mise en place de mutuelle de santé en Mauritanie soit à travers les organisations existantes ou en créant de nouvelles

3.2 Dynamique participative et Décentralisation

Le cadre juridique de la décentralisation et de la participation communautaire a été achevé et mis en place en 1992 et s'est amélioré au fur et à mesure de la mise en œuvre du système de recouvrement des coûts.

Bien que le cadre juridique du système n'est pas encore adapté au niveau hôpital, des expériences pilotes sont en cours au sein de certains hôpitaux régionaux et les résultats dicteront les stratégies à mettre en œuvre à ce niveau.

Les principaux textes régissant cette participation sont les suivants :

TEXTES	CONTENU
1. Décret b89.064 du 17 mai 1989	Fixant l'organisation des formations sanitaires régionales

2. Décret 92 027 du 6 juillet 92	Instituant un système de recouvrement des coûts et portant généralisation de la gestion participative des services de santé
3. Arrêté N° R051 MSAS du 25 juillet 92	Fixant les modalités de l'approvisionnement de la distribution des produits pharmaceutiques et du recouvrement des coûts essentiels
4. Arrêté N° R052 MSAS du 25 juillet 92	Portant création d'une commission nationale de coordination des soins de santé primaire
5. Arrêté N°R053 MF/MSAS du 25 juillet 92	Portant création d'un comité chargé du suivi des fonds de roulement destinés à l'acquisition des médicaments et matériel médical essentiel.
6. Arrêté N° R387 MSAS du 24/08/93	Règlementant le fonctionnement des comités de gestion de recouvrement des coûts.

2.3 Les programmes de santé communautaires

Ces projets et programmes développés par des ONG internationales et organismes spécialisés des nations unies ont le mérite de s'attaquer aux réels problèmes de santé tout en intégrant les populations à la gestion de leur santé.

- Santé de reproduction: programme nationale de santé de la reproduction (PNSR)

Conçu à l'issue d'une longue préparation à laquelle le FNUAP a été étroitement associé, le PNSR a été officialisé en 1999. L'objectif de l'association FNUAP/PNSR est de promouvoir l'accès aux soins de santé de la reproduction, notamment ceux qui ont trait à la planification familiale et à l'hygiène sexuelle, pour tous les couples et individus. Ce partenariat s'est matérialisé par le financement de formations de personnel de santé et de la mise à disposition de contraceptifs pour 80% des besoins du pays.

Ce programme devra faire face à une situation alarmante:

< une couverture prénatale basse, partout inférieur à 40%

- sauf dans des régions fortement urbanisées;
- < un nombre moyen de visites prénatales de 1,9 par femme enceinte contre 4 recommandées;
 - < un suivi post-natal insuffisant, environ 1/3 des femmes étant revues après accouchement dans la capitale. Ailleurs les taux sont inférieurs à 10%.
 - < taux de mortalité maternelle très élevé; 643/100.000 pour la période 87/92 dans la capitale; 1000/100.000 pour les zones rurales;

La prise en charge des grossesses et des urgences obstétricales est le domaine prioritaire de ce programme.

- *Projet de lutte contre la pauvreté de la GTZ*

La GTZ en Mauritanie développe un projet de santé communautaire au niveau d'un quartier périphérique . Il vise à permettre à la population, une meilleure accessibilité à l'ensemble des soins de santé primaire, par la mise en place d'un poste de santé communautaire autonome et pérenne.

