FR

CETTE ACTION EST FINANCÉE PAR L'UNION EUROPÉENNE

Annexe

de la décision de la Commission relative au programme d'action annuel en faveur de la République islamique de Mauritanie

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

MESURE PLURIANNUELLE[1]

Le présent document constitue le programme de travail pluriannuel au sens de l'article 110, paragraphe 2, du règlement financier et le programme d'action/la mesure au sens des articles 2 et 3 du règlement nº 236/2014.

1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS	Programme d'appui au secteur de la santé 2 (PASS 2) Numéro CRIS: MR/FED/041295 financé par le 11e Fonds européen de développement (FED)	
2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation	L'action sera menée à l'endroit suivant: République islamique de Mauritanie (RIM)	
3. Document de programmation	Programme indicatif national (PIN) de Mauritanie 11e FED (2014-2020)	
4. Objectifs de développement durable (ODD)	ODD principal/principaux sur la base de la section 4.4 : ODD 3 Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge Autre(s) ODD significatif(s) sur la base de la section 4.4 ; ODD 1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim ODD 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ODD 10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.	
5. Secteur d'intervention/domaine thématique	Santé: 3e Secteur de concentration 11e FED	Aide au développement: OUI[2]

[1] Dans la limite maximale de la contribution de l'Union européenne, l'ordonnateur compétent peut adapter l'enveloppe pour les exercices budgétaires concernés en fonction de la disponibilité des crédits d'engagement.

[2] L'aide publique au développement doit avoir pour objectif essentiel la promotion du développement économique et du bien-être dans les pays en développement.

6. Montants concernés	Coût total estimé: 28 062 500 EUR Montant total de la contribution du FED : 24 000 000 EUR La présente action fait l'objet d'un cofinancement parallèle de la part du gouvernement de la République islamique de Mauritanie pour un montant de 4 062 500 EUR			
7. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre	Modalité de projet **Gestion directe** avec : subvention au ministère de la santé **Gestion indirecte** avec l'agence belge de développement, ENABEL			
8 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			
9. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)[3]	**Objectif stratégique général**	**Non ciblé**	**Objectif significatif**	**Objectif principal**
	Développement de la participation/bonne gouvernance	☐	☐	☒
	Aide à l'environnement	☒	☐	☐
	Égalité entre les hommes et les femmes et émancipation des femmes et des jeunes filles	☐	☒	☐
	Développement du commerce	☒	☐	☐
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile	☐	☐	☒
	Marqueurs de la convention de Rio	**Non ciblé**	**Objectif significatif**	**Objectif principal**
	Diversité biologique	☒	☐	☐
	Lutte contre la désertification	☒	☐	☐
	Atténuation du changement climatique	☒	☐	☐
	Adaptation au changement climatique	☒	☐	☐
10. Programmes thématiques phares « Biens publics mondiaux et les défis qui les accompagnent »	SO			

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

RÉSUMÉ

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

Même si le constat persiste d'une faible efficience allocative et technique du système de santé, associée aux faiblesses institutionnelles et organisationnelles du ministère de la santé (MS), le PASS 1 a déjà largement contribué au cours de cette première phase de mise en œuvre à renforcer les capacités du ministère de la santé, appuyer le système sanitaire, mettre en place des expériences pilotes de couverture sanitaire universelle (CSU) et à développer les synergies entre les acteurs.

Cette deuxième convention, (PASS 2) objet du présent document d'action (DA) et en continuité avec la première convention de financement, conserve l'objectif général de contribuer à la réduction de la pauvreté en Mauritanie en donnant aux individus les moyens de vivre une vie saine et en promouvant le bien-être de tous à tout âge. (objectif de développement durable N°3).

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

Aussi le PASS 2 portera principalement sur: (i) la mise en place des réformes prévues par le plan national de développement sanitaire (PNDS 2020-2025), relatives à la gouvernance du secteur, aux ressources humaines, à la déconcentration, etc.; (ii) la programmation du secteur et le renforcement du système de santé (iii) la mise en place d'un système d'achats de services sanitaires à travers la création d'un fonds pour la couverture sanitaire universelle.

Le PASS 2 s'articule autour des cinq mêmes composantes en continuité avec le PASS 1 : 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 l'agence belge de développement, ENABEL qui mettra en œuvre la composante d'appui institutionnel avec la participation de l'institut de médecine tropicale d'Anvers. Ce mode de mise en œuvre vise le renforcement des capacités, la formation et le transfert de compétences avec une stratégie de désengagement et la construction de partenariats sur la durée.

2) une subvention directe au ministère de la santé pour continuer l'appui à 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 suivront la programmation opérationnelle du PNDS avec un alignement complet avec la politique nationale de la santé (PNS).

1 ANALYSE DU CONTEXTE

1.1 Description du contexte

La synthèse du contexte sectoriel présenté au point 1.2.3 « secteur de concentration santé » du PIN 11e FED reste pertinente et les domaines thématiques d'intervention sont toujours d'actualité (voir aussi point 3.1).

Néanmoins, la période d'élaboration du PASS 2, s'inscrit pour la Mauritanie dans un contexte programmatique de nouvelles opportunités politico-socio-économiques importantes et elle est assortie d'une nécessité de cohérence avec les divers outils nationaux (voir stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée (SCAPP 2016-2030) et la nouvelle loi organique des lois de finance LOLF (2018) et de planification stratégique du secteur de la santé (politique nationale sanitaire 2030 et plan opérationnel).

1.2 Cadre stratégique de l'action

La santé est considérée comme un bien public mondial et l'accessibilité à des soins de santé de qualité occupait déjà un rang très élevé parmi les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'objectif 3, « Santé et bien-être pour tous » en tant que l'une des cibles principales des objectifs de développement durable (ODD) renouvelle cet objectif d'ici à l'horizon 2030. Les ODD par ailleurs représentent un changement de paradigme et appellent à aborder les déterminants sociaux et environnementaux de la santé : la plupart des ODD incluent des cibles concernant directement ou indirectement la santé, et requièrent une approche multisectorielle. 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 santé constitue la troisième priorité de développement pour l'Union européenne en Mauritanie, selon le programme indicatif national (2014-2020) signé entre la Commission européenne et le gouvernement de la Mauritanie le 19 juin 2014. Le choix de ce secteur prioritaire est fondé sur la problématique de la santé en Mauritanie. En effet, le secteur santé est confronté à une crise complexe et majeure affectant les ressources humaines, les technologies et produits médicaux essentiels et le système d'information sanitaire.

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

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

- les soins de santé primaires, la santé maternelle et infantile, y compris la nutrition;
- les ressources humaines;
- la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans ce même calendrier la politique nationale de santé (PNS) s'inscrit également à l'horizon 2030 (2017-2030). La Mauritanie a aussi élaboré son plan stratégique de développement sanitaire (PNDS 2017-2020) en cohérence avec les documents suscités et mis en œuvre à travers des plans annuels opérationnels. Globalement, la mise en œuvre du PNDS nécessitera, sur les 4 années, la mobilisation de plus de 207 milliards d'ouguiyas, avec une évolution annuelle de 43 milliards environ en 2017 à plus de 59 milliards en 2020, ce qui constitue une augmentation raisonnable de 15% en 2018, de 10% en 2019 et de près de 9% en 2020. Ces dépenses de santé seront couvertes, en quasi-totalité (202 milliards d'ouguiyas soit un gap de financement au regard des disponibilités financières), par le budget de l'État à hauteur de 65,8% et par les apports financiers des PTF du secteur (soit 34.20%).

