



FR

**CETTE ACTION EST FINANCÉE PAR L'UNION EUROPÉENNE**

**Annexe**

de la décision modifiant la décision de la Commission C(2019) 7490 du 16.10.2019 relative au programme d'action annuel en faveur de la République islamique de Mauritanie

**Document d'action concernant le « Programme d'appui au secteur de la santé 2 (PASS2) »**

<b>1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS</b>	Programme d'appui au secteur de la santé 2 (PASS2) Numéro CRIS: MR/FED/041-295 financé par le 11 <sup>e</sup> Fonds européen de développement (FED)	
<b>2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation</b>	L'action sera menée à l'endroit suivant: République islamique de Mauritanie (RIM)	
<b>3. Document de programmation</b>	Programme indicatif national (PIN) de Mauritanie 11 <sup>e</sup> FED (2014-2020)	
<b>4. Objectifs de développement durable (ODD)</b>	ODD principal/principaux sur la base de la section 4.4 : ODD 3 Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge Autre(s) ODD significatif(s) sur la base de la section 4.4 ; ODD 1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim ODD 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ODD 10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.	
<b>5. Secteur d'intervention/domaine thématique</b>	Santé: 3 <sup>e</sup> Secteur de concentration 11 <sup>e</sup> FED	Aide au développement: OUI <sup>1</sup>
<b>6. Montants concernés</b>	Coût total estimé : 25 175 000 EUR Montant total de la contribution du FED 24 000 000 EUR dont : - 12 000 000 EUR au titre de l'appui budgétaire - 12 000 000 au titre de la modalité projet La présente action fait l'objet d'un cofinancement parallèle de la part du Gouvernement de la République islamique de Mauritanie pour un montant de 1 175 000 EUR	
<b>7. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre</b>	Modalité de projet / Appui budgétaire  <b>Gestion directe</b> avec appui budgétaire: contrat d'appui aux performances des réformes sectorielles  <b>Gestion directe</b> avec : subvention au ministère de la santé <b>Gestion indirecte</b> avec l'agence belge de développement, ENABEL	

<sup>1</sup> L'aide publique au développement doit avoir pour objectif essentiel la promotion du développement économique et du bien-être dans les pays en développement.

<b>8 a) Code(s) CAD</b>	120 Santé ; 12110 Politique de la santé et gestion administrative 12220 Soins et services de santé de base			
<b>b) Principal canal de distribution</b>	10000 Public sector institution 12000 - Recipient Government			
<b>9. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)<sup>2</sup></b>	<b>Objectif stratégique général</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif significatif</b>	<b>Objectif principal</b>
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre les hommes et les femmes et émancipation des femmes et des jeunes filles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<b>Marqueurs de la convention de Rio</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif significatif</b>	<b>Objectif principal</b>
	Diversité biologique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Programmes thématiques phares « Biens publics mondiaux et les défis qui les accompagnent »</b>	S.O.			

<sup>2</sup> Lorsqu'un marqueur est signalé comme un objectif significatif/principal, la description de l'action doit refléter une intention explicite de traiter le thème particulier dans la définition des objectifs, des résultats, des activités et/ou des indicateurs (ou des critères de performance/décaissement, en cas d'appui budgétaire).

## RESUME

La santé constitue la troisième priorité de développement pour l'Union européenne en Mauritanie, selon le programme indicatif national (2014-2020). La logique d'intervention de l'Union européenne dans le secteur de la santé en Mauritanie a été programmée pour s'articuler en deux conventions de financement différentes en appui à la politique sectorielle de la santé (2016-2030) et à son plan national de développement sanitaire (2016-2020 et 2020-2025).

Bien que la faiblesse du système de santé, associée aux faiblesses institutionnelles et organisationnelles du ministère persiste, le PASS1 a contribué à renforcer les capacités du ministère de la santé, à appuyer le système sanitaire, à mettre en place des expériences pilotes de couverture sanitaire universelle (CSU) et à développer les synergies entre les acteurs.

Cette deuxième convention, (PASS2) objet du présent document d'action (DA) et en continuité avec la première convention de financement, conserve l'objectif général de contribuer à la réduction de la pauvreté en Mauritanie en donnant aux individus les moyens de vivre une vie saine et en promouvant le bien-être de tous et toutes, à tout âge (objectif de développement durable N°3).

L'objectif spécifique est d'améliorer et de rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité, en ligne avec les objectifs du plan national de développement sanitaire (PNDS) et de la stratégie nationale de protection sociale (SNPS) et vise à la mise en place de manière progressive la couverture sanitaire universelle (CSU).

Aussi le PASS2 portera principalement sur: (i) la mise en place des réformes prévues par le plan national de développement sanitaire (PNDS 2020-2025), relatives à la gouvernance du secteur, aux ressources humaines, à la déconcentration, etc.; (ii) la programmation du secteur et le renforcement du système de santé (iii) la mise en place d'un système d'achats de services sanitaires à travers la création d'un fonds pour la couverture sanitaire universelle.

Le PASS2 s'articule autour des cinq mêmes composantes en continuité avec le PASS1 : i) gouvernance du secteur; ii) amélioration de l'offre de soins; iii) médicaments et consommables; iv) formation et gestion ressources humaines; v) protection sociale et demande en santé.

En 2020, à l'instar de tous les pays du monde, la Mauritanie est durement frappée par la crise du COVID-19. Les effets socio-économiques de la crise ont eu pour effet de ralentir fortement l'économie, de dégrader les finances publiques par l'augmentation des dépenses et le ralentissement des revenus, et plus spécifiquement de générer un important besoin de trésorerie pour faire face aux dépenses de santé, aux aides de soutien aux populations vivant dans les situations les plus vulnérables et aux exonérations fiscales décidées pour soutenir l'économie. L'analyse préliminaire de l'impact socio-économique du COVID-19 en Mauritanie met en évidence une forte vulnérabilité des ménages pauvres des zones urbaines et des femmes qui seront plus touchées par l'impact négatif des pertes d'emploi, la déscolarisation et l'augmentation des violences basées sur le genre.

Le programme sera mis en œuvre à travers trois modalités :

- 1) Un appui budgétaire sous forme de contrat d'appui aux performances des réformes sectorielles pour appuyer le gouvernement dans la mise en œuvre d'actions de riposte contre la pandémie COVID-19 ;
- 2) Un appui institutionnel ;
- 3) Une subvention directe au ministère de la santé.

Cette action sera mise en œuvre dans un contexte COVID-19 et adaptée si nécessaire pour atteindre son objectif.

## **1 ANALYSE DU CONTEXTE**

### **1.1 Description du contexte**

L'élaboration du PASS2, s'inscrit pour la Mauritanie dans un contexte programmatique de nouvelles opportunités politico-socio-économiques importantes. Elle est assortie d'une nécessité de cohérence avec les divers outils nationaux, la stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée 2016-2030 (SCAPP) et la nouvelle loi organique des lois de finance de 2018 (LOLF) ainsi que de planification stratégique du secteur de la santé (politique nationale sanitaire 2030 et plan opérationnel).

La réponse de l'UE aux effets dévastateurs de la crise COVID-19 demande une adaptation du Programme d'appui au secteur de la santé 2 (PASS2) en intégrant une nouvelle modalité de mise en œuvre avec un appui budgétaire sous la forme d'un contrat d'appui aux performances des réformes sectorielles.

La Mauritanie vit depuis mars 2020, comme la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne de la région, au rythme de la menace sanitaire du COVID-19. A la date du 1er juillet 2020, la situation sanitaire de la Mauritanie face au COVID-19 présentée par le ministère de la santé est la suivante : un cumul de 4 472 cas confirmés (2 666 cas actifs suivis, 19 décès et 1 677 guérisons), 46 Moughataas sur les 52 que compte le pays avec des cas actifs, un taux de létalité de 2,88 %, un taux de guérison de 37,05 % et 41 862 tests effectués.

Face à cette situation sanitaire, sociale et économique difficile, l'UE comme tous les autres partenaires techniques et financiers, accompagne la Mauritanie pour faire face aux impacts de la pandémie COVID-19. Dans le cadre du PASS1 et à travers la subvention octroyée au ministère de la santé pour la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire, l'appui de l'Union européenne a permis de (i) former un pool de formateurs et du personnel de santé dans 9 wilayas (environ 150 personnes) sur la surveillance épidémiologique, la connaissance du COVID-19 et les prélèvements (réalisées au début de la crise sanitaire), (ii) de former 120 personnes sur la prise en charge des médecins chefs et du personnel de santé des 3 Wilayas de Nouakchott, (iii) fournir des kits de protection et de détection dans environ 400 formations sanitaires dans plusieurs régions (Assaba, Brakna, Guidimakha, Gorgol, Trarza, et Nouakchott) en partenariat avec un consortium d'organisations non-gouvernementales (ONG) (Croix-Rouge française en tant que chef de file avec le Croissant rouge mauritanien) pour la distribution, (iv) renforcer les capacités de diagnostic et d'examens virologiques du Laboratoire national (INRSP) en la dotant d'une machine de réaction de polymérisation en chaîne à extraction automatique et des consommables nécessaires pour 30 000 tests, (v) fournir un lot de médicaments et (vi) d'accompagner le ministère de la santé dans sa communication sur le COVID-19 à destination de la population et des formations sanitaires (affiches, chanson, clip vidéo en cinq langues, dépliant).

En complément, l'ajout de la modalité d'appui budgétaire sous forme de contrat d'appui aux performances des réformes sectorielles dans le cadre du PASS2 permettra d'accompagner le gouvernement mauritanien et plus particulièrement le ministère de la santé dans la mise en œuvre d'actions en riposte au COVID-19.

### **1.2 Cadre stratégique de l'action**

La santé est considérée comme un bien public mondial et l'accessibilité à des soins de santé de qualité occupait déjà un rang très élevé parmi les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'objectif 3, « Santé et bien-être pour tous » en tant que l'une des cibles principales des objectifs de développement durable (ODD) renouvelle cet objectif d'ici à l'horizon 2030. Les ODD par ailleurs représentent un changement de paradigme et appellent à aborder les déterminants sociaux et environnementaux de la santé : la plupart des ODD incluent des cibles concernant directement ou indirectement la santé, et requièrent une approche multisectorielle.

La santé constitue la troisième priorité de développement pour l'Union européenne en Mauritanie, selon le programme indicatif national (2014-2020) signé entre la Commission européenne et le gouvernement de la Mauritanie le 19 juin 2014. Le choix de ce secteur prioritaire est fondé sur la

problématique de la santé en Mauritanie. En effet, le secteur santé est confronté à une crise complexe et majeure affectant les ressources humaines, les technologies et produits médicaux essentiels et le système d'information sanitaire.

C'est ainsi que l'Union européenne a appuyé la réalisation et soutient la politique nationale de santé à l'horizon 2030 (2017-2030) de la Mauritanie à travers la mise en œuvre de son plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2020, visant à l'amélioration de l'accès universel et équitable à des services de santé efficaces, et ciblée sur la santé sexuelle et reproductive, infantile et juvénile ainsi que sur la nutrition.

Plus particulièrement, l'objectif général a été d'améliorer durablement la santé des populations et d'atténuer l'impact de la pauvreté sur les groupes vivant dans les situations les plus vulnérables en appuyant et renforçant la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire. Pour y parvenir, la stratégie de l'Union européenne est basée sur trois domaines clefs :

- Les soins de santé primaires, la santé sexuelle, reproductive et infantile, y compris la nutrition;
- Les ressources humaines;
- La disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels.

Le PNDS (2012-2020) a bénéficié d'une revue à mi-parcours (actuellement deuxième phase 2017/2020) et les travaux de rédaction du prochain PNDS (2021-2025) ont commencé fin 2019.

En outre, l'accessibilité à des soins de santé de qualité est inscrite parmi les cibles de l'objectif de développement durable 3 (ODD 3). Une amélioration notable de la situation sanitaire est devenue un préalable pour permettre aux pays en développement de rompre le cycle de la pauvreté.

Plus particulièrement, la santé sexuelle et la santé reproductive et la mortalité infanto maternelle s'avèrent comme étant les défis principaux, voire le défi le plus important, pour les Nations unies dans le contexte des objectifs de développement durable (ODD 3 relatif à la santé). Dans ce contexte, il faut souligner que la Mauritanie enregistre un taux de mortalité infanto maternelle très élevé (582/100 000 naissances vivantes, données du recensement général de la population et de l'habitat 2013 - RGPH). Les actions prévues dans ce domaine s'adressent à cette problématique avec l'objectif de réduire, d'une manière plus effective et rapide, le taux de la mortalité maternelle et néonatale.

L'attention doit aussi être attirée sur le fait que la Mauritanie a signé mi 2018 avec ses partenaires le pacte mondial pour progresser vers une couverture sanitaire universelle (pacte CSU 2030), ce qui manifeste un engagement commun dans le sens des objectifs ambitieux et principes de mise en commun/redistribution qu'implique la CSU d'une part, et d'une plus grande application des principes d'efficacité de l'aide d'autre part.

### **1.3 Analyse des politiques publiques du pays partenaire/de la région**

Faisant suite au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (2001-2015), la Mauritanie a traduit sa vision 2030 dans la stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée 2016-2030 « SCAPP ».

La SCAPP privilégie la diversification et la croissance inclusive et se focalise sur le capital humain, l'environnement des entreprises et la gouvernance qui demeurent des éléments essentiels à la transformation économique et sociale du pays.

La stratégie est articulée autour de trois piliers principaux : (i) la promotion d'une croissance plus forte, durable et inclusive ainsi que de la création d'emplois (en encourageant les activités agricoles, pastorales et halieutiques à plus forte valeur ajoutée ainsi qu'en améliorant les infrastructures et le contexte dans lequel opère le secteur privé) ; (ii) le développement du capital humain et un meilleur accès aux services sociaux de base ; (iii) le renforcement de la gouvernance. La stratégie est mise en œuvre au moyen de plans quinquennaux, dont le premier couvre la période 2016-2020 pendant laquelle les autorités se sont engagées sur la stabilité macroéconomique, le financement des infrastructures publiques et les réformes structurelles afin d'améliorer l'environnement des entreprises.

Une place de choix est accordée à la santé dans la SCAPP notamment dans son levier stratégique 2 en visant l'amélioration des conditions d'accès à des services de santé et de nutrition de qualité avec quatre domaines prioritaires :

- santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent;
- prévention et prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles;
- renforcement du système de santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle;
- gouvernance sanitaire.

Dans ce même calendrier la politique nationale de santé (PNS) s'inscrit également à l'horizon 2030 (2017-2030). La Mauritanie a aussi élaboré son plan stratégique de développement sanitaire (PNDS 2017-2020) en cohérence avec les documents suscités et mis en œuvre à travers des plans annuels opérationnels. Globalement, la mise en œuvre du PNDS nécessitera, sur les quatre années, la mobilisation de plus de 207 milliards d'ouguiyas, avec une évolution annuelle de 43 milliards environ en 2017 à plus de 59 milliards en 2020, ce qui constitue une augmentation raisonnable de 15% en 2018, de 10% en 2019 et de près de 9% en 2020. Ces dépenses de santé seront couvertes, en quasi-totalité (202 milliards d'ouguiyas soit un gap de financement au regard des disponibilités financières), par le budget de l'État à hauteur de 65,8% et par les apports financiers des partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur (soit 34,2%).

