

COMPARAISON ENTRE L'ORGANISATION DE SERVICES DE SANTÉ EN MAURITANIE, RDC ET BURKINA FASO

Auteurs: Dr Kakesi Geoffray MD MPH; Mr Ngalamulume Kateba Charles
et Madame Baye Bonifiniham

Résumé

Ce travail consiste donc à voir comment les différents contextes ont influé sur les conditions de vie de la population, en particulier dans la période post Covid19. Etant donné la nature multidimensionnelle du sujet, nous avons adopté une approche comparative entre la Mauritanie, la RDC et le Burkina Faso. Les 3 Pays faisant objet de cette étude disposent des problèmes communs comme la dimension de l'équité qui n'est pas encore complètement prise en compte de manière systématique dans l'action de santé. Problèmes prioritaires des prestations dues à des faiblesses systémiques et dans d'autres secteurs. L'organisation et intégration insuffisante du secteur privé et de la médecine traditionnelle ainsi que la faible disponibilité des stocks de certains consommables dans les établissements de santé. Comme approche de solutions, les auteurs suggèrent la participation communautaire, marketing social, cliniques indépendantes, encourager la médecine rationnelle.

Mots clés : *systèmes de santé, Problèmes prioritaires, plan national de santé, médecine traditionnelle.*

INTRODUCTION

Contexte du système de santé en Mauritanie.

La Mauritanie est un pays côtier d'Afrique de l'Ouest. Elle a une population de 3,8 million d'habitants et une espérance de vie de 61 ans pour les hommes et de 66 ans pour les femmes. Le pays présente une mortalité et une morbidité élevée classée comme situation d'urgence sanitaire selon l'OMS¹, en particulier au sein des populations les plus vulnérables. Le quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans (infanto-juvénile) est de 79 pour 1000² plaçant la Mauritanie en 14ème position en Afrique subsaharienne après le Nigeria, la Somalie ; le Tchad, République centre africain ; la Siéra Leone ; le Mali ; le Benin ; le Lesotho ; Le Burkina Faso ; La Liberia ; le Cameroun ; Mozambique ; Niger, Soudan du sud. La prévalence élevée de l'émaciation globale de 11,1% selon l'enquête SMART juillet 2021 place la Mauritanie dans une situation nutritionnelle alerte³.

Selon les résultats PNDS4 Mauritanie II 2017-2020i le quotient de la mortalité infanto juvénile est de 51/1000 (situation d'urgence) toujours largement au-dessus

¹ Taux de mortalité infantile normale : 0-2 décès /10 000 personnes/Jour ; Taux de mortalité infantile seuil d'urgence >4 décès /10 000 personnes/Jour.

² Base des données Banque Mondiale 2019-2020 indicateur taux de mortalité infantile.

³ Classification OMS 2000 ;

⁴PNDS : Plan national de développement sanitaire ;

du seuil de l'urgence de l'OMS ; Cette tendance reste la même depuis 2016 où ce quotient était de 54 /1000. Il est à noter qu'une légère amélioration de la mortalité infanto juvénile en Mauritanie a été observée cependant elle reste très minime.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PDS) 2012-2020 révisé en 2017 comporte cinq axes: lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, lutte contre la mortalité infanto-juvénile, lutte contre les maladies transmissibles, lutte contre les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées. Le cinquième axe, le renforcement du système de santé, vient en appui aux quatre premiers et vise à permettre un accès universel aux services essentiels de santé.

Le système de sante en Mauritanie est organisé comme suit:

- La création d'une médecine préventive de masse via des campagnes de vaccination de masse, de dépistage de la malnutrition aigüe, les campagnes de prévention du paludisme;
- L'extension des soins de santé primaires avec des centres de santé et postes de santé puis la création des USB (unités de santé de base) pour la prise en charge précoce des maladies simples courante mais tueuse de l'enfance à savoir le paludisme, les infections respiratoire aigüe , les diarrhées aigües ainsi que la malnutrition aigüe sévère sans complication et la malnutrition aigüe modérée.
- 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.

La pyramide sanitaire de la Mauritanie se présente à 3 niveaux :

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

La couverture de la prise en charge des frais de soins des malades indigents et des personnes vivants avec une ou des maladies chroniques demeure limitée aux subventions forfaitaires que mobilise annuellement le MASEF⁵ ainsi que certains partenaires techniques et financiers du ministère de la santé, au profit de quelques hôpitaux et centres de santé pour assurer une compensation partielle de la prise en charge des indigents.