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

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 des allocations de 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 exploitation en tant que tableaux de bord par tous les niveaux du secteur de la santé est faible. Ces deux dernières années on a toutefois assisté à un engagement progressif et à une relative appropriation par les acteurs de la santé. Dans ce sens, grâce à l'appui du programme PASS, ont démarré une programmation basée sur le PNDS et une budgétisation par résultats avec des revues du plan d'action annuel et une revue sectorielle qui se tient annuellement. La coordination interministérielle et intra-ministérielle, particulièrement entre les multiples programmes nationaux qui opèrent en solo, reste cependant un défi majeur.

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

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

Le gouvernement et les principaux partenaires techniques et financiers (PTF) actifs dans le secteur de la santé ont signé successivement en 2012 et en 2018 le Global Compact IHP + 2012-2015 et 2018-2020 visant l'amélioration de l'efficacité de l'aide et la promotion d'un développement sanitaire durable. Le Compact est un accord qui entend mettre ensemble tous les efforts du gouvernement, de la société civile et des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour obtenir plus d'efficience dans la mise en œuvre du PNDS. Sa méthodologie repose sur les piliers de l'appropriation, de l'harmonisation, de l'alignement, de l'orientation vers les résultats et de la responsabilité mutuelle, selon les critères de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Le premier Compact n'a pas donné véritablement de résultats probants, si ce n'est un engagement de coordination des partenaires. Ce nouvel engagement non contraignant devait se traduire par un renforcement du leadership du ministère de la santé dans la définition, le pilotage et le suivi-évaluation de la politique nationale en matière de santé, qui était jusque-là relativement faible. Le pacte est lui-même une traduction en engagements des prescriptions de la Loi organique sur les lois de finances (LOLF) d'avril 2018.

1.4 Analyse des parties prenantes

Le partenaire principal est le ministère de la santé aux niveaux central et déconcentré. L'organisation du système public de santé en Mauritanie revêt une forme pyramidale avec

trois niveaux de prestations et administratifs : i) le niveau périphérique avec les unités de santé de base, postes de santé et centres de santé, et pour le pilotage les circonscriptions sanitaires de Moughataas (57) avec les équipes cadres de Moughataas ; ii) le niveau intermédiaire secondaire, principalement les centres hospitaliers régionaux des Wilayas (15 régions) et de Moughataas et les directions régionales d'action sanitaire (DRAS, 15) ; le niveau tertiaire avec les centres hospitaliers nationaux et institutions spécialisées concentrées à Nouakchott, et les entités centrales du ministère de la santé. Presque tous les 12 centres hospitaliers régionaux, et les sept hôpitaux généraux ou spécialisés situés à Nouakchott - ont été érigés en établissements autonomes à caractère administratif (EPA), et dont les directeurs sont nommés par le conseil des ministres. Le programme travaillera en particulier au niveau périphérique et secondaire. Au rang des structures sanitaires publiques il faut ajouter les services de santé militaire et ceux de la médecine du travail (concernant essentiellement les installations des grandes sociétés minières).

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

Outre le ministère de la santé, les autres ministères qui ont une implication dans le secteur santé sont : le ministère de l'économie et des finances (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), le ministère de l'éducation nationale (MEN); le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et également le ministère de l'agriculture et de l'élevage.

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

Plusieurs organisations de la société civile (voir 3.2) ont conduit des initiatives pertinentes dans différents domaines comme la formation, la santé communautaire, la prévention et le traitement de la malnutrition, la santé maternelle et infantile et la sensibilisation dans le cadre de la mise en œuvre des programmes nationaux. Certaines de ces organisations ont développé des relations de travail avec les directions régionales de l'action sanitaire et les sirconscriptions 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 (SCAPP…).

Les autres acteurs impliqués dans le programme seront les communautés de base à travers les comités de gestion du secteur santé dans les Wilaya et les Moughataas et les partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur de la santé (cf. 3.2).

1.5 Analyse des problèmes/domaines d'appui prioritaires

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

En considérant les comptes nationaux, les dépenses totales de santé (DTS) en volume ont connu une variation annuelle moyenne de 16% de 2012 à 2015 (83.1 milliards de MRO) et per capita elles ont évolué de 54 USD en 2012 à 74 USD en 2014 pour baisser à 69 USD en 2015. La part des dépenses d'investissements a connu une croissance de +85%/an en moyenne sur cette période (15% des DTS en 2014 et 13% en 2012). L'accroissement des dépenses de santé s'est donc notamment fait en faveur de l'investissement (infrastructures sanitaires du niveau tertiaire). Toujours en considérant l'étude des comptes nationaux de santé, on constate que les dépenses courantes de santé servent surtout le curatif (44%) mais très peu le préventif (6%).

Quant à la part des DTS dans le PIB, elle a évolué de 3% en 2012 à 5% en 2015. Selon ces données, il apparait que la DTS par habitant en Mauritanie est inférieure de 2,5 fois à celle du Maroc et 4 fois à celle de la Tunisie. Elle se situe en dessous du celle de la Côte d'Ivoire mais représente une fois et demie celle du Sénégal.

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

Le profil épidémiologique de la Mauritanie est marqué par la persistance d'une morbidité élevée due aux maladies endémo-épidémiques et l'augmentation du fardeau des maladies non transmissibles (en particulier les maladies cardiovasculaires et le diabète) au point de devenir un problème de santé publique préoccupant.

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

Selon le plan national de développement sanitaire, le profil épidémiologique national reste dominé par les déséquilibres nutritionnels (en particulier chez le couple mère-enfant), ou les pathologies liées à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum.

Des progrès avaient été enregistrés durant ces dernières années dans le secteur de la santé, cependant, comme l'attestent les différentes analyses du secteur (évaluation PNDS 2017, enquêtes SARA 2016 et 2018 préliminaires) et l'audit organisationnel et fonctionnel du

département de la santé, les performances du secteur de la santé en Mauritanie restent relativement faibles. Entre autres, les indicateurs liés à la mortalité maternelle et infantile restent très élevés.

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

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

La plupart des interventions sanitaires à haut impact, en dehors de la vaccination qui a enregistré des résultats positifs, n'a pas connu d'amélioration notable durant les dernières années. 63% des accouchements sont assistés par des agents de santé qualifiés (annuaire statistique 2017) et le taux d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre dans les 2 dernières semaines et ont reçu un traitement antipaludéen reste inférieur à 19.8% (MICS 2015). Selon l'office national de la statistique, 82,2% de la population n'utilise aucune méthode contraceptive.

Selon la même source, le taux de natalité chez les adolescentes était de 71‰ en 2011 et de 84‰ en 2015 (sachant que ce taux varie selon le milieu (rural ou urbain), le niveau de bien-être économique, la tranche d'âge, l'ethnie et la région). Une pratique encore large des mutilations génitales féminines (MGF - 66.6% MICS 2015) surtout en zones rurales, et les mariages précoces (35.2% des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans et 15.6% le sont avant l'âge de 15 ans - MICS 2015), limitent l'impact des mesures de santé reproductive. La malnutrition reste un problème important avec une prévalence d'émaciation modérée et grave statique de 14.8% (MICS 2015) avec des graves retombées sur le développement économique et social du pays.

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

Dans l'est du pays, à la frontière avec le Mali, la faible capacité opérationnelle de l'offre sanitaire est couplée à l'arrivée massive depuis 2012 de réfugiés maliens qui accroissent fortement la concentration de population dans le département (la population réfugiée – 58.000 personnes en avril 2019 – est à présent supérieure à la population hôte), rendant la situation particulièrement critique.