La stratégie actuelle du PNDS comprend quatre axes thématiques visant respectivement (i) le renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire, (ii) l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale et infanto juvénile /et des adolescents, (iii) la prévention, lutte contre la maladie et gestion des urgences de santé publique et (iv) un quatrième axe transversal visant le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien aux quatre axes précédents et à l'accès universel aux services essentiels de santé.

L'audit institutionnel et organisationnel du secteur santé réalisé en 2014 financé par l'UE, indique que l'appropriation du PNDS et de la PNS et leur exploitation en tant que tableaux de bord par tous les niveaux du secteur de la santé est faible. On a toutefois assisté à un engagement progressif et à une relative appropriation par les acteurs de la santé au cours de ces deux dernières années. Dans ce sens, grâce à l'appui du programme PASS, une programmation basée sur le PNDS et une budgétisation par résultats avec des revues du plan d'action annuel et une revue sectorielle annuelle ont démarré. La coordination interministérielle et intra-ministérielle, particulièrement entre les multiples programmes nationaux qui opèrent en solo, reste cependant un défi majeur.

La Mauritanie a adopté la stratégie nationale de protection sociale (SNPS) en 2014 avec un ancrage institutionnel au ministère de l'économie et des finances, qui est aussi l'ordonnateur national du FED, pour sa mise en œuvre. La SNPS propose une vision à long terme et une feuille de route pour la création d'un système de protection sociale intégrée. Elle repose sur cinq piliers: (i) la sécurité alimentaire et la nutrition, (ii) l'accès à la santé et à l'éducation, (iii) la sécurité sociale et l'emploi, (iv) l'amélioration de l'environnement et (v) l'aide sociale et le soutien aux populations vulnérables. Cette stratégie globale devrait être opérationnalisée par chaque secteur spécifique. C'est ainsi que le département de la santé a pris en compte les dispositions de la SNPS dans l'axe IV du PNDS 2018-2020. Dans ce cadre, un comité technique a été mis en place avec comme mission l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé, dans la perspective de la mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU). Alors que la SNPS est considérée comme l'outil permettant de chapeauter de manière cohérente la lutte contre la pauvreté, la dynamique générale reste encore faible au niveau intersectoriel. L'amélioration de l'approche intersectorielle semble nécessaire pour l'obtention de résultats.

La santé (notamment la santé de la reproduction) fait également partie des prérogatives qui affectent la stratégie nationale d'institutionnalisation du genre portée par le ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille.

Le gouvernement et les principaux PTF actifs dans le secteur de la santé ont signé successivement en 2012 et en 2018 le Global Compact International Health Partnership (IHP+) 2012-2015 et 2018-2020

visant l'amélioration de l'efficacité de l'aide et la promotion d'un développement sanitaire durable. Le Compact est un accord qui entend mettre ensemble tous les efforts du gouvernement, de la société civile et des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour obtenir plus d'efficacité dans la mise en œuvre du PNDS. Sa méthodologie repose sur les piliers de l'appropriation, de l'harmonisation, de l'alignement, de l'orientation vers les résultats et de la responsabilité mutuelle, selon les critères de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Le premier Compact n'a pas donné véritablement de résultats probants, si ce n'est un engagement de coordination des partenaires. Ce nouvel engagement non contraignant devait se traduire par un renforcement du leadership du ministère de la santé dans la définition, le pilotage et le suivi-évaluation de la politique nationale en matière de santé, qui était jusque-là relativement faible. Le pacte est lui-même une traduction en engagements des prescriptions de la Loi organique sur les lois de finances (LOLF) d'avril 2018.

### ***Le Plan national multisectoriel de riposte COVID-19***

Le 8 mai 2020, le ministère de l'économie et de l'industrie a présenté un plan national multisectoriel de riposte COVID-19 au coût annoncé d'environ 643 000 000 USD. Le plan est articulé autour de trois axes : Axe 1 - la réponse sanitaire et sécuritaire à la pandémie, Axe 2 - la réponse sanitaire et sociale immédiate et Axe 3 - focalisation stratégique et relance l'économie (sortie de crise).

Au niveau de l'axe 1 «la réponse sanitaire et sécuritaire à la pandémie », neuf mesures sanitaires ont été définies, à savoir :

1. assurer la coordination et le suivi de l'action pour une gestion efficace de la riposte et un renforcement du système de santé ;
2. promouvoir les mesures de contrôle de l'infection au niveau individuel, des ménages et des formations sanitaires ;
3. assurer l'identification, l'investigation et le suivi des cas contacts de l'ensemble des cas suspects de COVID-19 et d'autres maladies sous surveillance ;
4. mettre en isolement dans des conditions appropriées toutes les personnes nécessitant un confinement ;
5. assurer le prélèvement, le transport et les examens virologiques au laboratoire ;
6. mettre en œuvre les mesures de prévention et de contrôle de l'infection au niveau de toutes les formations sanitaires
7. assurer une prise en charge de qualité à l'ensemble des personnes atteintes du COVID-19 ;
8. assurer la disponibilité des supports et la logistique ;
9. renforcer le système de santé pour la continuité des services essentiels.

Au niveau de l'axe 2 «la réponse économique et sociale immédiate à la pandémie » contient également un certain nombre de mesures à caractère économique pour atténuer les effets économiques de la pandémie présentées ci-après :

1. un dispositif de suivi relatif à l'analyse des impacts de la pandémie avec la mise en place de 4 commissions pilotées par un comité interministériel présidé par le Premier ministre ;
2. la mise en place d'un fonds spécial de réponse au COVID-19 pour faire face aux dépenses supplémentaires notamment en équipements sanitaire et en assistance aux entreprises et ménages les plus vulnérables. A cette hausse des dépenses s'ajoute la baisse des recettes fiscales et diminution des échanges commerciaux dues au ralentissement de l'activité économique. Pour alimenter ce fonds, outre les ressources propres, les partenaires techniques et financiers ont été sollicités Banque Mondiale, UE, Banque africaine de développement - BAD, Nations unies, Agence française de développement - AFD, Banque islamique de développement - BID, Fonds arabe pour le développement économique et social - FADES... ;
3. une action de la Banque centrale de Mauritanie pour garantir la liquidité ;
4. des mesures pour appuyer le secteur privé : allègements fiscaux de redevances, mécanismes de facilitation de crédits aux entreprises, comité de pilotage mixte public/privés, appui aux petites et moyennes entreprises ;

5. des mesures/actions visant les ménages en difficulté : des dons alimentaires, du transfert d'espèces, des allocations mensuelles, la prise en charge des factures d'eau ;
6. des mesures pour stabiliser les produits de première nécessité.

Au niveau de l'axe 3 « la relance de l'économie », le postulat de départ est que la situation liée au COVID-19 peut être une opportunité pour réduire la concentration de l'économie et la dépendance extérieure. Pour cela, il faudra refocaliser sur les secteurs stratégiques, créateurs d'emplois et de valeur durable. Par exemple, la production agro-pastorale et halieutique.

Ce plan montre une volonté de coordination et de réponse à la pandémie par le gouvernement mais en même temps, avec un budget qui représente 50 % du budget de l'Etat, on reste loin d'une approche réaliste, efficace et efficiente, basée sur la réalité du pays.

### ***Le Plan de riposte face à l'épidémie de COVID-19 - Période 2020-2021 du ministère de la santé***

Le 28 janvier 2020, le ministère de la santé a activé le Comité multisectoriel de veille du COVID-19 qui se réunit une fois par semaine. De plus, il a mis en place un comité de veille sanitaire qui se réunit régulièrement. Il a également élaboré pour lui-même « un plan de riposte à l'épidémie de COVID-19 - période 2020-2021 » comportant quatre objectifs spécifiques : (i) promouvoir les mesures de contrôle de l'infection au niveau individuel, collectif et au niveau des formations sanitaires, (ii) renforcer les capacités du pays dans la préparation, la prévention, la détection, la riposte face à une potentielle propagation du coronavirus s'inscrivant dans le cadre du règlement sanitaire international (2005), (iii) renforcer le système de surveillance des événements sanitaires à tous les niveaux et (iv) assurer le fonctionnement régulier du système de santé pendant et après la crise du COVID-19.

Ce plan est articulé autour de huit piliers en référence au « country guidance de l'organisation mondiale de la santé (OMS) » :

- Pilier 1 : coordination, planification et suivi au niveau national ;
- Pilier 2 : communication sur les risques et mobilisation communautaire ;
- Pilier 3 : surveillance, équipes d'intervention rapide et investigation des cas ;
- Pilier 4 : points d'entrée ;
- Pilier 5 : laboratoires nationaux ;
- Pilier 6 : prévention et contrôle des infections ;
- Pilier 7 : prise en charge des cas ;
- Pilier 8 : supports opérationnels, logistique et renforcement du système sanitaire pour la continuité des services essentiels.

Le budget prévisionnel de ce plan pour les années 2020-2021 est de 42 000 000 EUR (1 730 409 774 d'Ouguiyas).

## **1.4 Analyse des parties prenantes**

Le partenaire principal est le ministère de la santé (débiteur d'obligations) aux niveaux central et déconcentré. L'organisation du système public de santé en Mauritanie revêt une forme pyramidale avec trois niveaux de prestations et administratifs : i) le niveau périphérique avec les unités de santé de base, postes de santé et centres de santé, et pour le pilotage les circonscriptions sanitaires de Moughataas (57) avec les équipes cadres de Moughataas ; ii) le niveau intermédiaire secondaire, principalement les centres hospitaliers régionaux des Wilayas (15 régions) et de Moughataas et les directions régionales d'action sanitaire (DRAS, 15) ; le niveau tertiaire avec les centres hospitaliers nationaux et institutions spécialisées concentrées à Nouakchott, et les entités centrales du ministère de la santé. Presque tous les douze centres hospitaliers régionaux, et les sept hôpitaux généraux ou spécialisés situés à Nouakchott - ont été érigés en établissements autonomes à caractère administratif (EPA), et dont les directeurs sont nommés par le conseil des ministres. Le programme travaillera en particulier au niveau périphérique et secondaire. Au rang des structures sanitaires publiques, il faut ajouter les services de santé militaire et ceux de la médecine du travail (concernant essentiellement les installations des grandes sociétés minières).



La faculté de médecine, la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et l'Office de médecine du travail sont placés sous la tutelle d'autres départements. Aux institutions de soins, il faut ajouter: les écoles nationales de santé publique (ESP) et l'école nationale supérieure de santé (ENSSS) qui forment les cadres paramédicaux, l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP), le centre national d'orthopédie et de réhabilitation fonctionnelle (CNORF), le centre national de transfusion sanguine (CTNS), la centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables (CAMEC), la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les instituts paraétatiques ainsi que le laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments (LNCQM).

Outre le ministère de la santé, les autres ministères qui ont une implication dans le secteur santé sont (débiteurs d'obligations) : le ministère de l'économie et des finances qui en plus de la gestion des finances publiques préside le comité de pilotage de la SNPS (qui gère le registre social des ménages vivant en pauvreté) ; le ministère de la fonction publique pour les ressources humaines en santé (RHS) ; le ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille, l'agence nationale TADAMOUN pour la lutte contre la pauvreté et les séquelles de l'esclavage (en particulier pour la mise en place du programme de transferts sociaux Takavoul), le ministère de l'éducation nationale ; le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et également le ministère de l'agriculture et de l'élevage.

Les cabinets et cliniques privées sont surtout présents dans la capitale à Nouakchott et dans quelques grandes villes au niveau régional tandis que les pharmacies privées sont réparties sur tout le territoire. L'enquête SARA a recensé 37 cliniques privées (ayant rang d'hôpital), 49 cabinets médicaux (offrant les services généraux de santé équivalents à des centres de santé) et 62 cabinets de soins privés (de rangs de postes de santé). Les praticiens traditionnels sont encore nombreux et leurs services largement utilisés par la population. Le secteur privé est fragmenté. Les pratiques du secteur privé sont insuffisamment réglementées et encadrées. Une partie du personnel qualifié du secteur public évolue en parallèle dans le secteur privé bien plus rémunérateur.

Plusieurs organisations de la société civile (voir section 3.2) ont conduit des initiatives pertinentes dans différents domaines comme la formation, la santé communautaire, la prévention et le traitement de la malnutrition, la santé maternelle et infantile et la sensibilisation dans le cadre de la mise en œuvre des programmes nationaux. Certaines de ces organisations ont développé des relations de travail avec les directions régionales de l'action sanitaire et les circonscriptions sanitaires des Moughataas qui permettent d'envisager une collaboration efficace à l'avenir. Cependant, il y a une faible participation des organisations locales dans le processus d'élaboration et de suivi-évaluation de la stratégie nationale en matière de santé publique et de la SCAPP.

Les autres acteurs impliqués dans le programme seront les communautés de base à travers les comités de gestion du secteur santé dans les Wilayas et les Moughataas qui vont représenter les différentes voix de personnes (ayants droits) et les PTF du secteur de la santé.

### **1.5 Analyse des problèmes/domaines d'appui prioritaires**

La part du budget de l'État consacré à la santé est de 4,1% en 2017, 4% en 2018 et 5,3% en 2019. Cette part ne varie presque pas depuis 2012 (4%) et 2015 (5,8%) et reste loin des objectifs d'Abuja (15%). Elle est relativement faible comparée aux pays de la sous-région (8% au Sénégal, 11,2% au Burkina, 7% au Mali).

En considérant les comptes nationaux, les dépenses totales de santé en volume ont connu une variation annuelle moyenne de 16% de 2012 à 2015 (83,1 milliards de MRO) et per capita elles ont évolué de 54 USD en 2012 à 74 USD en 2014 pour baisser à 69 USD en 2015. La part des dépenses d'investissements a connu une croissance de +85%/an en moyenne sur cette période (15% des dépenses totales de santé en 2014 et 13% en 2012). L'accroissement des dépenses de santé s'est donc notamment fait en faveur de l'investissement (infrastructures sanitaires du niveau tertiaire). Toujours en considérant l'étude des comptes nationaux de santé, on constate que les dépenses courantes de santé servent surtout le curatif (44%) mais très peu préventif (6%).

Quant à la part des dépenses totales de santé dans le produit intérieur brut (PIB), elle a évolué entre 3% en 2012 et 5% en 2015. Selon ces données, il apparaît que la dépense totale de santé par habitant en Mauritanie est inférieure de 2,5 fois à celle du Maroc et 4 fois à celle de la Tunisie. Elle se situe en dessous de celle de la Côte d'Ivoire mais représente une fois et demie celle du Sénégal.

Les cotisations d'assurance sociale représentent en moyenne 8,6% dans les recettes des régimes de financement entre 2012 et 2015. Il y a donc peu de mutualisation du risque en dehors du budget de l'État. La contribution des ménages par paiement direct représente au contraire 48%. Pour rappel, l'OMS considère qu'au-delà de 20%, ce taux reflète un risque important que les populations subissent des dépenses catastrophiques et tombent dans la pauvreté.

