

RÉSUMÉ

Mesure individuelle d'appui en faveur de la Mauritanie à financer sur le Fonds européen de développement

1. Identification

Allocation FED	PIN 11 ^e FED pour la République islamique de Mauritanie
Coût total	20 millions d'EUR (contribution de l'UE) La présente action est cofinancée par le bénéficiaire de la subvention directe, le Ministère de la Santé, pour un montant de 3 350 000 EUR
Base juridique	Règlement (UE) 2015/322 du Conseil du 2 mars 2015 relatif à la mise en œuvre du 11 ^e Fonds européen de développement

2. Contexte national

La présente mesure concerne la Mauritanie. Le pays partage à la fois les problématiques de développement et d'intégration de l'Afrique Subsaharienne et les enjeux sécuritaires de l'Afrique du Nord et du Sahel. Le principal objectif stratégique de l'UE avec la Mauritanie est la contribution à la stabilité et à la prospérité du pays à travers le développement durable, notamment en renforçant ses institutions et en promouvant une croissance inclusive et soutenable. Cela passe notamment par l'amélioration de l'accès des populations les plus vulnérables à des services sociaux de qualité, dans des conditions équitables, notamment dans le domaine de la santé.

3. Résumé de la mesure

- 1) Contexte: les performances du secteur de la santé en Mauritanie sont assez faibles. A l'exception des cibles relatives au VIH-SIDA, la Mauritanie n'a pas atteint les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé. La mortalité maternelle a légèrement baissé, mais le ratio actuel reste l'un des plus élevés en Afrique (582 pour 100,000 naissances vivantes ; OMD : 232). De plus, la Mauritanie est l'un des rares pays d'Afrique où la mortalité infantile n'a pas véritablement diminué au cours des dernières années (115 pour 1000 naissances vivantes ; OMD : 45). A cela s'ajoute des problèmes de gouvernance du secteur et un manque de coordination entre les différentes autorités, centrales et locales, impliquées dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire.
- 2) Politique de coopération du pays bénéficiaire: la Mauritanie dispose d'une Politique Nationale de Santé (PNS) couvrant la période 2006-2015. Cependant, c'est seulement à partir de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2020 - soit 6 ans après son entrée en vigueur - que la mise en œuvre a réellement commencé, ce qui a nécessité un important effort

d'actualisation et d'ajustement. Le PNDS 2012-2020 vise à relever les défis d'un taux de mortalité et d'une morbidité élevés. Le PNDS est en cohérence avec le document national de politique de développement, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté III (CSLP III) pour la période 2011-2015 et est cohérent avec le cadre politique de l'UE. La nouvelle stratégie nationale de développement intitulée « Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) » est actuellement en cours de développement, alimentée par les stratégies sectorielles.

D'une manière générale, les acteurs œuvrant dans le domaine considèrent que les politiques et plans de développement du secteur, tout en étant disponibles, ne sont pas suffisamment utilisés comme référence pour le choix des priorités et d'allocation des ressources et que l'appropriation des documents de stratégie est très faible.

- 3) Cohérence par rapport aux documents de programmation: ce projet répond aux objectifs visés par le secteur 3 du Programme Indicatif National 11^e FED pour la Mauritanie.
- 4) Actions retenues: L'objectif général de l'appui est de donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et en promouvant le bien-être de tous à tout âge. (Objectif du développement durable 3). Son objectif spécifique est d'améliorer et 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).
- 5) Résultats escomptés: (i) le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé; (ii) la population a un accès équitable à des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire; (iii) des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales; (iv) des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne; (v) un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé selon la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS).
- 6) Aide de l'UE fournie par le passé et enseignements tirés: il s'agit de la première intervention du FED dans le domaine de la santé en Mauritanie. De l'expérience des autres bailleurs présents dans le secteur, l'on retiendra l'action de l'UE sera confrontée à (i) une faible efficacité technique, un manque d'autonomie de gestion des structures sanitaires primaires et à un manque de réglementation et du suivi; (ii) une insuffisance de ressources humaines en dehors des grandes villes, du fait en partie de l'absence de motivation du personnel (éloignement, formation, rémunération, ...) et (iii) une très faible qualité de la formation de base et continue.
- 7) Actions complémentaires/coordination entre les bailleurs de fonds: la coordination dans le secteur de la santé est aujourd'hui assez faible. Les PTF qui opèrent dans le domaine santé sont insuffisamment alignés sur le PNDS. La mise en place du Fonds prévu dans le cadre du présent projet contribuera à renforcer cette coordination et l'efficacité de leur action.

4. Communication et visibilité

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 et financées sur le budget indiqué ci-dessus.

En ce qui concerne les obligations légales 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 en charge. 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 du manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'Union européenne. La mise en œuvre de la communication et visibilité sera garantie par chacun des contractants prévus par les modalités au point 5.3 dans le cadre de leur engagements respectifs et, si nécessaire, par contrat de services.

5. Coût et financement

Projet d'appui au secteur de la santé - PASS	20 millions d'EUR
--	-------------------

Contribution totale de l'UE à la mesure	20 millions d'EUR
---	-------------------

Le comité est invité à rendre son avis sur la mesure individuelle 2016 en faveur de la Mauritanie.



FR

Cette action est financée par l'Union européenne

ANNEXE

de la décision de la Commission relative à la mesure individuelle en faveur de la République Islamique de Mauritanie à financer sur le 11^e Fonds européen de développement (FED)

Document relatif à l'action " Programme d'appui au secteur de la santé (PASS)"

INFORMATIONS À L'INTENTION DES DEMANDEURS DE SUBVENTION POTENTIELS

PROGRAMME DE TRAVAIL RELATIF AUX SUBVENTIONS

Le présent document constitue le programme de travail relatif aux subventions au sens de l'article 128, paragraphe 1, du règlement financier [règlement (UE, Euratom) n° 966/2012] applicable au FED en vertu de l'article 37 du règlement (UE) 2015/323, aux sections suivantes en ce qui concerne les subventions octroyées directement sans appel à propositions: 5.4.1.

1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS	Programme d'appui au secteur de la santé (PASS) Numéro CRIS: MR/FED/38607 Financé par le 11 ^e Fonds européen de développement (FED)	
2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation	L'action sera menée en République Islamique de Mauritanie (RIM)	
3. Document de programmation	Programme indicatif national (PIN) de Mauritanie 11 ^e FED (2014-2020)	
4. Secteur de concentration	Santé: 3 ^{ème} Secteur de concentration 11 ^e FED	Aide Publique au Développement : OUI ¹
5. Montants concernés	Coût total estimé: 23 350 000 EUR Montant total de la contribution du FED: 20 000 000 EUR La présente action est cofinancée par le bénéficiaire de la subvention directe, le Ministère de la Santé, pour un montant indicatif de 3 350 000 EUR	

¹ L'Aide Publique au Développement « doit avoir pour but essentiel de favoriser le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement ».

6. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre	Modalité de projet : Gestion directe: subvention au Ministère de la Santé – octroi direct Gestion indirecte avec la Coopération technique belge (CTB)			
7. a) Code(s) CAD	120 Santé ; 12110 Politique de la santé et gestion administrative 12220 Soins et services de santé de base			
b) Principal canal de distribution	10000 Public sector institution 12000 - Recipient Government			
8. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)	Objectif stratégique général	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	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 hommes et femmes (y compris le rôle des femmes dans le développement)	<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, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Marqueurs de Rio	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	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"/>
	9. Programmes phares thématiques «Biens publics mondiaux et défis qui les accompagnent»	SO		
10. Objectifs de développement durable (ODDs)	Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge			

RESUME

Les dépenses publiques dans le domaine de la santé en Mauritanie ont augmenté considérablement au cours des cinq dernières années, sans que cela ne soit encore accompagné d'une amélioration conséquente des indicateurs de santé. Cela est dû principalement à une faible efficience allocative et technique du système de santé, associée aux faiblesses institutionnelles et organisationnelles du ministère de la santé (MS).

