

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice



Ministère de la Santé

Plan National de Développement Sanitaire 2022 – 2030

Volume III :

**Cadre des Dépenses à Moyen
Terme(CDMT) de la Santé 2022 - 2024**

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice



Ministère de la Santé

Plan National de Développement Sanitaire 2022 – 2030

Volume III :

**Cadre des Dépenses à Moyen
Terme(CDMT) de la Santé 2022 - 2024**

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1 : GENERALITES	8
1.1 RAPPEL DU CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE, ÉCONOMIQUE ET CULTUREL	8
1.2 RAPPEL SUR L'ORGANISATION ET LA GESTION DU SYSTÈME DE SANTE	9
1.3 LE FINANCEMENT DE LA SANTE EN MAURITANIE	11
CHAPITRE 2 : ETAT DE SANTÉ ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ DE LA POPULATION	13
2.1 RATIO ET CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE	14
2.2 SANTÉ NÉONATALE : NIVEAU ET CAUSES DE LA MORTALITÉ NÉONATALE	15
2.3 RATIO ET CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE	16
2.4 RAPPEL SUR LES PROBLEMES ET DEFIS DU SECTEUR DE LA SANTE EN MAURITANIE	17
CHAPITRE 3 : FINANCEMENT DU SECTEUR	20
3.1 CONTEXTE D'ELABORATION DU CDMT	20
3.2 PROCESSUS DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE	20
CHAPITRE 4 : CADRE DE DÉPENSES À MOYEN TERME 2022 – 2024	22
4.1 MÉTHODES D'ESTIMATION DES ENVELOPPES BUDGÉTAIRES DU CDMT	22
4.2 ANALYSE DES ENVELOPPES BUDGÉTAIRES DU CDMT	23
CHAPITRE 5 : COORDINATION ET SUIVI-EVALUATION DU CDMT	26
5.1 COORDINATION	26
5.2 SUIVI ET ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU CDMT	26
5.3 CONDITIONS DE RÉUSSITE	27
CONCLUSION	28

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : PRINCIPAUX INDICATEURS MACRO-ECONOMIQUES -----	9
TABLEAU 2: RÉPARTITION DU BUDGET ANNUEL PAR PROGRAMMES PRIORITAIRES -----	23
TABLEAU 3: RÉPARTITION DU BUDGET PAR CATÉGORIES DE DÉPENSES EN MRU-----	24
TABLEAU 4: RESSOURCES DISPONIBLES ET GAP -----	25

Liste des figures

FIGURE 1 : PYRAMIDE DE SANTE ADMINISTRATIF ET DE FOSA PUBLIQUES----- **ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**

FIGURE 2 : QU'EST-CE QUI CAUSE LE PLUS DE DECES EN MAURITANIE ?----- 14

FIGURE 3 : TENDANCES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN MAURITANIE ENTRE 2007 ET 2015 ----- 14

FIGURE 4 : CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN MAURITANIE ----- 15

FIGURE 5: TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE PAR WILAYA ----- 16

FIGURE 6: TAUX DE MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNIILE PAR WILAYA ----- 16

FIGURE 7: RÉPARTITION DES CATÉGORIES DE DÉPENSES DANS LE CDMT 2022-2024 ----- 24

Liste des abréviations

BTP	Bâtiments et Travaux Publics
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CNAM	Caisse Nationale d’Assurance Maladie
CONAP	Comité National de Pilotage du PNDS
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DRAS	Direction Régionale de l’Action Sanitaire
ECR/ECD	Equipe Cadre de Région /Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FEC	Facilité Elargie au Crédit
FMI	Fonds monétaire international
ICP	Infirmier Chef de Poste
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MCM	Médecin Chef de Moughataa
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
ONS	Office Nationale de la Statistique
PAO	Plan Annuel Opérationnel
PIB	Produit intérieur brut
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l’Habitat
SCAPP	Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto Juvenile
USB	Unités de Soins de Base
VIH	Virus d’Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le CDMT est une approche transparente de planification financière et de budgétisation qui permet une allocation efficiente des ressources aux priorités programmatiques dans le cadre d'une discipline budgétaire d'ensemble. C'est un outil d'amélioration de la gestion budgétaire permettant de renforcer le dispositif de gestion axée sur les résultats, de rechercher une plus grande efficacité des dépenses et de disposer d'un instrument d'aide à la décision et à la négociation avec les PTF dans la recherche du financement du PNDS.

Le présent CDMT sectoriel pour la période 2022 – 2024 fait d'abord l'analyse de la situation, l'identification des contraintes du système de santé qu'il faudrait réduire afin d'optimiser les résultats escomptés.

Enfin, le document présente les modalités de mise en œuvre et de suivi des différentes interventions prédéfinies. Ce CDMT servira ainsi d'élément de négociation pour la signature d'un compact national visant à favoriser une augmentation et une meilleure prévisibilité des ressources du secteur.

Chapitre 1 : GENERALITES

1.1 Rappel du Contexte sociodémographique, économique et culturel

La République Islamique de Mauritanie est limitée à l'ouest par l'Océan Atlantique, au sud par le Fleuve Sénégal, à l'est et au sud-est par le Mali, au nord et au nord-ouest par l'Algérie et le Sahara occidental. Elle couvre une superficie de 1.030.700 km².

Sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), effectué en 2013, la population totale de la Mauritanie est estimée en 2020 à 4 173 0771 habitants avec un taux d'accroissement de 2,7% et une densité de 4,5 habitants par kilomètre carré, ce qui en fait le quatrième pays le moins densément peuplé d'Afrique. La population est très inégalement répartie. La densité est faible au niveau des Wilayas du nord où elle est inférieure à 0,5 habitants/Km².

Les femmes représentent 50,7% de la population, soit un rapport des sexes de 116 femmes pour 100 hommes avec des disparités fortes selon les régions. Les jeunes de moins de 15 ans représentent environ à 44,2% de la population alors que les personnes âgées de plus de 60 ans représentent seulement 5,3%.

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 15 Wilayas, 63 Moughataas (départements) et 220 communes, respectivement dirigées par des Walis, des Hakems et des Maires.

La croissance économique de la Mauritanie a connu une légère reprise entre 2017-2019 avec un taux de croissance du PIB qui est passé de 3,1 % en 2017 à 3,6 % (2018) et 6,7 % en 2019. Pour l'essentiel, cette croissance a été tirée par la dynamique favorable du Secteur économique du Bâtiment et des travaux publics (BTP)

La pandémie de Coronavirus (COVID-19) a eu des répercussions humaines, économiques et sociales dramatiques en Mauritanie. Les perspectives économiques à court terme se sont dégradées rapidement entraînant de graves difficultés pour la population. Le gouvernement a adopté un plan national de réponse à la Covid-19 d'un montant de 644 Millions USD (8,5% du PIB). Il est destiné à prendre des mesures et faire des réformes dans le secteur de la santé, de l'agriculture, la constitution de stocks d'aliments de première nécessité, le soutien direct aux ménages et PME et ainsi que des lignes de crédit et garanties pour les entreprises.

Sur le plan financier et budgétaire, les contraintes sont importantes. La Mauritanie, qui a enregistré des excédents budgétaires en 2018 (3,3% du PIB) et 2019 (2,1%) a été confrontée en 2020-2021 à un ralentissement de l'activité économique, à une forte chute des recettes domestiques et à une hausse des dépenses de santé, de protection sociale et de soutien aux secteurs d'activité impactés par la pandémie.