Les premières causes de consultation sont celles d'un pays en développement dans un environnement tropical, avec une prédominance écrasante des maladies transmissibles. Selon l'annuaire statistique de santé 2015, on note dans l'ordre décroissant de fréquence: les infections respiratoires aiguës 29,94% de l'ensemble des consultations, le paludisme 16,93%, la diarrhée simple 13,23%,

La mortalité maternelle a légèrement baissé depuis les années 90, mais le ratio actuel reste l'un des plus élevés en Afrique même s'il enregistre une lente diminution passant de 687 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001 selon l'Enquête démographique et de santé de Mauritanie (EDSM) à 582 décès maternels pour 100 000 naissances en 2013 soit plus de dix ans plus tard selon le RGPH 2013. Ce taux de mortalité maternelle élevé résulte d'une proportion également élevée de grossesses à risques (grossesses précoces et/ou rapprochées), d'une insuffisance du dépistage et du suivi de ces grossesses et d'un accès réduit aux soins obstétricaux d'urgence de qualité, en particulier la césarienne.

**Le manque d'autonomisation des femmes constitue un problème majeur pour la santé**, avec des effets immédiats sur:

- **Le suivi des grossesses et soins prénataux:** en Mauritanie, la grossesse est un processus qui concerne seulement les femmes d'un point de vue social. Cela signifie que l'implication des hommes reste limitée, voire presque inexistante. Ceci devient un problème pour les femmes dépendantes financièrement de leurs conjoints. L'importance accordée à la grossesse et surtout aux soins prénataux est souvent marginalisée, parfois en raison d'une priorisation des besoins familiaux qui amènent la femme enceinte à ne pas faire suivre sa grossesse par les services médicaux. Cette négligence est souvent aggravée par le fait que les femmes, elles-mêmes, ne considèrent pas les soins prénataux comme une priorité et aussi par le coût lié aux soins. Par conséquent, les femmes enceintes continuent d'effectuer des travaux pénibles surtout en milieu rural.
- **La mortalité materno-infantile:** une des causes identifiées de la souffrance ou de la mortalité néonatale, est le retard des femmes pour se rendre aux services sanitaires à l'occasion de l'accouchement. En plus du temps lié au trajet pour arriver et l'attente aux centres de références, il faut également tenir compte des retards pour prendre la décision d'aller à l'hôpital et de chercher les moyens pour le déplacement qui répondent aussi à une autonomisation très limitée des femmes dans la prise de décision, et à la faible implication des hommes dans la grossesse et l'accouchement de leur épouse.
- **La malnutrition:** en Mauritanie, la prise en charge de la malnutrition est gratuite. Cependant, il y a très souvent des cas de parents qui n'amènent pas leurs enfants touchés par la malnutrition aux centres de santé. Dans le contexte de la malnutrition et de la santé en général, ce sont les femmes (mères, sœurs, filles, etc.) qui s'occupent généralement de leurs proches. L'accès inégal aux ressources et les barrières à l'accès aux services de santé pour les femmes comme le déplacement, mais aussi les différents rôles et responsabilités des hommes et des femmes par rapport à la garde d'enfants, sont des facteurs essentiels qui déterminent la prévalence de la malnutrition et du suivi de ce problème au niveau de la famille.
- **Les déséquilibres dans la répartition des ressources humaines de santé:** selon le plan national de développement sanitaire, l'effectif du personnel de santé a doublé en 10 ans (6548 en 2016

contre 3872 en 2006). Cependant, il y a très peu de mobilité dans toutes les catégories professionnelles sanitaires. En général, le personnel sanitaire n'est pas disposé à résider à l'intérieur du pays. Ce problème affecte d'une manière plus particulière le personnel féminin, et notamment les sages-femmes, infirmières et personnel traditionnellement lié aux domaines de la santé sexuelle et reproductive: planification familiale, prévention des maladies, nutrition et soins prénataux. Les femmes professionnelles du secteur rencontrent des entraves d'ordre social et culturel qui les empêchent de partir ailleurs, ainsi que l'autocensure, la pression de la famille, ou les réticences à devenir autonomes.

Si certains progrès ont été réalisés en Mauritanie dans le domaine de la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile (MIJ) ceux-ci demeurent plus élevés que les niveaux ciblés en 2015 pour les OMD et qui sont passés respectivement de 107‰ et 127‰ en 2001 selon l'EDSM à 77‰ et 122‰ en 2007 puis à 75‰ et 118‰ en 2011 et à 43‰ et 54‰ en 2015 selon l'enquête MICS - enquête par grappes à indicateurs multiples.

La plupart des interventions sanitaires à haut impact, en dehors de la vaccination qui a enregistré des résultats positifs, n'a pas connu d'amélioration notable durant les dernières années. 63% des accouchements sont assistés par des agents de santé qualifiés (annuaire statistique 2017) et le taux d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre dans les deux dernières semaines et ont reçu un traitement antipaludéen reste inférieur à 19,8% (MICS 2015). Selon l'office national de la statistique, 82,2% de la population n'utilise aucune méthode contraceptive.

Selon la même source, le taux de natalité chez les adolescentes était de 71‰ en 2011 et de 84‰ en 2015 (sachant que ce taux varie selon le milieu (rural ou urbain), le niveau de bien-être économique, la tranche d'âge, l'ethnie et la région). Une pratique encore large des mutilations génitales féminines (MGF - 66.6% MICS 2015) surtout en zones rurales, et les mariages précoces (35.2% des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans et 15.6% le sont avant l'âge de 15 ans - MICS 2015), limitent l'impact des mesures de santé sexuelle et reproductive. La malnutrition reste un problème important avec une prévalence d'émaciation modérée et grave statique de 14,8% (MICS 2015) avec des graves retombées sur le développement économique et social du pays.

La sous-utilisation et faible performance des services de santé s'expliquent en partie par des dysfonctionnements des structures de santé dus essentiellement au manque de disponibilité de ressources humaines qualifiées et à leur inégale répartition sur le territoire, au manque de médicaments et des équipements de base, et au faible niveau de financement au niveau déconcentré.

Dans l'est du pays, à la frontière avec le Mali, la faible capacité opérationnelle de l'offre sanitaire est couplée à l'arrivée massive depuis 2012 de réfugiés maliens qui accroissent fortement la concentration de population dans le département (la population réfugiée – 58 000 personnes en avril 2019 – est à présent supérieure à la population hôte), rendant la situation particulièrement critique.

**Gouvernance du secteur:** les principales contraintes organisationnelles qui limitent le fonctionnement du ministère de la santé sont l'excès de centralisation, une absence de cadre organique qui correspond aux meilleures pratiques. L'autonomie de gestion des hôpitaux et des agences médicales n'a pas été accompagnée par les mesures appropriées qui assurent la transparence, la redevabilité et l'efficacité. Le système de contractualisation n'existe pas encore à une échelle significative, et il n'y a pas de séparation des fonctions de prestation, de régulation, de vérification et de paiement de services. Les textes législatifs et réglementaires ne sont pas toujours cohérents et adaptés aux besoins. Les constats et recommandations de l'inspection générale de la santé qui par ailleurs a peu de moyens, sont rarement suivis d'effet. La réglementation de l'exercice privé des professions de santé est à la fois ancienne et faiblement appliquée. L'utilisation massive du personnel du secteur public par le secteur privé, qui a pourtant fait l'objet de circulaires et d'instructions, reste un problème majeur. En découle la nécessité d'une politique des ressources humaines qui met l'accent sur l'amélioration de la couverture et la qualité, visant système service du citoyen et patient et ses droits.

Concernant la gouvernance financière, les services centraux et déconcentrés gèrent le budget sur base de procédures administratives classiques. Les établissements publics à caractère administratif (EPA), y compris les centres hospitaliers, disposent de l'autonomie de gestion. Les programmes disposent d'une semi-autonomie de fait, y compris financière, sur base d'arrêtés pris par le ministère de la santé et non pas de décrets. Il y a un grand nombre d'unités de gestion utilisant parfois des comptes bancaires du secteur privé avec pour corollaire des difficultés de coordination, un manque de vision commune, des frais de gestion importants, des doubles emplois et des difficultés de suivi et de contrôle. L'autonomie de gestion n'est pas accompagnée par des mesures qui assurent la transparence, la redevabilité et l'efficacité : outils de gestion performants, audits réguliers, personnel compétent en comptabilité et gestion. Les arrêtés ministériels ne spécifient pas clairement qui est l'ordonnateur du budget des programmes.

**Capacité opérationnelle:** l'enquête SARA 2018 dans ses résultats préliminaires, relève des insuffisances importantes en termes de capacité opérationnelle du secteur, d'un point de vue de disponibilité des moyens et intrants, ainsi que de disponibilité des médicaments essentiels et/ou de disponibilité des soins de santé sexuelle et reproductive de base. Plus particulièrement, la Mauritanie enregistre des indices relativement faibles dans plusieurs secteurs et comparativement aux pays voisins moins avancés (tels le Niger ou le Burkina Faso), notamment sur la disponibilité des équipements essentiels, sur la capacité de diagnostic, sur la disponibilité des médicaments essentiels ainsi que sur la capacité opérationnelle des services généraux.

En outre, le système national d'information sanitaire du ministère de la santé n'est pas encore efficace car l'intégration des données hospitalières et celle du secteur privé médical n'est pas encore optimum. Le ministère de la santé est en cours d'implémentation du District Health Information System 2 (DHIS2) comme nouvelle stratégie de pilotage et de gestion de l'information sanitaire. Toutefois, l'encadrement technique et la mobilisation financière de la stratégie reste insuffisante.

En ce qui concerne l'accès aux soins, il faut souligner que la répartition géographique des unités sanitaires enregistre des limitations majeures. En effet, les barrières géographiques expliquent en partie la situation du côté de la demande de soins: plus d'un quart de la population vit à plus de 5 km d'une structure sanitaire fonctionnelle, comme indiqué par « carte sanitaire, Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire (DPCIS) ministère de la santé réalisée sur financement de la coopération espagnole, 2014 ». Les centres de santé suivent une logique de distribution administrative, en prenant rarement en compte la concentration de la population dans certaines Moughataas, les aspects socio-culturels, l'absence de moyen de transports, la non-disponibilité des mécanismes d'assistance financière. Par conséquent, la distribution d'infrastructures reste mal répartie, en raison d'une forte concentration de la population dans certaines Moughataas au détriment d'autres.

**Disponibilité de médicaments, approvisionnement et intrants:** Les médicaments ainsi que les consommables et les dispositifs médicaux font défaut dans les structures de soins essentiellement en raison (i) des difficultés financières de la centrale d'achat du gouvernement (CAMEC) dues principalement aux créances non honorées des prestataires publics, (ii) d'un manque de gestion moderne et autonome de la CAMEC, (iii) de sérieux problèmes logistiques, notamment de transport et de stockage puisque la CAMEC limite la distribution à ses dépôts régionaux et, (iv) d'une centralisation élevée et d'une dispersion des intervenants dans l'approvisionnement (OMS, 2011).

**Gestion et disponibilité de ressources humaines:** la Mauritanie n'est pas dans une situation critique en ce qui concerne le nombre de ressources humaines pour la santé. Le problème criant des ressources humaines en santé est la répartition géographique du personnel médical et paramédical, dont la plupart travaillent dans la capitale et les grands centres urbains. La répartition des sages-femmes en est une parfaite illustration. Ceci est dû principalement à une mauvaise gestion de la mobilité des ressources humaines et à l'inefficacité / iniquité du système de motivation, auxquels s'ajoutent la double centralisation, aux niveaux central et de la région et des considérations culturelles et sociales liées au statut des femmes dans la société. La performance des agents de santé est relativement faible en raison

de la qualité de la formation de base, l'absence d'une véritable stratégie de formation continue, la faiblesse de suivi et contrôle, les conditions de travail difficiles.

**Couverture sanitaire universelle:** en ce qui concerne l'accessibilité financière de la population, même si le niveau des dépenses de santé par paiement direct (50,4% des dépenses totales de santé en 2016<sup>3</sup>, CNS 2011-2013) est légèrement inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne, seulement 13% de la population sont couverts par le régime de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ; les mutuelles de santé ne couvrent quant à elles que 0,3% de la population. Les populations vivant en situation de pauvreté sont les plus affectées par la charge financière des soins de santé. En outre, la gratuité des soins et les programmes subventionnés (paludisme et soins obstétricaux) restent marginaux. Le mécanisme de mutualisation par cotisation des ménages reste limité. L'accès aux soins de la population est très largement dépendant de ses revenus, autrement dit la barrière financière à l'accès aux soins reste largement à lever.

L'urgence liée à la pandémie COVID-19 s'insère dans une situation déjà problématique au niveau de la faiblesse du système sanitaire comme illustré ci-dessus. De plus, les conséquences de la crise du COVID-19 pour la Mauritanie de manière générale et plus spécifiquement sur les franges les plus vulnérables de la population (enfants, femmes, personnes âgées, indigents, jeunes, réfugiés, migrants etc.) sont potentiellement porteuses de tensions et d'instabilité sociales. La Mauritanie est un pays vulnérable aux chocs externes, avec un risque très élevé en matière de sécurité alimentaire et de nutrition. La période de soudure 2020 s'annonce particulièrement difficile et commencera certainement précocement.

La Banque mondiale a réalisé en juin 2020 une analyse préliminaire sur les effets socio-économiques potentiels de la crise COVID-19 sur la Mauritanie à destination des autorités du pays et des PTF. En résumé, concernant l'impact économique, les mesures de confinement pour lutter contre la propagation de la pandémie et le ralentissement économique des principaux partenaires commerciaux de la Mauritanie, à savoir l'Europe et la Chine, devraient entraîner une baisse de la demande pour les exportations produites en Mauritanie. Ces dernières concernent essentiellement les produits de la pêche et le minerai de fer. La croissance du PIB pourrait ainsi baisser considérablement, passant de +5,9% en 2019 à un taux de -1,6 % pour un scénario de base et un taux de -5,9% pour un scénario de baisse en 2020. De plus, le retard de projets d'investissements conséquents comme celui de la phase 1 du champ gazier dans le sud du pays, qui en ce moment est de l'ordre de 12 mois, pourrait avoir pour conséquence une réduction des flux d'investissements directs étrangers.

La diminution des recettes fiscales, la mise en place d'un Fonds d'urgence pour faire face aux conséquences de la pandémie COVID-19 et les mesures sociales prises par le gouvernement (prise en charge des factures d'eau et d'électricité pour des familles vivant en pauvreté, octroi de subventions aux familles vivant dans les situations les plus vulnérables, exonération des droits de douane et d'impôts sur plusieurs produits de base importés, suppression de taxes pour les travailleurs du secteur de la pêche artisanale) auront également des conséquences importantes sur le budget de l'Etat. Les projections du solde budgétaire réalisées par la Banque mondiale donnent le résultat suivant : passage d'un surplus de 2% du PIB en 2019 à un déficit d'environ 3,2% en 2020. Le ralentissement économique dû au COVID-19 aura également des effets négatifs très importants sur la population avec notamment la baisse de l'emploi, la baisse ou la perte de revenus (notamment dans le secteur des services et des individus) et ce particulièrement en milieu urbain, la baisse des transferts monétaires des travailleurs de la capitale à leurs familles en région et l'augmentation probable du prix des denrées alimentaires qui vont avoir un effet sur le bien-être des personnes et sur leurs conditions de vie.