La logique d'intervention dans le secteur de la santé en tant que troisième secteur de concentration du PIN 11^e FED, est, de manière indicative, programmée pour s'articuler en deux différentes conventions de financement en appui à la politique sectorielle de la santé et à son plan national de développement sanitaire (PNDS).

La première convention de financement, objet du présent document d'action, (DA), portera principalement sur: (i) la mise en place des réformes prévues par le PNDS, relatives à la gouvernance du secteur, aux ressources humaines, à la déconcentration, etc.; (ii) la programmation du secteur et (iii) la mise en place d'un système d'achats de services sanitaires à travers la création d'un Fonds pour la couverture de santé universelle (FCSU).

La deuxième convention, programmée pour 2018, portera principalement sur le financement direct au FCSU avec la participation des différents partenaires au développement du secteur.

L'**objectif général** de la présente convention de financement est 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 à tout âge. (Objectif de développement durable N°3).

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

Le PASS s'articule autour de cinq composantes : 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.

Le programme sera mis en œuvre à travers deux modalités:

1) un appui institutionnel via une convention de délégation avec la Coopération technique belge, qui visera le renforcement du système de santé, à travers la révision et la consolidation, entre autres, de la politique nationale de santé, des plans de développement du secteur et des sous-secteurs, des programmes spécifiques d'intervention, et du système règlementaire. La déconcentration et la structuration des ressources humaines, le renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS), la conception et démarrage du système de financement des programmes sectoriels seront aussi appuyés, ainsi que l'établissement et le suivi du Fonds pour la couverture de santé universelle, sous la tutelle du ministère de la santé mais avec autonomie de gestion.

2) une subvention d'une durée indicative de 30 mois pour appuyer la mise en œuvre de la deuxième partie du PNDS (période 2016-2020). Les résultats et les actions financées dans le cadre de la subvention seront en stricte cohérence avec le PNDS pour garantir un alignement complet avec la politique nationale de la santé (PNS).

1 CONTEXTE

1.1 Contexte sectoriel/national/régional/Domaine thématique

La synthèse du contexte sectoriel présenté au point 1.2.3 « secteur de concentration santé » du PIN 11^e FED reste pertinente et les domaines thématiques d'intervention sont toujours d'actualité.

1.1.1 Évaluation de la politique publique et du cadre stratégique de l'UE

La santé est considérée comme un bien public mondial et l'accessibilité à des soins de santé de qualité occupait un rang très élevé parmi les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et est repris parmi les cibles principales des objectifs de développement durable (ODD). Une amélioration notable de la situation sanitaire est devenue un préalable indispensable pour permettre aux pays en voie de développement de rompre le cycle de la pauvreté.

La Mauritanie dispose d'une Politique Nationale de Santé (PNS) couvrant la période 2006-2015. Cependant, c'est seulement à partir de l'élaboration du PNDS 2012-2020 - soit 6 ans après son entrée en vigueur - que la mise en œuvre a réellement commencé, ce qui a nécessité un important effort d'actualisation et d'ajustement. Le PNDS 2012-2020 vise à relever les défis d'un taux de mortalité et d'une morbidité élevés. Le PNDS est en cohérence avec le document national de politique de développement, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté III (CSLP III) pour la période 2011-2015 et est cohérent avec le cadre politique de l'UE. La nouvelle stratégie nationale de développement intitulée « Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) » est actuellement en cours de développement, alimentée par les stratégies sectorielles. Dans ce cadre, le ministère prévoit au cours du deuxième trimestre 2016 une revue à mi-parcours du PNDS et sa mise à jour pour la période 2016-2020 et finalise à cet effet la quatrième enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 4) et la deuxième enquête SARA (Indice de disponibilité et de capacité opérationnelles des services).

La stratégie actuelle du PNDS comprend quatre axes thématiques visant respectivement (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infantile-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non-transmissibles, y compris les accidents de la voie publique ; et v) un cinquième axe transversal visant le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien aux quatre axes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

D'une manière générale, les acteurs œuvrant dans le domaine considèrent que les politiques et plans de développement du secteur, tout en étant disponibles, ne sont pas suffisamment utilisés comme référence pour le choix des priorités et d'allocation des ressources. Ainsi, l'audit institutionnel et organisationnel du secteur santé réalisé en 2014 sur fonds de l'UE, indique que l'appropriation du PNDS et de la PNS et leur utilisation comme tableau de bord par tous les niveaux du secteur de la santé est très faible. Peu de réformes de caractère organisationnel et institutionnel prévues dans le cadre du PNDS ont été mises en œuvre. La coordination interministérielle et intra-ministérielle, particulièrement entre les multiples programmes nationaux qui opèrent en solo, est peu développée.

Le Gouvernement et les principaux partenaires techniques et financiers (PTF) actifs dans le secteur de la santé ont signé en 2012 le Compact IHP + 2012-2015 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. Ceci 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. Toutefois, il est à noter, que l'évolution n'est pas satisfaisante jusqu'à présent. Il est à signaler à cet effet, que les changements fréquents des hauts responsables (Ministre et Secrétaire Général) ne contribuent pas à la stabilité institutionnelle du secteur et à l'établissement d'une collaboration efficace entre les niveaux techniques et politico-administratifs.

La santé fait aussi partie de la stratégie nationale pour la protection sociale (SNPS), à travers son axe II. La Mauritanie a adopté la SNPS en 2014 avec un ancrage institutionnel au ministère de l'économie et des finances (MEF), qui est aussi l'Ordonnateur national (ON) 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. Pour le moment peu d'actions concrètes sont en cours ; avec le financement de la Banque mondiale, un appui au Système national de filets sociaux et aux transferts sociaux vient de démarrer afin de constituer un registre unique des personnes vulnérables (le registre social), qui sont identifiées selon des critères communautaires et statistiques liés à la consommation. Alors que la SNPS est pensée comme l'outil permettant de chapeauter de manière cohérente la lutte contre la pauvreté, au niveau intersectoriel la dynamique est faible; l'amélioration de l'approche intersectorielle semble nécessaire pour l'obtention de résultats. La santé 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 (MASEF).

1.1.2 Analyse des parties prenantes

Le partenaire principal est le ministère de la santé aux niveaux central et déconcentré. L'organisation du système de santé publique au 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 Moughataa (province, 55) avec les équipes cadres de Moughataa ; ii) le niveau secondaire, principalement les hôpitaux des Wilayas (région) et de Moughataas et les Directions régionales d'action sanitaire (DRAS, 13) ; le niveau tertiaire avec les hôpitaux et institutions spécialisées concentrées à Nouakchott, et les entités centrales du ministère de la santé. Presque tous les hôpitaux -soit dix hôpitaux 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.

La Faculté de Médecine, la Caisse nationale de sécurité sociale et l'office de médecine du travail sont placés sous la tutelle d'autres départements. Aux institutions de soins, il faut

ajouter: les cinq écoles nationales de santé publique (ENSP) qui forment les cadres paramédicaux, l'institut national de recherche en santé publique (INRSP), le Centre national d'orthopédie et de réhabilitation fonctionnelle, le centre national de transfusion sanguine, la centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables (CAMEC), et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour les fonctionnaires et les instituts paraétatiques.

Les autres ministères qui ont une implication dans le secteur santé sont : Le MEF qui en plus de la gestion des finances publiques préside le comité de pilotage de la SNPS (qui gère le Registre Social des ménages les plus pauvres) ; le ministère de la Fonction Publique pour les Ressources Humaines en Santé (RHS) ; le ministère des affaires sociales et de la famille (MASEF), 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) et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les cabinets et cliniques privées sont surtout présents à Nouakchott et dans quelques grandes villes au niveau régional tandis que les pharmacies privées sont réparties sur tout le territoire. Les praticiens traditionnels sont encore nombreux et leurs services largement utilisés par la population. Le secteur privé est fragmenté et peu régulé.

