

Dossier d'investissement

2022-2025



**POUR L'AMÉLIORATION DE LA
SANTÉ DE LA REPRODUCTION,
MATERNELLE, NÉONATALE
ET INFANTO-JUVENILE,
ADOLESCENTS ET LA
NUTRITION EN MAURITANIE**



Table des matières

SIGLES ET ABBREVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX	7
APERÇU GLOBAL DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	9
1. CONTEXTE GENERAL	13
1.1. Profil administratif, socio-démographique, et économique	14
1.2. Profil sanitaire	16
2. BUT ET OBJECTIFS DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	19
2.1. But du dossier d'investissement	20
2.2. Objectifs du dossier d'investissement	20
3. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION MATER- NELLE, NEONATALE, INFANTILE ET DE L'ADOLESCENT ET DE LA NUTRITION	21
3.1. Principaux indicateurs de santé et de nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	22
3.2. Causes de mortalités maternelle, néonatale et infanto-juvénile	27
3.3. Couvertures de base des interventions à haut impacts pour la SRMNIA	29
3.4. Synthèse des principaux goulots d'étranglement et stratégies correctives pour une utilisation effective des services de SRMNIA-N de qualité	34
4. VISION ET PRIORITÉS STRATÉGIQUES	39
4.1. Vision du secteur et mission du dossier d'investissement	40
4.2. Choix des groupes et zones prioritaires en matière de SRMNIA-N	40
5. STRATÉGIES ADOPTÉES ET INTERVENTIONS CLÉES PAR DOMAINE DE LA SRMNIA-N	43
5.1. Domaine 1 : Réduction de la mortalité maternelle et néonatale	44
5.2. Domaine 2 : Amélioration de la santé des adolescents et des jeunes	46
5.3. Domaine 3 : Lutte contre les violences basées sur le genre (VBG)	46
5.4. Domaine 4 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile	47



6. IMPACTS ET RESULTATS ATTENDUS DU SCENARIO NATIONAL	49
6.1. Impacts attendus en termes d'évolution des mortalités	50
6.2. Impacts attendus en termes de nombre de vies sauvées	50
6.3. Impacts attendus en termes de cas de morbidité évités	52
7. BUDGET DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	53
7.1. Ressources nécessaires pour le financement du DI	54
7.2. Ressources potentiellement disponibles : Analyse de l'espace budgétaire et du gap financier	56
8. MODALITE D'OPERATIONNALISATION DU DI	57
8.1. Coordination de la mise en œuvre et du suivi du DI	58
8.2. Le Suivi et l'évaluation périodique de la mise en œuvre du DI	59
8.3. Suivi de la Performance et renforcement du SNIS et de la recherche	59
8.4. Supervisions intégrées par niveau	60
8.5. Partenariat pour la mise en œuvre du DI impliquant les PTF, la Coalition des OSC-GFF et le secteur privé	60
9. PRINCIPALES REFORMES TRANSVERSALES NECESSAIRES	61
ANNEXES :	63
A1 : Paquets d'interventions prévus dans le cadre du scenario adopté	64
A2. Références bibliographiques	66
A2. Principales étapes du processus d'élaboration et de validation du DI	67

Sigles et abréviations

ACE	Atteindre Chaque Enfant
AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	Agent de Santé Communautaire
BCG	Bacille Calmette et Guérin
CAMEC	Centrale d'Achat des Médicaments, Equipements et Consommables médicaux
CHR	Centre Hospitalier Régional
CPN	Consultation Pré Natale
CS	Centre de Santé
DRAS	Directions Régionales de l'Action Sanitaire
DTC	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
FOSA	Formations Sanitaires
HPV	Human Papilloma Virus
IDH	Indice de Développement Humain
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MGF	Mutilation Génitale Féminine
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
NV	Naissance Vivante
ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

ONU	Organisation des Nations Unies
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PS	Poste de Santé
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressource Humaine
RIM	République Islamique de Mauritanie
RR	Vaccin contre la Rougeole/Rubéole
SCAPP	Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée
SFE	Sage-Femme d'Etat
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SRMNIA-N	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, et de l'Adolescent et la nutrition
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SSP	Soins de Santé Primaire
TARV	Traitement antirétroviral
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto-Juvenile
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USB	Unité de Santé de Base
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

Listes

FIGURES

Figure 1 :	Pyramide de santé administratif et de FOSA publiques	16
Figure 2 :	Répartition du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2019	25

GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Continuum de soins en Mauritanie	17
Graphique 2 :	Évolution de la mortalité maternelle et de l'écart pour atteindre les ODD	23
Graphique 3 :	Tendances de la mortalité maternelle entre 2007 et 2015	23
Graphique 4 :	Distribution de la mortalité néonatale par wilaya	24
Graphique 5 :	Distribution de la mortalité infantile par wilaya	24
Graphique 6 :	Distribution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2015 et en 2019	25
Graphique 7 :	Taux de mortalité infanto-juvenile vs nombre de décès	26
Graphique 8 :	Répartition des causes de mortalité maternelle	27
Graphique 9 :	Répartition des causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans	28
Graphique 10 :	Causes des goulots liés à la disponibilité des intrants	34
Graphique 11 :	Causes des goulots liés à la disponibilité des ressources humaines	35
Graphique 12 :	Cause des goulots liés à l'accessibilité géographique	35
Graphique 13 :	Causes des goulots liés à l'accessibilité financière	36
Graphique 14 :	Causes des goulots liés à l'acceptabilité socio-culturelle et aux comportements	36
Graphique 15 :	Causes des goulots liés à l'utilisation effective des services maternels et néonataux	37
Graphique 16 :	Causes des goulots liés à l'amélioration de la qualité des services maternels et néonataux	37
Graphique 17 :	Causes des goulots liés à l'utilisation effective des services infanto-juvéniles	38
Graphique 18 :	Évolution annuelle des coûts globaux du DI en milliards de MRU	54
Graphique 19 :	Budget du DI par composante ou domaine de la SRMNIA - N (2022-2024)	55
Graphique 20 :	Contribution à la SRMNIA N par sources et Gap financier en 2022	56
Graphique 21 :	???????	58
Graphique 22 :	Réformes qui seront engagées par le gouvernement et ses PTF en soutien à la mise à échelle de la SRMNIA-N	62

TABLEAUX

Tableau 1 :	Indicateurs de mortalité	10, 22
Tableau 2 :	Répartition des causes de mortalité néonatale	27
Tableau 3 :	Répartition des causes de mortalité infantile	27
Tableau 4 :	Indicateurs WASH et MII / sûreté environnementale	30
Tableau 5 :	Indicateurs d'alimentation et des soins des nouveau-nés et des nourrissons	30
Tableau 6 :	Indicateurs de planification familiale et des interventions préventives pour la santé maternelle et néonatale	31
Tableau 7 :	Indicateurs de vaccination et de supplémentation en micronutriments	31
Tableau 8 :	Indicateurs de prise en charge des maladies néonatales et infantiles	32
Tableau 9 :	Indicateurs d'accouchement assisté	32
Tableau 10 :	Indicateurs de soins obstétricaux et néonataux d'urgence	33
Tableau 11 :	Indicateurs de santé des adolescents	33
Tableau 12 :	Répartition des régions par niveau de priorité	41
Tableau 13 :	Évolution du taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile à la faveur de la mise en oeuvre du DI	50
Tableau 14 :	Évolution du nombre attendu de vies sauvées à la faveur de la mise en oeuvre du DI	50
Tableau 15 :	Proportion de vies maternelles sauvées par type d'intervention	51
Tableau 16 :	Proportion de vies néonatales sauvées par type d'intervention	51
Tableau 17 :	Proportions de vies infanto-juvéniles sauvées par type d'intervention	51
Tableau 18 :	Nombres de cas de malnutrition évités chez les moins de 5 ans	52
Tableau 19 :	Nombres de cas d'anémie évités	52
Tableau 20 :	Répartition du budget par catégorie budgétaire (en MRU)	55
Tableau 21 :	Projections des disponibilités financières des différentes sources de financement en faveur de la SRMNEA-N en 2022	56



Aperçu
global

Avec une population sur un pays étendu, et donc une densité faible (4,5 habitant au km²), la Mauritanie a globalement connu des évolutions favorables de ses indicateurs socio-économiques même si 28,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et un tiers de cette population n'a pas accès aux services de base (scolarisation, eau potable, assainissement, ...).

Son système de santé, d'architecture pyramidale, assure un accès géographique des prestations essentielles aux 4/5 de la population ; cependant, la qualité et le coût de ces prestations limitent leur utilisation et leur impact sur l'état de santé, en particulier de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Les ménages supportent plus de la moitié des dépenses publiques de santé et le budget alloué à la santé reste en deçà des engagements nationaux et internationaux.

Ainsi, l'amélioration de la santé des populations, en particulier les plus vulnérables, fait face à un ensemble de défis et d'obstacles qui la freinent, et qui réduisent l'espoir de voir le pays évoluer durablement vers un accès universel à la santé qui constitue un des engagements phares du Président de la République. Le couple mère-enfant, plus fragile et plus vulnérable, paye le plus grand tribut à la morbidité et à la mortalité évitables donnant ainsi toute l'importance aux initiatives d'accélération de l'accès et de l'utilisation des interventions à haut impact sur la santé de la mère et du nouveau-né.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers (Banque mondiale, UNICEF, OMS, UNFPA, ...) ont mis en œuvre un processus inclusif et participatif de développement du présent dossier d'investissement (DI) pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant de moins de 5 ans et de l'adolescent.