Par ailleurs, en avril 2020, une première analyse d'impact macroéconomique suite à l'expansion du COVID-19 a été réalisée par le Fonds monétaire internationale (FMI), dans le cadre de la préparation à

---

<sup>3</sup> (2019) Lancet [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)

l'octroi de l'accès à la Mauritanie à la Facilité de crédit rapide (RCF). L'estimation réalisée par le FMI prévoit une contraction de l'économie d'environ 2% du PIB ainsi qu'un déficit budgétaire de 3,2% des recettes d'exportations non extractive produit intérieur brut (estimation équivalent à 210 millions d'USD) et perte de mobilisation des ressources internes de 3% du secteur non extractif produit intérieur brut. Des mesures rectificatives sur des projets non essentiels ont été adoptées dans la Loi de finances rectificative 2020. Le FMI met l'accent sur la prévisible détérioration de la balance de paiements et constate également que bien que le niveau de la dette publique reste encore très élevé, la capacité de remboursement reste soutenable et maîtrisée. Les autorités mauritaniennes ont lancé un appel aux bailleurs internationaux (BM, FMI, UE, BAD) sous la forme de subventions et prêts concessionnels afin d'affronter les fluctuations de la balance de paiements.

Face à cette difficile situation économique, l'UE comme tous les autres partenaires techniques et financiers, accompagne la Mauritanie pour faire face aux impacts économiques et sociaux de la pandémie COVID-19. Il est primordial de se concentrer sur les priorités nationales en s'assurant que des amortisseurs budgétaires soient suffisants pour réorienter une partie du budget afin de répondre à la crise sanitaire et booster l'économie locale tout en améliorant la reprise post-crise. L'accent doit être mis sur la diversification de l'économie. De plus, l'économie devra être plus résiliente aux chocs externes en adoptant un modèle économique et de gestion des finances publiques basé sur la redevabilité, la transparence et la viabilité.

## **1.6 Autres domaines d'évaluation**

### ***1.6.1 Valeurs fondamentales***

La République islamique de Mauritanie a démontré son attachement aux valeurs fondamentales. Les dernières élections législatives (2018) et présidentielle (2019) se sont déroulées de façon globalement acceptable sans problèmes majeurs. Le concept de démocratie est encore récent en Mauritanie et des progrès restent à faire pour parvenir à l'indépendance des pouvoirs dans l'esprit de service à la population.

La liberté de presse est garantie et les mécanismes d'observation par les organisations nationales ou internationales de la société civile n'ont pas connu d'entraves majeures au cours de ces dernières années. Le problème principal réside dans la limite des capacités/connaissances des associations mais également des médias. Le manque de professionnalisme des journalistes et l'autocensure limitent la crédibilité de la presse.

La société civile participe faiblement au contrôle de l'action de l'Etat : il n'existe pas de mécanisme participatif à l'élaboration du budget ni autres mécanismes de participation de la société civile.

Le système judiciaire représente un des maillons les plus faibles de l'Etat mauritanien. Le traitement des dossiers judiciaires est parfois aléatoire en fonction d'influence et d'intérêts particuliers. Selon le World Justice Project Rule of law index 2020, la Mauritanie est classée à la 123<sup>e</sup> place sur 128 pays (avec un score de 0,36 en note globale en très légère amélioration par rapport à l'exercice 2019, dont le score était 0,35, au rang de 122/126).

Diverses institutions ont été créées pour améliorer et faire une veille permanente du respect des droits de l'homme : la Commission nationale des droits de l'homme (formellement indépendante mais en réalité proche du gouvernement) et le Commissariat aux droits de l'homme, à l'Action humanitaire et aux relations avec la société civile (organe public). Ces institutions exercent leur rôle librement dans la limite de leurs moyens. Les avancements en matière de droits de l'homme sont lents, car le changement profond de la société requiert du temps.

Les droits des femmes et des mineurs sont reconnus par la ratification des conventions internationales, ainsi que des textes spécifiques concernant les mineurs. La Mauritanie a adopté le Code de protection de l'enfance en 2018. Néanmoins, l'application de certains aspects de la Charia dont s'inspire le droit de la famille, et la coexistence de celle-ci avec le droit moderne, ne facilite pas l'ancrage du respect des droits des femmes et les classes démunies. La situation des femmes n'est pas homogène et reste

tributaire de leur sphère socioculturelle. Les organisations de la société civile constatent et dénoncent une recrudescence de la violence à l'encontre des femmes.

### ***1.6.2 Politique macro-économique***

La République islamique de Mauritanie met en œuvre une politique macro-économique tournée vers la stabilité dans le cadre du programme avec le FMI en décembre 2017 avec un accord triennal au titre de la facilité élargie de crédit.

Sur base des dernières estimations disponibles, la crise COVID-19 devrait cependant avoir de multiples conséquences, mises en avant par la Banque mondiale et le FMI. L'impact du coronavirus pèse fortement sur l'économie nationale et la situation des finances publiques et aura pour conséquence un ralentissement de la croissance en Mauritanie alors même que les performances du pays continuent d'être solides et que les autorités conduisent des politiques prudentes et progressent dans les réformes. La pandémie a engendré une balance des paiements et des besoins budgétaires urgents.

La Banque mondiale a réalisé en juin 2020 une analyse préliminaire sur les effets socio-économiques potentiels de la crise du COVID-19 sur la Mauritanie à destination des autorités du pays et des PTF. Concernant l'impact économique, les mesures de confinement pour lutter contre la COVID-19 et le ralentissement actuel économique des principaux partenaires commerciaux de la Mauritanie, à savoir l'Europe et la Chine, devraient entraîner une baisse de la demande pour les exportations produites en Mauritanie. Ces dernières concernent essentiellement les produits de la pêche et le minerai de fer. La croissance du PIB pourrait ainsi baisser considérablement, passant de +5,9% en 2019 à un taux de -1,6 % pour un scénario de base et un taux de -5,9% pour un scénario de baisse en 2020. De plus, le retard de projets d'investissement conséquents comme celui de la phase 1 du champ gazier dans le sud du pays, qui en ce moment sont de l'ordre de 12 mois, pourraient avoir comme conséquence une réduction des flux d'investissements directs étrangers.

La diminution en vue des recettes fiscales, la mise en place d'un Fonds d'urgence pour faire face au COVID-19 et les mesures sociales prises par le Gouvernement (prise en charge des factures d'eau et d'électricité pour des familles pauvres, octroi de subventions aux familles vulnérables, exonération des droits de douane et d'impôts sur plusieurs produits de base importés, suppression de taxes pour les travailleurs du secteur de la pêche artisanale) auront également des conséquences importantes sur le budget. Les projections du solde budgétaire réalisées par la Banque mondiale donnent le résultat suivant : passage d'un surplus de 2% du PIB en 2019 à un déficit d'environ 3,2% en 2020. Le ralentissement économique dû au COVID-19 aura également des effets négatifs très importants sur la population avec notamment la baisse de l'emploi, la baisse ou la perte de revenus (notamment dans le secteur des services) et ce particulièrement en milieu urbain, la baisse des transferts monétaires des travailleurs de la capitale à leurs familles en milieu rural et l'augmentation probable du prix des denrées alimentaires.

En avril 2020 une première analyse d'impact macroéconomique du COVID-19 a été réalisée par l'FMI, dans le cadre de la préparation à l'octroi de l'accès à la Mauritanie à la Facilité de crédit rapide (RCF). Cette dernière prévoit une contraction de l'économie d'environ 2% du PIB ainsi qu'un déficit budgétaire de 3,2% des recettes d'exportations non extractive GDP (estimation équivalent à 210 millions d'USD) et perte de mobilisation des ressources internes de 3% du secteur non extractive GDP. Des mesures rectificatives sur des projets non essentiels ont été adoptées sur la Loi de finances rectificative 2020. Le FMI met l'accent sur la prévisible détérioration de la balance de paiements et également constate que si bien le niveau de dette public reste encore très élevé, la capacité de remboursement reste soutenable et maîtrisée. Les autorités mauritaniennes ont lancé un appel aux bailleurs internationaux (BM, FMI, UE, BAD) sous la forme de subventions et prêts concessionnels afin d'affronter les ajustements de la balance de paiements. Globalement, le risque de surendettement extérieur et le risque global de surendettement public restent élevés. Cependant, la dette extérieure et la dette publique sont jugées soutenables. La cote de risque reste élevée malgré le redressement des comptes nationaux achevé par les autorités, comme souligné par la dernière analyse de la soutenabilité

de la dette (DSA) effectuée par le FMI en avril 2020. Les autorités mauritaniennes se sont fortement engagées au niveau de l'initiative de la « Debt Service Suspension Initiative » initiée par le G20, avec une implication directe du Président de la République aussi en qualité de Présidence du G5 Sahel assurée par la Mauritanie en 2020.

La loi de finance rectificative adoptée par l'Assemblée nationale le 21 mai 2020 a intégré les impacts de la crise COVID-19 et prévoit une baisse des ressources prévisionnelles de 5 035 milliards d'Ouguiyas ce qui représente 8,79 % comparativement aux prévisions de la loi de finance initiale. Les recettes fiscales diminuent de 9 milliards d'ouguiyas correspondant à une baisse de 21 % par rapport à la loi de finance initiale. Les recettes de la taxe sur le commerce international chutent de 32 % tandis que les taxes sur les biens et services baisseront de 24 %. La hausse des dépenses allouées au programme de lutte contre le COVID-19 seraient partiellement compensées par des économies budgétaires d'une valeur totale de 5,88 milliards d'ouguiyas. Le solde budgétaire prévu connaîtra un recul. Il sera déficitaire de 15 milliards d'ouguiyas ce qui représente 5 % du PIB.

Les autorités nationales comptent sur l'assistance des partenaires techniques et financiers présents en Mauritanie, notamment la Commission européenne, la Banque mondiale, le Système des Nations unies et la Chine. Un suivi régulier de la situation sera assuré en coordination avec le FMI. En conclusion, la réponse apportée à la crise est jugée pertinente et crédible pour rétablir les principaux équilibres macro-économiques.

### ***1.6.3 Gestion des finances publiques***

Les autorités ont engagé depuis 2012 une réforme du système en place de la gestion des finances publiques. Ce processus s'est traduit par l'élaboration d'un schéma directeur de la réforme du système de gestion des finances publiques pour la période 2012-2016, d'un plan opérationnel de réforme triennal ainsi qu'un dispositif institutionnel chargé du pilotage, du suivi et de l'évaluation de la réforme dont la Direction de la prévision des réformes et des études (DPRE) est le bras technique. Le schéma directeur de la réforme du système de gestion des finances publiques avait fixé les grandes orientations et les objectifs de la réforme des finances publiques pour le moyen terme ainsi que les outils opérationnels de sa mise en œuvre. Ce schéma a fait l'objet d'une évaluation sous forme d'un bilan qui fait ressortir les forces et les faiblesses qui se dégagent de sa mise en œuvre tant en termes de résultats que d'efficacité de son dispositif institutionnel.

Ce processus s'est poursuivi par l'élaboration et l'adoption en octobre 2018 d'une nouvelle LOLF qui remplace celle de 1978. Cette loi organique prévoit une mise en œuvre progressive sur 5 ans du budget par programme, introduit la culture de performance de l'action publique, renforce l'exhaustivité du budget, introduit la pluri annualité pour une meilleure articulation entre les stratégies nationales de développement et l'allocation des ressources publiques, améliore le cycle de préparation du budget et introduit la comptabilité générale et patrimoniale de l'Etat.

Les autorités ont lancé en 2019 une évaluation externe des dépenses publiques et de la responsabilisation financière (PEFA) avec un financement de l'UE (dans le cadre du PAGEFIP/PAMO du 11<sup>e</sup> FED). Dans le rapport provisoire remis aux autorités et aux réviseurs en avril 2020, les rapporteurs soulignent quelques progrès réalisés par la Mauritanie mais confirment les points faibles de la réforme de la gestion des Finances Publiques. Ils soulignent que les choses semblent bouger positivement pour une meilleure discipline budgétaire mais l'exhaustivité et la transparence budgétaires plombent la note. La crédibilité du budget est en train de s'améliorer depuis 2018, les recettes et les dépenses budgétaires sont de plus en plus proches des prévisions en termes de réalisation. La discipline budgétaire souffre beaucoup d'accès au public aux informations budgétaires et de manque de coordination au niveau de l'économie et des finances sur la gestion des ressources publiques sur financement extérieur. En matière des recettes, une amélioration de l'administration fiscale a été constatée, ainsi que de la prévisibilité des dépenses, de la trésorerie, et des risques budgétaires. La relation entre les stratégies sectorielles et le budget sont très faibles ce qui rend difficile d'avoir des budgets qui correspondent à des stratégies ou des politiques publiques. La chaîne



de contrôle de l'exécution du budget reste un élément fragile aussi bien pour les recettes que pour les dépenses y compris celles de la solde.

Le processus de réforme des finances publiques reste sur une trajectoire dynamique, même si les résultats concrets ne sont pas encore atteints, en vue de construire un système plus efficace et transparent et qui favorise la concrétisation des objectifs d'une croissance soutenue et durable qui permettent de progresser vers l'atteinte des ODD et de faire reculer sensiblement la pauvreté. La dynamique au niveau de l'appui budgétaire est appuyée depuis avril 2019 par la Délégation de l'Union européenne dans le cadre du programme « l'UE pour le nexus sécurité-résilience-développement en Mauritanie » de 25 000 000 EUR financés par le Fonds fiduciaire d'urgence en faveur de la stabilité et de la lutte contre les causes profondes de la migration irrégulière et du phénomène des personnes déplacées en Afrique.

La stratégie de réforme de la gestion des finances publiques reste suffisamment pertinente et crédible. Le contexte de crise demande néanmoins de prêter une attention particulière à ce processus de réforme pour que puisse se poursuivre et s'appliquer dans la réalité.

#### **1.6.4 Transparence et contrôle du budget**

Le point d'entrée est atteint puisque le budget a été publié et que les informations budgétaires sont généralement accessibles, publiées en temps voulu, complètes et correctes. Le contexte appelle toutefois à une certaine vigilance quant aux procédures exceptionnelles pour la mise en œuvre du budget et son contrôle.

Le dialogue dans le cadre de l'appui budgétaire financé par le Fonds fiduciaire d'urgence de l'Union européenne pour l'Afrique a permis d'avancer sur la transparence du budget en 2019 et en 2020 par la mise à disposition du public de rapports, de données et d'informations budgétaires exhaustives à travers leur publication sur les sites internet de l'administration, dont l'accès et la stabilité des sites ont été améliorés. Toutefois, la faiblesse d'un vrai débat public porté par des analyses de la presse, de la société civile et des différents instruments de divulgations de l'information restent des défis majeurs au sein de la société mauritanienne. Les données budgétaires sont disponibles avec l'outil BOOST ([Boost.budget.mr](http://Boost.budget.mr)) qui comporte des données budgétaires depuis 2009 jusqu'à 2017.

La Cour des Comptes a recruté au cours de l'année 2019, six magistrats et procédé à la prestation de serment des quatre comptables principaux de l'Etat en 2020.

Dans le domaine de la lutte contre la corruption et le renforcement de la transparence, suite à la loi de 2016, un plan d'action global de lutte contre la corruption a été adopté et le système des marchés publics a été réformé, un tribunal spécialisé et un pôle financier ont été créés. Cependant le dispositif en place et son efficacité restent largement à parfaire.