¹Sur la base des projections de l'Office National de la Statistique (ONS)

L'allocation des ressources par nature économique montre que les dépenses courantes (salaires, biens et services, paiement des intérêts, transferts) représentent environ 70 % du total, alors que les dépenses en capital fluctuent autour de 30%.

La baisse des recettes fiscales en 2019-2020 et l'augmentation des besoins de financement ont entraîné un déficit des finances publiques et un recours croissant aux bailleurs internationaux et notamment aux fonds arabes et des donateurs bilatéraux du Golfe mais aussi au FMI dans le cadre de l'accord au titre de la facilité élargie de crédit (FEC).

Tableau 1 : Principaux indicateurs macro-économiques

Indicateurs macroéconomiques	2017	2018	2019	2020
Croissance du PIB réel (FMI, Oct. 2020)	5,90%	-3,20%	3,20%	-3%
Croissance du PIB réel par habitant (FMI, Oct. 2020)	3,50%	-5,30%	0,80%	-5,30%
Taux d'inflation moyen annuel (FMI, Oct. 2020)	2,30%	3,90%	8,50%	10,60%
Solde budgétaire global, dons compris (en % du PIB) (FMI, Oct 2020)	2,10%	-3,80%	-4,20%	-7,60%
Dettes publiques (en % du PIB) (FMI, Oct. 2020)	58,10%	65,60%	50,40%	56,60%
Dettes extérieures publiques (en % du PIB) (FMI, Oct. 2020)	57,70%	64,20%	23,40%	28,10%
Solde courant externe (en % du PIB) (FMI, Oct. 2020)	-10,60%	-15,30%	-3,60%	-4,80%
Réserves de change (en équivalent mois d'importations de biens et services) (FMI, Oct. 2020)	3,7	3,3	6,2	4,1

1.2 Rappel sur l'Organisation et la Gestion du système de santé

L'organisation du système de santé s'appuie sur le découpage administratif du pays, qui est de type pyramidal, de trois niveaux :

- Le niveau opérationnel ou périphérique où il existe deux types de structures : les postes de santé (823) et les centres de santé (123). Hiérarchiquement, les PS doivent se référer au chef du CS dont ils dépendent.

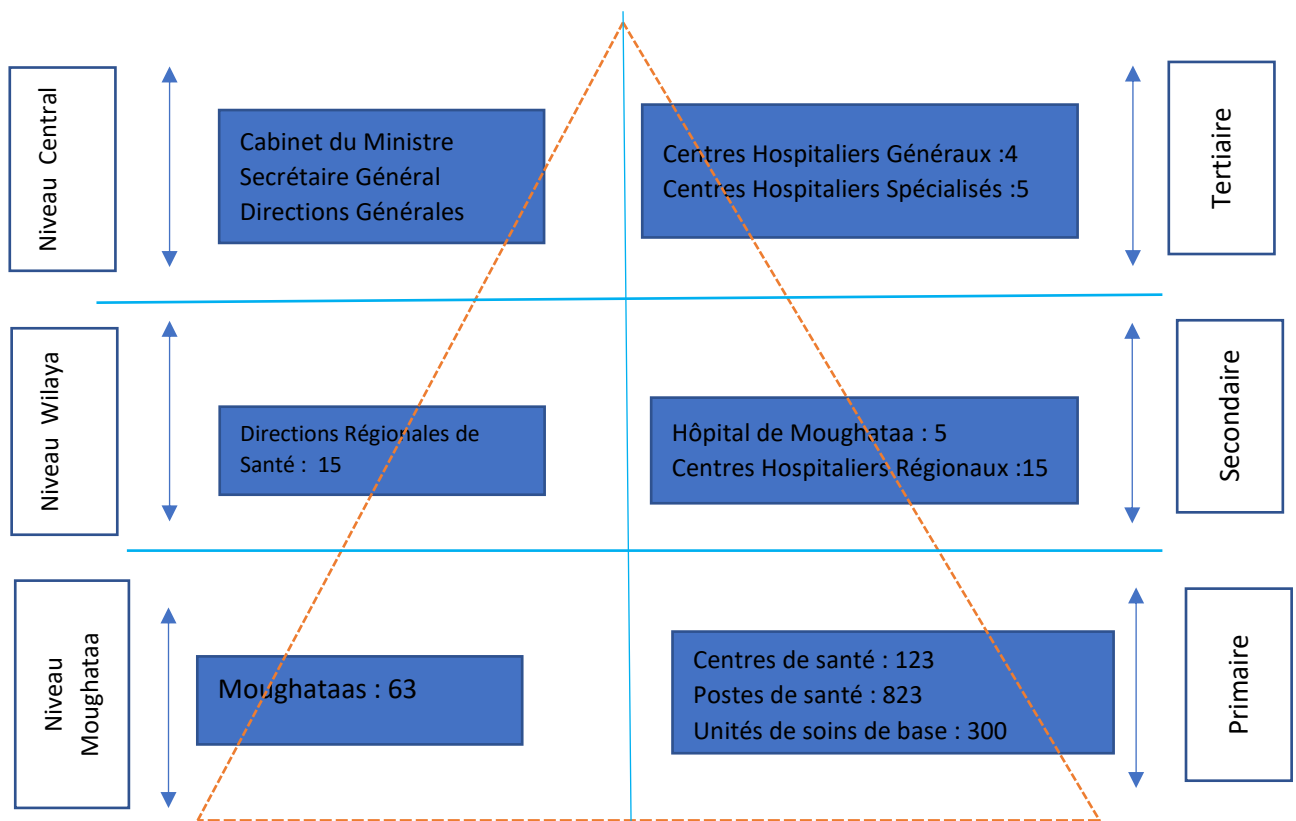
En appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) sont installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10 km).

- Le niveau intermédiaire comprenant deux types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de Moughataa:
 - Les hôpitaux de Moughataa (05)
 - Les centres hospitaliers régionaux, (15)
- Le niveau tertiaire qui représente la référence au niveau national comprend le Centre Hospitalier Généraux (4) et les hôpitaux spécialisés (05).

Le système administratif, quant à lui est organisé comme suit (Figure 2) :

- Au niveau central, les entités centrales du Ministère de la Santé, à savoir : les directions, les services, les divisions et les coordinations de programmes assurent le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire.
- Au niveau intermédiaire, les directions régionales de santé (DRS), avec les équipes régionales assurent la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel.
- Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de Moughataa avec les équipes cadres de Moughataa assurent la coordination et le suivi des actions sanitaires au niveau des circonscriptions.

Figure 1 : Pyramide de sanitaire et de FOSA publiques



Le secteur privé est surtout localisé dans les principaux centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou) et a connu un réel développement au cours des 10 dernières années. En effet, la contribution du secteur privé dans la santé demeure importante.

Le secteur privé de soins, très convoité et fortement dépendant du secteur public, se développe de manière non maîtrisée et connaît des difficultés de gestion mettant en exergue la faible complémentarité et synergie entre les différents secteurs et niveaux de soins.

Le secteur privé pharmaceutique reste très désorganisé et largement dominé par des non professionnels.

