

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur Fraternité Justice

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

POLITIQUE NATIONALE HOSPITALIERE

PREAMBULE

En 1997, la République Islamique de Mauritanie a procédé à une nouvelle analyse de son système de santé et un "Plan directeur national de la santé et des affaires sociales", a été élaboré et adopté pour la période 1998 – 2002 .

Les principales priorités de ce plan directeur sont :

1. Renforcer la couverture sanitaire au niveau primaire, secondaire et tertiaire afin de garantir l'accès à un ensemble de soins et de services de santé essentiels de qualité acceptable
2. Améliorer la performance du système de santé
3. Renforcer la lutte intégrée contre la maladie et les handicaps, promouvoir et protéger la santé
4. Renforcer l'action sociale
5. Assurer un financement adéquat du système socio-sanitaire
6. Créer un environnement favorable pour la santé.

Le système hospitalier tient une place de choix dans ce plan directeur, ce Plan vise entre autres, l'organisation adéquate de la couverture sanitaire permettant une meilleure harmonisation du système sanitaire en mettant sur une complémentarité adéquate entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cette situation permettra d'assurer un meilleur épanouissement du niveau primaire et donc une utilisation rationnelle des services de base.

En effet le développement du niveau secondaire et tertiaire de la pyramide sanitaire permettra cette complémentarité nécessaire pour l'amélioration de la performance du système de santé dans sa globalité.

L'hôpital constitue une composante essentielle du système sociosanitaire par la nature et la qualité des soins qu'il offre mais aussi par le soutien qu'il apporte aux soins de santé primaires dont il est la référence.

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales se propose de formuler la Politique Nationale Hospitalière qui doit permettre la mise en place d'un cadre cohérent approprié et dynamique d'orientation stratégique pour l'organisation, l'administration, la gestion et la fonctionnalité des hôpitaux .

La mise en œuvre de cette politique se fera à travers un processus de réformes au sein du secteur de la santé.

La réussite de ce processus dépendra très largement de l'adhésion des autres secteurs et de l'ensemble des partenaires au développement qui devront nécessairement accompagner le ministère de la santé et des affaires sociales dans cette œuvre.

Cette adhésion permettra au système de santé de se développer dans l'harmonie et la complémentarité entre ses structures.

I. ANALYSE DE LA SITUATION

II.1. SYSTEME DE SANTE

Le secteur de la santé mauritanien comprend le secteur public et le secteur privé.

A. L'organisation du **secteur public** est de type pyramidal suivant le découpage administratif du pays et comprend les structures d'administration et de gestion et les structures de soins.

Au **niveau central**, les structures de gestion sont les directions centrales subdivisées en services eux-mêmes composés de divisions.

Le niveau central du Ministère de la santé publique est chargé de :

- élaborer la politique Nationale de Santé ;
- assurer l'approvisionnement et la distribution des médicaments et du matériel technique ainsi que de l'acquisition des infrastructures ;
- veiller à la qualité de la pratique médicale et paramédicale ;
- veiller à la qualité des médicaments et du matériel introduit par le secteur privé ;
- veiller à la qualité des soins pratiques par le secteur public et privé.

Au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire les structures de soins sont le Centre Hospitalier National (CHN), l'Hôpital Cheikh ZAYED (HCZ), le Centre Neuro-Psychiatrique (CNP), le Centre National d'Hygiène (CNH) et le Centre National d'Orthopédie et de Rééducation Fonctionnelle (CNORF).

Au **niveau intermédiaire** se situe la Direction Régionale de la Promotion Socio-Sanitaire (DRPSS) pour l'administration et, pour les services de soins, les hôpitaux régionaux.

Le DRPSS, outre le contrôle technique des formations sanitaires, la planification, l'exécution, la coordination et l'évaluation de l'action sanitaire et sociale de la Wilaya, assure la tutelle de l'Hôpital Régional. Celui-ci comprend les services administratifs et des services techniques placés sous l'autorité d'un Médecin chef et un organe consultatif, le conseil de l'hôpital. L'hôpital régional est la structure de référence au niveau de la Wilaya pour les autres unités de soins du secteur public et privé.

A la **base**, on retrouve les circonscriptions sanitaires des Mouqataas dirigées par des médecins chefs et des structures de soins: les centres de santé au niveau des mouqataas et les postes de santé au niveau des communes et des villages.

B. Dans le **secteur privé**, on trouve des Cliniques avec lits d'hospitalisation et plusieurs spécialités basées essentiellement à Nouakchott, des cabinets médicaux de consultations externes avec médecin, des cabinets de dentistes, des cabinets de soins dirigés par un infirmier ou un technicien supérieur de santé (TSS), des officines pharmaceutiques où des médicaments sont vendus sous la supervision, en principe, d'un pharmacien et des dépôts pharmaceutiques dirigés par un infirmier ou un technicien de santé.

La standardisation des hôpitaux régionaux suivant le découpage administratif n'est pas pragmatique étant donné le poids démographique très inégal des différents wilayas. Par contre, ce découpage administratif constitue un contexte favorable à la décentralisation du système de santé.

II.2. CADRE INSTITUTIONNEL DU SYSTEME HOSPITALIER

Le système sanitaire de la Mauritanie actuellement en place comprend deux **types d'hôpitaux**:

- au niveau secondaire, l'hôpital régional implanté dans la capitale de la wilaya ; dix wilayas actuellement en disposent.
- au niveau tertiaire, les établissements publics hospitaliers nationaux sont au nombre de trois : le Centre Hospitalier National (CHN), l'hôpital Cheikh Zayed et le Centre Neuro-psychiatrique (CNP).

Le plan directeur de la santé pour la période 1998-2002 prévoit la création d'un autre type, l'hôpital inter-régional.

Le décret portant organisation des structures régionales de santé N° 140/2000 du 17 Décembre 2000 prévoit l'organisation du système hospitalier régional et la mise en place des hôpitaux de mouqataa.

Ce décret stipule que ces hôpitaux sont sous la tutelle technique du DRPSS et que leur mission est de :

- prendre en charge les malades et blessés de toutes catégories,
- collaborer à la formation continue et au perfectionnement des personnels de santé.

Chaque hôpital est dirigé par un médecin chef qui est chargé, sous la supervision du DRPSS de veiller au bon fonctionnement de l'hôpital, d'assurer sa gestion et d'établir les évacuations sanitaires.

Il est assisté par un chef de service administratif et financier, un surveillant général et des chefs de services médico-techniques.

Chaque hôpital dispose d'un conseil chargé de fixer le règlement intérieur, d'examiner et de rechercher une solution aux problèmes pouvant être rencontrés par l'hôpital et de gérer le système de recouvrement des coûts.

Le conseil de l'hôpital est présidé par le Hakem et comprend :

- le Maire ;
- le directeur régional à la promotion sanitaire et sociale ;
- le médecin chef de la Circonscription Sanitaire Médicale ;
- le médecin chef de l'hôpital ;
- un représentant du corps médical ;
- un représentant du corps paramédical.

Le bon fonctionnement des hôpitaux régionaux et la création des hôpitaux de mouqataa améliorera de façon significative l'accessibilité et la qualité des soins, et contribuera aussi à varier davantage la typologie des hôpitaux.

Cette situation engendrera, évidemment, de nouveaux besoins en ressources humaines et financières.

Les Etablissements publics hospitaliers nationaux sont érigés en Etablissement public à caractère administratif (EPA).

Ces hôpitaux se confrontent à quelques difficultés qui entravent parfois leur fonctionnement :

- la gestion du personnel (recrutement, mutation, avancement, etc.)
- les allocations budgétaires destinées à ces établissements sont parfois insuffisantes et n'est pas régulière : la subvention, assurée par tranche trimestrielle, est insuffisante et suivent des procédures longues et complexes.
- Les capacités gestionnaires des directions et des services sont encore faibles.
- Les relations fonctionnelles qui doivent exister entre toutes ces institutions hospitalières (régionales et nationales) d'une part, entre elles et les services de santé de base d'autre part, ne sont pas encore formulées. Ceci a pour conséquence l'insuffisance du système de référence.
- Les normes en personnel actuellement en cours d'élaboration ne sont pas encore finalisées.