Gouvernance du secteur: les principales contraintes organisationnelles qui limitent le fonctionnement du ministère de la santé sont l'excès de centralisation, une absence de cadre organique qui correspond aux meilleures pratiques. L'autonomie de gestion des hôpitaux et des agences médicales n'a pas été accompagnée par les mesures appropriées qui assurent la

transparence 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 règlementaires 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 règlementation de l'exercice privé des professions de santé est à la fois ancienne et faiblement appliquée. L'utilisation massive du personnel du secteur public par le secteur privé, qui a pourtant fait l'objet de circulaires et d'instructions, reste un problème majeur. En découle la nécessité d'une politique des ressources humaines qui met l'accent sur l'amélioration de la couverture et la qualité, visant système service du citoyen et patient et ses droits.

Concernant la gouvernance financière, les services centraux et déconcentrés gèrent le budget sur 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 pas de décrets. Il y a un grand nombre d'unités de gestion utilisant parfois des comptes bancaires du secteur privé avec pour corollaire des difficultés de coordination, un manque de vision commune, des frais de gestion importants, des doubles emplois et des difficultés de suivi et de contrôle. L'autonomie de gestion n'est pas accompagnée par des mesures qui assurent la transparence et l'efficience : outils de gestion performants, audits réguliers, personnel compétent en comptabilité et gestion. Les arrêtés ministériels ne spécifient pas clairement qui est l'ordonnateur du budget des programmes.

Capacité opérationnelle: l'enquête SARA 2018 dans ses résultats préliminaires, relève des insuffisances importantes en termes de capacité opérationnelle du secteur, d'un point de vue de disponibilité des moyens et intrants, ainsi que de disponibilité des médicaments essentiels et/ou de disponibilité des soins de santé reproductive de base. Plus particulièrement, la Mauritanie enregistre des indices relativement faibles dans plusieurs secteurs et comparativement aux pays voisins moins avancés (tels le Niger ou le Burkina Faso), notamment sur la disponibilité des équipements essentiels, sur la capacité de diagnostic, sur la disponibilité des médicaments essentiels ainsi que sur la capacité opérationnelle des services généraux. Dans ce contexte, de gros efforts restent à développer car le niveau demeure encore faible, notamment sur le volet de la disponibilité des médicaments, ainsi que sur le système de contrôle de qualité (falsification) et de distribution des pharmacies. Ainsi, selon les résultats préliminaires de l'enquête SARA 2018 la disponibilité moyenne des éléments de confort indispensable au fonctionnement des formations sanitaires est à 41% en 2018 (était à 61% en 2016). Seuls 5% des FOSA disposent de l'ensemble des 7 éléments traceurs. Il existe une disparité dans la disponibilité moyenne des éléments de confort entre les hôpitaux (80%), les centres de santé (65%), les postes de santé (33%). La disponibilité moyenne des équipements essentiels est de 60% en 2018.

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

En ce qui concerne l'accès aux soins, il faut souligner que la répartition géographique des unités sanitaires enregistre des limitations majeures. En fait, les barrières géographiques

expliquent en partie la situation du côté de la demande de soins: plus d'un quart de la population vit à plus de 5 km d'une structure sanitaire fonctionnelle, comme indiqué par « carte sanitaire, DPCIS, MS, réalisée sur financement de la coopération espagnole, 2014 ». En fait, les centres de santé suivent une logique de distribution administrative, en prenant rarement en compte la concentration de la population dans certaines moughataas, les aspects socio-culturels, l'absence de moyen de transports, la non-disponibilité des mécanismes d'assistance financière, Cela fait que la distribution d'infrastructures reste mal répartie, en raison d'une forte concentration de la population dans certaines moughataas au détriment d'autres. En fait, le ministère de la santé estime que la couverture sanitaire dans un rayon de 5 km est à 79%, avec une couverture sanitaire, inégalement répartie entre les régions et au niveau des moughataas. Cependant, la couverture est certainement inférieure lorsqu'on prend en compte les postes de santé non opérationnels. Dans ce contexte, on constate que les zones les plus pauvres du pays sont les moins couvertes.

Disponibilité de médicaments, approvisionnement et intrants: selon les résultats préliminaires de l'enquête SARA2018, si l'on considère les 24 molécules, traceurs standard de l'OMS, la disponibilité moyenne, tous types de FOSA confondus (N=919), est de 19% en 2018 et aucune structure ne dispose de l'ensemble des molécules. Si l'on considère les 13 molécules traceurs qui selon la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) de la Mauritanie doivent être théoriquement disponibles dans tout type de FOSA (du poste de santé à l'hôpital N=919), la disponibilité moyenne est de 22% (soit 4 molécules sur 13) en 2018 et aucune des FOSA ne dispose de l'ensemble des 13 molécules.

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).

Gestion et disponibilité de ressources humaines: la Mauritanie n'est pas dans une situation critique en ce qui concerne le nombre de ressources humaines pour la santé. 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.

Couverture sanitaire universelle: pour ce qui concerne l'accessibilité financière de la population, même si le niveau des dépenses de santé par paiement direct (50.4% des dépenses

totales de santé en 2016[4], CNS 2011-2013) est légèrement inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne, seulement 13% de la population sont couverts par le régime de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ; les mutuelles de santé ne couvrent quant à elles que 0,3% de la population. Les populations plus pauvres sont les plus affectées par la charge financière des soins de santé. En outre, la gratuité des soins et les programmes subventionnés (paludisme et soins obstétricaux) restent marginaux. Ceci rend compte du fait que le mécanisme de mutualisation par cotisation des ménages reste limité. L'accès aux soins de la population est très largement dépendant de ses revenus, autrement dit que la barrière financière à l'accès aux soins reste largement à lever.

2 RISQUES ET HYPOTHÈSES

Les hypothèses risques et mesures d'atténuation définis au cours du PASS phase 1 restent d'actualité. Certaines mesures d'atténuation y sont ajoutées :

Risques	Niveau risque	Mesures d'atténuation
Résistance à la réforme organisationnelle et institutionnelle du MS	E	o Analyser les intérêts des parties prenantes et renforcer les intérêts positifs. o Incorporer toutes les parties prenantes, y inclus les PTF, la société civile et les organisations professionnelles dans les réformes (Cadres de concertation MS/PTF, revues annuelles et élaboration de stratégies). o Développer le dialogue politique à tous les niveaux régulier et structuré sur les réformes. o Privilégier initialement des réformes à résultats rapides et visibles. o Identifier et collaborer étroitement avec les personnes de références dans les réformes (les réformateurs). o Promouvoir le "One Health" dans les approches de planification et suivi évaluation pour créer une synergie avec les autres secteurs de développement (élevage, énvironnement, agriculture). o Suivi régulier de la mise en œuvre des engagements du gouvernement et des PTF au sein du Compact IHP+. o Insérer dans la CF des engagements de l'État en matière de réforme.
Résistance à l'assainissement des sous-secteurs médicaments et ressources humaines	E	o Privilégier une approche systémique à la couverture universelle plutôt que l'approche verticale et cloisonnée. o Promouvoir les alliances avec les PTF influents au sein du fonds commun, avec la société civile, et les médias.
Faible engagement politique dans la	E	o Entamer un dialogue politique constant et sensibiliser les médias, la population, la société civile.