La faiblesse de l'approche communautaire comme stratégie complémentaire de soins au système de soins classique, constitue un véritable obstacle au développement d'interventions de qualité efficaces et durables.

La problématique de la centralisation de la mise en œuvre du volet communautaire conduit à une faiblesse de l'implication du personnel sanitaire périphérique à savoir le DRS, le MCM et l'ICP.

1.3 Le financement de la santé en Mauritanie

En 2017, et selon les résultats des comptes nationaux de santé, la Mauritanie enregistrait des dépenses totales de santé estimées à 62,2 dollars US par habitant. Au cours de cette année, les dépenses de santé financées à partir des ressources domestiques étaient de 53,91 dollars US par habitant (comptes nationaux de la santé). Ces chiffres restent nettement inférieurs aux différents seuils internationaux proposés dans la littérature. En effet, il est recommandé aux pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de dépenser une somme de 146 dollars US par habitant et par an afin d'atteindre l'ODD 3 à l'horizon 2030² (Stenberg et al., 2017).

Au cours de la même année (2017), les résultats des comptes nationaux de la santé en Mauritanie rapportaient que les dépenses publiques domestiques par habitant étaient estimées à 20,72 dollars US par habitant et représentaient 1,2% du PIB nominal (exprimé en prix courants). Ces chiffres restent inférieurs aux recommandations rapportées dans la littérature au profit des pays à revenu faible. En effet, les dépenses publiques de santé par habitant devraient être d'au minimum 86 dollars US et représenter au moins 5% du PIB afin de permettre aux pays de progresser vers la couverture sanitaire universelle (CSU) (McIntyre et al., 2017).-Les paiements directs représentaient 48,1% des dépenses totales de santé et 52,94% des dépenses courantes de santé en 2017. Cette statistique ne respecte pas les recommandations internationales suggérant que les paiements directs dans les pays devraient être estimés à moins de 20% des dépenses totales de santé afin de réduire considérablement les risques de catastrophe financière et de pauvreté au sein des ménages.

Néanmoins, les paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé sont passés de 58,7% à 48,1% entre 2010 et 2017 ; soit une hausse moyenne de 2,6% par an.

² Promouvoir l'accès à la santé.

La contribution de l'Etat au financement de la santé a enregistré une tendance à la hausse entre 2010 et 2015, période à l'issue de laquelle elle va baisser jusqu'en 2017. Comparativement à l'année 2010, cette contribution a légèrement baissé en 2017.

En effet, les dépenses publiques domestiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé étaient estimées à 33,3% en 2017, contre une proportion de 35,4% enregistrée en 2010.

La contribution des régimes d'assurance maladie au financement de la santé a baissé entre 2011 et 2016 ; avec une légère reprise de la hausse jusqu'en 2017. Toutefois, comparativement à sa valeur enregistrée en 2010, une hausse a été constatée en 2017. En effet, les dépenses d'assurance maladie en pourcentage des dépenses totales de santé sont passées de 6,7% à 8% entre 2010 et 2017, soit une hausse moyenne à de 2,2% par an.

La contribution des PTF au financement de la santé a connu une tendance générale à la hausse, sauf entre 2014 et 2016, période au cours de laquelle la variable a baissé. Entre 2010 et 2017, les ressources extérieures en pourcentage des dépenses totales de santé sont passées de 4,7% à 13,3%, soit une augmentation moyenne estimée à 14% par an.

Chapitre 2 : Etat de santé et déterminants de santé de la population

L'Etat de santé de la population mauritanienne reste globalement marqué par :

- des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- une persistance du fardeau des maladies transmissibles
- et un accroissement rapide des Maladies Non Transmissibles, qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux.

Ces situations sont en deçà des ambitions du pays et loin de contribuer à l'atteinte des cibles de l'ODD 3 « santé et bien-être »

La Figure 3 ci-dessous donne les 10 causes les plus importantes de décès entre 2009 et 2019, et leur évolution sur cette période. Les maladies y sont agrégées en trois groupes : les maladies contagieuses, maternelles, néonatales et nutritionnelles (en rouge), les maladies non contagieuses (en bleu), et les blessures (en vert).

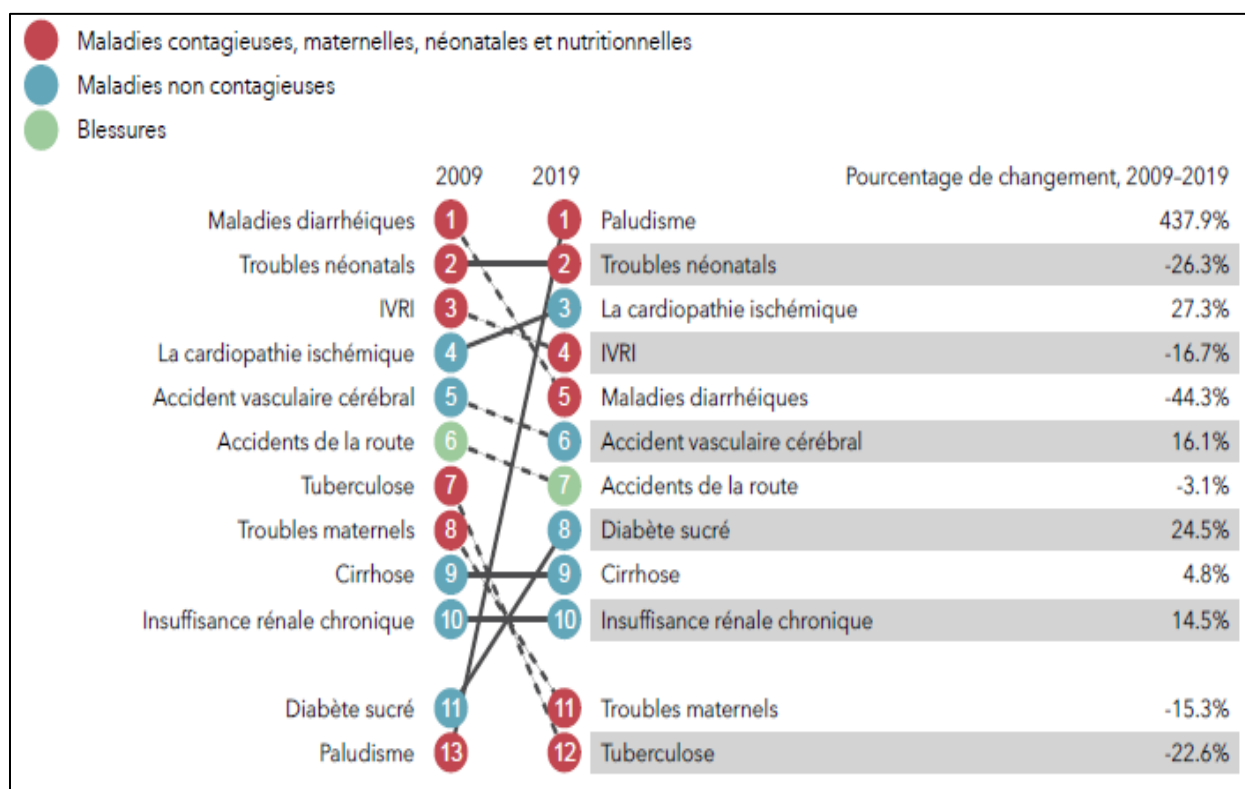
Globalement les **décès liés aux maladies contagieuses, maternelles, néonatales et nutritionnelles** ont diminué sauf pour le paludisme dont les décès ont plus que quadruplé (+437,9%) devenant la première cause de décès. La forte prédominance du Plasmodium vivax observée à Nouakchott et dans les Wilayas du Nord, zone auparavant considérée indemne du paludisme³, la transmission autochtone du paludisme à Plasmodium vivax à Nouakchott⁴, et le nouveau mode de calcul des décès liés au paludisme⁵ pourraient expliquer cette situation paradoxale. Les décès liés aux autres maladies transmissibles ont diminué : les infections des voies respiratoires inférieures (-16,7%), la tuberculose (-22,6%), et les maladies diarrhéiques presque de moitié (-44,3%). **Les décès liés aux troubles néonataux et maternels** ont également diminué (-26,3% et -15,3%). **Les décès liés aux accidents de route** sont restés stables (-3,1%). En revanche, les **décès causés par les maladies non transmissibles** liées aux facteurs de risques communs qui sont la sédentarité, l'obésité, l'alimentation, le tabagisme ainsi qu'à la transition démographique avec vieillissement de la population, ont également augmenté. Il s'agit des ischémies cardiaques (+27,3%), l'accident vasculaire cérébral (+16,1%), le diabète sucré (+24,5%) et l'insuffisance rénale chronique (+14,5%).