A coté du secteur public il existe des établissements hospitaliers privés basés essentiellement à Nouakchott.

Ces établissements offrent des prestations d'un niveau technique variable mais leur accessibilité financière ne leur permet pas d'être à la portée de la majorité de la population.

Ils évoluent parallèlement et pratiquement sans synergie avec le secteur public, faute de définition de relations fonctionnelles entre ces deux secteurs dans un cadre de complémentarité.

II.3. INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENT

Les infrastructures et les équipements des hôpitaux en Mauritanie varient selon le type d'hôpital: hôpital national, hôpital régional, hôpital spécialisé.

II.3.1. Infrastructures

Les bâtiments, à prédominance pavillonnaire, sont en dur et, à quelques exceptions près, en bon état, suite à des rénovations relativement récentes. Ils sont clôturés et les dimensions de leur domaine permettent d'éventuelles extensions sans difficultés. Les locaux sont en général adaptés aux différents services de base d'un hôpital: services d'hospitalisation, bloc opératoire, laboratoire, radiologie, services administratifs.

Les hôpitaux régionaux ont une capacité variant entre 45 et 120 lits.

Les établissements publics nationaux ont une capacité variant entre 60 et 450 lits.

Dans certains cas, même des services spécialisés (bloc dentaire, ophtalmologie, phtisiologie, par exemple) sont prévus. Il en est de même des services annexes (morgue, buanderie et cuisine) dans la majorité des hôpitaux.

Cependant, la fonctionnalité de ces différents services est variable selon les hôpitaux: si elle est acceptable pour les services d'hospitalisation et administratifs, elle est, par contre, très faible voire inexistante pour certains autres services comme la chirurgie, le laboratoire et la radiologie et ce, essentiellement par manque de personnel qualifié et d'équipements. Pour certains services annexes tels que l'alimentation des malades et la morgue l'insuffisance se trouve essentiellement dans les habitudes et coutumes des populations utilisatrices de l'hôpital.

II.3.2. Equipements et logistique

Les caractéristiques des équipements existants dans les hôpitaux varient selon leur source d'acquisition et sont globalement vétustes au niveau des hôpitaux régionaux.

Faute de consommables, les appareils de radiologie existant dans la plupart des hôpitaux régionaux, ne sont fonctionnels que dans quelques cas et la capacité des appareils se limite souvent aux clichés standard. Il n'y a presque pas d'échographie ni d'électrocardiographie.

La capacité des équipements des laboratoires varie grandement d'un hôpital à un autre et reste en particulier très faible dans les hôpitaux régionaux.

Le problème de ces laboratoires se situe fondamentalement dans la diversité des sources d'acquisition des équipements qui cause des difficultés de manipulation, mais surtout d'entretien et de réparation en cas de panne et, dans une mesure non négligeable, dans le manque de consommables.

Les unités de stomatologie des hôpitaux régionaux peu fonctionnelles en grande partie à cause de l'approvisionnement irrégulier en consommables.

Le matériel roulant de l'hôpital est souvent limité à une ambulance.

Il existe dans certaines régions des groupes électrogènes, pour pallier à l'arrêt du réseau électrique urbain, mais ne sont pas toujours fonctionnels pour prendre ce relais en cas de besoin.

En général, il n'y a pas de service de maintenance dans les hôpitaux. Dans les régions où ce service existe, il est rattaché à la Direction régionale.

Le point fort essentiel dans les domaines des infrastructures et équipements se résume à l'existence de bâtiments qui sont en cours de réhabilitation et qui peuvent être rendus fonctionnels en y affectant le personnel requis.

Les points faibles comprennent l'insuffisance de l'entretien et de la maintenance des infrastructures et des équipements existants et la faible responsabilisation des hôpitaux à cet effet.

II.4. ORGANISATION ET GESTION DES HOPITAUX

II.4.1. Structure des Hôpitaux par type

La structure des hôpitaux permet de distinguer dans chacun trois types de service: les services administratifs, les services de soins et d'hospitalisation et les services d'appui. Chaque groupe de services joue une série de fonctions bien déterminées.

Du degré de cohérence, de synergie et de complémentarité dans leur fonctionnement dépend, pour une large mesure l'efficacité et l'efficience de l'hôpital dans l'accomplissement de sa mission.

Le type et l'importance des services de soins et d'appui varient selon qu'il s'agisse d'un hôpital national ou d'un hôpital régional.

Les deux hôpitaux généraux (CHN et HCZ), qui constituent le niveau de référence nationale comprennent l'essentiel des services usuels: Chirurgie, Médecine interne, Pédiatrie, Maternité, Gynécologie, Cardiologie, Ophtalmologie, Pneumo-phtisiologie, ORL, Dermatologie...

Le centre neuro-psychiatrique comporte des services spécialisés de neurologie et de psychiatrie qui constituent la référence nationale dans leur domaine.

Les hôpitaux régionaux disposent des services de base de maternité (gynécologie et obstétrique), de médecine générale, et quelques fois de pédiatrie et de chirurgie, en plus d'unités de stomatologie et d'antennes spécialisées de psychiatrie, d'ophtalmologie et de rééducation fonctionnelle.

II.4.2. Gestion des hôpitaux

Les hôpitaux nationaux ont tous un statut d'Etablissement public à caractère administratif et disposent d'une autonomie de gestion avec un organe délibérant (Conseil d'administration) et un organe exécutif (la direction). Leur tutelle est assurée conjointement par le ministère de la santé et des affaires sociales et le ministère des finances.

Les hôpitaux au niveau des wilayas disposent de conseil d'hôpital chargé d'en fixer les règlements intérieurs, de gérer le système de recouvrement des coûts et le matériel.

Chaque hôpital est dirigé par un médecin chef qui est chargé de gérer le personnel, les crédits mis à sa disposition et de veiller au bon fonctionnement de la structure

La **planification** au niveau des hôpitaux se limite généralement à l'élaboration du plan opérationnel annuel et des plans triennaux de la DRPSS.

Chaque structure hospitalière dispose d'une unité de recueil de **l'information sanitaire**. L'analyse de l'information reste très insuffisante au niveau de la structure hospitalière. La qualité des informations recueillies reste également insuffisante à ce niveau. L'exploitation de ces informations pour les besoins de planification et de gestion est encore quasi-inexistante.

La gestion du **matériel et de la logistique** ne se fait pas encore selon un modèle formalisé et ne dispose pas d'outils de gestion appropriés.

Au niveau des structures nationales il existe des services de gestion qui assurent une comptabilité matière mais ces structures manquent de ressources humaines qualifiées.

Au niveau régional la gestion du matériel reste improvisée et très précaire.

La **maintenance** est encore très déficiente.

La stratégie nationale de maintenance n'a pas encore été définitivement arrêtée malgré une volonté politique réelle et quelques tentatives d'élaboration.

Sur le plan organisationnel il existe un service national de maintenance qui a la charge uniquement des équipements biomédicaux, causant ainsi l'impasse de la maintenance des bâtiments et du matériel roulant.

Ce service dispose d'une base de données informatisée qui a permis de faire l'inventaire de tous les équipements biomédicaux disponibles sur le territoire national.

Le manque d'outils nécessaires et de personnels compétents limitent de façon considérable les capacités d'intervention du service.

Les hôpitaux nationaux disposent d'unités de maintenance fonctionnelles qui permettent d'assurer une maintenance de proximité.

Les services de maintenance des directions régionales se limitent dans le meilleur des cas à un seul technicien biomédical souvent peu qualifié et disposant de peu d'outils.

Le secteur privé au niveau régional ne dispose généralement pas de compétence en matière de maintenance biomédicale.

Les interventions plus élaborées sont assurées pour la plupart par des opérateurs privés sous contrat.

Les normes en **ressources humaines** sont en cours d'élaboration pour les hôpitaux régionaux et nationaux.

L'analyse de la situation actuelle montre qu'il existe un déficit de personnel qualifié à tous les niveaux mais en particulier au niveau des hôpitaux régionaux.

La gestion actuelle des ressources humaines se caractérise par :

- L'absence d'une description des postes de travail et des profils
- La carence dans la gestion des carrières des personnels
- L'inexistence d'outils de gestion des personnels
- La faiblesse des motivations
- La gestion effective des personnels fonctionnaires est assurée en grande partie par le ministère chargé de la fonction publique et celui des finances.