Plusieurs organisations de la société civile ont conduit des initiatives pertinentes dans divers 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 stratégie pays (CSLP ou SCAPP, en cours de préparation).

1.1.3 Domaines d'appui prioritaires/analyse des problèmes

L'analyse proposée est tirée des clauses de la « Stratégie nationale du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé » faite en 2015. Il existe en Mauritanie un engagement de l'Etat en faveur de la santé qui se matérialise dans les déclarations officielles, la création d'institutions de soins de différentes catégories, l'acquisition de nombreux équipements, l'élaboration d'une stratégie de développement du secteur (PNDS 2012-2020). La Mauritanie est également engagée dans l'initiative AGIR dont les piliers 2 et 4 visent respectivement le renforcement de l'état nutritionnel des ménages vulnérable et de la gouvernance en sécurité nutritionnelle. Ces aspects sont directement liés au secteur de la santé.

On doit cependant rappeler que le PNDS n'est pas toujours utilisé comme référence unique pour le choix des priorités et l'allocation des ressources. La stabilité institutionnelle et l'établissement d'une communication efficace entre les niveaux techniques et politico-administratifs sont des défis à relever au sein de l'administration. Le plan opérationnel de la première phase du PNDS se termine en 2016 et la PNS va jusqu'à la fin de 2015. En coordination avec les partenaires au développement et le ministère de la santé, courant 2016 il est prévu l'évaluation et l'actualisation de la politique nationale de santé et du PNDS.

Comme l'atteste l'évaluation des CSLP sur la période 2001-2015, les performances du secteur de la santé en Mauritanie sont assez faibles. A l'exception des cibles relatives au VIH-SIDA, la Mauritanie n'a pas atteint les OMD relatifs à la santé. La mortalité maternelle a légèrement baissé, mais le ratio actuel reste l'un des plus élevés en Afrique (582 pour 100 000 naissances

vivantes ; OMD : 232). De plus, la Mauritanie est l'un des rares pays d'Afrique où la mortalité infantile n'a pas véritablement diminué au cours des dernières années (115 pour 1000 naissances vivantes ; OMD : 45)

Le système national d'information sanitaire (SNIS) n'est pas encore efficace et vient seulement de commencer l'intégration des données hospitalières et pas encore celles du secteur privé médical. Le MS ne dispose pas d'un système unifié de suivi de sa politique et son système d'information sanitaire en cours de développement reste peu performant.

Concernant la gouvernance financière, les services centraux et déconcentrés gèrent le budget sur la 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 la base d'arrêtés pris par le ministère de la santé et non de décrets. Il y a un grand nombre d'unités de gestion utilisant parfois de 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 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. Une amélioration du système est donc nécessaire et devra : (i) harmoniser les procédures de transfert des ressources des partenaires sur la base de la transparence et de la souplesse ; (ii) assurer une collaboration étroite entre la direction de la programmation, de la coopération et de l'information sanitaire (DPCIS), la direction des affaires administratives et financières (DAF), les Directions techniques, et la pléthore des programmes et cellules concernées pour la budgétisation; (iii) renforcer la communication avec le ministère des finances ; (iv) élaborer un ou des manuels de procédures financières pour le secteur sur la base des règles communes de l'Etat incluant le recouvrement des coûts.

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. Malgré cela, certaines couvertures vaccinales (polio, rota virus), ainsi que la couverture vaccinale complète, restent trop faibles. Par exemple, seulement 45% des accouchements sont assistés par des agents de santé qualifiés (annuaire statistique 2014) et le taux d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre dans les 2 dernières semaines et ont reçu un traitement antipaludéen reste inférieur à 10% (MICS 2015). Une pratique encore large des mutilations génitales féminines (MGF – 66,6% parmi les femmes et 53,2% parmi les filles - 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 reproductive. Même si quelques progrès ont été enregistrés durant ces dernières années, la malnutrition reste un problème important avec une prévalence d'émaciation modérée et sévère en augmentation (14,8% - MICS 2015) et une prévalence d'émaciation sévère de 3,5% (MICS 2015) avec des graves retombées sur le développement économique et social du pays. Ces sous-utilisation et faible performance des services de santé s'expliquent en partie par des dysfonctionnements des structures de santé dus essentiellement à l'indisponibilité de ressources humaines ayant un niveau de qualification à la hauteur de ce qu'un système de santé pourrait attendre, de médicaments et des équipements de base, et au faible niveau de financement au niveau déconcentré.

La Mauritanie n'est pas dans une situation critique en ce qui concerne le nombre de ressources humaines pour la santé. Par exemple, le ratio pour les médecins est d'environ 1,6 médecin

pour 10 000 habitants. Bien que ce chiffre soit encore bas, il est au-dessus de l'indice de référence minimal recommandé par l'OMS (1 pour 10 000). Mais 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'inefficience / 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.

Concernant la situation de l'approvisionnement en intrants, les médicaments essentiels pour la santé de l'enfant sont disponibles dans seulement 35% des structures sanitaires et les médicaments essentiels pour la santé maternelle dans seulement 27% d'entre elles (évaluation des structures sanitaires, enquête SARA 2013). Plus de 70% des structures sanitaires ne disposent pas des équipements essentiels, selon cette même enquête. 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) due 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 ces dépôts régionaux et, (iv) d'une centralisation élevée et d'une dispersion des intervenants dans l'approvisionnement (OMS, 2011).

Des barrières financières et 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, DPCIS, MS, réalisée sur financement de la coopération espagnole, 2014 ». Pour ce qui concerne l'accessibilité financière de la population, même si le niveau des dépenses de santé par paiement direct (43% des dépenses totales de santé en 2011-2013, 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 groupes vulnérables sont les plus affectés 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 principal constat de l'audit institutionnel conduit fin 2014 est que les fonctions et les structures en place correspondent pour l'essentiel aux besoins du secteur mais qu'elles nécessitent certaines améliorations. En revanche, une réforme des méthodes de management et de la culture organisationnelle constitue le facteur clé pour toute amélioration véritable de la performance du secteur.

2 RISQUES ET HYPOTHESES

Risques	Niveau risque	Mesures d'atténuation
Résistance contre la réforme organisationnelle et institutionnelle du MS	E	<ul style="list-style-type: none"> ○ Privilégier initialement des réformes à résultats rapides et visibles. ○ Identifier et collaborer étroitement avec les personnes de références dans les réformes. ○ Analyser les intérêts des parties prenantes et renforcer les intérêts positifs. ○ Promouvoir le dialogue politique à tous les niveaux régulier et structuré. ○ Incorporer toutes les parties prenantes, y inclus les PTF, la société civile et les organisations professionnelles. ○ Respect par les PTF et le MS de leurs engagements au sein du Compact IHP+. ○ Insérer dans la CF des engagements de l'Etat en matière de réforme.
Résistance à l'assainissement des sous-secteurs médicaments et ressources humaines	E	<ul style="list-style-type: none"> ○ Privilégier une approche systémique à la couverture universelle plutôt que l'approche verticale et cloisonnée. ○ Promouvoir les alliances avec les PTF influents au sein du fonds commun, avec la société civile, et les médias.
Manque de volonté politique dans la lutte contre la corruption	E	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entamer un dialogue politique constant et sensibiliser les médias, la population, la société civile. ○ Favoriser le contrôle citoyen.
Faible capacités des agents de l'Etat et faible appropriation du PNDS, spécialement au niveau déconcentré	E	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ Réécriture pédagogique et opérationnelle du PNDS. ○ Vulgarisation des politiques et des outils de planification. ○ Réorganisation des RH au niveau central et au niveau déconcentré.
Inertie de la fonction publique et centralisation excessive de la chaîne de dépenses	M	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exiger qu'une partie du fonds commun finance les plans régionaux (régions pilotes).
Barrières culturelles à l'utilisation des soins de santé	F	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier ces barrières et travailler étroitement avec la société civile pour les surmonter. ○ Participation à l'élaboration et à l'opérationnalisation d'une stratégie nationale de communication pour le développement. ○ Inclure des messages clés dans le volet de promotion