La stratégie nationale de Promotion Féminine adoptée en 1995 et actualisée en 2008, cette stratégie précise les grandes orientations du Gouvernement et les priorités nationales. Instrument clef d'intervention publique auprès des femmes, cette stratégie a pour axes prioritaires l'amélioration de la rentabilité du travail des femmes, l'augmentation de la participation des organisations féminines aux instances de développement, l'adoption d'une politique de la famille et de l'enfance.

⁵ Ministère de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Famille

Stratégie Nationale d'institutionnalisation du Genre (SNIG) ⁱⁱ: adoptée en 2011 cette stratégie qui s'appuie sur un référentiel national de la stratégie de promotion féminine et sur les principes de l'Islam ainsi que de la Constitution. Elle est également centré autour des engagements internationaux de l'Etat en matière de développement durable et de promotion et de lutte contre les discriminations à l'égard des femmes et des filles. Elle définit les axes d'intervention et principes opérationnels suivants:

- La capitalisation sur l'existant et la recherche de synergie entre les différents domaines intervention;
- La prise en compte lors de l'identification des objectifs stratégiques et des axes d'intervention des dynamiques et des opportunités ;
- Le choix d'une approche axée sur les droits et tirée par les résultats;
- La priorité donnée au comment faire plutôt qu'au quoi faire;
- La prise en compte de la faisabilité politique et sociale ainsi que des contraintes humaines et financières ;
- L'adoption d'une approche réaliste et pragmatique.

l'adoption par le gouvernement en mars 2015 d'une Stratégie Nationale d'institutionnalisation du Genre, il n'existe pas encore au niveau du Ministère de la Santé une entité spécifiquement chargée du pilotage et de la coordinations des questions liées au genre, ni de protocoles spécifiques de prise en charge des victimes survivantes des violences basées sur le genre en particulier les victimes de violences sexuelles. Au-delà des insuffisances en matière d'offre et d'accès aux services essentiels de santé, il faut noter l'utilisation insuffisante des services liée:

- I. Aux considérations socio-culturelles et comportementales ;
- II. à l'absence de programmes efficaces de communication pour l'ère cours précoce aux services de santé,
- III. A la distance important qui separe les services de santé aux populations; la densité de la population dans certaines region est très faible; dans la Willaya Hodh El Charghi (HEC), avait une densité de 2,4 habitant/km² en 2017 contre une densité de 1,5 hab/km² en 2000)⁶.

(iii.) au mauvais accueil dans les structures de soins due essentiellement au faible niveau de formation des agents de santé au niveau des structures sanitaire et aussi de l'absence recurente des personnels de santé dans les structures de santé qui quittent souvent leurs zones d'affectation pour restant dans la capitale ou dans les regions ayant des bonnes conditions climatiques. (créant un phenomène de desert medical) ;

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

⁶ L'Office National de la Statistique 2020

La qualité des soins de toute nature (curatifs, préventifs promotionnels et de réadaptation) reste insuffisante aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Il faut noter l'absence de référentiels en matière de procédures, de protocoles de diagnostic et de traitement élaborés selon une approche globale, seuls quelques guides par maladie spécifiques à des programmes de santé ont été élaborés et ne sont pas toujours appliqués de manière effective. Nous pouvons citer le guide / protocole nationale de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigue en vigueur depuis déc 2011 qui n'a pas été mise à jours.

Le plan national de la gestion des déchets biomédicaux validé récemment n'est pas encore mis en œuvre et l'hygiène hospitalière est très peu appliquée.

Les systèmes de référence et de contre référence ne sont pas aussi suffisamment organisés laissant le terrain libre à la compétition entre les hôpitaux des Moughata et ceux reionaux d'une part, et entre les hôpitaux Moughataa et les centres de santé d'autre part; entre les centres de santé et les postes de santé et enfin entre les postes de santé et les USB. Cette situation serait liée au statut de ces institutions (EPA) et à la forme actuelle de motivation liée au recouvrement des coûts centres sur des prestations curatives dans les hôpitaux et sur la vente des médicaments dans les centres de santé au détriment de la qualité.

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

Problèmes prioritaires

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

1. Etat de santé des populations

- Une morbidité élevée des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles et une surmortalité chez la mère et l'enfant. Une situation d'urgence sanitaire sur la mortalité infant juvenile selon l'OMS.
- Une prevalence élevée de la malnutrition aigue globale au seuil d'alerte de l'OMS;

2. **Déterminants sociaux de l'état de santé en Mauritanie.**

- Les facteurs socio-culturels (mariage précoce des filles et Mutilations Génitales Féminines), les facteurs sous-jacents (tabous, état nutritionnel, niveau d'alphabétisation, us et coutumes, etc...) concourent à l'aggravation de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.
- L'accès insuffisant à l'eau potable, à une nutrition adaptée et à un assainissement adéquat, et la forte promiscuité sont responsables d'une morbidité marquée par une forte prévalence des pathologies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles

□ L'obésité, la sédentarisation et l'expansion du tabagisme et de la consommation des substances psycho-actives sont des facteurs favorisant une morbidité de plus en plus élevée en lien avec les principales maladies non transmissibles.