La formation continue ne constitue pas encore une priorité des services hospitaliers. Néanmoins quelques fois des services organisent des ateliers ou des cours de perfectionnement pour certaines catégories de personnels.

Le mode de **gestion financière** est variable en fonction du statut des hôpitaux ; l'autonomie de gestion est effective au niveau des hôpitaux nationaux et relative au niveau des hôpitaux des wilayas.

Les budgets annuels prévisionnels des hôpitaux sont élaborés par les directions et adoptés par les conseils d'administration pour les établissements nationaux et les conseils de développement socio-sa nitaire pour les hôpitaux des wilayas.

Ces budgets sont alimentés par les subventions de l'Etat et les recettes propres des hôpitaux.

En ce qui concerne les hôpitaux des wilayas le budget prévisionnel annuel n'est pas souvent basé sur un véritable projet d'établissement. Ce budget est discuté lors de la réunion du CDSS. Après discussion et répartition du budget régional, l'hôpital reçoit entre 20 et 30% du budget régional, sous forme de crédit de fonctionnement. Les procédures de décaissement font intervenir la direction régionale et la wilaya. L'hôpital utilise ce budget sous forme de bon de commande auprès d'un fournisseur qui lui livre ses besoins. La direction de l'hôpital n'est pas obligée de rendre compte de l'utilisation de ces ressources et des résultats produits.

Le recouvrement des coûts: Celui-ci concerne, dans les hôpitaux, les médicaments et les services. Il vient d'être mis en oeuvre et n'est pas encore **fonctionnel**, du fait de l'insuffisance des textes qui doivent le régir.

Les coûts recouverts dans les hôpitaux concernent généralement: les médicaments, les examens de laboratoire et de radiologie, les soins dentaires, les actes opératoires, les accouchements, les lits et les soins externes.

Bien que les coûts soient peu élevés, ils restent inaccessibles pour une proportion de la population, les indigents. Les malades de cette catégorie, en général, sont munis d'un certificat d'indigence délivré par la commune, qui leur donne la possibilité d'être pris en charge à l'hôpital. Le service des Affaires sociales est la structure chargée de rembourser à l'hôpital les frais qu'il engage à cet effet. Au niveau des l'hôpital national, ce remboursement couvre à peine 18% de ces frais tandis que dans les hôpitaux régionaux ce remboursement n'existe pas.

La prise en charge des soins des indigents au niveau des hôpitaux pose un double problème :

- d'une part, tous les indigents ne bénéficient pas de ce mécanisme, ce qui soulève la question d'équité dans l'accès aux soins.
- d'autre part, les hôpitaux ne recouvrent pas leurs créances-indigents, ce qui représente, pour eux un risque à ne pas négliger pour leur équilibre financier.

Les recettes issues du recouvrement des coûts sont utilisés le plus souvent pour la motivation du personnel, l'appui aux autres volets de fonctionnement de l'hôpital, le recrutement du personnel de soutien, le fonds de sécurité pour l'hôpital

La motivation financière du personnel vient souvent de ces recettes. Les prescripteurs pourraient alors être tentés de prescrire les médicaments chers au détriment de la qualité pour faire plus de recettes et toucher davantage. Il n'existe pas de mécanisme de gestion financière pour pallier à ce phénomène (Audit, par exemple)..

L'introduction nouvelle des primes de zone et de technicité améliorera de façon sensible la motivation du personnel et sa stabilité dans les hôpitaux les plus éloignés

Approvisionnement en médicaments et consommables

La disponibilité des médicaments essentiels est insuffisante particulièrement pour les molécules à usage hospitalier.

L'approvisionnement en consommables (laboratoire, radiologie, bloc opératoire, ...) se fait auprès de la direction de la pharmacie et des laboratoires et des importateurs privés agréés (et très prochainement auprès de la société nationale dite centrale d'achat des médicaments et des consommables CAMEC) . les hôpitaux disposent de fonds de roulement qui leur permettent d'assurer leur réapprovisionnement en médicaments essentiels et en produits consommables. Le problème majeur est celui de la rapidité d'acquisition des produits en raison de la complexité des procédures de marché .

Appui des hôpitaux au système de santé de base

L'hôpital sert de terrain de stage pour le corps médical et paramédical.

Il assure également la prise en charge des cas référés par les centres et postes de santé .

Du fait de leurs capacités institutionnelles actuelles limitées, les hôpitaux régionaux n'arrivent pas à appuyer les Directions Régionales en matière de supervision des structures périphériques et d'expertise pour certains problèmes sanitaires de la Wilaya et ne mènent aucune activité de recherche, notamment opérationnelle.

Hygiène hospitalière

L'hygiène hospitalière et la gestion des déchets hospitaliers constituent un problème majeur au sein des hôpitaux. Le système d'information sanitaire en milieu hospitalier ne permet pas de cerner actuellement l'ampleur des infections nosocomiales. Les règles d'hygiène et d'asepsie au niveau des hôpitaux ne sont pas rigoureusement respectées.

Le système de collecte, de traitement et d'évacuation des déchets hospitaliers est insuffisant. La majorité des hôpitaux régionaux ne disposent pas d'incinérateurs.

Le nombre des agents de nettoyage est de plus en plus insuffisant en raison des départs en retraite et de l'absence de recrutement de cette catégorie de personnel par la fonction publique depuis au moins une décennie.

Participation communautaire

La participation communautaire dans la gestion des hôpitaux est assurée par le Maire de la Commune urbaine où se trouve l'hôpital. Il siège au niveau du CDSS et du conseil de l'hôpital. L'appui apporté par les Communes aux hôpitaux régionaux varie d'une région à une autre et consiste en:

- La prise en charge de certaines évacuations sanitaires des personnes indigentes et du salaire de quelques agents de nettoyage ;
- Appui, à travers la coopération décentralisée et dans le cadre du jumelage avec des hôpitaux étrangers, par des équipements ou des médicaments ;

II.5. FINANCEMENT DES HOPITAUX

Les sources de financement pour les hôpitaux se répartissent en 3 catégories:

1. L'**Etat** qui supporte largement le financement des hôpitaux en Mauritanie: Le budget de la Santé représente environ 8% du budget total de l'Etat. La partie allouée aux hôpitaux se fait sous la forme de subvention ou de crédit de fonctionnement dont le montant est souvent jugé insuffisant par les responsables des hôpitaux. De plus, l'Etat supporte les salaires du personnel, les investissements en bâtiments et équipements, l'eau, l'électricité. La maintenance et l'entretien des équipements et bâtiments sont aussi à la charge de l'Etat des hôpitaux.
2. **La communauté**: La participation de la communauté se fait d'une part sous forme d'appui des communes urbaines d'autre part à travers le recouvrement des coûts, qui se fait dans les hôpitaux sous forme d'expériences locales différentes d'un hôpital à un autre. La part de ces recettes directes dans le budget de certains hôpitaux est parfois très importante (exemple : Kaédi et Aioun). Cette part permet d'améliorer la motivation du personnel, de recruter du personnel de soutien complémentaire et parfois même de contribuer à l'acquisition des consommables, des médicaments et autres frais de fonctionnement.
3. Les **partenaires extérieurs**: Ils interviennent dans certaines régions dans le cadre de la coopération décentralisée, parfois à travers le Jumelage entre les communes et apportent un appui au fonctionnement régulier des hôpitaux. Ils ont souvent un rôle de soutien et de complément des deux premières sources de financement pour ce qui est des médicaments, des consommables et des équipements.

II.6. PRESTATIONS DES SERVICES DANS LES HOPITAUX

Les prestations de service dans les hôpitaux sont très variables d'un hôpital à un autre. Le **C.H.N.** est le centre de référence de niveau national. Il offre presque tous les services spécialisés en plus des services de base d'un hôpital. **Au niveau régional**, les hôpitaux offrent des services de nature variable d'un hôpital à l'autre. L'activité chirurgicale concerne, là où elle se fait, une gamme limitée de pathologies chirurgicales. Elle est offerte régulièrement à Kaedi, Kiffa et Salibaby, occasionnellement (missions chirurgicales ponctuelles) dans trois régions (Néma, Aïoun et Atar) à cause de l'insuffisance du matériel du bloc opératoire, du consommable et de chirurgien ou de technicien d'anesthésie et de réanimation. Mais un suivi post opératoire doit être assuré. Elle n'existe pas dans les autres hôpitaux régionaux.