		sociale du Programme de Transferts Sociaux Tekavoul
Barrières financières et géographiques à l'utilisation des soins de santé et faible confiance de la population	F	<ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer que les structures sanitaires soient construites/réhabilitées selon les normes nationales. ○ Assurer que le personnel de santé reste sur place dans les zones géographiques rurales. ○ Prévoir des alternatives mobiles pour atteindre la population éloignée. ○ Limiter la dispersion afin de pouvoir atteindre une masse critique de réalisations que permettra d'analyser l'impact de la mise en œuvre des réformes. ○ Etablir la subvention des soins ou l'appui à l'utilisation pour les populations les plus pauvres ○ Promouvoir un plan de carrière pour les agents publics dans le domaine de la santé qui comprenne une promotion de la mobilité géographique.
Pas de mise en œuvre effective du Compact national selon l'IHP+	M	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promouvoir une approche collégiale, une coordination effective des partenaires au développement et le leadership national.
		○

Hypothèses

- La stabilité sociopolitique et économique se poursuit.
- La révision du PNDS permet de disposer d'un document complet, de qualité, et budgétisé couvrant toutes les composantes du secteur
- Le Gouvernement s'engage à concrétiser 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 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 et la motivation, etc.
- La volonté de développer un cadre de suivi et évaluation performant au sein du secteur, existe et se concrétise.
- La volonté d'assainir le secteur du médicament existe.
- Le leadership au plus haut niveau pour le pilotage effectif du PNDS est garanti et soutenu.
- L'Union européenne s'engage dans un dialogue politique soutenu au plus haut niveau et met en œuvre un niveau d'exigence élevé.

3 ENSEIGNEMENTS TIRES, COMPLEMENTARITE ET QUESTIONS TRANSVERSALES

3.1 Enseignements tirés

L'engagement de l'Etat en faveur du secteur de la santé s'est traduit par une augmentation considérable des dépenses publiques de santé (DPS) par habitant (en termes réels, passant de 14 \$ US en 2005 à 26 \$ US en 2011, soit + 83%). Les dépenses totales de santé par habitant ont évolué de 44 dollars à 53 dollars entre 2011 et 2013 (CNS), soit une augmentation annuelle moyenne de 9,8%. Les dépenses du MS ont évolué de 9,7 milliards MRO en 2011 à 19,2 milliards MRO en 2013 soit une augmentation annuelle moyenne de 40,4%. Néanmoins, il est important de souligner qu'à ce jour, aucun budget n'est consacré à la nutrition au sein l'enveloppe santé.

Cependant, cette augmentation de budget n'a pas été accompagnée par une amélioration conséquente des indicateurs de santé, entre autre, pour les raisons suivantes:

- ✓ L'augmentation a profité en grande partie aux structures hospitalières, conduisant à une faible efficience allocative des DPS au lieu de financer des interventions à haut impact préconisées dans le PNDS.
- ✓ Une faible efficience technique due au manque d'autonomie de gestion des structures sanitaires primaires et à un manque de réglementation et du suivi.
- ✓ Une insuffisance de ressources humaines en dehors des grandes villes, du fait en partie de l'absence de motivation du personnel (éloignement, formation, rémunération, ...).
- ✓ Une très faible qualité de la formation de base et continue et une non standardisation de cette formation par niveaux et par métiers.

Les principales contraintes organisationnelles qui limitent le fonctionnement du ministère sont l'excès de centralisation, un organigramme qui ne correspond pas aux meilleures pratiques et une dispersion des directions et des programmes nationaux. L'autonomie de gestion des hôpitaux et des agences médicales n'a pas été accompagnée par les mesures appropriées qui assurent la transparence et l'efficience. 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 (IGS) 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 fait l'objet de circulaires et d'instructions, reste un problème majeur.

La prise en charge des indigents n'est que très partielle, affectant l'équité. A ce jour, le thème est pris en compte par différents acteurs (Banque mondiale, GAVI, Medicos del Mundo (MdM), CARITAS Mauritanie, World Vision, etc.) et nécessite une harmonisation. Un projet de MdM dans la capitale a introduit la gratuité des services aux indigents grâce à la mise en place des comités de santé pour chaque centre de santé. Cette expérience a obtenu de bons résultats dans la prise en charge des vulnérables et dans le renforcement des capacités des structures sanitaires. La mise en place du Programme national de transferts sociaux Tekavoul offre une opportunité de renforcer la demande des ménages les plus pauvres, et le registre national social permettra une identification efficace de ces couches.

Une autre expérience qui est réalisée dans le cadre de la mise en œuvre d'un appui de GAVI dans 9 mougataas, a permis d'améliorer significativement l'utilisation des services, grâce à la gratuité des soins pour les indigents parmi les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans .

D'autres expériences sur l'introduction du Forfait obstétrical (FO, notamment avec l'appui de l'AFD) montrent qu'il est possible d'améliorer l'efficacité et l'efficacités du système et la satisfaction des usagers. Les enjeux majeurs pour l'introduction à l'échelle nationale de ces expériences restent l'amélioration de la qualité des services, leur gestion et la continuité de la prestation.

Dans le domaine de la formation de base, entre autres, des associations internationales ont réalisé, à l'école des infirmiers de Kiffa, un projet de révision des curricula, de mise à jour des manuels et de renforcement du corps des enseignants. Cette expérience pourrait être élargie sur les autres cinq écoles du pays.

3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs

Le premier secteur de concentration du 11^e FED « Sécurité alimentaire et agriculture durable » contribuera indirectement à la réduction de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, et donc de la morbidité et de la mortalité. Le second secteur de concentration, « Etat de droit », qui prévoit des actions en faveur de la sécurité, de la décentralisation, de la déconcentration, du développement local et de la formation technique et professionnelle, contribuera également à une amélioration des déterminants multisectoriels de la santé y compris à l'amélioration de la gouvernance en santé publique. L'appui en cours dans les domaines de l'amélioration des finances publiques, du secteur des statistiques et de la programmation de l'aide (nouvelle SCAPP) développe déjà des fortes synergies et complémentarités avec l'appui au secteur sanitaire. Afin d'optimiser le potentiel des programmes sous le 11^e FED, une intervention spécifique aux quatre wilayas déjà identifiées pour le premier secteur de concentration (Assaba, Guidimakha, Hodh el Chargui, Hodh el Gharbi) pourrait être envisagée. L'objectif serait d'obtenir une masse critique d'interventions qui permettrait aux différentes activités de produire un impact plus significatif, et plus durable, en créant des synergies entre les secteurs santé, nutrition et développement rural, plutôt que de saupoudrer les actions sur l'ensemble du pays.

Les PTF qui opèrent dans le domaine santé sont insuffisamment coordonnés et alignés sur la PNS ni le PNDS. La mise en place d'un Fonds CSU pourrait sur la moyenne période favoriser l'alignement des PTF qui se retrouvent dans les cinq composantes identifiées.