³Mint Lekweiry et al, 2009, Ould Ahmedou Salem et al, 2015, Ould Ahmedou Salem et al, 2015, Mint Lekweiry et al, 2015, Ouldabdallahi et al, 2014, faciès 2011-2013, Jemila Deida et al 2019

⁴Mint Lekweiry et al, 2011, Ould Ahmedou Salem Ahmedou et al, 2013 et Mint Lekweiry et al, 2016

⁵En 2019, le réseau international de métrologie sanitaire (IHME) a adopté le mode d'estimation de l'incidence du paludisme de l'OMS, à savoir la méthode de surveillance au lieu de la méthode cartographique avec modélisation géospatiale. Par ailleurs, l'OMS a également une autre méthode d'estimation du taux de létalité. Ces deux différences expliquent entre autres que la mortalité liée au paludisme ait plus que quadruplé selon l'IHME, alors que l'OMS et le Fonds Global ont des estimations différentes.

Figure 2: Qu'est-ce qui cause le plus de décès en Mauritanie ?



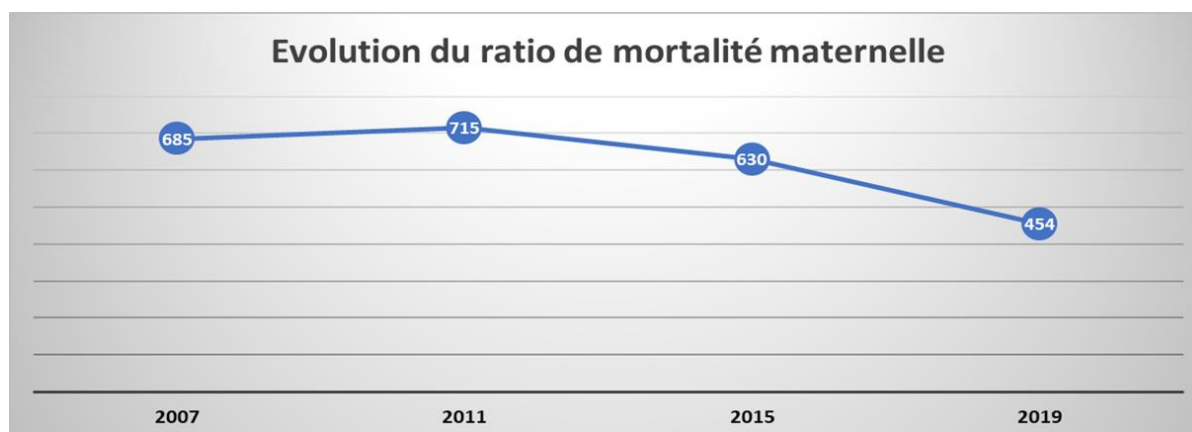
Source : Profil pays Mauritanie IHME (<http://www.healthdata.org/mauritania>)

Légende : IVRI - Infection des voies respiratoires inférieures

2.1 Ratio et causes de la mortalité maternelle

Le ratio de la mortalité maternelle connaît une tendance à la baisse malgré le fait qu'il a augmenté entre 2007 et 2011. Selon le MICS (2015), il a connu une hausse passant de 685,5 à 715 pour 100 000 NV entre 2007 et 2011 pour ensuite décroître à 630 pour 100 000 NV en 2015 loin de la cible de l'OMD5 qui était de 122 pour 100 000 NV. En 2015 ce taux était légèrement plus élevé que la moyenne de l'Afrique sub-saharienne et de certains pays voisins.

Figure 3 : Tendances de la mortalité maternelle en Mauritanie entre 2007 et 2015

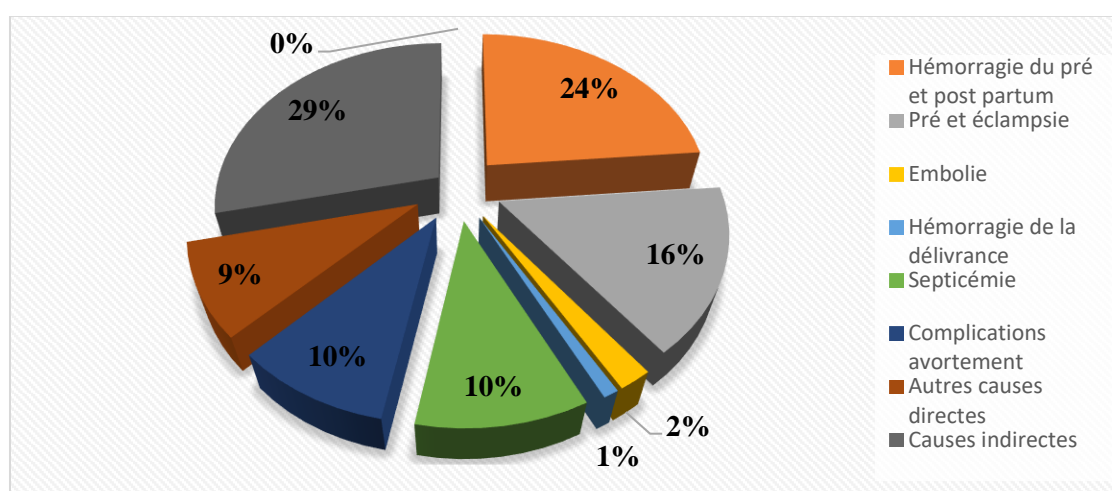


Source : MICS (2015) et EDS 2019-2020

Même si le taux est élevé, les tendances montrent qu'il y a eu des améliorations depuis 2011. Toutefois, il est probable que ces résultats cachent des écarts importants en ce qui concerne les différentes wilayas, les milieux de résidence et les différents groupes socio-économiques.