## **2 RISQUES ET HYPOTHÈSES**

<b>Risques</b>	<b>Niveau risque</b>	<b>Mesures d'atténuation</b>
Résistance à la réforme organisationnelle et institutionnelle du ministère de la santé	E	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analyser les intérêts des parties prenantes et renforcer les intérêts positifs.</li> <li>○ Incorporer toutes les parties prenantes, y inclus les PTF, la société civile et les organisations professionnelles dans les réformes (Cadres de concertation ministère de la santé/PTF, revues annuelles et élaboration de stratégies).</li> <li>○ Développer le dialogue politique inclusif à tous les niveaux régulier et structuré sur les réformes.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Privilégier initialement des réformes à résultats rapides et visibles.</li> <li>○ Identifier et collaborer étroitement avec les personnes de références dans les réformes (les réformateurs).</li> <li>○ Promouvoir le "One Health" dans les approches de planification et suivi évaluation pour créer une synergie avec les autres secteurs de développement (élevage, environnement, agriculture).</li> <li>○ Suivi régulier de la mise en œuvre des engagements du gouvernement et des PTF au sein du Compact IHP+.</li> <li>○ Insérer dans la CF des engagements de l'État en matière de réforme.</li> </ul>
Résistance à l'assainissement des sous-secteurs médicaments et ressources humaines	E	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Privilégier une approche systémique à la couverture universelle plutôt que l'approche verticale et cloisonnée.</li> <li>○ Promouvoir les alliances avec les PTF influents au sein du fonds commun, avec la société civile, et les médias.</li> </ul>
Faible engagement politique dans la lutte contre la corruption	E	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entamer un dialogue politique inclusif constant et sensibiliser les médias, la population, la société civile.</li> <li>○ Favoriser le contrôle et la participation citoyenne.</li> <li>○ Initier et publier des revues de dépenses publiques axées sur les résultats.</li> </ul>
Faibles capacités des agents de l'État et faible appropriation du PNDS, spécialement au niveau déconcentré	E	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mettre en place un renforcement des capacités à tous les niveaux, y inclus la formation en planification, suivi évaluation au profit du personnel en charge de ces aspects à tous les niveaux du système de santé.</li> <li>○ Réécriture pédagogique et opérationnelle du PNDS (intégrant la gestion du changement).</li> <li>○ Vulgarisation des politiques et des outils de planification.</li> <li>○ Réorganisation des ressources humaines au niveau central et au niveau déconcentré.</li> </ul>
Inertie de la fonction publique et centralisation excessive de la chaîne de dépenses	M	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intégrer le financement des plans régionaux (régions d'apprentissage) dans le budget du fonds commun.</li> </ul>
Barrières culturelles à l'utilisation des soins de santé	F	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identifier ces barrières et travailler étroitement avec la société civile pour les surmonter.</li> <li>○ Elaborer et opérationnaliser une stratégie nationale de communication pour le développement.</li> <li>○ Inclure des messages clés dans le volet de promotion sociale du programme de transferts sociaux Tekavoul.</li> <li>○ Privilégier l'approche genre et droits humains dans l'intervention.</li> </ul>

Barrières financières et géographiques à l'utilisation des soins de santé et faible confiance de la population	M	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promouvoir un plan de carrière pour les agents publics dans le domaine de la santé qui comprenne une promotion de la mobilité géographique, ainsi que des mesures pour la conciliation familiale (incl. congés de maternité et paternité).</li> <li>○ Développer des incitants qui assurent que le personnel de santé reste sur place dans les zones géographiques rurales.</li> <li>○ Assurer que les structures sanitaires soient construites/réhabilitées selon des normes nationales.</li> <li>○ Prévoir des alternatives mobiles pour atteindre la population éloignée.</li> <li>○ Limiter la dispersion afin de pouvoir atteindre une masse critique de réalisations qui permettra d'analyser l'impact de la mise en œuvre des réformes.</li> <li>○ Etablir la subvention des soins ou l'appui à l'utilisation pour les populations vivant en pauvreté.</li> <li>○ Privilégier l'approche genre et droits humains dans l'intervention.</li> </ul>
Pas de mise en œuvre effective du Compact national selon l'IHP+	M	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promouvoir une approche collégiale, une coordination effective des partenaires au développement et le leadership national.</li> </ul>
La persistance de la crise COVID-19 au niveau international a des retombées économiques graves sur la stabilité macroéconomique	M	<p>Suivi régulier de la situation internationale et nationale. Dialogue avec les partenaires en particulier FMI et Banque mondiale.</p> <p>Appui technique pour prendre des mesures adéquates (mise à disposition de l'expertise dans le cadre du programme d'appui à la réforme de finances publiques - PAGEFIP).</p>
La persistance de la crise COVID-19 au niveau national a des retombées graves sur la sécurité et la stabilité du pays	F	<p>Suivi régulier de la situation internationale et nationale. Dialogue avec les parties prenantes : gouvernement partenaires et société civile.</p>
La persistance de la crise COVID-19 au niveau national a des retombées graves sur le système sanitaire	M	<p>Suivi et dialogue au niveau de la politique de santé et des mesures d'appui direct d'urgence à travers la subvention PASS1 et PASS2 en tant que mesures de riposte du plan COVID-19.</p> <p>Appui technique et institutionnel par l'appui institutionnel au ministère de la santé, Enabel.</p>

### Hypothèses

- La stabilité sociopolitique et économique se poursuit.
- Le gouvernement concrétise le renforcement de la coordination entre les ministères sectoriels concernés par la politique sanitaire, de protection sociale, de la fonction publique et de la recherche et de l'enseignement supérieur ainsi qu'avec les ministères stratégiques en charge de la programmation budgétaire : le ministère de l'économie et des finances.
- Le gouvernement concrétise la réforme de la fonction publique avec la mise en place d'une gestion des ressources humaines, touchant la formation initiale et continue, l'affectation et la

motivation, etc.

- Le gouvernement appuie et finance le test pilote d'assurance maladie intégrant le secteur informel et les plus pauvres, initié par le département santé.
- Le gouvernement s'engage dans la décentralisation et déconcentration du système sanitaire par la réorientation de ressources humaines, de moyens et budgétaire est effective en faveur des structures périphériques, notamment les postes et centres de santé.
- Le ministère de la santé est engagé dans les réformes sectorielles.
- Le ministère de la santé est engagé dans l'assainissement du secteur pharmaceutique.
- Le gouvernement s'engage à promouvoir la stratégie nationale de protection sociale.

### **3 ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET COMPLÉMENTARITÉ**

#### **3.1 Enseignements tirés**

Les lignes d'action proposées pour le PASS2 sont justifiées à partir des besoins exprimés et des recommandations faites dans les rapports et évaluations pour le domaine de la santé en Mauritanie dans les dernières années. Le besoin de renforcement de la gouvernance du secteur, l'amélioration sur la disponibilité des équipements et médicaments, une meilleure répartition des ressources humaines avec une formation plus solide et/ou l'amélioration de la répartition de services sur la carte géographique sont des éléments récurrents dans tous les documents d'évaluation du secteur et qui sont à la base de plusieurs recommandations et leçons apprises.

Au niveau général la méthodologie d'intervention du PASS1 sera reprise et valorisée pour le PASS2. L'alignement complet sur la programmation nationale permet une forte appropriation de la part du ministère de la santé d'autant plus que les équipes de l'appui institutionnel et l'unité de coordination de la subvention actuellement en cours sont physiquement intégrés dans les structures du ministère. Les instances de programmation et suivi (comité de pilotage et comité technique) sont alignées directement à celles en place dans le ministère de la santé et le PNDS. Le PASS1 dans son montage, permet aussi une efficacité et efficacie de mise en œuvre intégrant l'apport et le soutien structurant de l'appui institutionnel et la mise en œuvre d'action directe de la subvention. Le double encrage de l'appui institutionnel au niveau central et périphérique avec le volet de la recherche action permet de développer un dialogue basé sur l'opérationnalité entre les différents niveaux du système sanitaire et avec la population bénéficiaire du service sanitaire. Travaillent sur l'élément de base du système sanitaire et dans un contexte fortement problématique, les résultats d'impact du PASS1 sont à attendre sur le moyen et long terme. Les risques identifiés durant cette première phase de mise en œuvre sont liés à la dispersion des interventions due à la situation dégradée du système sanitaire en particulier du niveau tertiaire et des directions centrales. L'équilibre entre « appuyer le changement » et « faire à la place » à la recherche de l'efficacité reste le défi majeur.

#### **Gouvernance du secteur**

Le rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2012-2020 et le document d'audit institutionnel du secteur de la santé 2014 en Mauritanie (tous deux financés par l'Union européenne), soulignent des éléments importants en matière de gouvernance, intégrés par le PASS1 dans sa logique d'intervention. Ces documents soulignent la nécessité d'améliorer la gouvernance du secteur à partir de l'intervention dans différents domaines (institutionnels et opérationnels).

En ce qui concerne le financement du secteur, un travail de fond est en cours sur le PASS1 pour la préparation des comptes nationaux de la santé, le renforcement du système financier de la Direction administrative et financière du ministère de la santé, système d'information financière centrale et déconcentré. Le PASS2 envisage la mise en place d'un fonds commun (d'ailleurs explicitement prévu

dans le PNDS entre le ministère et les PTF<sup>4</sup>) avec une composante d'appui au système de santé (offre) et un autre d'appui à la couverture sanitaire universelle - CSU (demande).

### **Capacité opérationnelle**

L'enquête SARA 2018 (données préliminaires) donne un aperçu très clair sur deux besoins de base qui sont restés prioritaires dans le PASS:

(i) besoins immédiats pour le secteur en termes de moyens et équipements de base: seulement la moitié des unités sanitaires ont des équipements essentiels disponibles.

(ii) mesures urgentes pour l'amélioration de la capacité opérationnelle et de la disponibilité des ressources humaines: l'enquête relève une répartition déficiente de ressources humaines comme déjà indiqué ci-dessus. En général, pour tout ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, plus de la moitié des unités sanitaires ne dispose pas de personnel formé dans ce domaine.

Par conséquent, le PASS1 est en train de mettre en place des mesures nécessaires pour augmenter la capacité opérationnelle des services de santé à partir du renforcement des équipes sanitaires, l'amélioration des infrastructures, des équipements et des systèmes d'approvisionnement de médicaments et des intrants et des mesures nécessaires pour avoir une répartition plus équitable des ressources humaines (mise en place d'une stratégie de gestion des ressources humaines). La méthodologie basée sur l'encrage direct au PNDS et sa mise en œuvre pour améliorer le système national permet une forte appropriation de la part du ministère de la santé et des structures déconcentrées. La concentration sur le niveau primaire et secondaire de la pyramide sanitaire et le démarrage des actions à partir de la capitale (25/30% de la population globale de la Mauritanie) est une stratégie fortement appuyée par le ministère de la santé. L'impact de ces interventions du PASS1 n'est pas encore acquis mais une dynamique positive de changement est constatée. Ces priorités doivent être poursuivies dans le PASS2 sur la base des priorisations du PNDS. Les régions à forte concentration de population, non couvertes par d'autres interventions (Inaya Banque Mondiale couvre Guidimakha, Hodh Ech Chargui et Hodh Ech Ghabi; l'AFD couvre l'Assaba) seront visées (de manière indicative Brakna, Trarza, Tagant, Gorgol).

### **Disponibilité de médicaments, approvisionnement et intrants**

En ce qui concerne la disponibilité des médicaments, l'enquête SARA fournit des données essentielles à la mise à jour de la disponibilité des médicaments, qui est encore très faible. Une amélioration intégrale du système d'approvisionnement pour assurer la couverture du marché est également prévue dans le PASS2 comme demandé dans de nombreux rapports et recommandations pour le secteur sanitaire dans le pays.

### **Gestion et disponibilité de ressources humaines**

Le PASS2 vise à (i) favoriser l'adéquation entre les ressources humaines et les budgets de fonctionnement (ii) favoriser les mécanismes permettant au ministère de la santé d'avoir un certain pouvoir de décision en ce qui concerne la gestion de ressources humaines, en concertation avec les autres ministères en charge (fonction publique, finances et administrations territoriales), (iii) favoriser un système une gestion de ressources humaines plus décentralisée en ligne avec la sous composante 3.2 du PNDS.

### **Couverture de santé universelle**

La mise en place d'un système de couverture de santé universelle reste encore à un stade embryonnaire en Mauritanie. Il convient donc de capitaliser sur les expériences des pays voisins qui sont plus avancés en la matière et disposent déjà de leçons tirées. Le partenariat pour la couverture universelle

---

<sup>4</sup> Page13 du PNDS, Axe 1, renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire.

au Mali par exemple (dans lequel l'Union européenne participe) a donné une grande importance au dialogue politique ce qui a favorisé l'identification des activités prioritaires pour l'amélioration de la couverture sanitaire. De même la mise en place d'un ensemble de mécanismes pour renforcer la gestion des finances publiques liées au domaine de la santé pour assurer la couverture universelle s'avère indispensable. Les expériences pilotes mise en place par le PASS1 dans deux Moughataas d'apprentissage en milieu rural et urbain montrent que le processus en Mauritanie est fortement dépendant d'une offre de santé adéquate aux besoins et de qualité. Un travail important de l'appui institutionnel et de la recherche action avec l'appui de l'institut de médecine tropicale d'Anvers a été entamé par rapport à la mise à l'échelle régionale des expériences positives de couverture universelle par l'assurance maladie qui actuellement couvrent une population de 20 000 personnes. Ces expériences pilotes pourront être portées à l'échelle régionale au cours de la mise en œuvre du PASS2 avec un système de péréquation au niveau national.

#### **Autres enseignements tirés:**

##### **L'importance de l'échelle locale**

L'identification de faiblesses dans la mise en place de la stratégie nationale de santé à l'échelle locale constitue aussi une leçon à retenir pour le PASS et notamment: (i) le déphasage entre les outils nationaux et le cadre réglementaire: une **révision des textes réglementaires** et une harmonisation des outils avec ces derniers selon les défis identifiés à l'échelle locale est nécessaire (ii) résoudre le manque de ressources humaines de santé qualifiées et stables (iii) révision de la carte sanitaire (iv) mettre en place des mesures pour une décentralisation effective (v) **renforcer la participation communautaire** de la population pour qu'elle puisse agir activement dans la gestion de leur propre système de santé.

**Le manque d'autonomisation des femmes constitue un problème majeur pour la santé à ne pas négliger.** Celui-ci a des effets immédiats sur:

- Le suivi des grossesses et **soins prénataux** ;
- **La mortalité materno-infantile** ;
- **La malnutrition** ;
- Les **déséquilibres dans la répartition des ressources humaines de santé**.

Par conséquent, une des leçons tirées les plus importantes est **la prise en compte du rôle essentiel des femmes dans plusieurs domaines de la santé**, en favorisant la recherche de complémentarités avec les politiques des affaires sociales et du ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille, avec toutes les autres politiques qui visent l'autonomisation des femmes en général et notamment dans le secteur rural.