La France continuera durant la période 2016-2018 à contribuer à l'amélioration de la santé maternelle-infantile (SMI) dans la région de l'Assaba. L'AECID appuie des projets bilatéraux, via la conversion de la dette et via des ONG espagnoles dans les domaines d'appui institutionnel, des services de santé de base, et des ressources humaines. ECHO et ses partenaires travaillent en appui au système de santé dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère comme pathologie. La Chine met des équipes médicales à la disposition du ministère de la santé, construit un hôpital régional de 450 lits au sud du pays, à Kiffa, et appuie l'Institut national de la recherche en Santé publique (INRSP). Le Japon donne des appuis ponctuels à la Santé maternelle et néonatale et au programme national de santé reproductive. Le Fonds mondial a approuvé des notes conceptuelles pour 3 ans (2016-2018) dans les domaines du paludisme (16,793,316 USD), la tuberculose USD (5,826,801 USD) et le VIH/SIDA (7,632,507 USD). GAVI mène un projet de renforcement du système de santé dans 9 préfectures et un appui pour l'achat des nouveaux vaccins. Une nouvelle soumission au GAVI pour 2016-2020 est en cours d'élaboration.

Le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Mauritanie (UNDAF) 2012-2016 vise la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile et le maintien de la séroprévalence du VIH/SIDA à moins de 1%. L'OMS contribue à la mobilisation de

l'assistance technique. En particulier, elle appuie techniquement l'élaboration d'une stratégie pour le financement de la santé. L'UNICEF contribue sur la thématique de la mortalité materno-infantile et fournit des appuis techniques au MS, y compris dans le domaine de la malnutrition, et met à disposition les Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (Plumpy Nut) nécessaires à la prise en charge sous financement ECHO. L'UNFPA intervient dans la santé reproductive dans le sud du pays et dans les deux grandes villes de Nouakchott et Nouadhibou et appuie la planification familiale dans tout le pays.

La Banque Mondiale formule un programme d'appui au financement basé sur les résultats (FBR) qui débiterait en 2017 et a signé en septembre 2015 un projet d'appui aux filets sociaux en Mauritanie (19 000 000 USD, 2015-2020) qui stimulera entre autres la demande de services de soins.

En ce qui concerne la coordination de l'aide, la Mauritanie a adhéré à l'IHP+, le MEF et le MS ont ensuite signé en mai 2012 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. La Délégation de l'Union européenne a adhéré en juin 2015 au compact. Un groupe thématique santé réunit les bailleurs multi et bilatéraux, dont l'AECID est le chef de file en ce moment avec l'appui de l'OMS. Une dynamisation du groupe est en cours en facilitant le dialogue entre les partenaires au développement. Au même temps le dialogue avec le MS c'est renforcé et devient de plus en plus structuré, grâce aussi au processus d'évaluation et préparation du PNDS.

3.3 Questions transversales

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de genre. Celles-ci sont complexes et multifformes et se manifestent dans tous les aspects de la santé : 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.

Au titre de la programmation du secteur durant la première année, période où seront finalisés les indicateurs de base et le suivi des actions, une mission d'études incluant des recherches opérationnelles dans divers contextes seront menées, afin de définir des modalités de prise en compte de la question du genre dans/via le développement du système de santé. La publication de la stratégie OMS sur les ressources humaines de la santé, attendue en Juillet 2016, devrait permettre à cette étude d'identifier et proposer des actions, tant au niveau de la gestion des ressources humaines de la santé que dans les relations du système sanitaire avec ses usagers. Certaines des actions ainsi identifiées seront mises en œuvre dans le cadre du PNDS.

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.

4 DESCRIPTION DE L'ACTION

4.1 Objectifs/résultats

Ce programme s'inscrit dans l'Agenda 2030. Il contribue principalement à atteindre progressivement l'objectif des ODD 3. L'objectif général de l'appui est donc de contribuer à donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et en promouvant le bien-être de tous à tout âge. (Objectif du développement durable 3).

L'**objectif spécifique** est d'améliorer et 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).

Les résultats attendus / composantes sont :

R1 : Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (*Gouvernance*)

R2 : La population a un accès équitable 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, y compris les intrants nécessaires à la prise en charge de la malnutrition 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 selon la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) (*Financement par la demande*).

4.2 Principales activités

4.2.1 R.1: Gouvernance

4.2.1.1 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.

4.2.1.2 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.

- 4.2.1.3 Mettre en place un Fonds couverture santé universelle (FCSU) comme Etablissement public autonome sous la tutelle du ministère de la santé ou comme association d'utilité publique qui pourra recevoir des subventions de l'UE dans une deuxième phase.
- 4.2.1.4 Appuyer des réformes organisationnelles du secteur en vue d'une meilleure performance avec un renforcement des motivations pour les organisations sous la tutelle du MS, les gestionnaires, et le personnel ainsi que les capacités et les attitudes des gestionnaires et du personnel. Ceci impliquera une déconcentration des structures et une participation accrue de la société civile.
- 4.2.1.5 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 (SNIS) et d'études enquêtes spéciales.
- 4.2.1.6 Améliorer la surveillance des épidémies et la préparation de la riposte par le biais du renforcement du SNIS et des laboratoires.
- 4.2.1.7 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.

4.2.2 R.2: L'offre des soins

- 4.2.2.1 Renforcer l'accès et la qualité de la prise en charge du couple mère-enfant y inclus le traitement des effets néfastes des MGF, 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.
- 4.2.2.2 Renforcer la mise en réseau des structures de santé, le continuum des soins et le suivi des affections de longue durée comme l'hypertension et le diabète.
- 4.2.2.3 Harmoniser et étendre les programmes (pilotes) de la stratégie nationale de santé communautaire mis en œuvre par les divers programmes verticaux et PTF, y inclus les stratégies mobiles et avancées avec des agents de santé communautaires et des relais communautaires, et la redynamisation des comités de gestion.
- 4.2.2.4 Appuyer la normalisation des infrastructures et équipements par niveau de soins et par population couverte, et appuyer la réhabilitation/ l'extension, l'équipement et la maintenance d'un nombre de structures de soins primaires (PS et CS) et des services de base des structures secondaires (CHR) selon ces normes.
- 4.2.2.5 Promouvoir l'innovation dans l'offre des soins, par exemple par le biais de la télémédecine, programmes pilotes y inclus les technologies nouvelles pour les zones enclavées.
- 4.2.2.6 Renforcer les capacités de suivi/évaluation et supervision des DRAS et des Moughataas.
- 4.2.2.7 Appuyer la mise en place de systèmes d'information et des actions de sensibilisation pour le changement de comportement envers les femmes, mais également les hommes, et les grands' mères en utilisant notamment l'approche 1.000 jours. Ces actions de sensibilisation seront accompagnées, entre autres, de programmes de filets sociaux ciblant eux particulièrement les femmes.

4.2.3 R.3: Les médicaments et consommables essentiels

- 4.2.3.1 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.
- 4.2.3.2 Améliorer l'achat, la chaîne d'approvisionnement, la gestion des stocks, la distribution, le respect de la chaîne de froid et la gestion financière des médicaments essentiels et consommables aux niveaux de la CAMEC et des structures sanitaires. L'amélioration de la distribution au-delà des dépôts régionaux sera étudiée à titre pilote.
- 4.2.3.3 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 (IGS).
- 4.2.3.4 Améliorer l'accessibilité financière des médicaments, des intrants et des vaccins pour les utilisateurs.
- 4.2.3.5 Appuyer la prise en charge des intrants pour la malnutrition aigüe sévère, via l'intégration de ceux-ci dans la liste des médicaments et consommables essentiels ainsi que dans l'approvisionnement, la gestion et les distributions de la CAMEC.

4.2.4 R.4: Ressources humaines en santé (RHS)

- 4.2.4.1 Renforcer la planification stratégique, la gestion prévisionnelle et le suivi évaluation fiable et actualisé des 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.
- 4.2.4.2 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.
- 4.2.4.3 Améliorer les formations initiales, avec une accréditation des Ecoles de formation, y inclus les Ecoles 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'Ecole nationale d'administration (ENA) pour les gestionnaires d'hôpitaux et d'un Master en santé publique à la Faculté de médecine pour les DRAS et les Médecins chefs de Moughatas, incluant un module sur la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec ou sans complication.
- 4.2.4.4 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.
- 4.2.4.5 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.