Par ailleurs, comme le montre la Figure 6 ci-dessous, les causes de mortalité maternelle sont principalement : les causes indirectes (29%), les hémorragies du pré et post-partum (24 %), les éclampsies (16 %), les septicémies (10 %), les complications dues aux avortements (9%) et les embolies (2%).

Figure 4: Causes de mortalité maternelle, Mauritanie



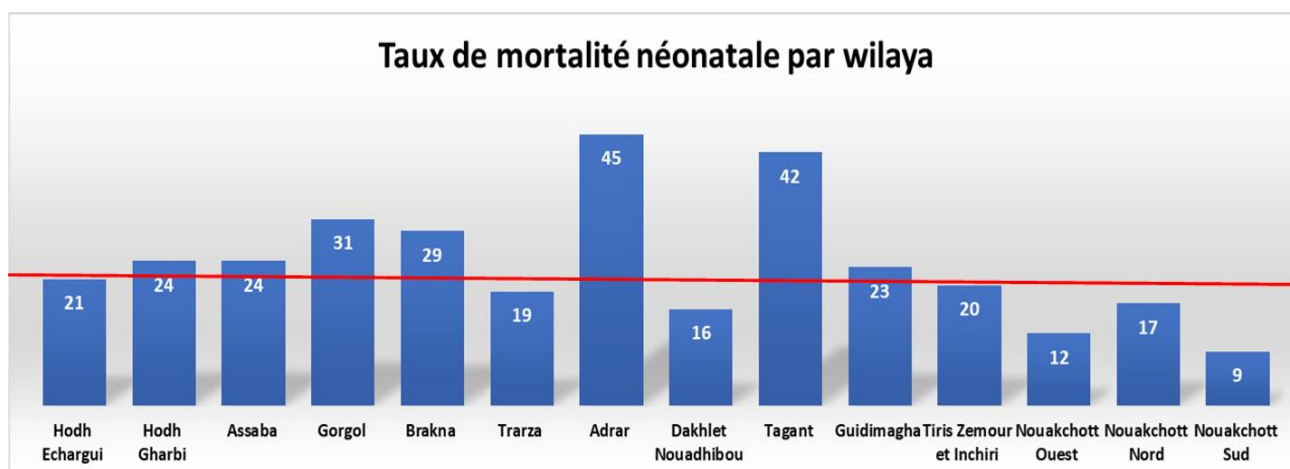
L'indice synthétique de fécondité⁶ (ISF), quant à lui est passé de 5,1 enfants par femme en 2015 à 5,2 enfants par femme en 2019 selon le MICS 2015 et l'EDS 2019. Ce taux reste l'un des plus élevés dans la zone de l'espace CEDEAO plus la Mauritanie et le Tchad, qui lui est estimé à 5,6.

2.2 Santé néonatale : Niveau et causes de la mortalité néonatale

Le quotient de mortalité néonatale a nettement diminué passant de 29‰ en 2015 à 22‰ en 2019. Ses principales causes demeurent la prématurité (38.6%), l'intra-partum (21.9%), les septicémies (19%), les pneumonies néonatales (6.4%), les maladies congénitales (5.9%), le tétanos (1.1%), les diarrhées (0.7%) et d'autres causes. Selon l'EDS 2019-2020 Celui-ci varie entre wilayas, ; les wilayas du Hodh Echargui (45‰), du Hodh Gharbi (42‰), de l'Assaba (31‰), du Gorgol (29‰), du Brakna (24‰), du Trarza (24‰) et du l'Adrar (23‰) ont enregistré des taux de mortalité néonatale supérieurs à la moyenne qui était de 22‰.

⁶L'indice synthétique de fécondité est le nombre d'enfants que mettrait au monde une femme moyenne si elle vivait jusqu'à la fin de ses années de procréation et donnait naissance à des enfants aux taux de fécondité actuels par âge

Figure 5: Taux de mortalité néonatale par Wilaya



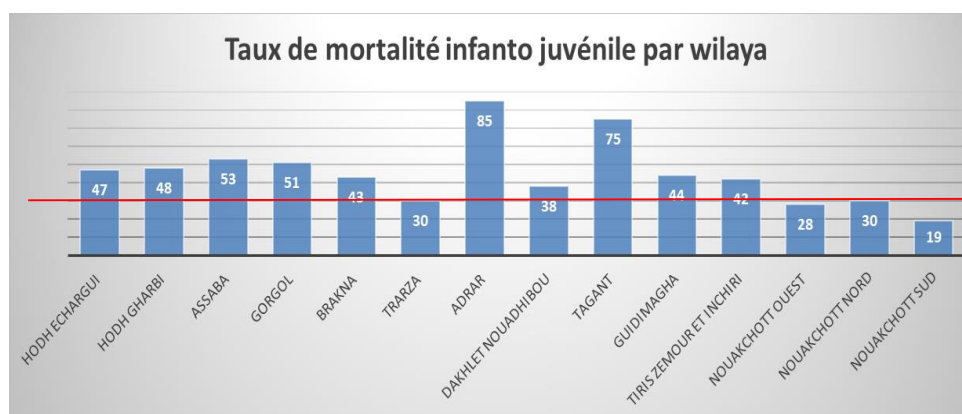
Source : EDS 2019-2020

2.3 Ratio et causes de la mortalité infanto-juvénile

La mortalité infantile a suivi une tendance décroissante passant de 43‰ à 33‰ entre 2015 et 2019. Les causes qui expliquent ce taux élevé sont principalement la pneumonie (22,5%), la diarrhée (15,6%), les blessures (10,9%), le paludisme (7,7%), la méningite 2,7% et la rougeole (2,5%). On constate que plusieurs cas de décès infantiles sont évitables et traitables dans le pays.

Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, le taux a globalement connu une forte baisse entre 2015 et 2019, passant de 54‰ à 41‰ (soit une réduction d'environ 13 % en 4 ans). Toutefois en dépit de cette amélioration il existe encore des disparités entre les wilayas. Comme annoncé la mortalité des moins de 5 ne s'est pas dégradée au cours de ces dernières années, sauf à en Adrar (85‰), au Tagant (75‰), au Brakna (43‰) et Trarza (30‰) où l'on a noté une nette évolution par rapport à 2015 avec une situation très inquiétante à au Tagant et en Adrar. Malgré une situation favorable pour la plupart des wilayas par rapport 2015, ce sont seulement 3 sur 13 wilayas qui ont enregistré un TMIJ inférieur à la moyenne nationale.

Figure 6: Taux de mortalité infanto-juvénile par Wilaya



Source : EDS 2019-2020

En Mauritanie, selon les dernières données de Spectrum 2018, la prévalence au sein de la population générale adulte est de 0.24%, mais l'épidémie de l'infection VIH/SIDA est de type concentré. Environ 6000 personnes vivaient avec le VIH et l'épidémie serait plus importante chez les hommes que chez les femmes (0,4% versus 0,24%). Pour ce qui est de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), il existe un centre à Nouakchott et cinq unités de prise en charge fonctionnelles à Zouerate, NDB, Kiffa, Kaédi et Nema. Pour chaque unité, le personnel chargé des activités a été formé et se compose d'un médecin, un pharmacien et d'un laborantin.

On note cependant des insuffisances relatives au suivi médical et nutritionnel des malades, au dépistage communautaire et particulièrement au niveau des groupes clés et groupes vulnérables.