### **3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs**

En Mauritanie, plusieurs PTF sont représentés dans le domaine de la santé, mais l'importance du secteur en termes d'investissement reste encore relative. D'ailleurs, les PTF qui opèrent dans le domaine de la santé sont insuffisamment coordonnés et alignés sur la PNS et le PNDS. La mise en place d'un fonds commun pourrait à moyen terme favoriser l'alignement des PTF qui se retrouvent dans les cinq composantes identifiées.

Les partenaires au développement qu'on peut citer outre l'Union européenne (DG DEVCO) sont les suivants :

<b>Partenaires</b>	<b>Domaine de financement</b>
Depuis le 01/07/2020, UNHCR a repris des activités précédemment effectuées par la DG ECHO (Union européenne)	Malnutrition et soins de santé primaires au camp de réfugiés de Mberra et population hôte
Agence française de développement (AFD)	Santé maternelle-infantile et forfait obstétrical
Agence espagnole de coopération	Services de santé de base et formation des ressources

internationale pour le développement (AECID)	humaines, équipements de CNHV, équipement et réhabilitation des écoles de Santé Publique). Priorité la santé primaire et materno-infantile
Agence belge de développement (ENABEL)	Appui institutionnel, ressources humaines, financement de la santé, service de santé de base,
Banque mondiale:	Financement basé sur les résultats (FBR) et registre social
Agences des Nations unies	
- UNICEF	Santé materno-infantile, nutrition
- UNFPA	Santé reproductive et planification familiale
OMS/PNUD/ONUSIDA/ ...	(activités au regard de leurs mandats respectifs)
Chine	Equipes médicales, construction d'un hôpital (Kiffa), appui à la Recherche
Japon (JICA)	Appuis ponctuels à la santé maternelle et néonatale et au programme national de santé reproductive
Fonds mondial	Paludisme, tuberculose et VIH/SIDA
GAVI	Vaccinations
Banque islamique de développement	Santé de la reproduction (Hodh Ech Chargui + centre national de cardiologie)
Fonds saoudiens	Construction nouvel hôpital (Mohamed Ben Salmene) à Nouakchott
ONG internationales : - Medicos del Mundo (MdM), Medicus Mundi (MM), Croix rouge française (CRF), Action contre la faim (ACF) - Alima, Santé sud, World vision, Terre des hommes Medicos del Mundo	Mise en œuvre de projets santé pour la plupart financés par l'UE/ECHO: nutrition et sécurité alimentaire Santé de base Mberra et population hôte, lutte contre drépanocytose et santé maternelle et infantile à Nouakchott, lutte contre paludisme (FM), santé de base Nouakchott, violences faites aux femmes

La fragmentation de l'aide en santé, compte tenu du nombre des PTF intervenant en Mauritanie dans ce secteur, illustre les défis rencontrés par une administration aux capacités insuffisantes à coordonner tous ces appuis et le besoin d'un mécanisme de mise en commun, ainsi qu'à assurer un minimum d'équité entre les bénéficiaires ciblés par les actions des PTF.

En ce qui concerne la coordination de l'aide, la Mauritanie a adhéré à l'IHP+. Le ministère de l'économie et des finances et le ministère de la santé ont ensuite signé en mai 2018 avec 16 partenaires multilatéraux, bilatéraux et de la société civile, un Compact dont le but est d'améliorer l'efficacité de l'aide et de promouvoir un développement sanitaire durable en renforçant le leadership du ministère de la santé dans la définition, le pilotage et le suivi évaluation de la politique nationale en matière de santé.

Un groupe thématique santé réunit les bailleurs multi et bilatéraux (sauf Chine, Japon, Fonds saoudiens, Banque islamique de développement, des démarches pour l'intégration du fonds mondial et GAVI sont en cours). L'Union européenne en est actuellement le chef de file avec l'appui de l'OMS.

ECHO et les ONG qui mettent en œuvre les financements ont intégré le groupe sectoriel et un processus de coordination et intégration est en cours dans une dynamique de nexus urgence-développement. Une programmation commune plus intégrée et une coordination des actions sur le terrain est à impulser par le PASS.

Au niveau des États membres actifs dans le secteur, une synergie d'action avec l'AFD est de plus en plus effective en particulier pour l'appui institutionnel (délégation de fonds de l'AFD à l'UE) et pour les réalisations des infrastructures de base pour le PASS1 (la programmation et les études de bases

sont réalisées en commun). Cette synergie devra être approfondie pour le montage du fond commun sur le PASS2. La coopération espagnole et l'OMS ont donné leur pleine disponibilité à la participation au fond commun au moment de son opérationnalisation. La programmation point de vue appui institutionnel et réalisation est actuellement totalement complémentaire.

Dans le contexte de la pandémie COVID-19, le dispositif de coordination des partenaires a été suspendu. Conformément aux accords et autres dispositions réglementaires internationales (Règlement sanitaire international), c'est actuellement sous l'égide du système des Nations unies que s'organise la coordination des activités des PTF pour l'appui à la mise en œuvre du Plan de Riposte au coronavirus élaboré par l'Etat mauritanien. Ce plan s'articule autour de huit piliers thématiques en référence au « country guidance de l'OMS » (coordination par le Coordonnateur résident et l'OMS) – cf. point 1.3 du présent document. Ce mécanisme n'a cependant pas toute l'efficacité et le dynamisme espéré.

Dans ce contexte, l'Union européenne a poursuivi via le PASS1 son appui au ministère de la santé en réorientant différentes lignes budgétaires au profit d'actions en réponse au plan de riposte COVID-19 (voir ci-dessus - section 1.2)

Au niveau des États membres actifs dans le secteur, une synergie d'action avec l'AFD (coopération française) et avec AECID (coopération espagnole) est de plus en plus effective en particulier pour l'appui institutionnel. La mise en place de l'Initiative Team Europe en Mauritanie prouve aussi la volonté d'agir de concert et de manière complémentaire sur le plan européen.

Afin d'assurer la complémentarité, la synergie et la coordination, la Commission peut signer ou conclure des communiqués et déclarations conjointes de donateurs et peut participer aux organes de coordination des donateurs, dans le cadre de ses prérogatives en matière d'exécution du budget et pour sauvegarder les intérêts financiers de l'Union.

## **4 DESCRIPTION DE L'ACTION**

### **4.1 Objectif général, objectif spécifique, produits attendus et activités indicatives**

**L'objectif général** de l'appui est donc de contribuer à donner aux individus en Mauritanie les moyens de vivre une vie saine et de promouvoir le bien-être de tous et toutes à tout âge (objectif du développement durable 3).

**L'objectif spécifique** est d'améliorer et rendre plus équitable et inclusif l'accès aux soins de santé de qualité en ligne avec les objectifs du plan national de développement sanitaire (PNDS) et de la stratégie nationale de protection sociale (SNPS).

**Les produits attendus / composants sont :**

- P1 : Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente, redevable, non discriminatoire et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (*Gouvernance*).
- P2 : La population, femmes et hommes à tout âge, dispose des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire (*L'offre de soins*).
- P3 : Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (*Médicaments et consommables*).
- P4 : Des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne (*RHS*).
- P5 : Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé (*Financement par la demande*).

### **Principales activités indicatives**

#### ***P.1: Gouvernance***



- 1.1 Renforcer les capacités du ministère de la santé aux niveaux central, régional et périphérique pour piloter, planifier, organiser, superviser et évaluer les actions en faveur de la santé dans leur circonscription (AI+S)<sup>5</sup>.
- 1.2 Développer et renforcer les articulations du ministère de la santé avec les autres ministères afin d'agir en amont sur les déterminants de santé, par le renforcement des instances et de la cohérence des régulations et politiques agissant sur la santé et en développant une communication appropriée pour tous les échelons du système de santé. (AI)
- 1.3 Appuyer des réformes organisationnelles du secteur en vue d'une meilleure performance avec un renforcement des motivations pour les organisations sous la tutelle du ministère de la santé, les gestionnaires, et le personnel ainsi que les capacités et les attitudes des gestionnaires et du personnel. Ceci impliquera une déconcentration des structures, une participation accrue de la société civile et un travail approfondi avec les professionnelles, femmes, de la santé. (AI+S)
- 1.4 Rendre disponible des preuves d'efficacité des interventions à haut impact par le biais de recherche action, du renforcement du système national d'information sanitaire et d'études enquêtes spéciales avec la désagrégation des indicateurs minimum par sexe et âge. (AI)
- 1.5 Renforcer la régulation des secteurs public et privé dans le domaine de la santé avec un appui aux réformes législatives et réglementaires et un renforcement de l'inspection générale de la santé. (AI)
- 1.5 Renforcer la régulation des secteurs public et privé dans le domaine de la santé avec un appui aux réformes législatives et réglementaires et un renforcement de l'inspection générale de la santé. (AI)

## ***P.2: L'offre des soins***

- 2.1 Renforcer la qualité de la prise en charge du couple mère-enfant y inclus la prévention et le traitement des effets néfastes des violences basées sur le genre, des soins des maladies transmissibles, des maladies non-transmissibles y inclus les accidents, des maladies tropicales négligées et de la prise en charge de la malnutrition. (AI+S)
- 2.2 Renforcer le continuum des soins et le suivi des affections de longue durée comme l'hypertension et le diabète dans les structures. (AI+S)
- 2.3 Appuyer la normalisation des infrastructures et équipements par niveau de soins et par population couverte (AI+S)
- 2.4 Promouvoir l'innovation dans l'offre des soins, par exemple par le biais de programmes pilotes y inclus les technologies nouvelles pour les zones enclavées.
- 2.5 Renforcer les capacités de suivi/évaluation et supervision des DRAS et des Moughataas (supervision formative). (AI)
- 2.6 Appuyer la mise en place de systèmes d'information et des actions de sensibilisation pour renforcer l'autonomisation des femmes dans le domaine de la santé, ainsi que renforcer la responsabilisation et implication des hommes dans tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive, notamment à travers les programmes de filets sociaux. (AI+S)
- 2.7 Appuyer les activités relatives à l'offre de soin dans le cadre de la mise en œuvre du plan sanitaire sectoriel de riposte contre le COVID-19 (AB)

## ***P.3: Les médicaments et consommables essentiels***

- 3.1 Renforcer la gouvernance du sous-secteur pharmaceutique et des structures sanitaires et assurer l'implication des organisations professionnelles et de la société civile au niveau communautaire (AI)
- 3.2 Améliorer la chaîne d'approvisionnement, la gestion des stocks, la distribution, et la gestion financière des médicaments essentiels et consommables aux niveaux de la CAMEC et des

---

<sup>5</sup> AI = Appui institutionnel ; S = Subvention ; AB = Appui budgétaire

structures sanitaires. L'amélioration de la distribution au-delà des dépôts régionaux sera étudiée à titre pilote. (AI+S)

- 3.3 Appuyer le système de contrôle de qualité des médicaments, des intrants et des vaccins, et renforcer les capacités de la Direction pharmaceutique et de laboratoire (DPL) et du service pharmaceutique de l'inspection générale santé. (AI+S)
- 3.4 Appuyer l'achat de médicaments et de consommables essentiels dans le cadre du plan sanitaire sectoriel de riposte contre le COVID-19 (AB)

#### ***P.4: Ressources humaines en santé***

- 4.1 Renforcer la planification stratégique, la gestion prévisionnelle et le suivi évaluation fiable et actualisé des ressources humaines en santé (RHS) aux niveaux central et régional sur base d'indicateurs ventilés par cadre selon les classifications internationales, sexe, zone géographique, le dosage des compétences, les sources et les niveaux de rémunération, le secteur d'emploi, ou d'autres caractéristiques, et intégrant toutes les sources de données sur les RHS dans un système d'information global. (AI+S)
- 4.2 Collaborer avec le ministère de la fonction publique, le ministère de l'intérieur, et le ministère des finances en vue de développer et mettre en œuvre le cadre institutionnel requis pour déconcentrer le recrutement et la gestion des RHS. Il s'agira en outre d'élaborer des solutions et incitations innovantes, par exemple dans le cadre des affectations géographiques, de la motivation et de la rétention de personnel de santé qualifié, en mettant l'accent sur des catégories traditionnellement occupées par des femmes, notamment les sages-femmes. (AI) ainsi que des conditions de conciliation familiale (incl. congé de maternité et paternité)
- 4.3 Améliorer les formations initiales, avec une accréditation des écoles de formation, y inclus les écoles de santé publique (ESP) et le renforcement de leurs capacités, et l'extension des formations initiales selon les besoins avec par exemple la réintroduction d'un diplôme de gestion en santé à l'école nationale d'administration (ENA) pour les gestionnaires d'hôpitaux et d'une résidence en santé publique à la faculté de médecine pour les DRAS et les médecins chefs de Moughataas. (AI+S)
- 4.4 Développer un système performant de formation continue, y compris la formation en ligne, à partir des ESP et de la faculté de médecine, pour actualiser les connaissances, la pratique et les compétences professionnelles de chaque prestataire et gestionnaire de services de santé, et qui idéalement serait liée à la validité du permis d'exercer par la validation de crédits de formation continue. (AI+S)
- 4.5 Renforcement des capacités du personnel de santé qui passe par le développement d'un plan de formation du personnel de santé public au niveau national et déconcentré qui tienne en compte les questions de mobilité géographique et de spécificité de genre. (AI+S)

#### ***P.5: Financement par la demande***

- 5.1 Appuyer la mise en place d'un Fonds commun pour la CSU, éventuellement comme établissement public autonome sous la tutelle du ministère de la santé ou comme association d'utilité publique. (AI)
- 5.2 Appuyer la préparation d'une stratégie de financement de la santé permettant la mise en œuvre et le financement de la couverture santé universelle (CSU). (AI)
- 5.3 Améliorer l'élaboration des budgets et de leur utilisation en particulier au niveau périphérique. Veiller à l'augmentation de la part du budget de la nutrition dans la programmation budgétaire santé afin de permettre une meilleure synergie et intégration de la nutrition avec les autres secteurs. (AI)
- 5.4 Développer des modèles d'assurance maladie à l'échelle d'une (ou plus) région sanitaire (Wilayas, tels que le Brakna, Nouakchott Nord et autres) avec des mécanismes d'assistance sociale pour la population plus démunie (indigents). (AI+S)
- 5.5 Mettre en place un achat de services pour une prise en charge réelle des indigents (sur la base du registre social établi par les autorités compétentes et un système de tarification réaliste) et en documenter les coûts d'administration. (AI+S)

- 5.6 Mettre en place une stratégie de communication sur l'offre de services de la couverture universelle, mettant l'accent sur la santé sexuelle et reproductive. (AI+S)
- 5.7 Appuyer le financement du système d'assurance maladie (montant indicatif de 2,5 millions d'euros). (AI+S)

## 4.2 Logique d'intervention

La logique d'intervention dans le secteur de la santé en tant que troisième secteur de concentration du PIN 11<sup>e</sup> FED, a été programmée pour s'articuler en deux conventions de financement distinctes étalées dans le temps et ayant les mêmes objectifs généraux et spécifiques.

En continuité avec la première convention de financement, le programme d'appui au secteur de la santé « PASS2 » portera principalement sur: (i) la mise en place des réformes prévues par le plan national de développement sanitaire 2020-2025 (PNDS) relatives à la gouvernance du secteur, aux ressources humaines, à la déconcentration, etc.; (ii) la programmation du secteur et le renforcement du système de santé (iii); la mise en place d'un système d'achats de services sanitaires à travers la création d'un Fonds commun; et (iv) l'appui à la mise en œuvre du plan de riposte face à l'épidémie de COVID-19 – période 2020-2021 du ministère de la santé.