4.2.5 R.5: Financement par la demande

- 4.2.5.1 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).
- 4.2.5.2 Améliorer l'élaboration des budgets et de leur utilisation en particulier au niveau périphérique. Introduire un financement de la prise en charge de la malnutrition dont le budget serait en grande partie décentralisé.
- 4.2.5.3 Expérimenter un fonds d'achat en complément du Forfait obstétrical (FO) pour payer aux hôpitaux les césariennes, les soins néonataux, et quelques maladies chroniques comme l'hypertension et le diabète. Ce fonds pourra éventuellement intégrer à terme le FO.
- 4.2.5.4 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.

4.3 Logique d'intervention

La logique d'intervention dans le secteur de la santé en tant que troisième secteur de concentration du PIN 11^e FED, est, de manière indicative, programmée pour s'articuler en deux différentes conventions de financement étalées sur le temps qui auront les mêmes objectifs généraux et spécifiques.

La première convention de financement (le Programme d'appui au secteur de la santé, PASS, objet du présent DA) portera principalement sur: (i) la mise en place des réformes prévues par le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2012-2020), 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 de santé universelle (FCSU).

La deuxième convention portera principalement sur le financement direct au Fonds pour la couverture de santé universelle avec la participation des différents partenaires au développement du secteur.

La logique d'intervention dans le secteur de la santé est focalisée sur la mise en place de l'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 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. Ainsi, l'efficacité allocative de l'offre de services de santé sera améliorée en renforçant davantage les niveaux primaire et secondaire et en favorisant le réseautage du niveau tertiaire. 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 des indigents, et des investissements pour améliorer la qualité des services et réduire leur prix.

La performance sera davantage améliorée par le renforcement de la régulation du secteur public et privé dans les domaines de la provision des services et de l'assurance maladie, en conjonction avec des incitatifs appropriés, le changement de comportement des acteurs, et une réorganisation du système. Par ailleurs, ces actions, ainsi qu'une analyse approfondie des parties prenantes, leurs pouvoirs et leur position vis-à-vis des réformes, et de leur perception des politiques, aideront à alléger les résistances et l'inertie contre les réformes.

Pour ce qui concerne la **convention de financement PASS** deux modalités de mise en œuvre sont prévues :

Un appui institutionnel d'une durée indicative de 66 mois qui se concentrera sur l'amélioration de la gouvernance du secteur et à la création du Fonds couverture santé universelle (FCSU). L'appui institutionnel renforcera : (i) la mise à jour et l'harmonisation des politiques et stratégies sectorielles et sous-sectorielles et le développement des plans opérationnels du secteur, le développement des programmes spécifiques d'intervention et le renforcement du système d'information sanitaire, etc., (ii) la révision réglementaire et le renforcement de l'inspection de la santé, (iii) le système de gestion administrative et financière du ministère et des institutions sous sa tutelle, (iv) l'élaboration d'études pour la mise en place d'une stratégie de financement de la santé et la réalisation des Comptes nationaux de santé (CNS), (v) le renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS) et (vi) la mise en œuvre d'un plan de formation continue du personnel sanitaire, (vii) l'établissement et le suivi d'un Fonds pour la couverture de santé universelle (FCSU) sous la tutelle du Ministère de la santé et avec autonomie de gestion. Le Fonds associera le Ministère des Affaires sociales, de l'enfance et de la femme (MASEF), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) de la Fonction publique, la société civile, les collectivités territoriales, et sera ouvert à d'autres bailleurs. Le Fonds aura vocation, sur le court terme, de gérer les apports au secteur de l'Union européenne et d'autres partenaires au développement. Sur le long terme, il pourra devenir l'instrument de financement du PNDS, financer directement les structures sanitaires et préfigurer un pôle de financement de la demande (protection sociale) lui permettant d'accéder à l'offre du ministère de la santé. La mise en place d'un fonds commun de gestion des ressources dédiées à la santé, avec des normes et des procédures adoptées de manière consensuelle est une des quatre modalités de financement prévues par le Compact national signé entre le gouvernement et les bailleurs et elle est envisagée dans le PNDS 2012-2020 dans sa section réservée aux "mesures et réformes nécessaires en matière de financement de la santé".

Le FCSU sera également alimenté, outre la contribution de l'UE, par une contribution de la part de l'Etat mauritanien. En effet dans le cadre de la Convention de financement 6589/MAU, il est prévu que la Société nationale industrielle minière (SNIM) remboursera au gouvernement le prêt objet de la convention de financement. Le cadre d'obligations mutuel signé entre le gouvernement de la Mauritanie et la Délégation de l'Union européenne le 30 octobre 2015, prévoit qu'une somme de plus de 32 000 000 EUR provenant de ce remboursement soit versée, à titre de financement additionnel, à l'appui sectoriel dans le secteur de la santé appuyé par le 11^e FED. D'autres PTF comme l'AECID ont manifesté la volonté de participer en cours de route au fonds.

L'appui institutionnel continuera tout au long de la mise en œuvre du PASS (et de la CF suivante), et aura par but principal le renforcement des capacités et le transfert de

compétences au niveau du MS et sera exécuté par une convention de délégation avec la Coopération technique belge en partenariat avec l'Institut tropical d'Anvers et d'autres partenaires.

Subvention au Ministère de la santé pour la mise en œuvre du PNDS, pour une durée indicative de 30 mois : cette modalité de mise en œuvre, qui sera exécutée pendant la phase de montage du FCSU, prévoit le financement des actions programmées dans le cadre du plan opérationnel 2016-2020 du PNDS. Les résultats et les actions financées dans le cadre de la subvention seront en stricte cohérence avec ceux du PASS. Un chargé de programme et un comptable seront recrutés sur la base d'un appel à candidature pour la mise en œuvre technique de la subvention. Le plan opérationnel 2016-2020 du PNDS est en phase de réalisation au moment de la rédaction du présent DA et sera disponible de manière indicative en septembre 2016.

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, tel que prévu à l'article 17 de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE.

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 4.2. 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; les modifications apportées à la présente décision constituent des modifications non substantielles au sens de l'article 9, paragraphe 4 du règlement (UE) 2015/323.

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

Non applicable.

5.4 Modalités de mise en œuvre

5.4.1 Subventions: octroi direct : Appui à la mise en œuvre du PNDS (gestion directe)

(a) Objectifs de la subvention, domaines d'intervention, priorités pour l'année et résultats escomptés

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

L'objectif de la subvention accordée au ministère de la santé (MS) 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). 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. De l'expérience tirée de la mise en œuvre des précédents programmes, il s'avère en effet que la modalité devis-programme est trop

lourde à gérer compte tenu des ressources humaines dont dispose le bénéficiaire, et ne garantit pas un investissement suffisant de sa part. La modalité appui budgétaire n'était actuellement pas faisable en Mauritanie, la subvention est apparue comme l'option de compromis, permettant la responsabilisation des autorités mauritaniennes dans un cadre procédural plus souple. Il appartiendra en effet au ministère de la santé de gérer lui-même la subvention et de l'affecter en fonction des priorités définies dans le PNDS.

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.

(b) 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 MS.

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;
- Seul le ministère de la santé en raison de sa compétence technique, de sa spécialisation ou de son pouvoir administratif à la possibilité de mettre en œuvre le PNDS;
- La modalité subvention est celle qui, alors qu'il n'est pas possible de recourir à l'appui budgétaire en Mauritanie, garantit la meilleure appropriation et implication du bénéficiaire dans le pilotage et le suivi du projet.

(c) Critères de sélection et d'attribution essentiels

Les critères de sélection essentiels portent sur la capacité financière et opérationnelle du demandeur.