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

lutte contre la corruption		○ Favoriser le contrôle citoyen. ○ Initier et publier des revues de dépenses publiques axées sur les résultats.
Faibles capacités des agents de l'État et faible appropriation du PNDS, spécialement au niveau déconcentré	E	○ 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 (intégrant la gestion du changement). ○ 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 chaine de dépenses	M	○ Intégrer le financement des plans régionaux (régions d'apprentissage) dans le budget du fonds commun.
Barrières culturelles à l'utilisation des soins de santé	F	○ Identifier ces barrières et travailler étroitement avec la société civile pour les surmonter. ○ Elaborer et opérationnaliser une stratégie nationale de communication pour le développement. ○ Inclure des messages clés dans le volet de promotion sociale du programme de transferts sociaux Tekavoul. ○ Privilégier l'approche genre dans l'intervention.
Barrières financières et géographiques à l'utilisation des soins de santé et faible confiance de la population	M	○ Promouvoir un plan de carrière pour les agents publics dans le domaine de la santé qui comprenne une promotion de la mobilité géographique. ○ Développer des incitants qui assurent que le personnel de santé reste sur place dans les zones géographiques rurales. ○ Assurer que les structures sanitaires soient construites/réhabilitées selon des normes nationales. ○ Prévoir des alternatives mobiles pour atteindre la population éloignée. ○ Limiter la dispersion afin de pouvoir atteindre une masse critique de réalisations qui permettra d'analyser l'impact de la mise en œuvre des réformes. ○ Etablir la subvention des soins ou l'appui à l'utilisation pour les populations les plus pauvres. ○ Privilégier l'approche genre dans l'intervention.
Pas de mise en œuvre effective du Compact national selon l'IHP+	M	○ Promouvoir une approche collégiale, une coordination effective des partenaires au développement et le leadership national.
Hypothèses – La stabilité sociopolitique et économique se poursuit.		

- Le gouvernement concrétise le renforcement de la coordination entre les ministères sectoriels concernés par la politique sanitaire, de protection sociale, de la fonction publique et de la recherche et de l'enseignement supérieur ainsi qu'avec les ministères stratégiques en charge de la programmation budgétaire : le ministère de l'économie et des finances.
- Le gouvernement concrétise la réforme de la fonction publique avec la mise en place d'une gestion des RH, touchant la formation initiale et continue, l'affectation et la motivation, etc.
- Le gouvernement appui et finance le test pilote d'assurance maladie intégrant le secteur informel et les plus pauvres, initié par le département santé.
- Le gouvernement s'engage dans la décentralisation et déconcentration du système sanitaire par la réorientation de RH, de moyens et budgétaire est effective en faveur des structures périphériques, notamment les postes et centres de santé.
- Le ministère de la santé est engagé dans les réformes sectorielles.
- Le ministère de la santé est engagé dans l'assainissement du secteur pharmaceutique.
- Le gouvernement s'engage à promouvoir la stratégie nationale de protection sociale.

3 ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET COMPLÉMENTARITÉ

3.1 Enseignements tirés

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

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

Gouvernance du secteur

Le rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2012-2020 et le document d'audit institutionnel du secteur de la santé en Mauritanie 2014 (tous les deux financés par l'Union européenne), soulignent des éléments importants en matière de gouvernance que le PASS1 a intégré dans sa logique d'intervention. Dans ce sens, ces documents soulignent la nécessité d'améliorer la gouvernance du secteur à partir de l'intervention dans différents domaines (institutionnels et opérationnels). Avec l'appui du PASS 1, une dynamique de programmation/mise en œuvre/suivi/évaluation à partir des districts/région/hôpitaux/directions centrales, a été mise en place en alignant toute la programmation sur le PNDS. Un document de programmation générale incluant progressivement tous les niveaux et aussi la programmation des partenaires au développement, est préparé en accompagnant la préparation du budget annuel du MS. Ces éléments sont intégrés dans la loi de finance annuelle et discuté en conseil de ministres et au Parlement. Un système d'audit et suivi a été conçu et un premier programme de suivi et évaluation sanitaire avec l'Inspection est en cours de réalisation pour la première fois en 2019. Au même titre est en cours la discussion sur la validation des normes concernant le paquet minimum d'activités Des actions d'amélioration de la programmation par résultats et la programmation financières, de suivi et évaluation des actions, sont en cours et devront se poursuivre avec le PASS 2 afin de renforcer le leadership du Ministère de la Santé.

En ce qui concerne le financement du secteur, un travail de fond est en cours sur le PASS1 pour la préparation des comptes nationaux de la santé, le renforcement du système financier de la DAF, système d'information financière centrale et déconcentré. Le PASS2 envisage la mise en place d'un fonds commun (d'ailleurs explicitement prévu dans le PNDS entre le Ministère et les PTF[5]) avec une composante d'appui au système de santé (offre) et un autre d'appui à la CSU (demande). Dans ce contexte, un récent document de faisabilité[6] a souligné quelques préalables que l'action a pris en considération, à savoir: (i) la définition de l'utilité du fonds commun dans le cadre d'une stratégie de financement de la santé (ii) le besoin de définition précise des programmes qui composent le PNDS et qu'intègrent l'objectif de couverture sanitaire universelle (CSU); (iii) la mise en place de budgets de programmes qui permettent la formulation des actions du Plan national de développement sanitaire (PNDS) selon des résultats entre autres. Pour ce dernier, le renforcement du lien entre le secteur de la santé et celui des finances publiques est un préalable tout autant que la mise en œuvre de la nouvelle loi organique des lois des finances (LOLF) promulgué fin 2018.

Capacité opérationnelle

L'indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (voir en haut) est à la base du diagnostic des besoins en termes de moyens disponibles dans le secteur sanitaire. L'enquête SARA 2018 (données préliminaires) donne un aperçu très clair sur deux besoins de base qui sont restés prioritaires dans le PASS:

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

---

5 Page13 du PNDS, Axe 1, renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire.

6 (Octobre 2018). HAS187 - Appui à la mise en place du fonds commun santé en Mauritanie.

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

Par conséquent, le PASS1 est en train de mettre en place des mesures nécessaires pour augmenter la capacité opérationnelle des services de santé à partir du renforcement des équipes sanitaires, l'amélioration des infrastructures, des équipements et des systèmes d'approvisionnement de médicaments et des intrants et des mesures nécessaires pour avoir une répartition plus équitable des ressources humaines (mise en place d'une stratégie RH). La méthodologie basée sur l'encrage direct au PNDS et son implémentation pour améliorer le système national permet une forte appropriation de la part du MS et des structures déconcentrées. La concentration sur le niveau primaire et secondaire de la pyramide sanitaire et le démarrage des actions à partir de la capitale (25/30% de la population globale de la MR) est une stratégie fortement appuyée par le MS. L'impact de ces interventions du PASS1 n'est pas encore acquis mais une dynamique positive de changement est constatée. Ces priorités doivent être poursuivies dans le PASS 2 sur la base des priorisations du PNDS, Les régions avec forte concentration de population, non couvertes par d'autres interventions (Inaya Banque Mondiale couvre Guydimaja, Hod Chargui et Gabi; l'AFD couvre l'Assaba), seront visées (de manière indicative Brakna, Trarza, Tagant Gorgol).

Disponibilité de médicaments, approvisionnement et intrants

En ce qui concerne la disponibilité des médicaments, plusieurs rapports comme l'évaluation à mi-parcours du PNDS (2016) et l'enquête SARA 2018, soulignent le besoin de responsabiliser l'État dans la gestion de tout le système d'achat, d'approvisionnement, de stockage, de provision, de distribution, de réception, et de gestion des médicaments, vaccins, et d'autres intrants. Pour y répondre le PASS 1 est en train de mettre les bases pour une réforme profonde du secteur et se propose d'améliorer les capacités de gestion du ministère dans ce contexte, le programme va intervenir dans le renforcement de la gouvernance et la structuration du secteur au même temps que sur l'appui un système logistique. Le démarrage de cette intervention est programmé à partir du 4^{e} trimestre 2019.