Les autres services de base (Médecine, Maternité, Gynécologie, Stomatologie et quelque fois Pédiatrie) souffrent de l'insuffisance en personnel spécialisé de techniciens et de personnel paramédical. Les moyens d'aide au diagnostic (Laboratoire, Radio, Echographie...) sont souvent élémentaires et manquent de consommables. La fiabilité des examens de laboratoires est douteuse.

Les gardes sont assurées par une seule équipe d'infirmiers parfois de sages-femmes qui couvre tous les services de l'hôpital et prend en charge les urgences. Généralement, les médecins et les sages-femmes assurent plutôt des permanences du fait de leur effectif très limité.

Les services sont tenus par des infirmiers ou des sages-femmes sous la responsabilité d'un Médecin qui s'occupe de plusieurs services à la fois.

La consultation externe à tout venants, sans passer nécessairement par le centre de santé constitue dans quelques cas l'essentiel de l'activité de l'hôpital régional.

En terme de qualité des prestations curatives, les hôpitaux régionaux qui ne disposent pas de bloc opératoire fonctionnel, offrent des prestations de service similaires aux centres de santé.

Globalement l'offre de service au niveau des hôpitaux régionaux est faible. Le taux d'occupation des lits est inférieur à 40% témoignant de la faible fréquentation des structures. La durée moyenne de séjour est courte du fait de la prédominance des pathologies médicales légères. Les taux de décès et d'évacuations vers ou de l'hôpital enregistrés sont faibles. Cela pourrait s'expliquer par la faible fréquentation de l'hôpital et par le fait que les cas graves, compte tenu des faibles capacités de l'hôpital régional, n'y transitent pas et sont directement transférés ailleurs.

Les évacuations sanitaires vers les structures de référence se font avec ou sans ambulance dans de mauvaises conditions. Les ambulances ne sont pas équipées en matériel de réanimation (Aspirateurs, Oxygène) et la surveillance médicale qui s'y fait est dérisoire.

II.7. CONTRAINTES MAJEURES, DEFIS ET OPPORTUNITES

II .7.1. Contraintes majeures

Les deux principales contraintes sont l'importance de la pauvreté et l'absence de système de solidarité (assurance-maladie, mutuelles, etc.). Elles représentent des menaces pour l'équité et le recouvrement des coûts.

II.7.2. Défis

1. Le secteur de la santé possède de nombreux acquis notamment dans les soins de santé primaires, qu'il est difficile de conserver. Réussir à assurer la pérennité de ces acquis et à développer harmonieusement les hôpitaux dans un cadre de complémentarité avec les services de santé de base est un défi majeur.
2. La solution des problèmes identifiés dans les hôpitaux exigera de profondes modifications non seulement au sein du système hospitalier, mais aussi dans le secteur de la santé tout entier et en dehors de lui. L'introduction de ces modifications nécessitera une forte collaboration intersectorielle et un important appui des partenaires au développement. Pour le Ministère de la santé, obtenir ces appuis est un autre défi majeur.

II.7.3. Opportunités

1. Les problèmes dans les Hôpitaux en Mauritanie sont aujourd'hui ressentis à tous les niveaux et les opinions recueillies au cours des entretiens sont toutes en faveur de solutions urgentes.
2. Les partenaires au développement s'intéressent à la question et manifestent leur disponibilité à accompagner la mise en œuvre de la politique hospitalière en y mettant les moyens nécessaires.
3. La décentralisation territoriale et le recouvrement des coûts se développent et représentent des facteurs favorables au processus.

CONCLUSION

Les pages qui précèdent montrent que le système hospitalier mauritanien regorge d'importants acquis qu'il convient de pérenniser. Entre autres, il est aisé d'énumérer:

1. la rénovation relativement récente des infrastructures de presque tous les hôpitaux,
2. la décentralisation territoriale en marche, ce qui est une opportunité majeure pour l'autonomie des hôpitaux tant nationaux que régionaux,
3. la volonté affichée des cadres et responsables à tous les niveaux du système de santé d'améliorer l'efficacité et l'efficience des hôpitaux dans l'accomplissement de leurs fonctions, ce qui constitue une autre opportunité importante en faveur des modifications à apporter dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux,
4. la part importante des recettes issues du recouvrement des coûts dans le financement (du fonctionnement hors salaires) des hôpitaux tous types confondus, sans interruption ni

réduction de la contribution de l'Etat, qui représente une opportunité encore pour l'autonomie des hôpitaux.

5. En janvier 2000 a démarré le programme de rénovation de 7 hôpitaux régionaux.
6. La stratégie de formation des spécialistes au niveau national est en cours.

Nonobstant ces lauriers, il est également apparu les hôpitaux, insuffisamment intégrés dans leur environnement, ne fonctionnent pas correctement et, de ce fait, accomplissent mal leur mission. Plusieurs facteurs concourent à la création de cette situation unanimement jugée insatisfaisante. Parmi les plus importants, il a été relevé:

1. l'insuffisance du cadre réglementaire des hôpitaux: la mission, les fonctions, la typologie, les relations des hôpitaux, les règles de jeux les régissant, etc. ne sont pas clairement définies, malgré l'existence de quelques textes juridiques y afférents,
2. la faible autonomie des hôpitaux: les hôpitaux régionaux n'en bénéficient d'aucune forme tandis que le statut d'EPA de l'hôpital national n'est pas respecté,
3. l'insuffisance de l'équipement et sa maintenance déficiente,
4. l'insuffisance numérique et qualitative du personnel,

Ces deux derniers facteurs expliquent pourquoi certaines activités hospitalières fondamentales (chirurgie, par exemple) n'existent pas dans quelques hôpitaux régionaux.

5. La faiblesse de la compétence des médecins chefs des hôpitaux en administration et gestion hospitalières.
6. L'absence de système efficace de prise en charge des indigents. D'une part cela représente un manquement à un des principes fondamentaux de la politique sanitaire, l'équité. D'autre part, les frais de ces indigents pèsent lourdement sur l'équilibre financier des hôpitaux et risquent d'hypothéquer leur viabilité dans un cadre d'autonomie.

Ces résultats justifient largement l'engagement d'un processus de profondes réformes qui devrait commencer par l'élaboration de la politique hospitalière.

III. POLITIQUE HOSPITALIERE

III.1. PRINCIPES DIRECTEURS

La politique hospitalière et les réformes qu'elle impliquera seront régies, entre autres, par les principes ci-dessous :

1. Le système de santé est unique et l'hôpital, quels que soient son statut et ses fonctions et sa localisation, doit s'y insérer harmonieusement en prenant en compte le contexte local et national. Le système ne doit pas comporter de solution de continuité.
2. Ce qu'il n'est pas possible, techniquement ou juridiquement, de faire à domicile, au poste de santé ou au centre de santé doit être fait à l'hôpital, régional ou national selon le cas et, vice-versa, ce qui ne peut être fait qu'à l'hôpital ne doit pas être fait à domicile, au poste de santé ou au centre de santé.
3. Dans un souci d'efficacité et d'efficience, les chevauchements et la concurrence devront être évités entre les différentes structures de soins. A ce titre, les capacités à créer dans les hôpitaux seront modulées en tenant compte de la nature des problèmes à résoudre, de la population à couvrir et, dans un cadre de complémentarité des structures de soins, des capacités qui existent dans d'autres structures (publiques et privées) de la place.
4. Toutes activités dont l'exécution ne peut pas ou ne doit pas être davantage décentralisée seront réservées à l'hôpital (régional, national ou autre, selon le cas).
5. Les dépenses globales des hôpitaux doivent être compatibles avec le contexte de rareté des ressources nationales. De plus, les hôpitaux doivent produire des résultats visibles et satisfaisants pour les usagers.

III.2. OBJECTIFS

Les objectifs principaux de la politique hospitalière sont :

- définir les orientations stratégiques et un cadre institutionnel clair pour le développement du système hospitalier mauritanien,
- influencer positivement les environnements interne et externe des hôpitaux de manière qu'ils accomplissent efficacement et équitablement leur mission en offrant des prestations de qualité, accessibles, satisfaisants pour les usagers, et pérennes.