Les critères d'attribution essentiels concernent la pertinence de l'action proposée au regard des objectifs, la conception, l'efficacité, la faisabilité, la viabilité et le rapport coût/efficacité de l'action.

(d) Taux maximal de cofinancement

Le taux maximal de cofinancement possible pour cette subvention est de 80% des coûts éligibles de l'action. Conformément à l'article 192 du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 applicable en vertu de l'article 37 du règlement (UE) 2015/323 lorsqu'un financement intégral est indispensable à la réalisation de l'action, le taux maximal de cofinancement possible peut atteindre 100 %. Le caractère indispensable du financement intégral doit être justifié par l'ordonnateur compétent de la Commission dans la décision d'attribution, dans le respect des principes d'égalité de traitement et de bonne gestion financière.

(e) Trimestre indicatif pour la conclusion de la convention de subvention

2^e trimestre de l'année 2017.

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 la Coopération technique belge (CTB) conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012, applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323. Cette mise en œuvre implique de la part de la CTB la responsabilité de la composante d'appui institutionnel du programme, 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 se justifie car la CTB dispose d'une expérience reconnue en matière d'appui à la réforme du secteur de la santé, dans des pays fragiles, qui lui permettra de pallier la complexité de ce secteur d'intervention en Mauritanie. La CTB bénéficie de partenariats pertinents dans le domaine, comme avec l'Institut tropical d'Anvers, qui pourra lui mettre à contribution de la mise en œuvre du PNDS son expertise et son expérience en Afrique.

L'expérience de la CTB permettra ainsi d'appuyer: (i) la mise à jour et l'harmonisation des politiques et stratégies sectorielles et sous-sectorielles et le développement des plans opérationnels du secteur, le développement des programmes spécifiques d'intervention et le renforcement du système d'information sanitaire, (ii) la révision réglementaire et le renforcement de l'inspection de la santé, (iii) le système de gestion administrative et financière du ministère et des institutions sous sa tutelle, (iv) l'élaboration d'études pour la mise en place d'une stratégie de financement de la santé et la réalisation des Comptes nationaux de santé (CNS), (v) le renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS) (vi) la mise en œuvre d'un plan de formation continue du personnel sanitaire, (vii) l'établissement et le suivi d'un Fonds pour la couverture de santé universelle (FCSU) sous la tutelle du ministère de la santé et avec autonomie de gestion.

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 la CTB et les structures associées avec une expérience pluriannuelle dans le domaine sanitaire et capable de soutenir les interventions par une réflexion et support considérables.
- La CTB et les structures associées auront une approche élargie et sectorielle sur la base de leurs expériences dans d'autres pays. Dans le même temps la mise en place d'un Fonds de couverture sociale universelle, au centre de l'appui institutionnel, pourra se baser sur des expériences dans d'autres pays et à petite échelle au niveau de Nouakchott.
- La présence d'un institut de recherche de renommée mondiale, garantit une possibilité d'apport qualitatif et d'ouverture importante à un projet qui se veut innovateur avec des grands défis à relever.

L'entité en charge réalisera les tâches d'exécution budgétaire suivantes: Passation de marchés de services, fournitures et travaux, suivi des dossiers d'appel d'offre lancés, ainsi qu'éventuellement octroi de subventions. Ces marchés permettront la mise en œuvre de :

- Un programme de formation et de renforcement de capacité au bénéfice du personnel du ministère de la santé au niveau central et déconcentré et de toutes les parties prenantes du programme (par contrat de service),

- Un appui à l'amélioration du SNIS, en particulier à la mise en place de l'application DHS2, appui aux enquêtes internationales SARA, EDES, MICS (par contrat de service et de fourniture),
- Renforcement des capacités des fonctions de régulation, de prestation de service et de financement du ministère de la santé au niveau central et déconcentré (par contrat de service),
- Appui aux cinq écoles nationales de santé publique (ENSP), à la Centrale d'achat de médicaments et de consommables (CAMEC), à l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP), au Laboratoire national de contrôle de qualité (LNCQ) (par contrat de service, de fourniture et de travaux).

5.5 Champ d'application de l'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 conformément à l'article 22, paragraphe 1, point b), de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE 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

	Contribution de l'UE (EUR)	Contribution indicative de tiers (EUR)
5.3.1. – Subvention directe au Ministère de la Santé (gestion directe) <i>La population a un accès équitable à des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire</i> <i>Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales</i> <i>Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé selon la Stratégie nationale de protection sociale</i>	13 400 000 Répartition indicative de la subvention: Renforcement des capacités des services décentralisés de santé: 2 400 000 Fourniture de médicaments: 5 000 000 Mise en place d'un CSU: 6 000 000	3 350 000

5.3.2. – Gestion indirecte avec la Coopération technique belge <i>Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente et décentralisée, et adéquatement régulé</i> <i>Des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne</i>	6 000 000	-
	Répartition indicative: Renforcement des capacités du MS: 3 000 000 Appui à l'amélioration du système de gestion des ressources humaines: 3 000 000	
5.8 – Évaluation, 5.9 – Audit	300 000	s.o.
5.10 – Communication et visibilité	110 000	s.o.
Provisions pour imprévus	190 000	s.o.
Totaux	20 000 000	3 350 000

5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

Le maître d'œuvre est le ministère de l'économie et finances, ordonnateur national du FED, et le maître d'ouvrage le ministère de la santé.

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 PASS. La composition du comité sera établie par les documents du PNDS et comprendra au minimum un représentant du MS, un représentant de la DUE, un représentant de la Cellule d'appui à l'Ordonnateur national (CAON), 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 PASS. La composition du comité technique comprendra au minimum des représentants du MS dont le président, un représentant de la DUE, un représentant du MEF et un de la CAON, les représentants de la CTB, 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.

Les mesures d'accompagnement pour garantir le bon déroulement du programme à assurer par le Gouvernement tout au long du programme sont les suivantes:

- Finalisation et validation du plan opérationnel 2016-2020 du PNDS,
- Tenue de réunions de dialogue (Coordination technique sectorielle santé) entre le MS et les partenaires au développement au moins avec une fréquence bimensuelle,
- Cofinancement à la hauteur d'au moins 20% de la subvention au plan opérationnel 2016-2020 du PNDS,

- Inscription au budget de l'Etat du montant total (Union européenne et gouvernement) de la subvention au plan opérationnel 2016-2020 du PNDS,
- Renforcement de la DPCIS pour la coordination des apports des partenaires au développement par au moins quatre cadres permanents recrutés par le MS sur base d'une fiche de poste détaillée validée par les parties prenantes,
- Recrutement d'un chargé de programme et d'un comptable 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 (CAON) et la DUE 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. En particulier chaque assistant technique sera basé au sein de la structure à laquelle porte son appui (Secrétariat général, DPCIS, Direction ressources humaines, DAF, SNIS,...),
- 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 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 du partenaire de mise en œuvre. À cette fin, le partenaire de mise en œuvre doit 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, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique. 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 européenne 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 évaluation finale de l'ensemble du PASS par l'intermédiaire de consultants indépendants contractés par la Commission européenne. Ces évaluations seront réalisées par le biais de contrats de service. L'évaluation à mi-parcours est prévue pour le second semestre 2019. L'évaluation finale pour le second semestre 2021.

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée à des fins d'apprentissage, en particulier par rapport au montage institutionnel du fonds FCSU 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 effective du fonds FCSU. L'évaluation tiendra en compte le composant genre pour tous les aspects de l'intervention.

La Commission informera le partenaire de mise en œuvre au moins un mois avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le partenaire de mise en œuvre collaborera 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. Le partenaire 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. À titre indicatif, deux marchés de services d'évaluation seront conclus courant respectivement le deuxième semestre 2019 et le deuxième semestre 2022.