À nouveau, l'enquête SARA fourni des données essentielles à la mise à jour de la disponibilité des médicaments, qui est encore très faible. Une amélioration intégrale du système d'approvisionnement pour assurer la couverture du marché est également prévue dans le PASS 2 comme demandé dans de nombreux rapports et recommandations pour le secteur sanitaire dans le pays.

Gestion et disponibilité de ressources humaines

Le secteur de la santé connait des problèmes de gestion et de disponibilité de ressources humaines importants. L'audit institutionnel du secteur de la santé (2014) a souligné des problèmes liés à la gestion de ressources humaines et qu'ont constitué des leçons à intégrer dans le PASS1 et qui ont donné comme résultat la mise en place d'un plan de développement des ressources humaines (PDRH) et le renforcement de la DRH en 2019. Ce plan reste à développer et intégrer pour prendre en compte une programmation moyen long terme. L'enquête SARA montre une forte inadéquation entre la disponibilité des RH, leur capacité et les besoins de qualité de soins. Le PASS 2 vise à (i) favoriser l'adéquation entre les ressources humaines et les budgets de fonctionnement (ii) favoriser les mécanismes permettant au ministère de la santé d'avoir un certain pouvoir de décision en ce qui concerne la gestion de

ressources humaines, en concertation avec les autres ministères en charge (fonction publique, finances et administrations territoriales), (iii) favoriser un système une gestion de ressources humaines plus décentralisée en ligne avec la sous composante 3.2 du PNDS.

Couverture santé universelle

La mise en place d'un système de couverture santé universelle reste encore à un stade embryonnaire en Mauritanie. Il convient donc de capitaliser sur les expériences des pays voisins qui sont plus avancés dans la matière avec des leçons tirées. Le partenariat pour la couverture universelle au Mali par exemple (dans lequel l'Union européenne participe) a donné une grande importance au dialogue politique ce qui a favorisé l'identification des activités prioritaires pour l'amélioration de la couverture sanitaire. De même la mise en place d'un ensemble de mécanismes pour renforcer la gestion des finances publiques liées au domaine de la santé pour assurer la couverture universelle s'avère indispensable. Les expériences pilotes mise en place par le PASS 1 dans deux Moughataas d'apprentissage en milieux rural et urbain montrent que le processus en Mauritanie est fortement dépendant d'une offre de santé adéquate aux besoins et de qualité. Un travail important de l'appui institutionnel et de la recherche action avec l'appui de l'IMT a été entamé par rapport à la mise à l'échelle régionale des expériences positives de couverture universelle par l'assurance maladie qui actuellement couvrent une population de 20.000 personnes. Ces expériences pilotes pourront être portées à l'échelle régionale dans le courant la mise en œuvre du PASS 2 avec un système de péréquation à niveau national.

Autre enseignements tirés:

L'importance de l'échelle locale

Un diagnostic sur les systèmes locaux de santé vient d'être fait afin d'élaborer des stratégies adaptées aux besoins locaux[7]. Dans ce cas-ci le document porte sur deux moughataas en particulier (Dar Naim et Bababé) mais il a identifié également une récurrence de **lacunes à tous les niveaux des systèmes locaux** de santé qui peut être extrapolable aux autres communes. L'identification de faiblesses dans la mise en place de l'stratégie national de santé à l'échelle local constitue aussi une leçon à retenir pour le PASS et notamment: (i) le déphasage entre les outils nationaux et le cadre règlementaire: une **révision des textes réglementaires** et une harmonisation des outils avec ces derniers selon les défis identifiés à l'échelle local est nécessaire (ii) résoudre le manque de ressources humaines de santé qualifiées et stables (iii) révision de la carte sanitaire (iv) mettre en place des mesures pour une décentralisation effective (v) **renforcer la participation communautaire** de la population pour qu'il puisse agir activement dans la gestion de leur propre système de santé.

Le manque d'autonomisation des femmes constitue un problème majeur pour la santé à ne pas négliger

Le profil « genre 2017 » financé par l'Union européenne a soulevé aussi quelques éléments essentiels à l'heure d'appuyer les politiques de santé. Les phénomènes liés à la santé publique comme par exemple la mortalité infanto maternelle, la malnutrition ou les grossesses à risque, ont plus à voir avec des facteurs socioculturels qu'avec des facteurs épidémiologiques. Plus particulièrement le manque d'autonomisation est un problème avec des effets immédiats sur:

[7] (2018) Rapport d'analyse du Système local de santé. Circonscription Sanitaire de la Moughataa de dar Naim et Bababé. Dans le cadre de l'appui institutionnel du PASS1

- Le suivi des grossesses et **soins prénataux**: en Mauritanie, la grossesse est un processus qui concerne seulement les femmes d'un point de vue social. Cela signifie que l'implication des hommes reste limitée, voire presque inexistante. Ceci devient un problème pour les femmes dépendantes financièrement de leurs conjoints. L'importance accordée à la grossesse et surtout aux soins prénataux est souvent marginalisée, parfois en raison d'une priorisation des besoins familiaux qui amènent la femme enceinte à ne pas faire suivre sa grossesse par les services médicaux. Cette négligence est souvent aggravée par le fait que les femmes elles-mêmes, ne considèrent pas les soins prénataux comme une priorité et aussi par le coût lié aux soins. Par conséquent, elles continuent à effectuer des travaux pénibles malgré leur grossesse, surtout en milieu rural.
- **La mortalité materno-infantile** : une des causes identifiées de la souffrance ou de la mortalité néonatale, est le retard des femmes pour se rendre aux services sanitaires à l'occasion de l'accouchement. En plus du temps du trajet pour arriver et l'attente aux centres de références, il faut également tenir compte des retards pour prendre la décision d'aller à l'hôpital et de chercher les moyens pour le déplacement qui répondent aussi à une autonomisation très limitée des femmes dans la prise de décision, et à la faible implication des hommes dans la grossesse et l'accouchement de leurs épouses.
- **La malnutrition:** en Mauritanie, la prise en charge de la malnutrition est gratuite. Cependant, il y a très souvent des cas de parents qui n'amènent pas leurs enfants touchés par la malnutrition aux centres de santé. Dans le contexte de la malnutrition et de la santé en général, ce sont les femmes (mères, sœurs, filles, etc.) qui s'occupent généralement de leurs proches. L'accès inégal aux ressources et les barrières à l'accès aux services de santé pour les femmes comme le déplacement, mais aussi les différents rôles et responsabilités des hommes et des femmes par rapport à la garde d'enfants, sont des facteurs essentiels qui déterminent la prévalence de la malnutrition et du suivi de ce problème au niveau de la famille.
- Les **déséquilibres dans la répartition des ressources humaines de santé.** Selon le plan national de développement sanitaire, l'effectif du personnel de santé a doublé en 10 ans (6548 en 2016 contre 3872 en 2006). Cependant, il y a très peu de mobilité dans toutes les catégories professionnelles sanitaires. Le personnel sanitaire n'est pas, de manière générale, disponible à résider à l'intérieur du pays. Ce problème affecte d'une manière plus particulière le personnel féminin, et notamment les sages-femmes, infirmières et personnel traditionnellement lié aux domaines de la santé sexuelle et reproductive: planification familiale, prévention des maladies, nutrition et soins prénataux. Les femmes professionnelles du secteur rencontrent des entraves d'ordre social et culturel qui les empêchent de partir ailleurs, ainsi que l'autocensure, la pression de la famille, ou les réticences à devenir autonomes.

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

3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs

En Mauritanie, plusieurs partenaires techniques et financiers (PTF) sont représentés dans le domaine de la santé, mais l'importance du secteur en termes d'investissement reste encore relative. D'ailleurs, les PTF qui opèrent dans le domaine de la santé sont insuffisamment

coordonnés et alignés sur la PNS et le PNDS. La mise en place d'un fonds commun pourrait sur la moyenne période favoriser l'alignement des PTF qui se retrouvent dans les cinq composantes identifiées.