La stratégie proposée repose sur:

- Intégration de la structure à la carte régionale;
- Appropriation de la structure de santé par la population;
- Autonomie de la structure de santé;
- Accessibilité à un soin de qualité;
- Responsabilisation des populations sur la prise en charge de sa santé;

- *Mobilisation santé (world vision) ;*

Le projet de Mobilisation Social pour la Santé (MSS) est basé à Nouakchott. Ce projet œuvre pour amener les Mauritaniens vers un bien être et des conditions de vie plus saines. Il s'articule autour de:

- la responsabilisation des femmes quant au contrôle de la santé de leur famille.
- l'éducation des hommes pour la prise en compte de leur santé et du bien être de leur famille.
- La motivation des jeunes dans le cadre des activités de santé;
- Le renforcement des capacités du personnel du ministère de la santé;

A travers ce programme, World Vision vise un développement intégré durable en partenariat avec les communautés bénéficiaires, les leaders communautaires, les structures étatiques et les organisations opérant dans ses différentes zones d'intervention.

CONCLUSION

La situation socio-sanitaire du pays a permis de faire ressortir que :

- . La couverture sanitaire aux niveaux primaire et secondaire ne permet pas encore de garantir la pérennité de l'accès à un ensemble de soins et de services de santé essentielle de qualité acceptable.
- construction des postes de santé ne respectant pas les normes retenues par le cahier de charges ;
- paquet minimum d'activités n'est pas toujours appliqué par les formations sanitaires ;
- les populations enclavées n'ont que faiblement accès aux soins ;
- politique de médicaments essentiels connaît d'énorme rupture au moment du ravvisionnement ;
- . Inadéquation entre l'offre et la demande des services de santé reproductive :
 - l'absence de service spécifique pour les adolescents et les hommes ;
 - insuffisance et/ou inadaptation de l'équipement ;
 - défaillance du système orientation-secours ;
 - la faiblesse de l'offre des services en consultation prénatale, accouchement, soins post natals ;
Contraception et suivi de l'enfant et urgences obstétricales ;
 - population en générale mal ou non informée sur les avantages de la santé reproductive ;
 - persistance d'obstacle socioculturel et religieux en matière de contraception ;
 - le contrôle social limitant la fréquentation des services pour certaines prestations ;

- la persistance au sein des populations de certaines pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la petite fille et de l'adolescente (mariage précoce, gavage, excision, tabous alimentaires...)

Au total : en dépit des contraintes soulignées, il convient de souligner que l'environnement socio-culturel et économique est porteur d'un potentiel catalytique de développement ;

En effet, la Mauritanie a ratifié plusieurs conventions internationales en faveur de la femme et de l'enfant (caire 1994, Pékin 1995,...) d'une part et en plus, elle a élaboré une note de stratégie nationale servant de cadre de concertation entre le gouvernement et le système des nations unies.

D'autres facteurs militent aussi en faveur de l'environnement soci-sanitaire :

- politique de décentralisation ; décret n° 89-064 du 17 mai 1989 portant création des DRASS ;
- politique de médicaments essentiels (systèmes de recouvrements des coûts) ;
- élaboration d'un plan directeur nationale de santé : plan directeur à moyen terme 1991-1994 ; plan directeur de la santé 1998-2002 ;
- élaboration d'un plan directeur de communication (EPS) : 1996 ;
- préparation du projet Appui au secteur socio-sanitaire (PASS) : 1997 ;
- élaboration du programme nationale de santé reproductive ; 1997

En Mauritanie, l'engagement de la collectivité est salué avec enthousiasme comme un changement fondamental, qui vise à créer des mécanismes de soutien et de solidarité afin d'établir les conditions préalables à un développement efficace de l'accès aux soins de santé de qualité.

Les initiatives en cours d'expérimentation à travers la gestion communautaire dans le domaine de l'eau, les boutiques communautaires, les caisses populaires, les associations et organisations coopératives augurent des mécanismes de solidarité ou de cooptation des plus démunis.

Parallèlement, les recompositions dans les systèmes de santé à travers l'implication du secteur privé et la décentralisation ont tendance à faire bouger les choses. Conséquence : on assiste aussi à une complication des systèmes de santé car les acteurs doivent apprendre de nouveaux rôles, l'état de son côté voit aussi son rôle se transformer progressivement par une perte de pouvoir d'où des poches de résistances s'installent avec la genèse des mouvements mutualistes.