3. Faiblesses et défis du système de santé

□ Une faible performance du système de santé dans le domaine de la prestation des soins et services en matière régulation, d'organisation, de fonctionnement et de normalisation des services de santé, la qualité des services et soins de santé, l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets biomédicaux ;

□ Une faiblesse du pilier gouvernance soit 81% ont de performance de gouvernance non adéquat (inférieure ou égale à 50% de performance obtenuⁱⁱⁱ ;

□ Une faiblesse du pilier Implication Communautaire: Le pilier communautaire apparait de manière générale le pilier faible; en effet 72% ont de performance d'implication communautaire non adéquat (inférieure ou égale à 50% de performance obtenue)

□ Des déterminants de santé qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans les différentes stratégies de lutte contre les maladies

□ Des ressources humaines de santé caractérisées par leur insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines.

quantitative à tous les niveaux de la pyramide du système sanitaire, leur gestion peu performante et enfin la qualité peu satisfaisante de la formation initiale et continue.

□ Une couverture des besoins en médicaments et consommables médicaux de qualité et une régulation du secteur pharmaceutique insuffisantes

□ Une couverture des besoins en infrastructures, équipements et de maintenance dans le secteur de la santé répondant à des standards de qualité insuffisante

□ Les capacités minimales requises en matière de communication, surveillance, riposte, laboratoires, des points d'entrée, les zoonoses, pollutions chimiques et radioactives, sécurité sanitaire des aliments, par le Règlement Sanitaire

International, en matière de surveillance, détection et riposte au niveau national et régional pour faire face à tout événement de santé publique ne sont pas acquises

□ Une collaboration et coordination intra et intersectorielle peu développée ; et une communication très peu développée;

□ Une régulation insuffisante du secteur privé utilisant essentiellement les

professionnels de santé, fonctionnaires au détriment de la qualité des soins du secteur public

- Un financement du système de santé insuffisant et largement dominé par les paiements directs, ainsi qu'une gestion peu rationnelle des ressources allouées à la santé. En effet le pilier financement apparait de manière générale le pilier faible; 69 des structures de santé évalués ont de performance de financement non adéquat (inférieure ou égale à 50% de performance obtenue) ^{iv} .
- Une recherche de la santé peu organisée et coordonnée et une faible utilisation des données de recherche dans le processus de prise de decision

CONTEXTE DE L'ORGANISATION DE SERVICE DE SANTE EN RDC

Le Système de santé publique en RDC constitue une « Pyramide de la Santé » comprenant trois niveaux :

1. Niveau central :

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général avec les Directions centrales, les Programmes Spécialisés, l'Inspection Générale de la Santé et les hôpitaux et autres structures à vocation nationale. Il a une responsabilité normative, de régulation et de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces. Il joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources.

2. Le niveau intermédiaire :

Le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Il assure la gestion et l'administration des services sanitaires provinciaux. Il a aussi la mission d'offrir les soins de santé de référence secondaire à travers l'Hôpital Provincial. Il assure aussi l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

3. Le niveau opérationnel :

La Zone de Santé (ZS) Le niveau périphérique comprend 519 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA). Elle est subdivisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvrent environ 5.000 à 10.000 habitants, pour l'offre du paquet minimum d'activité (PMA). La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZ), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). L'ECZ assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'Aire de Santé (AS) est en principe couverte par le Centre de Santé ; ce dernier est une structure déconcentrée de l'Hôpital Général de Référence qui a entre autres missions de veiller la qualité des soins dispensés sous forme de PMA à travers la formation et la supervision des prestataires.

2. Problèmes du système de santé en RDC

- Problèmes prioritaires des prestations dues à des faiblesses systémiques et dans d'autres secteurs.
- Problèmes liés aux Infrastructures et équipements.
- Problèmes des Ressources humaines de santé
- Problèmes liés aux Médicaments, intrants et vaccins.
- Problèmes relatifs à l'Information sanitaire
- Problèmes de Financement de la santé
- Problèmes de gouvernance du secteur

Cependant, plusieurs facteurs entravent la collaboration avec les tradipraticiens et leur pleine intégration au système officiel de santé. Ce sont entre autres, la méfiance entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne, la non structuration de la profession de tradipraticiens, son infiltration par de nombreux charlatans, la difficile démarcation avec la médecine spiritualiste. Cependant, plusieurs facteurs entravent la collaboration avec les tradipraticiens et leur pleine intégration au système officiel de santé. Ce sont entre autres, la méfiance entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne, la non structuration de la profession de tradipraticiens, son infiltration par de nombreux charlatans, la difficile démarcation avec la médecine spiritualiste.