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

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

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

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

Un groupe thématique santé réunit les bailleurs multi et bilatéraux (sauf Chine, Japon, Fonds saoudiens, Banque islamique de développement, des démarches pour l'intégration du fonds mondial et GAVI sont en cours), dont l'Union européenne est actuellement le chef de file avec l'appui de l'OMS. Une dynamisation du groupe est en cours en facilitant le dialogue entre les partenaires au développement. Des rencontres régulières sont organisées chaque mois et demi, la programmation opérationnelle et financière et les suivis des actions sont demandées et inscrites au budget national. Une revue sectorielle santé est organisée chaque année pour dresser un bilan et valider la programmation du secteur avec les acteurs ministériels niveau central et déconcentré, les partenaires, la société civile et le secteur privé. En même temps le dialogue avec le ministère de la santé s'est renforcé et devient de plus en plus structuré, grâce aussi au processus de réforme entamé avec le PASS 1.

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

Au niveau des États membres actifs dans le secteur, une synergie d'action avec l'AFD est de plus en plus effective en particulier pour l'appui institutionnel (cofinancement) et pour les réalisations des infrastructures de base pour le PASS1 (la programmation et les études de bases sont réalisées en commun). Cette synergie devra être approfondie pour le montage du fond commun sur le PASS2. La coopération espagnole et l'OMS ont donné leur pleine disponibilité à la participation au fond commun au moment de son opérationnalisation. La programmation point de vue appui institutionnel et réalisation est actuellement totalement complémentaire.

4 DESCRIPTION DE L'ACTION

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

L'objectif général de l'appui est donc de contribuer à donner aux individus en Mauritanie les moyens de vivre une vie saine et 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 produits attendus / composantes sont :

P1 : Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (*Gouvernance).*

P2 : La population dispose des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire (*L'offre de soins).*

P3 : Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (*Médicaments et consommables).*

P4 : Des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne *(RHS).*

P5 : Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé (*Financement par la demande).*

Principales activités indicatives

P.1: Gouvernance

1.1 Renforcer les capacités du ministère de la santé aux niveaux central, régional et périphérique pour piloter, planifier, organiser, superviser et évaluer les actions en faveur de la santé dans leur circonscription (AI+S)[8].

1.2 Développer et renforcer les articulations du ministère de la santé avec les autres ministères afin d'agir en amont sur les déterminants de santé, par le renforcement des instances et de la cohérence des régulations et politiques agissant sur la santé et en développant une communication appropriée pour tous les échelons du système de santé. (AI)

1.3 Appuyer des réformes organisationnelles du secteur en vue d'une meilleure performance avec un renforcement des motivations pour les organisations sous la tutelle du MS, les gestionnaires, et le personnel ainsi que les capacités et les attitudes des gestionnaires et du personnel. Ceci impliquera une déconcentration des structures, une participation accrue de la société civile et un travail approfondi avec les professionnelles, femmes, de la santé. (AI+S)

1.4 Rendre disponible des preuves d'efficacité des interventions à haut impact par le biais de recherche action, du renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS) et d'études enquêtes spéciales. (AI)

---

8 AI Appui institutionnel et S Subvention

1.5 Renforcer la régulation des secteurs public et privé dans le domaine de la santé avec un appui aux réformes législatives et réglementaires et un renforcement de l'inspection générale de la santé. (AI)

P.2: L'offre des soins

2.1 Renforcer la qualité de la prise en charge du couple mère-enfant y inclus la prévention et le traitement des effets néfastes des 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. (AI+S)

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. (AI+S)

2.3 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 (sera donné continuité à la programmation faite sur le PASS1: Nouakchott, Trarza, Brakna, Tagant, Assaba en coordination avec AFD, et autres sur la base de la programmation PNDS). (AI+S)

2.4 Promouvoir l'innovation dans l'offre des soins, par exemple par le biais de programmes pilotes y inclus les technologies nouvelles pour les zones enclavées.

2.5 Renforcer les capacités de suivi/évaluation et supervision des DRAS et des Moughataas (supervision formative). (AI)

2.6 Appuyer la mise en place de systèmes d'information et des actions de sensibilisation pour renforcer l'autonomisation des femmes dans le domaine de la santé, ainsi que renforcer la responsabilisation et implication des hommes dans tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive, notamment à travers les programmes de filets sociaux. (AI+S)

P.3: Les médicaments et consommables essentiels

3.1 Renforcer la gouvernance du sous-secteur pharmaceutique et des structures sanitaires et assurer l'implication des organisations professionnelles et de la société civile au niveau communautaire. (AI)

3.2 Améliorer l'achat, la chaine d'approvisionnement, la gestion des stocks, la distribution, 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. (AI+S)

3.3 Appuyer le système de contrôle de qualité des médicaments, des intrants et des vaccins, et renforcer les capacités de la direction pharmaceutique et de laboratoire (DPL) et du service pharmaceutique de l'inspection générale santé (IGS). (AI+S)

3.4 Appuyer la disponibilité des intrants nécessaires à la prise en charge de la malnutrition et plus particulièrement la malnutrition aigüe sévère (entre autres RUTF Ready to Use Therapeutic Food). (AI+S)

P.4: Ressources humaines en santé (RHS)

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. (AI+S)

4.2 Collaborer avec le ministère de la fonction publique, le ministère de l'intérieur, et le ministère des finances en vue de développer et mettre en œuvre le cadre institutionnel requis pour déconcentrer le recrutement et la gestion des RHS. Il s'agira en outre d'élaborer des solutions et incitations innovantes, par exemple dans le cadre des affectations géographiques, de la motivation et de la rétention de personnel de santé qualifié, en mettant l'accent sur des catégories traditionnellement occupées par des femmes, notamment les sages-femmes. (AI)

4.3 Améliorer les formations initiales, avec une accréditation des écoles de formation, y inclus les écoles de santé publique (ESP) et le renforcement de leurs capacités, et l'extension des formations initiales selon les besoins avec par exemple la réintroduction d'un diplôme de gestion en santé à l'école nationale d'administration (ENA) pour les gestionnaires d'hôpitaux et d'une résidence en santé publique à la faculté de médecine pour les DRAS et les médecins chefs de Moughataas. (AI+S)

4.4 Développer un système performant de formation continue, y compris la formation en ligne, à partir des ESP et de la faculté de médecine, pour actualiser les connaissances, la pratique et les compétences professionnelles de chaque prestataire et gestionnaire de services de santé, et qui idéalement serait liée à la validité du permis d'exercer par la validation de crédits de formation continue. (AI+S)

4.5 Renforcement des capacités du personnel de santé qui passe par le développement d'un plan de formation du personnel de santé public au niveau national et déconcentré qui tienne en compte les questions de mobilité géographique et de spécificité de genre. (AI+S)

P.5: Financement par la demande

5.1 Appuyer la mise en place d'un Fonds commun pour la CSU, éventuellement comme établissement public autonome sous la tutelle du ministère de la santé ou comme association d'utilité publique. (AI)

5.2 Appuyer la préparation d'une stratégie de financement de la santé permettant la mise en œuvre et le financement de la couverture sanitaire universelle (CSU) en collaboration avec la CNAM. (AI+S)

5.3 Améliorer l'élaboration des budgets et de leur utilisation en particulier au niveau périphérique. Veiller à l'augmentation de la part du budget de la nutrition dans la programmation budgétaire santé afin de permettre une meilleure synergie et intégration de la nutrition avec les autres secteurs. (AI)

5.4 Développer des modèles d'assurance maladie à l'échelle d'une (ou plus) région sanitaire (wilaya, tels que le Brakna, Nouakchott et autres) avec des mécanismes d'assistance sociale pour la population plus démunie (indigents). (AI+S)

5.5 Mettre en place un achat de services pour une prise en charge réelle des indigents (sur la base du registre social établi par les autorités compétentes et un système de tarification réaliste) et en documenter les coûts d'administration. (AI+S)

5.6 Mettre en place une stratégie de communication sur l'offre de services de la couverture sanitaire universelle, mettant l'accent sur la santé sexuelle et reproductive. (AI+S)

4.2 Logique d'intervention

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

En continuité avec la première convention de financement, le programme d'appui au secteur de la santé (PASS 2) portera principalement sur: (i) la mise en place des réformes prévues par le plan national de développement sanitaire (PNDS 2020-2025), relatives à la gouvernance du secteur, aux ressources humaines, à la déconcentration, etc.; (ii) la programmation du secteur et le renforcement du système de santé (iii) la mise en place d'un système d'achats de services sanitaires à travers la création d'un Fonds commun.