La prise en charge psychosociale est également faible dans ses aspects de soutien psychologique, de renforcement de l'observance et de recherche des perdus de vue, de soutien communautaire et de soutien nutritionnel.

Les maladies tropicales négligées constituent un groupe étendu de maladies qui varient d'une région à une autre voir d'un pays à un autre. Au niveau de la Mauritanie les principales MTN retenues dans le plan directeur sont : les schistosomiasis, la géo-helminthiase, le trachome, la rage, la lèpre, la dracunculose, la leishmaniose et la filariose lymphatique.

2.4 Rappel sur les Problèmes et défis du secteur de la santé en Mauritanie

Les problèmes de santé suivants peuvent être mis en évidence :

- La mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile est élevée,
- La prévalence des maladies transmissibles et des maladies à potentiel épidémique émergentes (méningite, rougeole, fièvres hémorragiques, Covid19, etc.) est élevée
- La prévalence des maladies non transmissibles est croissante ;

Les problèmes liés au système de santé se résument ainsi qu'il suit :

- **Une insuffisance de la gouvernance et du leadership** : insuffisance du cadre législatif et réglementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la responsabilité et de la redevabilité, l'absence d'encadrement du prix du médicament, l'insuffisance du contrôle de la qualité à tous les niveaux, l'insuffisance de la disponibilité des médicaments, des capacités institutionnelles et de leaderships insuffisantes, l'absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé, le retard dans la mise en œuvre des réformes du secteur
- **Une faible couverture des prestations de soins** : le développement insuffisant de la santé communautaire, de la politique des soins de santé primaire (SSP dans le cadre de la décentralisation, l'absence de démarche qualité, des infrastructures et des

équipements à mettre aux normes, la maintenance est inexistante, des services de base communautaires insuffisamment développés (reconnaissance, formation, motivation, valorisation des Agents de Santé Communautaire, paquet de services, système de référence contre référence), Promotion de la santé et participation communautaire déficientes (hygiène personnelle, de l'habitat et environnementale, prévention des comportements à risque...), absence de considération sur les maladies tropicales négligées

- La qualité des prestations de soins est insuffisante
- **Une insuffisance dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation**
- **Une insuffisance dans la gestion des RHS** : Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ; système de recrutement des étudiants dans le système éducatif aveugle par rapport aux besoins du système de santé faute de partenariat intersectoriel efficace ; mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins, absence de démarche qualité, absence de gestion axée sur les résultats, de redevabilité, de promotion de l'éthique professionnelle.
- **Un faible financement du secteur** : faibles allocations publiques du secteur, absence de mutualisation du risque maladie, absence d'un cadre des dépenses à moyen terme fonctionnel ; Faiblesse de la couverture assurance maladie ; insuffisance de transparence sur toute la chaîne de gestion des ressources ; lourdeur administrative ; l'insuffisance de la mise en œuvre des engagements du COMPACT⁷, absence de coordination des interventions des partenaires.
- **Un faible système d'information sanitaire** : informatisation insuffisante, faible système de contrôle de qualité des données, pas d'outils de suivi-évaluation, promptitude insuffisante de la transmission des données, pas d'analyse ni d'utilisation effective de l'information sanitaire pour la prise de décision à tous les niveaux, retard dans la production régulière et périodique des comptes nationaux de santé et autres documents d'enquête

Dans l'ensemble, le système de santé de la Mauritanie est caractérisé par une faible performance et plus spécifiquement : une faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle.

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire.

⁷ Le Compact de la santé est un pacte national entre le gouvernement de la République Islamique de Mauritanie et ses partenaires pour le soutien au secteur de la santé. Ce compact est renouvelé régulièrement et assorti d'indicateurs de suivi. Le dernier Compact porte sur la période 2018-2020

Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche et un cadre de planification et de suivi adéquat.

CHAPITRE 3 : FINANCEMENT DU SECTEUR

3.1 CONTEXTE D'ELABORATION DU CDMT

La vision décrite dans la Politique Nationale de santé à l'horizon 2030 et qui est la réalisation d'une « *couverture santé universelle à travers une offre de services essentiels de santé de qualité et une protection contre les risques financiers liés à la maladie, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination, et avec la pleine participation des populations. Ainsi, tous les individus et tous les groupes sociaux trouveront dans le système de santé une réponse, à temps et à coût abordable, à leurs besoins aussi bien individuels que collectifs* ».

Cette vision est celle d'un Pays où tous les citoyens (i) prennent conscience des principaux dangers auxquels ils sont exposés, des opportunités pour y faire face et sont solidaires pour les affronter, (ii) ont accès sans distinction de race, de religion ou de niveau socio-économiques aux services essentiels de santé de qualité, (iii) participent de manière appropriée à la gestion de leur santé dans un environnement de décentralisation, de bonne gouvernance et de démocratie, un environnement où la gestion efficace, équitable et efficiente est la règle à tous les niveaux ».

Les principes directeurs de cette vision sont : (i) un leadership fort, (ii) une meilleure gouvernance (iii) l'équité (iv) l'intégration (v) la gestion axée sur les résultats (vi) la cohérence et la priorisation des actions (vii) l'unicité du cadre d'intervention de tous les acteurs.

Au regard des problèmes identifiés et de la vision décrite dans la politique nationale de santé, les principales recommandations de cette analyse ont conduit à l'identification de 4 programmes dont 3 comme programmes d'«action» visant respectivement : (i) à accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile ; (ii) à renforcer la lutte contre la maladie ; (iii) à assurer la sécurité sanitaire, la préparation et la réponse aux situations d'urgence de santé. Le quatrième programme transversal vise à améliorer la gouvernance du système et de l'accès équitable aux services de santé de qualité.

3.2 Processus de planification et de programmation budgétaire

Le processus de planification et de programmation budgétaire comporte cinq étapes clés dont les deux en cours de réalisation sont :

- L'élaboration du PNDS qui fait suite à un long processus inclusif et consensuel d'analyse du secteur. Il définit les stratégies du secteur pour la période 2022-2030 en conformité avec les orientations de la Politique Nationale de Santé, et en cohérence avec les priorités nationales en matière de santé de la SCAPP.
- L'estimation des ressources totales nécessaires dans le cadre du présent CDMT 2022-2024 qui constitue le complément indissociable du PNDS ; ce document servirait aussi

de budget programme du secteur en mettant en relation les financements mobilisés et les objectifs de résultat et d'impact attendus.

En l'absence des résultats de la cartographie des ressources de santé disponibles, et de l'absence de mise à jour des comptes nationaux de santé, nous avons juste considéré l'évolution du budget de l'Etat alloué à la santé. Par ailleurs et par projection nous avons considéré que le budget de l'Etat alloué à la santé va évoluer sur cette période constamment de 7%.

Connaissant l'évolution du budget de l'Etat pour la santé et aussi le budget global du CDMT 2022 – 2030, la différence nous permet de dégager le gap. Ce gap sera partagé avec les différents partenaires lors des rencontres de mobilisation des ressources et de la finalisation de la cartographie des ressources.