Les problèmes de santé publique en RDC

Le paludisme, le syndrome d'immunodéficience acquise (Sida) et la tuberculose sont considérés comme des maladies prioritaires en RDC. À ces pathologies, il convient d'ajouter la malnutrition et les troubles mentaux dont la prévalence en fait un problème majeur de santé publique.

Approches de solution

Participation communautaire

Cette Politique nationale de santé consacre la participation communautaire comme un des leviers indispensables à une amélioration durable de la santé des populations. Cette participation communautaire s'affirmera à travers une présence effective des représentants des communautés dans toutes les instances de planification, de coordination, de suivi et d'évaluation du secteur tant au niveau central qu'aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

Les textes réglementaires nécessaires seront adoptés de manière contraignante pour tout intervenant dans le secteur afin de rendre cette implication effective.

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

Autres solutions

1. Marketing social
2. Cliniques indépendantes
3. Encourager la médecine traditionnelle

CONTEXTE DE L'ORGANISATION DE SERVICE DE SANTE AU BURKINA FASO

Organisation de services de Santé

L'offre de soins est assurée par les différentes structures de soins regroupés en trois niveaux selon le plateau technique.

Les soins de premier niveau sont effectués dans les Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et les Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA).

Ceux de deuxième niveau sont réalisés dans les centres hospitaliers régionaux.

Les Centres hospitaliers universitaires assurent les soins de troisième niveau

L'Organisation opérationnelle de l'offre de soins dans les structures d'offre de soins publiques et privées sont organisés selon ces 3 niveaux qui assurent les soins communautaires, primaires, secondaires et tertiaires. En plus de ces trois niveaux nous avons des organisations spécifiques comme les services de santé des armées, et des offices de santé des travailleurs (OST), l'offre de la médecine traditionnelle et alternative en expansion avec des interfaces avec la médecine conventionnelle. L'offre de soins de base est essentiellement assurée par le CSPS et le CMA. En général, chaque CSPS offre le paquet minimum d'activités (PMA) standard dès que les normes

minimales en personnel et en équipement sont atteintes. Le PMA comprend des activités promotionnelles, préventives et curatives. Cependant les CSPS du milieu urbain offrent, en fonction des ressources disponibles, des prestations supplémentaires souvent spécialisées.

Les soins de référence sont organisés au niveau des centres médicaux avec antenne chirurgicale, des Centres hospitaliers régionaux et des centres hospitaliers universitaires. Le circuit de référence du malade dans le système est de type pyramidal, allant de la base vers le sommet. Au bout de la chaîne, certains malades peuvent être référés à l'extérieur du Burkina lorsque les soins nécessaires à leur prise en charge ne sont pas offerts par le système national.

L'offre de soins de santé est caractérisée dans son ensemble par une insuffisance quantitative et qualitative des soins, la faible implication des populations bénéficiaires et l'insuffisance de collaboration avec le secteur sanitaire privé. L'offre de services communautaires est assurée par les ASBC dont les activités sont définies pour être en adéquation avec les IGR et d'autres pathologies d'intérêt en santé publique.

Les services communautaires sont repartis entre trois types : promotionnels, préventifs et curatifs. A cela, il faut ajouter des activités de soutien. Plusieurs stratégies sont utilisées pour la mise en œuvre des activités. Il s'agit de :

La mobilisation sociale, la distribution à base communautaire (DBC),
L'information Éducation-Communication (IEC) / Communication pour le changement de comportement (CCC) et les visites à domicile.

Problèmes de santé publique

Les maladies non transmissibles l'obésité et du surpoids, l'HTA, le diabète.