III.3. CADRE INSTITUTIONNEL

III.3.1. Mission des hôpitaux

La mission première de l'hôpital, quels que soient son type et son emplacement, est de contribuer au rétablissement de la santé des populations lorsqu'elle est altérée. Il doit également contribuer à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et au développement des ressources humaines du système sanitaire.

III.3.2. Fonctions des hôpitaux

Pour accomplir pleinement sa mission, l'hôpital jouera les fonctions suivantes:

- Fonctions médicales (enfants et adultes), obstétricales et chirurgicales,
- Fonction de formation pour ses propres travailleurs et en appui aux structures de soins de niveau inférieur,
- Fonction d'information pour les malades et leurs accompagnants,
- Fonction de recherche et d'expertise,
- Fonction de planification et de gestion (gestion des ressources humaines, gestion des ressources financières, gestion du matériel, gestion des activités...),
- Fonction de maintenance,
- Fonction d'hygiène, notamment hospitalière.

III.3.3. Typologie des hôpitaux

En République Islamique de Mauritanie, les hôpitaux sont classés en hôpitaux régionaux, hôpitaux nationaux et hôpitaux spécialisés. Plus tard, si les besoins l'exigent et les moyens le permettent, des hôpitaux départementaux seront créés.

L'**hôpital départemental** couvrira la population d'une Moughataa et servira de structure de référence à l'ensemble des centres de santé de la Moughataa. Ses activités essentielles seront définies à sa création.

L'**hôpital régional** couvre la population vivant dans les limites du territoire d'une wilaya. Il offre, au minimum, des prestations dans les quatre spécialités de base, à savoir, médecine, pédiatrie, gynéco-obstétrique et chirurgie. Ses capacités seront fonction de la pathologie de la région, de la taille de la population qu'il couvre et des capacités de toutes autres structures hospitalières (publiques et privées) fonctionnelles sur la place. Il constitue le sommet de la pyramide du système de soins dans la région. A ce titre, il sert de recours, de lieu de référence et de centre de stage à tous les hôpitaux départementaux et centres de santé de la région et devra en avoir les moyens. Il procédera à la rétro-information et à la contre-référence vers les structures de soins de niveau inférieur qui lui adressent des cas.

Par ses activités de recherche opérationnelle, il contribuera à l'amélioration du fonctionnement des services, de la qualité des soins tant en son sein qu'au niveau des centres de santé de son ressort.

Lorsque la nécessité se présente, l'hôpital appuiera la DRASS dans la supervision des centres de santé afin d'identifier et corriger les insuffisances de la qualité des soins.

Des services spécialisés seront progressivement créés dans ces hôpitaux. Les spécialités à créer seront déterminées en fonction de l'épidémiologie (morbidité et mortalité), de la taille de la population couverte. La création d'hôpitaux inter-régionaux, chers et difficiles à pérenniser, pourrait, de cette manière, être évitée.

L'**hôpital national** est un hôpital général qui offre des soins tertiaires dans toutes les spécialités médico-chirurgicales, assure de la formation et mène des activités de recherche clinique et opérationnelle. Les activités de formation sont de deux ordres: formation continue pour le personnel du système national de santé, et collaboration avec les institutions de formation initiale (Ecole nationale de santé publique, INSM, Université...). L'hôpital national apportera un appui en terme d'expertise partout et chaque fois que le besoin se fera sentir.

Il sert de référence et de recours à tous les hôpitaux régionaux avec lesquels il est complémentaire. Il leur adressera la rétro-information et la contre-référence.

L'**hôpital spécialisé**, à la différence de l'hôpital national, développe une technologie pointue dans une spécialité unique. Du reste, il joue les mêmes fonctions que l'hôpital national.

III.3.4. Statut et organes de décision des hôpitaux

Tous les hôpitaux régionaux et nationaux (généralistes ou spécialisés) jouiront d'une autonomie de gestion. Cela ne signifie pas qu'ils seront transformés en entreprises répondant à la logique du marché, mais plutôt qu'ils fonctionneront comme des entreprises, pour améliorer leur efficacité, leurs résultats et leur efficience. L'autorité de tutelle gardera le pouvoir de fixer les objectifs stratégiques de santé publique dévolus à chaque type d'hôpital.

Pour l'hôpital régional, l'autonomie se limitera à l'organisation et à la gestion internes de l'hôpital. Il jouira alors du statut de service rattaché. A ce titre la liberté de décision lui sera accordée, avec un contrôle par la tutelle, dont le type (a posteriori ou autre) sera défini. Cette liberté pourrait s'exercer dans le cadre d'un contrat de programme et d'objectifs qui présente les droits et les obligations de l'hôpital et de l'autorité, politique ou administrative, de tutelle. La même démarche sera appliquée, pour la gestion interne de l'hôpital, entre le directeur et les chefs de service.

Un des avantages de cette stratégie est qu'elle permet une forte motivation des cadres dirigeants de l'hôpital par leur plus grande responsabilisation et leur implication dans la gestion puisqu'ils prendront alors, eux-mêmes les décisions. Cela est d'un grand intérêt pour le fonctionnement et l'efficacité de l'hôpital. Par ailleurs, la conséquente amélioration quantitative et qualitative des prestations hospitalières contribuera à mieux assurer la continuité des soins entre structures de différents niveaux. Mieux encore, de cette façon, de nombreux malades seront soulagés qui, dans les conditions actuelles, parcourent de longues distances vers Nouakchott pour résoudre des problèmes de santé relativement simples dont la prise en charge devrait se faire localement.

Les organes de décision de l'hôpital pourrait être un Comité de gestion (dont la composition et le mandat sont à définir) et le directeur ou médecin chef de l'hôpital. Les règles de jeu responsabilisant les dirigeants de l'hôpital en matière d'organisation et de gestion seront précisées, ainsi que la structure de tutelle (DRASS, Waly, Maire de Commune, etc.) à laquelle l'hôpital est rattaché.

Pour assumer ces responsabilités: i) les directeurs d'hôpitaux seront formés spécifiquement en administration et gestion des services de santé ; ii) ils géreront l'enveloppe budgétaire allouée à leurs hôpitaux ; iii) les objectifs à atteindre (ou les résultats à produire) seront fixés avec l'autorité de tutelle, ce qui permettra de maîtriser les dépenses de santé.

Les directeurs sont tous recrutés, notés, proposés à l'avancement et à la promotion, sanctionnés ou mis à la retraite par le Ministère de la Santé.

L'hôpital national ou spécialisé jouira du statut d'Etablissement Public à caractère administratif (EPA), ce qui lui confère la personnalité morale. Ici, les organes de décision sont le Directeur et le Conseil d'Administration (dont la composition et le mandat sont à définir). De même que pour l'hôpital régional, les règles de jeu seront précisées.

Malgré leur statut d'EPA, la création de nouveau service ou poste de travail ou l'introduction d'une nouvelle technologie lourde exigera un accord préalable du Ministère chargé de la Santé publique. Cette procédure a pour but de contribuer à la régulation des tarifs grâce au contrôle des dépenses hospitalières par le Ministère.

Pour que les directeurs assument leurs responsabilités, les trois facteurs évoqués pour les directeurs d'hôpitaux régionaux leur seront appliqués.

III.4. ORGANISATION ET GESTION DES HOPITAUX

Le système d'information de gestion au niveau de l'hôpital doit être développé pour faciliter la prise de décision pertinente dans tous les domaines de gestion de l'hôpital. Pour cela, il suffira de continuer l'expérience en cours avec l'appui de l'OMS sur le sujet. Une évaluation du système après le test permettra de l'affiner et de le généraliser.

Des rapports périodiques de gestion à l'intention des autorités (CA ou CG, tutelle, etc.) et du personnel seront produits. Ils contribueront à assurer la transparence et à renforcer la confiance des différentes parties concernées. Des audits internes et externes seront régulièrement organisés pour assurer un contrôle rigoureux de la gestion.

L'équipe de direction de l'hôpital doit bénéficier d'une formation adaptée en gestion pour lui permettre de s'acquitter de sa mission.