Les prochaines étapes du processus sont :

- La finalisation et la signature d'un Compact – sur la base du CDMT – permettant une meilleure prévisibilité des financements dans le cadre des termes de la déclaration de Paris
- La traduction des cadrages financiers du CDMT en budget annuel provenant des ressources nationales et des financements extérieurs et communautaires ; pour cela, le CDMT adopté servira de budget programme du secteur fixant ainsi les ressources à mobiliser pour les trois années restantes ; par la suite, l'élaboration de la loi des finances pour sa partie sectorielle santé se fera sur la base de la tranche annuelle du CDMT.
- L'élaboration de plans opérationnels par niveau préparant la mise en œuvre du PNDS sur la base de réalisation des réformes retenues par le Ministère de la Santé.

Chapitre 4: Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2022 – 2024

Le financement pour la mise en œuvre du PNDS 2022-2030, et qui couvre la période 2022-2024, provient essentiellement de l'Etat et de ses partenaires techniques et financiers. Les recettes propres à travers les paiements directs n'ont pas pu être prises en compte par l'absence de système de suivi et de prévision de cet important financement du secteur. La cartographie des ressources et l'absence de mise à jour des Comptes Nationaux de Santé réduisent le champ d'analyse du CDMT. Comme décrit précédemment, nous allons considérer l'évolution annuelle du budget de l'Etat alloué à la santé (7%) avec comme base le budget de 2021.

4.1 Méthode d'estimation des enveloppes budgétaires du CDMT

L'estimation des besoins réels de financement du PNDS 2022 - 2030 a été réalisée avec l'outil OneHealth⁸. Cet outil permet d'estimer les coûts des interventions, en fonction des niveaux de leur mise à échelle en vue d'atteindre les objectifs fixés. Il permet également une estimation des impacts sur la santé.

Cet outil prend en compte les piliers du système de santé estimés en termes de besoins de ressources (pour les ressources humaines, infrastructures, équipement et mobiliers, etc.), de mécanismes de mise en œuvre de la gouvernance, d'amélioration du système d'informations sanitaires, d'amélioration des charges des ménages liés aux paiements directs afin de faciliter l'accès financiers aux services sanitaires.

En plus des piliers du système, dans l'estimation du budget, la gestion des programmes a été prise en compte en termes de supervision, de renforcement des capacités, de plaidoyer pour l'amélioration de la politique sanitaire.

Les paramètres suivants ont été déterminants pour l'estimation du coût global du PNDS :

- i) Les cibles annuelles de couvertures visées par chaque programme, service et système de santé pour la période 2022 - 2030 ;
- ii) Les coûts unitaires extraits des plans des différents programmes, ou estimés en utilisant la méthode qualitative (intuitive⁹ et analogique¹⁰) ;
- iii) Les stratégies et les interventions prioritaires définies pour l'atteinte des objectifs sanitaires liés aux engagements internationaux et nationaux.

⁸www.avenirhealth.org

⁹La méthode intuitive est basée sur l'expérience de l'estimateur

¹⁰La méthode analogique permet d'évaluer le coût unitaire d'une activité par comparaison avec les activités qui ont déjà été réalisées et dont les coûts sont connus

La collecte des données techniques (de santé) et financières (dépenses, coûts unitaires) a permis de renseigner une application de l'outil One Health¹¹. Dans cette application, des simulations d'évolution des couvertures des prestations essentielles considérées comme à haut impact ont été intégrées sur la base des documents stratégiques existants et des rencontres organisées dans le cadre du processus avec les différentes directions et programmes et les PTF. Ceci a permis à l'outil de nous proposer des tendances d'évolution des indicateurs d'impact (mortalité, morbidité) et des besoins en ressources y compris des budgets annuels.

4.2 Analyse des enveloppes budgétaires du CDMT

a. Budget annuel du PNDS par programme

Globalement, la mise en œuvre du PNDS nécessitera, sur les 3 années, la mobilisation de plus de 23 milliards de MRU, avec une évolution annuelle de 7,7 milliards en moyenne. Le budget est en moyenne de 1517 MRU par habitant.

Tableau 2: Répartition du budget annuel par programmes prioritaires

Programmes_PNDS	2022	2023	2024
Programme 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile	166 221 431	189 237 340	220 763 861
Programme 2 : Renforcement de la lutte contre la maladie	158 755 367	182 943 219	208 882 598
Programme 3 : Sécurité sanitaire et préparation et réponse aux situations d'urgences de santé publique	58 474 150	59 351 262	60 241 531
Programme 4 : Renforcement du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle	6 747 034 285	7 345 424 569	7 856 310 493
Total MRU	7 130 485 232	7 776 956 391	8 346 198 483
Evolution de la population	4 889 993	5 017 794	5 143 534
Budget par habitant en MRU	1 458	1 550	1 623
Budget par habitant en Dollar US	40,4	42,9	44,9

L'analyse du tableau montre que le financement du programme 4 : *Renforcement du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle* représente quasiment le budget global du CDMT. Ceci est compatible avec le caractère transversal et de soutien de ce programme aux autres programmes d'actions. A lui seul il renforce tous les éléments du système de santé.

¹¹www.avenirhealth.org

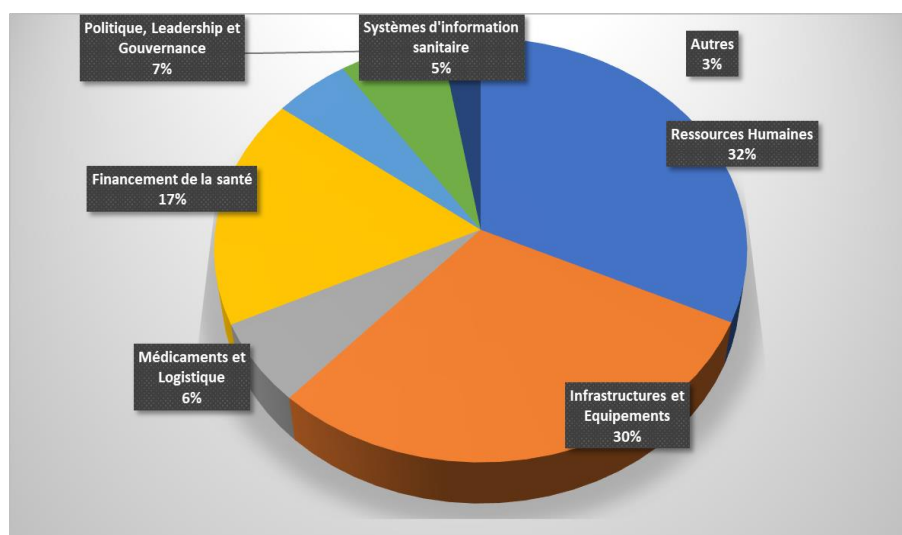
b. Budget par catégories de dépenses

L'analyse de la répartition du budget par catégories de dépenses montre que les salaires et primes versés aux personnels occupent 3,91% du budget, ensuite les infrastructures en termes de construction et de réhabilitation, occupent 29,7% du budget. L'appui dans la prise en charge des indigents dans l'accès financier aux services de santé, la prise en charge de certaines pathologies rares et coûteuses, permet à l'Etat et à la CNAM de consacrer 16% des dépenses au financement de la santé.