Les comportements sexuels à risque, la défécation à l'air libre (dans la nature) est la pratique la plus répandue et cela concerne la moitié des ménages soit 50,5% de l'ensemble, l'insalubrité prononcée dans les villes et les campagnes

On note également une insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux et industriels. Les maladies à transmission vectorielle à savoir le paludisme, la Dengue, la trypanosomiase, la filariose lymphatique, la schistosomiase, leishmaniose et la fièvre jaune. L'insécurité alimentaire et nutritionnelle et la malnutrition chronique endémique avec ses corolaires de mortalité et de morbidité infanto juvénile

Défi et perspectives

Insuffisance d'organisation et de coordination des niveaux de soins et de référence (soins communautaires, centres spécialisés)

Insuffisances de la gouvernance des formations sanitaires

Inadéquation entre l'offre et la demande : le contexte sécuritaire et la sécurité sanitaire crée de nouveaux besoins insuffisamment déployés (chirurgie, psychologie, réanimation)

Organisation insuffisante des urgences

Organisation et intégration insuffisante du secteur privé et de la médecine traditionnelle ;

Insuffisance et inadéquation des infrastructures équipements medicotechniques et la logistique ;

Faible disponibilité des stocks de certains consommables dans les établissements de santé ;

Insuffisance des Produits sanguins labiles (PSL) ;

Insuffisance de normalisation des prestations de soins ;

Faible qualité des prestations de soins ;

Insuffisance de la sécurité des soins ;

Insuffisance de l'hygiène des soins ;

Insuffisance de régulation de l'offre de soins

Approches de Solution

- Mise en place de l'assurance maladie universelle (décret pris en conseil des ministres en Janvier 2018) ;
- Mise en place de la démarche de certification des formations sanitaires au référentiel national qualité ;
- Mise en place du SAMU
- Renforcement de la réglementation, la normalisation et la gouvernance des FS
- Création de réseaux, collaboration et coordination entre les entités d'offre de soins
- Améliorer la disponibilité des consommables et médicaments au niveau de la CAMEG ;
- Renforcer la disponibilité des PSL par la construction des dépôts préleveurs et distributeurs dans les régions ;

- Création de structures hautement spécialisés pour accroître l'accès de soins à la majorité des populations (centre de cancérologie, centre de neurochirurgie...)
- Construction d'infrastructures sanitaires ;
- Renforcement de la maintenance et équipement des infrastructures sanitaires selon des normes ;
- Assurer la disponibilité et l'accès aux soins de santé dans les zones à sécurité précaire (stratégie de résilience, plan d'urgence pour la continuité de soins en zone de sécurité précaire);
- Recrutement continu et formation du personnel de santé ;
- Rendre opérationnelle les schémas directeurs de gestion des déchets solides et les plans stratégiques de gestion des ordures ménagères dans quelques grandes villes du pays,
- Mettre en œuvre de la politique et des stratégies en matière d'assainissement
- Appliquer les lois portant Code de l'environnement et Code de l'hygiène publique prévoient qu'un soin particulier soit apporté à l'environnement physique afin de le rendre propice à la vie et à l'épanouissement de l'homme

Recommandations

Malgré tous les efforts consentis par le Ministère de la Santé pour rendre disponibles les soins de qualité accessibles à la population, la couverture sanitaire reste insuffisante.

Il s'avérerait nécessaire d'engager des réformes profondes telles que :

- La mise en place de la Fonction publique hospitalière,
- L'Assurance maladie universelle (AMU),
- La mise en place du Service d'Aide (Assistance) Médicale d'Urgences : SAMU
- La certification des formations sanitaires au référentiel national qualité qui contribueront à améliorer la disponibilité des soins de santé.

Bibliographie

Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., Actualité et dossier en santé publique (ADSP), n° 118, 2022/06, 49-51.

Fournier C., In Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. Ouvrage de l'Irdes n° 8, série Sociologie, 2022/06, 123-138.

Morize N. Sciences sociales et santé. En ligne le 19/02/2022. Vol 40, n° 1, 2022/03, 1-27. (Catégorie 4 - CNRS) - (Cat. C - Hcéres)

Coldefy M., avec la collaboration de Maugiron P. Paris : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), 2022/04, 173 p.

Jusot F., Wittwer J., Dossier « Réflexions éthiques autour du Covid-19 », Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP), n° 117, 2022/03, 50-52.

ⁱ PNDS Mauritanie 2017-2022 : <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Mauritanie-Plan-National-de-Developpement-Sanitaire-2017-2020.pdf>

ⁱⁱ https://www.masef.gov.mr/IMG/pdf/strategie_nationale_d_institutionnalisation_du_genre.pdf

ⁱⁱⁱ Dr Geoffray KAKESI ; janvier 2022 ; Rapport de l'évaluation du niveau de performance des Postes de santé et Centres de en fonction de la grille OMS d'évaluation du niveau d'intégration de la PCIMA ; santé Willaya du HEC , Mauritanie.

^{iv} Dr Geoffray KAKESI ; janvier 2022 ; Rapport de l'évaluation du niveau de performance des Postes de santé et Centres de en fonction de la grille OMS d'évaluation du niveau d'intégration de la PCIMA ; santé Willaya du HEC , Mauritanie.