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

La performance sera davantage améliorée par le renforcement de la régulation des secteurs public et privé dans les domaines de la 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. La validation par le gouvernement du Plan national de développement sanitaire (2020-2025) en ligne avec la politique nationale de santé à l'horizon 2030 sera un élément préalable à la mise en œuvre du programme.

La convention de financement PASS 2 prévoit deux modalités de mise en œuvre de la même nature que celles qui existaient dans le PASS1:

Un appui institutionnel qui se concentrera sur l'amélioration de la gouvernance du secteur et à la création d'un système de couverture sanitaire universelle. L'appui institutionnel renforcera :

- 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 (SNIS), renforcement de la formation initiale et continue, etc.,
- la révision règlementaire et le renforcement de l'inspection de la santé,
- le système de gestion administrative et financière du Ministère et des institutions sous sa tutelle,
- l'amélioration de système de gestion et gouvernance des médicaments, des ressources humaines,
- 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) en coordination avec l'OMS,
- l'établissement et le suivi d'un Fonds commun pour le renforcement du système sanitaire et pour la couverture sanitaire universelle sous la tutelle du ministère de la santé et avec autonomie de gestion.

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

L'appui institutionnel aura une approche combinée avec des interventions, à la fois au niveau institutionnel central et au niveau opérationnel déconcentré afin de stimuler d'un côté la règlementation et l'établissement des normes (dissémination, contrôle du respect d'application, …) et de l'autre côté, la capitalisation des expériences intéressantes pour feedback structurant aux autorités. Il s'agit là d'une approche « bottom-up » équilibrée par une approche « top-down ». Il s'agira de développer dans les zones d'apprentissage des espaces de réflexion (au niveau Moughataas et/ou Régions), de conceptualisation, et d'implémentation/de tests « critiques » de normes et directives programmatiques venant du niveau central, mais aussi des décisions opérationnelles et des modalités managériales/de gouvernance identifiées localement par les acteurs de terrain comme étant pertinentes. Tout cela doit être bien évalué et documenté ; ce « produit » peut alors nourrir de bas-en-haut, en passant via les DRAS, les politiques au niveau central.

L'appui institutionnel du PASS2 continuera d'accompagner le ministère de la santé dans le développement du système de santé en Mauritanie, en ligne avec les orientations et ambitions du nouveau PNDS. Il s'agit de créer, en premier lieu, un modèle d'offre de soins de santé primaires intégrés qui soit adapté à l'environnement culturel, géographique et économique du pays, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Deuxièmement, le projet propose un

pilotage de la mise en œuvre d'un modèle de financement contributif et solidaire des soins de santé de base, avec un subventionnement par l'État, complété par un dispositif d'assistance sociale santé financée par des fonds publics et ciblant les plus pauvres et les plus vulnérables dans la société.

Subvention au ministère de la santé pour la mise en œuvre du PNDS, pour une durée indicative de 48 mois : cette modalité, qui est actuellement déjà en cours, constitue la base de mise en œuvre du Fond commun. Elle 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. Le personnel cadre que travaille sur la subvention PASS1 feront objet d'une évaluation conjointe (ministère de la santé, CAON et DUE) et dans le cas d'appréciation positive seront reconduit. Le cas contraire de nouveaux cadres seront recrutés sur la base d'un appel à candidature pour la mise en œuvre technique de la subvention. La subvention qui prévoit le financement du gouvernement et de l'Union européenne au cours de la mise en œuvre du programme pourra évoluer en fond commun avec la participation d'autres partenaires.

Le Fonds commun aura vocation, sur le court terme, à gérer les apports au secteur santé de l'Union européenne et d'autres partenaires au développement. Sur le long terme, il pourra devenir l'instrument de financement du PNDS (système de santé) afin de mutualiser les ressources extérieures dans un premier temps et ensuite 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 aux « mesures et réformes nécessaires en matière de financement de la santé ». D'autres PTF tel que l'AECID, l'AFD, l'Unicef le Fond Mondial et GAVI ont manifesté leur intérêt de participer en cours de route au fonds. L'OMS a donné sa pleine disponibilité à appuyer la mise en place de ce fond.

Le Fond commun pourra être également alimenté, outre la contribution de l'UE, par une contribution de la part de l'État 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.

4.3 Intégration des questions transversales

Selon l'OMS, le droit à la santé suppose à la fois **des libertés et des droits**. Les libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps ainsi que le droit à l'intégrité. L'appui à la mise en place du PNDS vise à favoriser un contexte où les libertés et les droits liés à la santé sont respectés. Dans le cas de la Mauritanie, le PASS vise à garantir l'application de la loi de santé sexuelle et reproductive approuvé en janvier 2017, qui comprend également l'interdiction de la pratique de la mutilation génitale féminine (MGF).

Les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible: la mise en place d'une feuille de route vers la couverture sanitaire universelle reprend le respect du

droit de l'homme et de la femme à l'accès à la santé, entendu comme l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable. Le PASS, à travers la réalisation de ce système de couverture sanitaire, prétend universaliser l'accès à la santé dans tout le territoire mauritanien.

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de **genre**. Celles-ci 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. Les leçons apprises, surtout en ce qui concerne l'importance de l'autonomisation des femmes et des rôles des femmes dans le domaine de la santé sont également prises en compte dans le PASS2.

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

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

4.4 Contribution à la réalisation des ODD

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

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

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

5 MISE EN ŒUVRE

5.1 Convention de financement

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

5.2 Période indicative de mise en œuvre

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

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

5.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire : s.o.

5.4 Modalités de mise en œuvre

La Commission veillera au respect des règles et des procédures pertinentes de l'UE pour l'octroi de financements à des tiers, notamment des procédures de réexamen s'il y a lieu, ainsi qu'à la conformité de l'action avec les mesures restrictives de l'UE[9].

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

(a) Objet de la subvention

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

L'objectif de la subvention accordée au ministère de la santé (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 2020-2025). La gestion autonome de la subvention contribuera à renforcer l'appropriation et le leadership du ministère dans le pilotage de la réforme du secteur de la santé, bien plus que les autres modalités de mise en œuvre traditionnellement utilisées en Mauritanie comme l'indique l'expérience positive du PASS1.

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

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

b) Type de demandeurs visés

La subvention accordée au ministère de la santé (MS).

(c) Justification d'une subvention directe

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

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

- Le bénéficiaire, le ministère de la santé, se trouve dans une situation de monopole de droit et de fait par le pouvoir institutionnel que lui est confié par la loi;
- Seul le ministère de la santé en raison de sa compétence technique, de sa spécialisation ou de son pouvoir administratif a la possibilité de mettre en œuvre le PNDS.