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. A titre indicatif deux marchés de service pour le lancement d'audit seront réalisés au cours du second semestre 2017.

5.11 Communication et visibilité

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations légales 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 et financées sur le budget indiqué ci-dessus.

En ce qui concerne les obligations légales 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 en charge. 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 du manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'Union européenne. La mise en œuvre de la communication et visibilité sera garantie par chacun des contractants prévus par les modalités au point 5.3 dans le cadre de leur engagements respectifs et, si nécessaire, par contrat de services.

Pour la mise en place des plans de communication, il est prévu la conclusion d'un contrat de service avec une entreprise spécialiste de la communication. Ce contrat serait signé au cours du second semestre 2017 voire premier semestre 2018 de façon à pouvoir communiquer sur un minimum de résultats.

APPENDICE– MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE

Les activités, les produits escomptés et l'ensemble des indicateurs, avec leurs cibles et leurs valeurs de référence qui figurent dans la matrice du cadre logique sont fournis à titre indicatif et peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action sans nécessiter la modification de la décision de financement. Quand il n'est pas possible de déterminer les produits d'une action durant la phase de formulation, des effets intermédiaires devraient être présentés et les produits définis au démarrage du programme et de ses composantes. La matrice indicative du cadre logique évoluera au cours de la durée de vie de l'action: des lignes supplémentaires seront insérées pour énumérer les activités, de même que des colonnes supplémentaires pour les objectifs intermédiaires (étapes) pour les indicateurs de produits et d'effets, s'il y a lieu, et pour suivre et rendre compte des résultats obtenus. Notez aussi que les indicateurs devraient être désagrégés par sexe quand il y a lieu.

	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence	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 à tout âge. (Objectif du développement durable 3).	OG1.1 Taux de mortalité maternelle selon la méthode directe OG1.2 Quotient de la mortalité infantile **EURF I18 L1	715 pour 100000 (2011) 72 ‰ (2011)	Cibles à aligner sur le PNDS	MICS / EDS MICS / EDS	
Objectif(s) spécifique(s): Effet(s) direct(s)	OS 1 Améliorer et 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).	OS1.1 Taux de couverture vaccinale penta 3 OS1.2 Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes **EURF I20 L 2 OS1.3 Indice de capacité opérationnelle générale	81% (2014) 37% (2014) 55% (2016)	90% (2020) 50% (2020)	Annuaire Statistique Annuaire statistique Enquête SARA tous les 3 ans	Engagement du gouvernement et du secteur pour les réformes PNDS et Stratégie protection sociale mise en œuvre
Produits Résultat	Résultat 1 : Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace,	R1.1 Nbre de DRAS/Moughataas qui ont un plan opérationnel budgétisé et financé pour au	Pour ces indicateurs les valeurs de référence et les cibles sont à déterminer	Cibles à aligner sur le PNDS	Annuaire statistique	Le Gouvernement s'engage à concrétiser la

	transparente et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (<i>Gouvernance</i>)	<p>moins 90%</p> <p>R1.2 Nombre de procès-verbaux de l'Inspection Générale santé suivi d'effets, désagrégué par service médical, pharmaceutique et administrative et financière</p> <p>R1.2 % des réformes et des mesures proposées dans le PNDS seront adoptées en 2020</p> <p>Indice de performance du SNIS de l'OMS (HISPIX)</p> <p>R1.3 Part des dépenses publiques au niveau central et déconcentré affectées à des acteurs non étatiques travaillant sur les questions de santé dans le budget national.</p>	par le PNDS en cour de finalisation et prévus pour 2017		<p>A inclure dans l'annuaire</p> <p>Rapport annuel PNDS</p> <p>Comptes annuelles de la santé</p>	déconcentration des chaînes de dépenses. Le Gouvernement s'engage à réguler et à réformer le secteur santé Le programme national nutrition opère correctement
	Résultat 2 : La population a un accès équitable à des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire (<i>L'offre et l'accès aux soins</i>)	<p>R2.1 Taux d'accouchements assistés avec le soutien de l'UE ** (EURF I18 N2)</p> <p>R2.2 Tx d'utilisation des services curatifs (ventilé par sexe)</p> <p>R2.3 Taux de dépistage par sexe systématique de la malnutrition aiguë à travers les contacts de santé</p> <p>Capacité opérationnelle des services de santé</p> <p>R2.4 Planification familiale</p> <p>R2.5 Vaccination de l'enfant</p> <p>R2.6 Soins préventifs et curatifs pour l'enfant</p> <p>R2.7 Soins prénatals</p> <p>R2.7 Soins obstétricaux de base</p>	<p>45,3% (2014)</p> <p>44% (2014)</p> <p>A déterminer avec PNDS</p> <p>66% (2016)</p> <p>84% (2016)</p> <p>58% (2016)</p> <p>58% (2016)</p> <p>63% (2016)</p>	Cibles à aligner sur le PNDS	<p>Annuaire statistique, MICS</p> <p>Annuaire statistique</p> <p>A inclure dans l'annuaire statistique</p> <p>Enquête SARA</p>	Le leadership au plus haut niveau pour le pilotage effectif du PNDS est garanti et soutenu. La mise en œuvre du PNDS est efficace

		R2.8 Services de santé de l'adolescent Nombre de femmes participant aux prises de décision sur les services (et ratio femmes/hommes).	29% (2016)		Annuaire statistique	
	Résultat 3 : Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (<i>Médicaments et consommables</i>)	R3.1 % de FOSA disposant de médicament essentiels Disponibilité moyenne R3.2 Pourcentage de formations sanitaires qui a reçu toutes les commandes au complet et à temps pendant une période définie R3.3 Ratio median des prix à la consommation de 14 médicaments essentiels dans les formations sanitaires publics et privés	26% (2016) A déterminer avec PNDS	A déterminer avec PNDS	Annuaire statistique et SARA Système d'information et de gestion logistique (SIGL) de la CAMEC	Volonté politique d'assainir le secteur pharmaceutique
	Résultat 4 : Des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne (<i>RHS</i>)	R4.1 Proportion de structures de santé disposant de l'équivalent RHS plein temps nécessaire à la prestation du PMA/PCA en fonction de l'activité. R4.2 Répartition des RHS par profession / spécialisation, région, lieu de travail et le sexe R4.3 Nombre d'agents communautaires par 1000 personnes par moughata R4.4 Nombre de personnels ayant reçu une formation de base par catégorie, par an et par sexe R4.5 Nombre de personnels ayant	A déterminer en année 1	A déterminer avec PNDS	A inclure dans l'annuaire statistique. Rapport annuel DRH désagrégé par wilaya et par Moughataa	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

		<p>reçu une formation continue par catégorie, par an et par sexe</p> <p>R4.6 Taux de rétention des RHS dans les CS et PS au cours des 12 derniers mois par sexe</p> <p>R4.7 Taux de féminisation à des postes à responsabilité dans les structures de santé (et ratios d'emplois femmes/hommes associés).</p>				
	<p>Résultat 5 : Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé selon la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) (<i>Financement par la demande</i>). À partir de la troisième année</p>	<p>Part des paiements directs pour la santé par les ménages dans les dépenses totales de santé</p> <p>Nombre de césariennes justifiées remboursées</p> <p>Nombre de soins néo-natals pris en charge</p> <p>Coûts de prestation du paquet acheté analysés entre les différentes FoSa conventionnées par le FCSU</p> <p>Nbre d'indigents subventionnés par sexe et évolution des services réellement remboursés</p>	<p>43% (2011-13)</p> <p>A déterminer après la mise en place du CSU</p>	35%	<p>Comptes Nationaux Santé</p> <p>Rapports Fonds CSU et CNAM</p>	<p>Le Gouvernement s'engage à promouvoir la CSU et la stratégie nationale de protection sociale</p>