La logique d'intervention dans le secteur de la santé est focalisée sur l'appui à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire (celui en cours actuellement et celui prévu pour la période 2020-2025) par une approche sectorielle et se caractérise, en premier lieu, par une intervention structurante sur la programmation et la gouvernance du secteur sanitaire et, en deuxième lieu, sur l'offre et la demande du secteur et les filets sociaux. L'appui à la réalisation et à la mise en œuvre de la politique sectorielle et du PNDS sont envisagés, avec un cadre de référence inclusif, mesurable et budgétisé. L'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités, y compris la transparence, la redevabilité et la non-discrimination, du système de santé permettra de réaliser davantage d'interventions à haut impact, et donc d'améliorer l'état de santé, spécialement des plus démunis. Par conséquent, l'efficacité sur l'allocation de l'offre de services de santé sera améliorée en renforçant davantage les niveaux primaire et secondaire. L'autonomie administrative et financière aux niveaux déconcentrés/décentralisés assortie de moyens appropriés et de renforcement des capacités à tous les niveaux, spécialement en périphérie, améliorera l'efficacité technique. La demande sera stimulée par l'achat de services de soins spécifiques, l'appui aux indigents, et des investissements pour améliorer la qualité des services et réduire leurs coûts.

La performance sera davantage améliorée par le renforcement de la régulation des secteurs public et privé dans les domaines de la fourniture des services et de l'assurance maladie, en conjonction avec des incitatifs appropriés, le changement de comportement des acteurs et une réorganisation du système. La validation par le gouvernement du plan national de développement sanitaire (2020-2025) en ligne avec la politique nationale de santé à l'horizon 2030 sera un élément préalable à la mise en œuvre du programme.

La convention de financement PASS2 prévoit trois modalités de mise en œuvre, dont les deux dernières sont de même nature que celles qui existaient dans le PASS1 :

**(i) Un appui budgétaire** qui soutiendra le gouvernement dans la mise en œuvre d'actions de riposte face à la pandémie COVID-19.

**(ii) Un appui institutionnel** qui se concentrera sur l'amélioration de la gouvernance du secteur et à la création d'un système de couverture sanitaire universelle.

Tout comme pour le PASS1, l'appui institutionnel du PASS2 aura pour but principal le renforcement des capacités et le transfert de compétences au niveau du ministère de la santé et continuera à être exécuté par une convention de délégation avec l'agence belge de développement ENABEL en partenariat avec l'Institut de médecine tropicale d'Anvers ainsi que d'autres partenaires.

L'appui institutionnel aura une approche combinée avec des interventions, à la fois au niveau institutionnel central et au niveau opérationnel déconcentré afin de stimuler d'un côté la

règlementation et l'établissement des normes (dissémination, contrôle du respect d'application, ...) et de l'autre côté, la capitalisation des expériences intéressantes pour feedback structurant aux autorités.

L'appui institutionnel du PASS2 continuera d'accompagner le ministère de la santé dans le développement du système de santé en Mauritanie, en ligne avec les orientations et ambitions du nouveau PNDS.

**(iii) Une subvention au ministère de la santé pour la mise en œuvre du PNDS** constitue la base de mise en œuvre du Fonds commun. Elle prévoit le financement des actions programmées dans le cadre du plan opérationnel 2020-2025 du PNDS. Les résultats et les actions financées dans le cadre de la subvention seront en stricte cohérence avec ceux du PASS. Le personnel cadre qui travaille sur la subvention du PASS1 fera l'objet d'une évaluation conjointe (ministère de la santé, cellule d'appui à l'ordonnateur national et Délégation de l'UE) et dans le cas d'appréciation positive sera reconduit. Dans le cas contraire, de nouveaux cadres seront recrutés sur base d'un appel à candidature pour la mise en œuvre technique de la subvention. La subvention qui prévoit le financement du gouvernement et de l'Union européenne au cours de la mise en œuvre du programme pourra évoluer en fonds commun avec la participation d'autres partenaires.

#### **4.3 Intégration des questions transversales**

Le PASS vise à garantir l'application de la loi de santé sexuelle et reproductive approuvée en janvier 2017, qui comprend également l'interdiction de la pratique de la mutilation génitale féminine (MGF) et prétend universaliser l'accès à la santé dans tout le territoire mauritanien.

Les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible: la mise en place d'une feuille de route vers la couverture sanitaire universelle reprend le respect du droit humains et de la femme à l'accès à la santé, entendu comme l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable. Le PASS, à travers la réalisation de ce système de couverture sanitaire, prétend universaliser l'accès à la santé dans tout le territoire mauritanien.

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de **genre**: en termes de santé des populations (hommes et femmes, aux différents âges de la vie) ; au sein même des infrastructures de santé au niveau de la qualité des soins délivrés aux populations et parmi les professionnels soignants (personnels de santé soumis aux normes de genre) ; en termes d'accès aux soins de santé (différents pour les hommes et les femmes) ; dans les politiques et programmes de santé aux niveaux nationaux et internationaux. Les inégalités génésiques seront prises en compte directement par le programme. L'appui visera, entre autres, la réduction de la mortalité maternelle et infantile pour laquelle les indicateurs restent jusqu'ici problématiques, et la réduction des effets néfastes des MGF. La réduction de la morbidité en général allège le fardeau de la prise en charge des malades qui incombe en premier lieu aux femmes. Les actions dans le domaine de l'hygiène et l'assainissement renforceront aussi le rôle de la femme au sein de la famille et la société. Les leçons apprises, surtout en ce qui concerne l'importance de l'autonomisation des femmes et des rôles des femmes dans le domaine de la santé sont également prises en compte dans le PASS2.

L'appui contribuera à la bonne gouvernance et à la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé; soutiendra la dimension « gouvernance locale » en encourageant le renforcement des capacités et de l'action des services de santé au niveau régional et périphérique ; prendra en compte les politiques environnementales de la santé en particulier celles portant sur la gestion des déchets médicaux et des déchets toxiques; soutiendra les déterminants sociaux de la santé en appuyant la réforme de la santé publique et l'inter-sectorialité et l'accès financier des plus démunis. L'approche du fonds CSU renforce les synergies avec les autres bailleurs et partenaires du secteur.

L'amélioration des systèmes de santé en général devront avoir des effets immédiats sur la résilience de la population surtout dans un contexte où les conditions de vie s'avèrent de plus en plus difficiles dû à la désertisation et au changement climatique d'une part et de forte urbanisation d'autre part.

#### **4.4 Contribution à la réalisation des ODD**

La présente intervention s'inscrit dans l'Agenda 2030 de développement durable des Nations unies. Elle contribue principalement à la réalisation progressive de l'ODD 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, tout en contribuant aussi à: ODD 1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim; ODD 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles et ODD 10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.

Le PASS appuie directement la mise en œuvre de la cible n° 8 de l'ODD 3 : faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. Ceci n'est véritablement pertinent qu'avec la mise en place du Fonds commun santé (Fonds État et PTF). A ce titre, le dialogue politique à engager par les PTF et le département de la santé visera l'accroissement du budget santé. Aussi une meilleure gestion des ressources humaines (Cible n° 12 ODD 3) est fondamentale dans le renforcement de l'offre de soins (Cible n°8 ODD 3).

Le volet offre de soins de qualité (composante de la couverture sanitaire universelle) est le déterminant principal de la cible n°2 ODD 3 (élimination des décès évitables). La prise en compte des interventions à haut impact dans le domaine de la Santé reproductive et la mise en place des mécanismes de suivi évaluation du PNDS (cadre de mesure de la performance) mettra l'accent sur les indicateurs de santé du nouveau-né et infanto-juvéniles, permettant de suivre et atteindre la cible.

### **5 MISE EN ŒUVRE**

#### **5.1 Convention de financement**

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire.

#### **5.2 Période indicative de mise en œuvre**

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action au cours de laquelle les activités décrites à la section 4 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre est de 72 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision et les contrats et accords concernés.

#### **5.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire**

##### ***5.3.1 Motivation des montants alloués à l'appui budgétaire***

Le montant alloué à l'appui budgétaire est de 12 000 000 EUR en 2020. Ce montant repose sur les prévisions les plus récentes quant à l'impact budgétaire de la crise, qui pourrait résulter d'une diminution des ressources affectées au budget de l'Etat égal à - 8,79% par rapport aux prévisions initiales, et une hausse des dépenses estimées à 16,45% par rapport aux dépenses initiales prévues, comme estimé par la Loi de finance rectificative de juin 2020 ([www.budget.mr](http://www.budget.mr)).

##### ***5.3.2 Critères de décaissement de l'appui budgétaire***

Les conditions générales de décaissement de la tranche fixe sont les suivantes :

- progrès satisfaisants dans la mise en œuvre de la politique sanitaire en Mauritanie, y compris dans le cadre de la riposte au COVID-19, et maintien de la crédibilité et de la pertinence de cette politique ;
- progrès satisfaisants dans la mise en œuvre d'une politique macroéconomique crédible axée sur la stabilité ;
- progrès satisfaisants dans la mise en œuvre du Programme de réforme des finances publiques ;

- progrès satisfaisants en ce qui concerne la mise à disposition du public, en temps utile, d'informations budgétaires exhaustives et fiables.

En cas de dégradation sensible des valeurs fondamentales, les décaissements au titre de l'appui budgétaire peuvent être suspendus, réduits ou annulés, conformément aux dispositions pertinentes de la convention de financement.

### **5.3.3 Modalités de l'appui budgétaire**

L'appui budgétaire consiste en une tranche fixe dont le décaissement est prévu à titre indicatif en septembre/octobre 2020. L'appui budgétaire est fourni sous la forme d'un appui budgétaire direct non ciblé au Trésor public.

L'opération de crédit des virements en euros décaissés en MRU (Ouguiya Mauritanien) sera exécutée aux taux de change applicables, conformément aux dispositions pertinentes de la convention de financement.

## **5.4 Modalités de mise en œuvre (modalité de projet)**

La Commission veillera au respect des règles et des procédures pertinentes de l'UE pour l'octroi de financements à des tiers, notamment des procédures de réexamen s'il y a lieu, ainsi qu'à la conformité de l'action avec les mesures restrictives de l'UE<sup>6</sup>.

### **5.4.1 Subventions: Appui à la mise en œuvre du PNDS (gestion directe)**

#### **(a) Objet de la subvention**

Les objectifs et le type d'actions éligibles au financement ainsi que les résultats escomptés sont les objectifs, résultats et actions prévues par le PASS2 à la section 4.1 et 4.2.

L'objectif de la subvention accordée au ministère de la santé est de lui donner directement les moyens de mettre en œuvre sa stratégie nationale de développement du secteur à savoir le plan national de développement sanitaire (PNDS 2020-2025). La gestion autonome de la subvention contribuera à renforcer l'appropriation et le leadership du ministère dans le pilotage de la réforme du secteur de la santé, bien plus que les autres modalités de mise en œuvre traditionnellement utilisées en Mauritanie comme l'indique l'expérience positive du PASS1.

Le ministère devra décrire de façon précise les actions qu'il entreprend et met en œuvre sur les fonds alloués au titre de la subvention de l'UE. Ce niveau de précision permettra à la Commission européenne de procéder aux contrôles opportuns et de garantir la meilleure utilisation possible des fonds. Un manuel de procédure spécifique est actuellement utilisé pour la mise en œuvre de la subvention.

#### **(b) Type de demandeurs visés**

La subvention accordée au ministère de la santé.

#### **(c) Justification d'une subvention directe**

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, la subvention peut être octroyée sans appel à propositions au ministère de la santé de la Mauritanie.

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, le recours à une procédure d'octroi sans appel à propositions se justifie car :

- Le bénéficiaire, le ministère de la santé, se trouve dans une situation de monopole de droit et de fait par le pouvoir institutionnel que lui est confié par la loi;

---

<sup>6</sup> [www.sanctionsmap.eu](http://www.sanctionsmap.eu) Il est à noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant de répertorier les régimes de sanctions. Les sanctions résultent d'actes juridiques publiés au Journal officiel (JO). En cas de divergence entre les actes juridiques publiés et les mises à jour sur le site web, c'est la version du JO qui prévaut.

- Seul le ministère de la santé en raison de sa compétence technique, de sa spécialisation ou de son pouvoir administratif a la possibilité de mettre en œuvre le PNDS.

#### **5.4.2 Gestion indirecte avec une agence d'un État membre**

Une partie de la présente action sera mise en œuvre en gestion indirecte avec l'agence belge de développement ENABEL en continuité avec l'action du PASS1. La mise en œuvre par ENABEL implique qu'elle exécutera la composante d'appui institutionnel comme indiqué au point 4.3, avec la participation de l'institut de médecine tropicale d'Anvers et d'autres acteurs reconnus internationalement. Ce mode de mise en œuvre qui vise le renforcement des capacités et le transfert de compétences avec une stratégie de désengagement et la construction de partenariats sur la durée, se justifie car :

- la complexité du domaine d'intervention et la pluralité des secteurs et des expertises seront garantis par ENABEL et les structures associées avec une expérience pluriannuelle dans le domaine sanitaire en Mauritanie et capable de soutenir les interventions par une réflexion et support considérables comme largement démontré dans le cadre de la mise en œuvre du PASS1,
- ENABEL et les structures associées auront une approche élargie et sectorielle sur la base de leurs expériences dans d'autres pays. Au même temps la mise en place d'un Fond commun et la couverture sanitaire universelle, au centre de l'appui institutionnel, pourra se baser sur des expériences dans d'autres pays et sur les expériences pilotes en cours sur le PASS1,
- la présence d'un institut de recherche de renommée mondiale (l'institut de médecine tropicale d'Anvers) garanti une possibilité d'apport qualitatif et d'ouverture importante à un projet qui se veut innovateur avec des grands défis à relever,
- ENABEL met en œuvre l'appui institutionnel du PASS1 de manière satisfaisante et avec l'appréciation positive des bénéficiaires de l'action au niveau central et déconcentré.

L'entité en charge réalisera les tâches d'exécution suivantes:

- au moins trois assistants techniques principaux sont prévus pour l'appui institutionnel: de manière indicative un expert en planification, chef d'équipe, un expert en gestion budgétaire, un expert en gestion des ressources humaines, d'autres expertises pourront être mobilisées dans les domaines médicaments et fond commun. Les assistants mobilisés seront basés au sein des structures qu'ils appuient,
- des experts court/moyen terme seront mobilisés dans les domaines du système national d'information sanitaire, de la réglementation, de la formation médicale, de la pharmacie, de l'architecture et autres selon les besoins identifiés pour la mise en œuvre,
- un programme de formation et de renforcement de capacités sera mis en œuvre au bénéfice du personnel du ministère de la santé au niveau central et déconcentré et de toutes les parties prenantes du programme.