III.4.1. Gestion des ressources humaines

La gestion du personnel au niveau de l'hôpital doit mettre en pratique des méthodes et pratiques qui permettent une meilleure évaluation et utilisation de ce personnel. A cet effet, la direction procédera à la description des postes. Désormais l'allocation de toutes les ressources sera fonction du projet d'établissement de l'hôpital adopté par le Conseil d'Administration (CA) ou le Comité de Gestion (CG). Celui-ci prévoira les besoins en effectif de personnel, en formation, etc. De plus, la direction mettra en application un règlement intérieur après adoption par le CA ou le CG.

Le personnel sera plus responsabilisé et mieux impliqué dans le processus de prise de décision au sujet de la vie de l'hôpital. D'autres mécanismes pourront être utilisés, en accord avec le CA ou le CG.

La qualité des services sera assurée par la détermination des normes de travail, des objectifs et une évaluation régulière par agent et par équipe.

III.4 .2. Approvisionnement en médicaments et consommables

L'amélioration du fonctionnement des hôpitaux dépend fortement de la mise en place d'un système performant d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques.

Pour garantir à la fois la bonne disponibilité des médicaments et des consommables, la complémentarité entre secteur public et secteur privé, et un bas prix de ces produits, une structure nationale d'importation et de distribution des produits pharmaceutiques devra être créée et se substituer à la DPM dans ces fonctions. Elle devra être autonome et avoir le statut d'EPA. Elle regroupera, pour les achats, les besoins de l'ensemble des hôpitaux publics, tous niveaux confondus. Mieux, les hôpitaux seront habilités, sur la base des principes de la libre concurrence, de s'approvisionner chez les grossistes lorsque ceux-ci affichent de meilleurs prix (plus bas prix à qualité égale) ou si la structure nationale est en rupture de stock.

III.4.3. Hygiène hospitalière

Les mesures d'asepsie seront rigoureusement respectées au niveau de l'hôpital en vue d'une meilleure protection des patients et du personnel soignant et les déchets hospitaliers seront convenablement collectés, traités et évacués.

III.5. FINANCEMENT DES HOPITAUX

Le financement des hôpitaux sera fondé sur un système de partage des coûts entre les principaux partenaires: l'Etat, les collectivités territoriales, les usagers et les partenaires extérieurs, les structures du niveau primaires, autres. Ensuite, le système de gestion sera renforcé de manière qu'il soit transparent et plus efficace.

Les hôpitaux seront financés sous la forme de «contrat» d'objectifs basé sur les projets d'établissement qu'ils auront élaborés et fait adoptés par leur Conseil d'Administration ou Conseil de Gestion. L'augmentation de l'enveloppe budgétaire d'une année à l'autre dépendra de la performance de l'hôpital, c'est-à-dire du niveau de réalisation des résultats «contractuels».

III.5.1. L'état

Bien que l'autonomie des hôpitaux soit envisagée et le recouvrement des coûts en vigueur, l'état jouera un rôle déterminant dans leur financement. La contribution de l'état devra s'accroître de sorte qu'il puisse jouer son rôle de régulateur des dépenses de santé et éviter ainsi, la flambée des tarifs dont la conséquence serait le manquement à l'un des principes fondamentaux de la politique sanitaire, l'équité, par l'augmentation des exclus.

L'état prendra en charge les salaires, une partie des autres frais de fonctionnement et une partie de l'investissement.

Le budget de la maintenance & de l'entretien des bâtiments et équipements doit être décentralisé pour responsabiliser les directions des hôpitaux dans ce domaine.

III.5.2. Les collectivités territoriales

Ce financement, assuré par les mairies, devrait à payer les salaires des agents d'entretien et la prise en charge des indigents.

III.5.3. Les usagers

Il s'agit des fonds issus du recouvrement des coûts. En complément du financement de l'état et des collectivités, ils couvriront essentiellement les frais de médicaments, réactifs et autres consommables, le petit entretien, les outils de gestion, l'intéressement du personnel.

Les tarifs seront fixés par le CA ou le CG dans les limites d'une fourchette déterminée, en partant des résultats d'études, par le MSAS.

III.5.4. Les Partenaires

Leur apport complétera les efforts de l'état dans le financement des infrastructures, des équipements et les grosses réparations.

III.5.5. Le Niveau Primaire

Le niveau primaire doit avoir une participation dans le financement de l'hôpital qu'il utilise comme niveau de référence.

Cette participation peut être fonction du degré d'utilisation de l'hôpital par les malades référés: le Centre de Santé de la Moughataa Centrale paye plus que les autres. Elle peut se faire sous forme de participation au frais de soins et (ou) d'évacuations des malades référés du niveau primaire.

III.5.6. Autres sources de financement

D'autres sources de financement des hôpitaux seront recherchées au niveau des particuliers, sous forme de dons ou legs, ou auprès des missions caritatives et des gens de bonne volonté, pour régler un problème ponctuel d'un hôpital.

III.6. PRESTATIONS DES SERVICES

L'amélioration des prestations devra commencer par la détermination du paquet minimum d'activité (PMA), notamment pour les hôpitaux régionaux. Il conviendra de prêter attention de manière à ne pas confondre (ce qui arrive souvent) le paquet minimum avec **tout** ce que normalement une structure devrait pouvoir faire. Le PMA peut être tout ou partie de cela, mais en général, il en est une partie. Le PMA représente le minimum d'activités que le responsable, en l'occurrence le MSAS, garantit à ses usagers, dans les limites de ses moyens. Si ses moyens lui permettent de faire plus sans menacer la garantie du minimum, il le fera; sinon, il se limitera à ce minimum. Le PMA, prenant toujours en compte la mission de la structure et le contexte dans lequel se trouve celle-ci (situation épidémiologique, possibilités financières,

possibilité de rendre disponible les autres ressources, relations à entretenir avec les autres structures de soins, avec la DRASS, etc.), vaut pour une période donnée. Il doit être périodiquement adapté à l'évolution de ce contexte. Le PMA permet de se concentrer sur un nombre bien connu d'activités dont on peut garantir les ressources. Il permet donc d'offrir des services de bonne qualité.

Ensuite, il faudra, au besoin, réorganiser les services de manière à pouvoir exécuter ce PMA, puis apporter les ressources requises.

La réorganisation des services inclura l'élaboration d'un règlement intérieur que le CA ou le CG adoptera et qui aidera à la gestion du personnel et des activités.

La définition des normes (ou indicateurs) de travail, de qualité des soins ou services offerts, etc., la mise en place d'un système d'information de gestion et leur application rigoureuse contribueront efficacement à améliorer la qualité et la transparence de la gestion des hôpitaux. Le système d'information définira au moins les informations utiles à la gestion courante et de développement de l'hôpital, les outils et la procédure de collecte et d'analyse des données, le circuit et les destinataires de l'information. Il sera périodiquement mis à jour.

Comme mentionné déjà plus haut, dans le cadre institutionnel, les services auront, vis-à-vis du directeur, une certaine autonomie, ce qui aura pour effet, entre autres, de plus grandes responsabilisation et motivation des chefs de service et de leur personnel.

III.7. REHABILITATION OU CONSTRUCTION DES HOPITAUX

III.7.1. Infrastructures

En général, les bâtiments existent déjà. Il de procéder à des aménagements internes et, quelques fois de petites extensions pour que les principaux services puissent être disponibles et fonctionnels:

- Service de Médecine
- Service de Pédiatrie
- Service de Chirurgie + bloc opératoire
- Service de Gynécologie obstétrique
- Laboratoire
- Radiologie.

L'aménagement interne des bâtiments sera fait selon l'organisation fonctionnelle qui permette de réaliser le PMA de chaque structure. La rénovation ou la construction s'accompagnera de l'alimentation en eau courante et électricité (groupe électrogène), de la réhabilitation ou de la création de service annexes: buanderie, cuisine, morgue, incinérateur.

L'extension comprendra les services spécialisés: bloc dentaire, ophtalmologie, kinésithérapie, santé mentale.

La rénovation ou la construction tiendra compte d'un ordre de priorité qui sera établi en fonction de critères qui incluront entre autres, la taille de la population à couvrir, la fréquence des différents types de maladies exigeant une hospitalisation, la distance ou la facilité d'accès

à une structure où ces pathologies peuvent être prises en charge correctement, ces deux derniers étant prépondérants.