Tableau 3: Répartition du budget par catégorie-de dépenses en MRU

Catégories majeures	2022 – 2024
Ressources Humaines	7 429 319 999
Infrastructures et Equipements	6 914 100 754
Médicaments et Logistique	1 441 340 253
Financement de la santé	4 083 957 057
Systèmes d'information sanitaire	1 176 989 618
Politique, Leadership et Gouvernance	1 585 737 801
Autres	622 194 605
Total MRU	23 253 640 086

Figure 7: Répartition des catégories de dépenses dans le CDMT 2022-2024



c. Ressources disponibles

Sur la base du budget de 2021 et de l'engagement de l'Etat Mauritanien à augmenter annuellement de 7% le budget alloué à la santé de même que l'absence des contributions et engagements des partenaires, seule la contrepartie de l'Etat Mauritanien est disponible. A ce stade, on ne peut engager les partenaires à financer le gap, si ce n'est que lors de la table ronde pour la mobilisation des ressources.

Les projections effectuées sur la période du CDMT permettent d'estimer le financement probablement disponible sur la période. Les financements disponibles sont constitués de la dotation du ministère de la santé inscrite au budget général pour 2021 et des prévisions de budget faites sur la base d'une progression annuelle de 7%.

Tableau 4: Ressources disponibles et gap

	2022	2023	2024
Montant du CDMT	7 130 485 231	7 776 956 396	8 346 198 459
Gouvernement	5 005 642 374	5 356 037 340	5 730 959 954
Gap	2 124 842 857	2 420 919 056	2 615 238 505

Avec la contrepartie de l'Etat Mauritanien, en moyenne 69,7% des ressources sont déjà disponibles sur la période. Le gap sera partagé avec les partenaires techniques et financiers.

CHAPITRE 5 : COORDINATION ET SUIVI-EVALUATION DU CDMT

5.1 Coordination

La coordination de ces activités de planification sera assurée aux trois niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et périphérique) par, respectivement, la Direction en charge de la planification qui conduira techniquement le processus national sous l'autorité du CONAP, la DRAS sous l'autorité du conseil de développement socio-sanitaire de la Wilaya et par l'Equipe cadre sous l'autorité du comité de développement socio-sanitaire de la Moughataa.

A cet effet, les capacités gestionnaires et budgétaires seront renforcées afin d'assurer une planification et un suivi-évaluation efficient à tous les niveaux.

Pour que le processus de planification et de budgétisation permette d'atteindre l'impact espéré, il est important que le PNDS et le CDMT soient la référence pour toutes les initiatives d'intervention dans le système de santé.

Ces documents doivent servir à élaborer des outils pour le suivi des réalisations physiques et le suivi financier et comptable. Il peut s'agir d'une fiche de suivi des réalisations physiques et du rapport comptable semestriel permettant le calcul des indicateurs de résultats. Ils sont destinés aux responsables des différents échelons ainsi qu'aux principaux cadres de concertations existants dans le secteur tels que les revues annuelles, les réunions du Comité sectoriel santé, ECR/ECD, les réunions des comités régionaux du secteur de la santé, etc.

5.2 Suivi et évaluation de la mise en œuvre du CDMT

Le suivi & évaluation du CDMT se fera à travers le cadre de suivi & évaluation du PNDS 2022-2030 qui fera l'objet d'un document séparé. Des indicateurs financiers seront utilisés au fil de temps pour apprécier les niveaux d'exécution financière et les tendances de financement pour la période du CDMT en lien avec les résultats atteints et ce, conformément au calendrier qui sera défini.

Le plan de suivi & évaluation devra faire l'objet d'une gestion conjointe avec les partenaires techniques et financiers. Pour une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources et la dépense, les cibles qui seront fixées annuellement pour l'ensemble des plans d'action annuels détermineront les budgets et la réédition des comptes sera systématisée.

5.3 Conditions de réussite

Cette programmation technique et budgétaire reste fortement tributaire de l'environnement national et international, qui peut constituer de véritables risques à la mobilisation et à l'utilisation efficace des ressources en faveur du secteur.

Au niveau national, le véritable risque réside dans la faiblesse de la gouvernance du secteur avec risque de non-respect des engagements en termes d'allocation, de mobilisation ou de décaissement. Dans un tel cas, il est clair que les objectifs ne seront pas atteints.

Par ailleurs, l'environnement économique international morose, voire de récession, en est un autre risque, le financement de la santé dans un environnement international en crise étant forcément complexe.

Pour une efficacité optimale de ce processus de planification et de programmation budgétaire, certaines conditions de réussite devront être réunies, comprenant entre autres :

- La nécessité de disposer de données fiables tant sur l'exécution financière que sur les intentions de financement pour la période du CDMT afin de garantir la fiabilité des projections financières nécessaires ;
- La nécessité de garantir une cohérence totale avec le processus de planification et de programmation budgétaire au niveau national ;
- Le renforcement du dispositif participatif de planification, de suivi et d'évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; dans ce cadre, les capacités des ECD et ECR seront renforcées pour un pilotage de ce dispositif à tous ses niveaux ; parallèlement, les mécanismes les plus adaptés seront adoptés pour garantir la participation de représentants des bénéficiaires de la santé, du secteur privé et des PTF à toutes les étapes du processus ;
- L'engagement dans le cadre du Compact pour une prévisibilité garantie et une harmonisation renforcée ;
- La mise à disposition effective et à temps des fonds pour donner un caractère réel au CDMT, garantissant un démarrage rapide des activités et mise en œuvre dans les faits des principes d'harmonisation et de responsabilité mutuelle ;
- La formation des acteurs du secteur sur l'utilisation des outils de planification et de budgétisation ;
- La mise en œuvre de mesures nécessaires permettant l'amélioration de la capacité d'absorption du Ministère de la santé en rapport avec les résultats attendus (élaboration anticipée des PAO, allocation efficace des ressources au niveau intermédiaire et opérationnel sur base de contrat de performance, respect du cadrage retenu préalablement lors des discussions budgétaires, harmonisation et simplification des procédures de gestion financière des PTF, etc.).

CONCLUSION

A la suite d'un processus participatif qui a abouti à la validation du PNDS (2022-2030) – le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (2022 – 2024) a été extrait du PNDS pour permettre à l'Etat Mauritanien d'effectuer un cadre financier. Le financement est par ailleurs réalisable si l'Etat accepte d'augmenter la part du secteur dans le budget et si les différents Partenaires tiennent leurs promesses.

Le budget acquis et l'engagement de l'Etat à augmenter le budget annuellement de 7% et les impacts attendus, doivent permettre des négociations sur la base des résultats pouvant être obtenus en fonction de ressources potentiellement mobilisables. Sous cet angle, le CDMT doit être utilisé comme un outil du débat politique à l'intérieur (entre le secteur de santé et les secteurs en charge du développement et des finances) et à l'extérieur du gouvernement (entre le Gouvernement et les PTF) permettant de négocier les meilleurs choix du secteur de la santé.

La finalité reste l'amélioration des résultats de santé à travers une mobilisation du Ministère des Finances, des pays donateurs et des autres partenaires au développement autour d'une seule stratégie nationale de santé. La situation épidémiologique et sociale du pays et les goulots d'étranglement identifiés au niveau du système rendent ainsi nécessaire le développement d'une stratégie d'investissement public pour répondre aux défis du droit à la santé.