L'entité envisagée a été sélectionnée sur la base des critères suivants :

- expertise spécifique du secteur de la santé en particulier appui institutionnel de systèmes de santé,
- expertise spécifique dans le domaine de la mise en place de systèmes de couverture sanitaire universelle et de renforcement et le financement du système de santé en Afrique,
- capacité de mise en place des équipes multidisciplinaires avec la participation d'instituts de recherche dans le domaine sanitaire,
- connaissance du contexte mauritanien et du secteur de la santé.

Si l'entité envisagée doit être remplacée, les services de la Commission peuvent sélectionner une autre entité de remplacement sur la base des mêmes critères.

## **5.5 Critères d'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions**

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risque de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.



## 5.6 Budget indicatif

	Contributions (EUR)	
	UE	Gouv. MR
<b>5.3 Appui budgétaire</b> R2 : La population dispose des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire (L'offre de soins) R3 : Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (Médicaments et consommables)	12 000 000	s.o.
<b>5.4.1. – Subvention directe au ministère de la santé (gestion directe)</b> R2 : La population a un accès équitable et inclusif à des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire (L'offre de soins) R3 : Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (Médicaments et consommables) R5 : Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé (Financement par la demande)	4 700 000	1 175 000
<b>5.4.2. – Gestion indirecte avec l'agence belge de développement ENABEL</b> R1 : Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente, redevable et non-discriminatoire et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (Gouvernance) R3 : Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (Médicaments et consommables) R4 : Des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne (RHS) R5 : Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé (Financement par la demande)	7 000 000	s.o.
5.8 – Évaluation, 5.9 – Audit	200 000	s.o.
5.10 – Communication et visibilité	100 000	s.o.
Provisions pour imprévus	0	s.o.
<b>Total</b>	<b>24 000 000</b>	<b>1 175 000</b>

## 5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

L'action s'insère dans la stratégie sectorielle du ministère de la santé et s'insère directement dans la stratégie de suivi du PNDS. La structure organisationnelle prévoit :

- Le comité de pilotage du PNDS, qui se réunira au moins avec une fréquence annuelle et qui garantira le pilotage du PASS2. La composition du comité, déjà fonctionnel dans le PASS1, continuera à être établie par les documents du PNDS et comprendra au minimum un représentant du ministère de la santé, un représentant de la Délégation de l'UE et de l'AFD, un représentant de la cellule d'appui à l'ordonnateur national, des représentants des autres partenaires au développement, de la société civile et du secteur privé. Un comité de pilotage spécifique au PASS ne sera pas prévu afin de garantir l'alignement et la coordination entre le PNDS et le PASS.
- Le comité technique qui se réunira au moins avec une fréquence trimestrielle et qui garantira le suivi rapproché de l'avancement du PASS2. La composition du comité technique comprendra au minimum des représentants du ministère de la santé dont le président, un

représentant de la Délégation de l'UE et de l'AFD, un représentant du ministère de l'économie et des finances et un représentant de la cellule d'appui à l'ordonnateur national, les représentants d'ENABEL, des représentants des autres partenaires, les représentants des structures de mise en œuvre. Des personnes ressources pourront aussi participer au comité technique. Le secrétariat sera garanti par l'appui institutionnel.

Pour garantir le bon déroulement du programme le gouvernement de la République Islamique de Mauritanie s'engage à la réalisation des mesures suivantes:

- Finalisation et validation du plan opérationnel 2020-2025 du PNDS.
- Tenue de réunions de dialogue (Coordination technique sectorielle santé) entre le ministère de la santé et les partenaires au développement au moins avec une fréquence bimensuelle.
- Cofinancement à la hauteur d'au moins 20% de la subvention prévue PASS en appui au plan opérationnel du PNDS 2020-2025.
- Inscription au budget de l'Etat du montant total (Union européenne et gouvernement) de la subvention au plan opérationnel du PNDS.
- Renforcement de la DPCIS pour la coordination des apports des partenaires au développement par au moins quatre cadres permanents recrutés par le Ministère de la Santé sur base d'une fiche de poste détaillée validée par les parties prenantes.
- Le personnel cadre qui travaille sur la subvention PASS1 feront objet d'une évaluation conjointe (ministère de la santé, cellule d'appui à l'ordonnateur national et Délégation de l'UE) et dans le cas d'appréciation positive seront reconduits. Dans le cas contraire un chargé de programme et d'un comptable cadres seront recrutés pour la gestion de la subvention, par appel à candidature ouvert, avec des compétences spécifiques en procédures FED. La Cellule d'appui à l'ordonnateur national du FED et la Délégation de l'UE feront partie du comité d'évaluation.
- Mise à disposition de bureaux adéquats au sein du ministère de la santé pour le personnel de l'appui institutionnel et pour le personnel en charge de la gestion de la subvention.
- Prévision d'une allocation annuelle au niveau du budget du ministère de la santé pour la prise en charge des frais de gestion et de suivi du programme PASS.

## **5.8 Suivi de la performance et des résultats et rapports**

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités des partenaires de mise en œuvre. À cette fin, les partenaires de mise en œuvre doivent établir un système de suivi interne, technique et financier permanent pour l'action et élaborer régulièrement des rapports d'avancement (au moins une fois par an) et des rapports finaux. Chaque rapport rendra compte avec précision de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants désagrégés (minimum par sexe et âge), en utilisant comme référence la matrice du cadre logique.

Les indicateurs relatifs aux ODD et GAP II et, le cas échéant, les indicateurs définis d'un commun accord, par exemple dans le document de programmation conjointe, devront être pris en considération.

Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

## **5.9 Évaluation**

Eu égard à la nature de l'action, il sera procédé à une évaluation à mi-parcours et une autre finale de l'ensemble du PASS2 par l'intermédiaire de consultants indépendants contractés par la Commission.

Les principales parties prenantes seront impliquées dans le processus de suivi. Le suivi sera basé sur des indicateurs ventilés par sexe (minimum), âge et handicap. Chaque rapport rendra compte avec précision selon l'approche basée sur les droits humains intégrant le genre, de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (produits et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants désagrégés par sexe, âge et handicap, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique.

Il sera évalué également comment l'action contribue à la réalisation des droits humains et à la promotion de l'égalité des sexes. Pour cela, les ODD de l'Agenda 2030 et les indicateurs du plan d'action sur l'égalité des sexes (GAP II, 2016-2020) seront privilégiés ainsi que le respect des principes de non-discrimination, transparence, redevabilité et participation.

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée à des fins d'apprentissage, en particulier par rapport à l'avancement de la mise en œuvre de la CSU et devra relancer si besoin une seconde phase des interventions.

L'évaluation finale sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris la révision des politiques), en tenant compte en particulier de la performance de l'appui, de l'avancement de la mise en œuvre du PNDS et de la mise en place de la CSU. L'évaluation tiendra en compte le composant genre pour tous les aspects de l'intervention.

La Commission informera les partenaires chargés de la mise en œuvre au moins un mois avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Les partenaires de mise en œuvre collaboreront de manière efficace et effective avec les experts en charge de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et documents nécessaires et en leur assurant l'accès aux locaux et activités de l'appui.

Les rapports d'évaluation seront communiqués au pays partenaire et aux autres parties prenantes clés. Les partenaires de mise en œuvre et la Commission analyseront les conclusions et les recommandations des évaluations et décideront d'un commun accord, le cas échéant en accord avec le pays partenaire, des actions de suivi à mener et de toute adaptation nécessaire et notamment, s'il y a lieu, de la réorientation du projet.

Un ou plusieurs marchés de services d'évaluation pourront être conclus pour la réalisation des évaluations.

## **5.10 Audit**

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

Il est prévu qu'un ou plusieurs marchés de services d'audit pourront être conclus.

## **5.11 Communication et visibilité**

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations juridiques pour toutes les actions extérieures financées par l'UE.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité, qui seront établies, au début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan d'action spécifique dans ce domaine.

En ce qui concerne les obligations juridiques en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et/ou les entités responsables. Des obligations contractuelles adaptées seront

respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles adaptées seront établis sur la base des exigences de communication et de visibilité applicables aux actions extérieures de l'Union européenne (ou de tout document ultérieur).

Il est prévu qu'un ou plusieurs marchés de services de communication et de visibilité pourront être conclus.

## **6 CONDITIONS PREALABLES**

*S.O.*

## APPENDICE – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE

	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence	Valeur actuelle	Cibles*	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectif global: impact	OG 1 Contribuer à donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et en promouvant le bien-être de tous et toutes à tout âge (ODD 3).	OG1.1 Taux de mortalité maternelle selon la méthode directe	582 pour 100000 (RGPH 2013 <sup>17</sup> )	ND (en attente publication EDS 2019-20)		MICS / EDS / RGPH	
		OG1.2 Quotient de la mortalité infantile **EURF I18 L1	75 <sup>3</sup> ‰ (MICS 2011)	ND (en attente publication EDS 2019-20)		MICS / EDS	
Objectif(s) spécifique(s): Effet(s) direct(s)	OS 1 Améliorer et rendre plus équitable et inclusif l'accès aux soins de santé de qualité en ligne avec les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS).	OS1.1 Taux de couverture vaccinale penta 3	81% (Annuaire statistique 2014)	85% (Annuaire statistique 2018)		Annuaire Statistique	Engagement du gouvernement et du secteur pour les réformes PNDS et Stratégie protection sociale mise en œuvre
		OS1.2 Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes **EURF I20 L 2	17,8% (MICS 2014)	9,7% (Annuaire statistique 2018)		Annuaire statistique MICS	
		OS1.3 Indice de capacité opérationnelle générale	55% (SARA 2016)	42% (SARA 2018)		Enquête SARA tous les 3 ans	
Produits Résultat	<b>Résultat 1 :</b> Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente, redevable, non-discriminatoire et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (Gouvernance) <sup>7</sup>	R1.1 Nombre de DRAS/Moughataas qui ont un plan opérationnel budgétisé et financé pour au moins 90%	0	15 DRAS et 56 Moughataas (2019)		Annuaire statistique PAO	Le Gouvernement s'engage à concrétiser la déconcentration des chaînes de dépenses Le Gouvernement s'engage à réguler et à réformer le secteur santé Le programme national nutrition opère correctement
		R1.2 Taux de réalisation des supervisions intégrées par le Ministère de la Santé <sup>8</sup>	0	0 (2019)		Rapport annuel Ministère de la Santé	
		R1.3 Pourcentage des réformes et des mesures proposées dans le PNDS adoptées	0%	39,28% (2019)		Rapport annuel PNDS et Ministère de la Santé	
		R1.4 Nombre de personnels du niveau central formé sur le système d'archivage <sup>9</sup> désagrégé par sexe	0	0 (2019)		Rapport annuel Ministère de la Santé	

<sup>7</sup> [http://www.ons.mr/images/RGPH2013/Etude%20sur%20la%20Pauvreté%20non%20monétaire\\_FR.pdf](http://www.ons.mr/images/RGPH2013/Etude%20sur%20la%20Pauvreté%20non%20monétaire_FR.pdf)

		R1.5 Utilisation intégrale du DHIS2 <sup>10</sup>	Non	En cours(2019)		Enquête triennale SARA	
--	--	---	-----	----------------	--	------------------------	--

	<b>Résultat 2 :</b> La population a un accès équitable et inclusif à des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire ( <i>L'offre et l'accès aux soins</i> ) <sup>11</sup>	R2.1 Taux d'accouchements assistés avec le soutien de l'UE ** (EURF I18 N2)	45,3% <sup>12</sup> (Annuaire statistique 2014)	63,92% (Annuaire statistique 2018)		Annuaire statistique, MICS	Le leadership au plus haut niveau pour le pilotage effectif du PNDS est garanti et soutenu. La mise en œuvre du PNDS est efficace
		R2.2 Taux d'utilisation des services curatifs <sup>14</sup>	44% (Annuaire statistique 2014)	63,08 % (Annuaire statistique 2018)		Annuaire statistique	
		R2.3 Nombre de centres et postes de santé construits ou réhabilités <sup>15</sup>	0 (2018)	0 (2019)		Rapport annuel Ministère de la Santé	
		R2.4 Nombre de structures de santé renforcées avec des équipements médicaux	0 (2018)	0 (2019)		Rapport annuel Ministère de la Santé	
		R2.5 Nombre de structures de santé équipées avec des incinérateurs	0 (2018)	ND		Rapport annuel Ministère de la Santé et DHP	
		R2.6 Nombre de personnels (central, DRAS et formations sanitaires) formés à l'hygiène désagrégé par sexe	0 (2018)	35 (2019)		Rapport annuel Ministère de la Santé et DHP	
	<b>Résultat 3:</b> Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales ( <i>Médicaments et consommables</i> ) <sup>16</sup>	R3.1 % de FOSA disposant de médicaments essentiels (disponibilité moyenne) <sup>17</sup>	26% (2016- SARA)	19% (2018- SARA)		Annuaire Statistique Enquête SARA	Volonté politique d'assainir le secteur pharmaceutique
		R3.2 Pourcentage de formations sanitaires qui a reçu toutes les commandes au complet et à temps pendant une période définie.	A déterminer avec PNDS	ND		Système d'information et de gestion logistique (SIGL) de la CAMEC qui prendra en compte des indicateurs désagrégés	

						(minimum par sexe et âge)	
--	--	--	--	--	--	------------------------------	--

	<b>Résultat 4:</b> Des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne (RHS) <sup>18</sup>	R4.1 Nombre de personnes formées au processus d'accréditation <sup>19</sup> désagrégés par sexe	0	0 (2019)		Rapport annuel de l'ENSSS Rapport annuel du Ministère de la Santé	Le Gouvernement s'engage à concrétiser la réforme de la fonction publique avec la mise en place d'une gestion des RH, touchant la formation initiale et continue, l'affectation la motivation, l'équité, et la rétention
		R4.2 Proportion d'écoles ayant élaboré leur plan d'accréditation	0%	0% (2019)		Rapport annuel de l'ENSSS Rapport annuel du Ministère de la Santé	
		R4.3 Proportion de personnels ayant reçu une formation continue par catégorie, par an dans les Moughataas de Dar Naim et Bababé <sup>20</sup> et désagrégé par sexe	ND	Bababé 100% Dar Naim 40% (2019)		Enquête SARA	
		R4.4 Taux de rétention des RHS dans les CS et PS au cours des 12 derniers mois par sexe	ND	Bababé 100% Dar Naim 100% (2019)		Rapport annuel DRH	
	<b>Résultat 5 :</b> Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé selon la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) <sup>21</sup> (Financement par la demande). À partir de la troisième année	R5.1 La part des paiements directs pour la santé par les ménages dans les dépenses totales de santé dans les Moughataas de Dar Naim et Bababé <sup>22</sup>	ND	ND (2019)		Enquête EPCV	Le Gouvernement s'engage à promouvoir la CSU et la stratégie nationale de protection sociale
		R5.2 La part des paiements directs pour la santé par les ménages dans les dépenses totales de santé	43% (2011-13)	ND (2019)		Enquête EPCV Comptes Nationaux Santé	
		R5.3 Pourcentage d'indigents enrôlés dans l'AMU dans les Moughataas de Dar Naim et Bababé (nombre d'indigents pris en charge dans l'AMU désagrégé par sexe et âge)	827 (2016)	868 (2019)		Rapports Fonds CSU et CNAM	

\*Cibles : les valeurs seront complétées en fonction des résultats atteints par le PASS1 et du PNDS III pour la période 2021-2025