III.7.2. Equipements

Les équipements, choisis en tenant compte du PMA, seront fournis d'abord aux structures dont les bâtiments ne nécessitent pas de réparation. Les autres seront équipées au fur et à mesure que la réhabilitation ou la construction se fera.

III.7.3. Maintenance

Tous les équipements livrés seront accompagnés d'une garantie ne sera pas inférieure à un ou deux ans. Dans le contrat d'acquisition, il sera introduit une clause qui garantisse la formation d'un ou de deux agents à la manipulation des appareils, un autre à l'entretien courant et aux petites réparations ainsi que la fourniture des pièces de rechange les plus couramment demandées.

Tous les entretiens et toutes les réparations possibles dans le marché privé seront faits sur contrats avec des privés locaux ou nationaux tant pour les équipements biomédicaux que pour les autres (véhicules, réfrigérateur, informatique, etc.). Le reste sera à la charge du service national de maintenance qui sera lui-même revitalisé, avec des locaux à usage d'ateliers.

III.8. SYSTEME DE SUIVI ET D'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE HOSPITALIERE

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique hospitalière qui vise à rendre au système hospitalier sa véritable place dans le système national de santé, le rôle du suivi et de l'évaluation ne sont pas à démontrer: ils sont essentiels. Il y a lieu d'en définir les principaux indicateurs et les mécanismes.

III.8.1. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Les indicateurs ci-dessous sont proposés pour servir au suivi et à l'évaluation. Ils doivent être mis à jour périodiquement en fonction de la modification des besoins. Ils s'intéressent aux activités des hôpitaux, aux caractéristiques de ces activités, aux ressources et aux résultats.

A. Activités Hospitalières

- Proportion d'hôpitaux où le PMA est offert
- Proportion d'hôpitaux dont les activités sont conformes aux normes de qualité
- Nombre ou proportion d'hôpitaux où **X** % (à définir) des fonctions sont accomplies

B. Ressources

- Proportion d'hôpitaux où les ressources disponibles (humaines, financières, matérielles) sont conformes aux normes de qualité et de quantité pour réaliser le PMA
- Proportion d'hôpitaux dont les équipements sont en bon état

C. Quantité des soins

- Quantité d'activités de soins
- Proportion de cas où les actes ont été exécutés selon les normes
- Proportion de cas où le diagnostic posé s'est avéré exact.

1) Hospitalisations :

- Nombre d'hospitalisations/1000 ha
- Mortalité hospitalière
- Durée moyenne de séjour
- Nombre de consultations externes
- Proportion de malades avec des actes accomplis selon les normes
- Proportion de malades avec un diagnostic défini à leur sortie d'hôpital.

2) Qualification du Personnel :

- Mesure du travail accompli avec indicateurs de résultats et des activités
- Nombre de personnes employées.

Le travail accompli doit assurer le meilleur service possible : efficace, opportun, humain et économiquement efficace peut être utilisé comme principal critère pour l'affectation des ressources aux Etablissements.

3) Maintenance matériel, équipement, infrastructures

B) ECCUEILS A EVITER

- 1) Eviter la prolifération et/ou la complexité excessive des indicateurs et des normes qui augmentent les coûts, réduisent la faisabilité des actes sont mal accueillis par le personnel intéressé, réduisent leur participation et misent à l'exactitude et à la fiabilité des informations produites.
- 2) Le manque de souplesse et l'absence d'examen et de révision réguliers des indicateurs et des normes utilisés. La rigidité peut avoir l'effet opposé aux résultats souhaités.

C) METHODES D'EVALUATION

1) Audit médical :

peut porter sur un échantillon représentatif des dossiers de tout l'hôpital ou l'un des services ou des types de malades peut également être axé sur des incidents critiques (ex : décès de malade).

2) Méthode d'observation : Supervision

Evaluer et améliorer les actes techniques.

2) Utilisation de normes :

Pour déterminer le niveau qualitatif relatif, des normes doivent être fixées et utilisées pour chaque type d'activité et d'acte.

Les Indicateurs doivent être adaptés aux services, correspondre aux mesures du travail accompli, sans surcharger les systèmes d'informations, ni détourner les personnels de leurs fonctions de base.

Il importe que les indicateurs soient entièrement compris et utilisés au niveau local par ceux qui accomplissent effectivement les activités.

A) QUI EVALUE ?

L'évaluation extérieure sera certainement plus objective que l'auto-évaluation, elle doit être effectuée par des spécialistes pairs de haut niveau.

Elle doit être le complément et non le substitut d'une surveillance et d'une évaluation régulière par les acteurs eux-mêmes à travers le plus souvent des comités hospitalières.

III.9. PRINCIPAUX ACTEURS

1. **Les services centraux du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales** est le principal acteur du processus de formulation et de mise en œuvre de la politique hospitalière. Il est nécessaire de garder en permanence à l'esprit que cette politique n'est pas celle du Ministère de la santé ; mais du Gouvernement. Le Ministère de la santé, en sa qualité de département technique «spécialisé», anime l'ensemble du processus. A ce titre, il met en place les structures qui veillent à son bon déroulement à travers la réglementation, le suivi, le contrôle, etc. Il mobilise les autres acteurs et, dans un cadre de concertation régulière, définit leur rôle et coordonne leurs interventions.
2. **Les autres secteurs**, notamment les Finances, la Fonction publique, l'Administration du territoire (structures centrales, déconcentrées et décentralisées) doivent faciliter les mesures d'accompagnement de l'autonomisation des hôpitaux, chacun en ce qui le concerne. Il s'agira par exemple, de créer les conditions institutionnelles et techniques qui permettent aux EPA de gérer, entre autres, les salaires, les carrières de leur personnel. Il s'agira également d'augmenter la part du budget de la santé dans de l'état de sorte que les réformes bénéfiques prévues puissent se réaliser correctement sans perdre les acquis, etc.
3. **Les prestataires des services** du public et du privé sont ceux qui, sur le terrain appliquent toutes les orientations de la politique et la réglementation. Leur adhésion et leur comportement sont d'une importance capitale. Ils doivent être préparés à l'accomplissement de leur rôle.

4. **La Population** joue un rôle important dans le développement de la santé surtout par son mode de vie et son comportements individuels ou collectifs qui peuvent être néfastes à l'application de certains principes ou règles de la politique. Elles peuvent et doivent participer à la gestion des hôpitaux et de ce fait, doivent comprendre leur rôle et accepter de le jouer activement et non passivement.
5. Les Institutions comme **les assurances, la Caisse de Sécurité Sociale, les mutuelles** peuvent contribuer au financement des services de santé hospitaliers et jouer un rôle important dans la prise en charge des malades, en facilitant l'accessibilité aux soins pour eux. Ils peuvent également réduire l'indigence.
6. **Les Bailleurs de Fond et ONG**, en apportant un soutien financier, technique, de la formation du personnel, en aidant à créer ou à renforcer les capacités nationales, faciliteront la mise en œuvre des réformes qu'implique la politique hospitalière.
7. Les institutions comme **les établissements de formation, de recherche ou de développement** contribueront à rendre disponible du personnel compétent, des résultats de travaux enrichissants de recherche, du matériel technique...

Sans prétendre avoir été exhaustif, ce chapitre avait pour but de donner quelques exemples des rôles que les différents acteurs peuvent ou doivent jouer dans la mise en œuvre de la politique hospitalière et de montrer pourquoi il serait utile d'obtenir leur adhésion dès le début et de la préserver. La réglementation sera faite de telle manière qu'elle stimule et entretienne la participation de chacun.