5.4.2 Gestion indirecte avec une agence d'un État membre

Une partie de la présente action sera mise en œuvre en gestion indirecte avec l'agence belge de développement ENABEL en continuité avec l'action dans le PASS 1. La mise en œuvre par ENABEL implique qu'elle exécutera la composante d'appui institutionnel comme indiqué au point 4.3, avec la participation de l'institut de médecine tropicale d'Anvers (IMT) et d'autres acteurs reconnus internationalement. Ce mode de mise en œuvre qui vise le renforcement des capacités et le transfert de compétences avec une stratégie de désengagement et la construction de partenariats sur la durée, se justifie car :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.6 Budget indicatif

	Contribution de l'UE (EUR)	**Contribution Gouvernement MR (EUR)**
5.4.1. – Subvention directe au ministère de la santé (gestion directe) P2 La population a un accès équitable à des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire (L'offre de soins) P3 Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (Médicaments et consommables) P5 Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé (Financement par la demande)	16 250 000	4 062 500
5.4.2. – Gestion indirecte avec l'agence belge de développement ENABEL P1 Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (Gouvernance) P3 Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (Médicaments et consommables) P4 Des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne (RHS) P5 Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé (Financement par la demande)	7 000 000	s.o.
5.8 – Évaluation, 5.9 – Audit	300 000	s.o.
5.10 – Communication et visibilité	300 000	s.o.
Provisions pour imprévus	150 000	s.o.
Totaux	**24 000 000**	**4 062 500**

5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

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

- Le comité de pilotage du PNDS, qui se réunira au moins avec une fréquence annuelle et qui garantira le pilotage du PASS 2. La composition du comité, déjà fonctionnel dans le PASS 1, continuera à être établie par les documents du PNDS et comprendra au minimum un représentant du MS, un représentant de la DUE et de l'AFD, 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 PASS2. La composition du comité technique comprendra au minimum des représentants du MS dont le président, un représentant de la DUE et de l'AFD, un représentant du MEF et un de la CAON, les représentants d'ENABEL, des représentants des autres partenaires, les représentants des structures de mise en œuvre. Des personnes ressources pourront aussi participer au comité technique. Le secrétariat sera garanti par l'appui institutionnel.

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

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

5.8 Suivi de la performance et des résultats et rapports

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

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

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

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

5.9 Évaluation

Eu égard à la nature de l'action, il sera procédé à une évaluation à mi-parcours et une autre finale de l'ensemble du PASS 2 par l'intermédiaire de consultants indépendants contractés par la Commission.

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

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

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

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

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

5.10 Audit

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

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

5.11 Communication et visibilité

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

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

En ce qui concerne les obligations juridiques en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et/ou les entités responsables. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et les conventions de délégation.

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

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

6 CONDITIONS PREALABLES

s.o.

APPENDICE – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE

	Chaîne des résultats	Indicateurs	Sources des données[10]	Hypothèses
Impact	Contribuer à donner aux individus en Mauritanie les moyens de vivre une vie saine et en promouvant le bien-être de tous à tout âge. (ODD 3).	Taux de mortalité maternelle selon la méthode directe Nombre de politiques gouvernementales développées et/ou révisés avec la participation de la société civile, grâce au support de l'UE (CRUE 2.25)	Enquêtes MICS/EDS (triennales) Rapport évaluation PNDS	so
Effet direct	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).	Quotient de la mortalité infantile	Enquêtes MICS/EDS (triennales)	Stabilité politique et socio-économique Coordination interministérielle effective Le ministère de la Santé est engagé dans les réformes sectorielles Engagement effectif du gouvernement pour les réformes fonction publique et RH
		Couverture vaccinale penta 3 (CRUE 2.5) [11]	Annuaire Statistique	
		Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (H/F) (CRUE 2.6) [12]	Annuaire statistique	
		Indice de capacité opérationnelle générale des formations sanitaires	Enquête SARA / 3 ans	
		Part des paiements directs pour la santé par les ménages dans les dépenses totales de santé	Comptes nationaux de la santé	
Produits	**1:** Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace,	Nombre de Moughataa qui a une équipe cadre fonctionnelle et formée	Rapport de Supervisions	Le gouvernement s'engage dans la décentralisation et
		Proportion de Formations sanitaires qui	Annuaire Statistique	

[10] Les rapports activités de l'appui institutionnel et de la subvention indiqueront la part de ces indicateurs obtenus grâce à l'appui de l'UE

[11] Nombre d'enfants de moins d'un an complètement immunisés avec l'appui de l'UE. http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/10102/2018/EN/SWD-2018-444-F1-EN-MAIN-PART-1.PDF

[12] Nombre de femmes en âge de procréer ayant recours des méthodes de contraception modernes avec l'appui de l'UE.

	transparente et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (Gouvernance)	utilisent le DHIS2		déconcentration du système sanitaire
		Part de dépense étatique en matière de santé en proportion de dépense total en santé	Comptes nationaux de la santé	
		Taux de réalisation de supervisions intégrées par niveau : MS, DRAS, Moughataa	Rapports Supervisions	
	2 : La population dispose de services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire (L'offre et l'accès aux soins)	Taux d'accouchements assistés par de personnel qualifié	Annuaire statistique	La réorientation de RH, de moyens et budgétaire est effective en faveur des structures périphériques, notamment les postes et centres de santé
		Utilisation des services curatifs par sexe, adulte/enfant	Annuaire statistique	
		Proportion de postes de santé disposant d'USB selon les normes	Enquête SARA	
		Capacité opérationnelle des structures à offrir des services de SMNI	Enquête SARA	
		Taux de malnutrition aigüe sévère	Enquête SMART	
		Nombre de structures de santé réhabilitées /étendues et équipées conformément aux normes avec l'appui du PASS.	Annuaire statistique	
Produits	**3 :** Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (Médicaments et consommables)	Pourcentage de FOSA disposant des Médicaments Essentiel (13 molécules traceurs selon le LMNE de la Mauritanie/ensemble de FOSA N=919) (Indice de disponibilité)	Enquête SARA	Le ministère de la Santé est engagé dans l'assainissement du secteur pharmaceutique
		Dépense public et privé sur des médicaments par capita	Comptes Nationaux Santé	
		Proportion des commandes des médicaments soumis au control du LNCQM	Rapport Supervisions	
	4 : Des ressources humaines en	Proportion de structures de santé disposant de l'équivalent RHS plein temps nécessaire	Annuaire statistique (à prévoir)	Le Gouvernement concrétise la réforme de

	santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne *(RHS)*	à la prestation du PMA/PCA		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
		Ratio national Médecins/100.000 h et répartition régionale H/F	Donnée de base RH et rapport DRH	
		Ration National Infirmiers/10.000 H/F		
		Ratio National SF/5.000 Femme en âge de procréer		
		Taux de rétention des RHS dans les CS et PS au cours des 12 derniers mois par sexe		
		Proportion d'écoles de santé publique répondant au moins au 50% des critères d'accréditation OOAS		
		Nombre des personnels ayant reçu au moins une formation continue tous les deux ans, par catégorie et par sexe		
	5 : Un système de financement pour une couverture sanitaire universelle (CSU) est développé selon la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) (*Financement par la demande).*	Pourcentage de la population couverte par l'Assurance Maladie par sexe et âge (CNAM + Autres : mutuelle, privé, etc.)	Compte Nationaux Santé	Le Gouvernement s'engage à promouvoir la stratégie nationale de protection sociale
		Pourcentage d'indigents couvert par le mécanisme d'assurance maladie		