III.10. MESURES DE MISE EN OEUVRE

1. La mise en œuvre de la politique hospitalière est un long processus qui exige des réformes qui ne doivent être entreprises dans le hasard. Cela implique la nécessité d'élaborer d'un plan de réforme hospitalière. Dans la mesure du possible, pour le respect du principe de l'unicité du secteur, ce plan devrait être incorporé dans le plan de développement (ou de réforme) sanitaire, ce qui contribuerait à l'approche sectorielle globale, plutôt que parcellaire par sous-secteur. Le système y gagnerait en cohérence, coordination et synergie et complémentarité entre différents maillons. Les composantes réhabilitation des infrastructures, équipement, formation du personnel, organisation des services, réglementation, etc. seront largement pris en compte dans ce plan.
2. Ce volumineux travail d'envergure national ne peut pas être l'œuvre d'une personne. Elle doit être piloté par une structure centrale forte. Cela implique le renforcement du service des activités hospitalières, **sans en faire une direction**, en y affectant du personnel compétent, la plus motivé possible et en adaptant ses attributions à ce besoin.
3. La mise en œuvre de la politique hospitalière imposera également un lourd travail de suivi, de contrôle, d'évaluation et, nécessairement, le brassage d'une masse importante d'information entre différents niveaux, structures, partenaires, etc. Il faudra, donc, mettre en place d'un système d'information de gestion fiable et efficace pour le secteur de la Santé. Le système d'information déterminera, entre autres, les

indicateurs de performance, les outils et les procédures d'enregistrement, de collecte et d'analyse des données, les informations nécessaires à chaque acteur selon ses fonctions, le circuit de l'information (initiale et de retour), les moyens de conservation ou de stockage de ces informations... Ce système est déjà en cours d'implantation avec le soutien de l'OMS. Il suffira de s'assurer qu'il prend en compte tous les éléments ci-dessus énumérés et de l'accélérer.

4. La mise en œuvre de la politique hospitalière fera intervenir plusieurs acteurs et représente un défi à relever. Il est important de faire en sorte que le Ministère de la santé **reçoive l'appui nécessaire des autres ministères et de la coopération internationale, bilatérale et multilatérale**. En effet, il est nécessaire d'augmenter le budget alloué au secteur de la santé de manière à **développer les hôpitaux sans réduire sa contribution sur les autres services, notamment les soins de santé primaires**. Autrement, la dégradation conséquente probable de ce maillon risquerait de réduire ou anéantir les effets bénéfiques de l'effort déployé en faveur des hôpitaux. Il faudrait également **obtenir des partenaires la révision de la structure de leur financement de manière à y inclure les hôpitaux** en bonne place. Cela demande l'implication de tous dès la phase de formulation de la politique hospitalière. A cet effet, la concertation, la négociation sera permanente entre différents niveaux du Ministère de la santé, d'une part et, d'autre part, entre ministère de la santé et les autres partenaires nationaux et étrangers.

Liste alphabétique des documents exploités

1. Analyse de la couverture, de l'utilisation et des besoins en services de santé, Nouakchott, nov. 1997, par Dr Thierno Ousmane KOULIBALY et Dr Ousmane BANGOURA.
2. Analyse du fonctionnement de l'hôpital régional de Rosso, octobre 1992, par Guy de Arujo.
3. Arrêté N° 387/MSAS réglementant le fonctionnement des comités de gestion de recouvrement des coûts.
4. Conclusions et recommandations issues de revues complémentaires sur: la politique pharmaceutique, le recouvrement des coûts des coûts, l'assurance de qualité, la gestion des ressources humaines et l'importance du système d'information sanitaire.
5. Décret n° 89-064, abrogeant et remplaçant le décret n° 77-174 du 11 juillet 1977, fixant l'organisation des formations sanitaires régionales.
6. Décret n° 92-027, instituant un système de recouvrement des coûts et portant généralisation de la gestion participative des services de santé.
7. Décret n° 009-98, fixant les attributions du ministre de la santé et des affaires sociales et l'organisation de l'administration centrale de son département.
8. Document d'appui au programme national de lutte contre la pauvreté, PNUD, 1997.
9. Economie hospitalière et financement des hôpitaux dans les pays en développement, O MS, WHO/SHS/NHP/92.2.
10. Evaluation de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako en Mauritanie.
11. Extension du recouvrement des coûts aux hôpitaux régionaux, Mauritanie, du 15 sept. au 1^{er} oct. 1998, par M. Ibrahim MAGAGI.
12. Gestion hospitalière, un défi pour l'hôpital brésilien.
13. Guide de formation du personnel sur les outils du système national d'information sanitaire.
14. Guide d'instruction pour les outils du système national d'information sanitaire.
15. Intégration de la prestation des soins de santé, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS, OMS, série de rapport techniques, n° 861.
16. La mise en œuvre: le véritable défi des systèmes de santé de district pour renforcer les soins de santé primaires, OMS.
17. L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur les fonctions des hôpitaux de premier recours, OMS, série de rapports techniques.
18. L'hôpital de district: son fonctionnement au sein des services de santé de district. Volume 1: rapport de synthèse, volume 2: actes du séminaire, séminaire-atelier à Yaoundé, 23-27 nov. 1992, OMS-IMT-GTZ.
19. L'introduction du système de recouvrement des coûts à l'hôpital régional d'Aïoun.
20. Les normes aujourd'hui dans les soins de santé, 1993, OMS.
21. Mesure du travail accompli par les hôpitaux et les centres de santé, OMS.
22. Normes et procédures des services de santé de la reproduction d'un hôpital régional, programme national de santé de la reproduction, avril 1998.
23. Organisation du Ministère de la santé et des affaires sociales.
24. Paquet minimum d'activités (PMA) par niveau.
25. Plan directeur national de la santé de Mauritanie pour la période 1998-2002.
26. Proposition de recouvrement de coût, hôpital de Kaedi, 1999.
27. Propositions d'actions à prendre en vue de consolider le système de recouvrement des coûts et l'étendre aux hôpitaux.

28. Rapport de l'évaluation de la qualité des soins en Mauritanie, 25 août 1998, par Dr M. Belhocine.
29. Rapport sur la revue de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en Afrique, Bamako, 8-12 mars 1999, OMS-UNICEF.
30. Réformes du secteur de la santé dans la région africaine: situation de la mise en œuvre et perspective, rapport du Directeur régional, OMS.
31. Réformes du secteur de la santé en République islamique de Mauritanie (historique).
32. Réflexions sur l'hôpital de demain, cahiers SHS n° 5, OMS.
33. Secteur informel et pauvreté, communication de M. Saadna OULD BAHEIDA, Office national de la Statistique, Nouakchott, 16 oct. 1997.
34. Synthèse de la huitième revue des soins de santé primaires, tenue à Kiffa du 25 au 30 sept. 1999.
35. Synthèse et recommandations du séminaire de dissémination du profil de pauvreté en Mauritanie, Nouakchott, 18 oct. 1997, Office national de la Statistique.

Liste des personnes rencontrées

1. Dr Mohamed OULD MENNOU Directeur de la Protection sanitaire
2. Dr Abderrahmane OULD JIDDOU Directeur adjoint de la Protection sanitaire
3. Dr Béchir OULD AWNEN UNICEF
4. Dr Mohamed Lemine O/ Md Elhaj Directeur du centre national d'hygiène
5. Pr. Sidi Ely O/ Ahmedou Chef du programme de lutte contre la cécité
6. Dr Thierno Ousmane Coulibaly FNUAP
7. Dr LECHUGA Coopération française
8. Dr Moha,ed Lemine BQ Directeur du Centre Hospitalier national
9. Pr. Abdoullahi OULD C. ABDALLAH Médecin chef du service de pédiatrie, CHN
10. Dr Bassirou LY Médecin chef de la maternité, CHN
11. M. Boullah O/ KBAR Chef du Bureau des entrées, CHN
12. Dr Mohamed O. SID'AHMED Médecin chef des urgences, CHN
13. Dr Abdellahi OULD LEHBIB Directeur de la Planification et de la Coopération stratégique
14. Dr Dah OUL CHEIKH Inspecteur général de la Santé
15. Dr Ibrahima BA Directeur de la pharmacie et du médicament
16. Dr Cheikhna DIAGANA DRASS du Brakna
17. Personnel du centre de santé de Bababé
18. Dr KANE Médecin chef de l'hôpital régional de Kaedi
19. Dr Sidi OULD M. LAGHDAF DRASS du Gorgol
20. Dr Mohamed O/ Md SALEH Secrétaire général, M.S.A.S
21. Dr Yaya DIALLO, OMS
22. Dr BENZERROUG Représentant de l'OMS en Mauritanie
23. M. Sououdy Waly par interrim du Gorgol