Tableau 1

Indicateurs de mortalité

Indicateurs	Données de base	Année	Source
Taux de mortalité maternelle (100 000 NV)	424		
Taux de mortalité néonatale (1 000 NV)	22		
Taux de mortalité infantile (1 000 NV)	33	2020	EDSM 2019 2020
Taux de mortalité infanto-juvénile (1 000 NV)	41		
Taux de mortalité des adolescents (1 000 NV)	12,19		

Les différents taux et ratio de mortalité ont connu des évolutions très favorables ces vingt dernières années même si cette tendance à la baisse ne reflète pas la réalité dans les différentes wilayas et au sein des milieux de résidence et des différents groupes sociaux économiques. En termes de valeur absolue, 5 wilayas ont le nombre de décès les plus élevés chez les moins de 5 ans et enregistrent à elles seules plus des deux tiers (67%) du nombre total de décès dans le pays. Il s'agit de Nouakchott (1427), Hodh Echargui (933), Assaba (729), Gorgol (689) et Hodh Gharbi (640).

Malgré une amélioration de la mortalité des adolescents, les indicateurs de santé des adolescents demeurent préoccupants en Mauritanie avec une fécondité précoce élevée, quatre (4) adolescentes sur 10 accouchent sans personnel qualifié et une (1) femme sur 4 qui a été victime de violence sexuelle.

Les causes des mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles sont, pour leur grande majorité, évitables si des interventions efficaces sont mises à échelle et si des mesures adéquates sont prises de manière multisectorielle.

En réponse à cette situation, le DI propose de se concentrer :

- Sur des populations cibles prioritaires : (i) les Femmes en âge de Reproduction (FAR), (ii) les Femmes enceintes et allaitantes, (iii) les nouveau-nés, (iv) les enfants de 0 à 5 ans et (v) les adolescent(e)s et jeunes.
- Sur des zones cibles prioritaires : sept wilayas ayant la charge de mortalité la plus lourde, comprenant 31 des 56 moughata et 49% de la population du Pays.

Les modalités du déploiement du paquet d'interventions à haut impact et de renforcement du système de santé en fonctions des zones de couverture durant la période de mise en œuvre du GFF se feront conformément au planning ci-contre.

Quatre domaines d'interventions couvrent l'ensemble des paquets d'interventions à haut impact qui seront déployées : (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale avec ses trois sous-domaines (maternité sans risque, soins du nouveau-né et espacement des naissances), (ii) l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes, (iii) la lutte contre les violences basées sur le genre et (iv) la réduction de la mortalité infanto-juvénile avec ses trois sous-domaines (lutte contre la malnutrition, amélioration de la couverture vaccinale et redynamisation de la PCIME).

La mise en œuvre de ces paquets d'intervention permettra à la Mauritanie d'être au rendez-vous des ODD en lien avec la santé.

Le coût total du DI (2022 - 2024) est évalué à 13,6 milliards MRU soit un coût moyen annuel de 4,5 milliards MRU. Le coût par tête d'habitant est estimé en moyenne à 812 MRU soit 23 \$ US sur la période. Il faut noter que les besoins financiers ne seront donc pas couverts dès la première année, générant ainsi un GAP financier de plus de 917 millions de MRU soit 24 millions \$US à rechercher.

Paquets d'interventions & zones		2022	2023	2024	2025
Alignement des orientations, de la mobilisation des ressources et des mécanismes de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation autour des priorités SRMNIA-N		x	x		
Paquet complet d'interventions à haut impact	Zone P 1		x	x	x
	Zone 2 (couverture nationale)				x
Renforcement Systèmes de Santé	Niveau national			x	x



01



Contexte général

1.1.

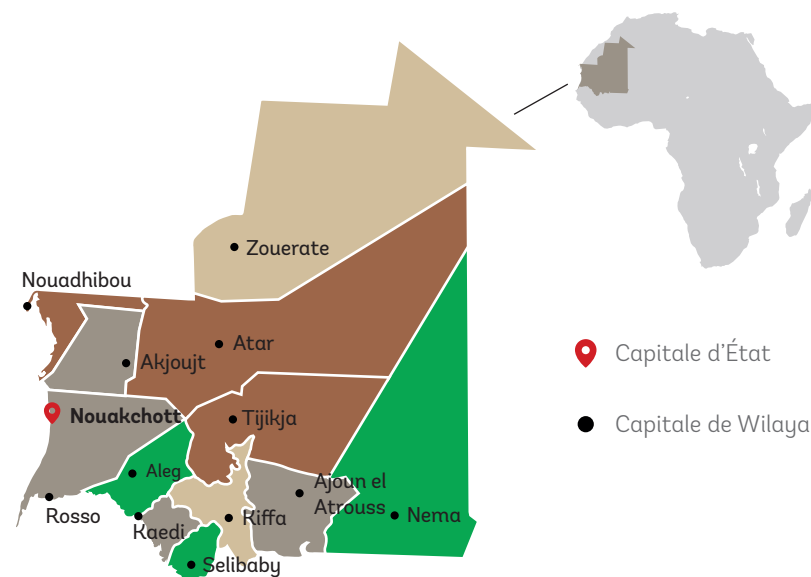
PROFIL ADMINISTRATIF, SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE, ET ÉCONOMIQUE

Située à l'Ouest du continent africain, la République Islamique de Mauritanie est limitée au Nord par le Sahara occidental, le Maroc et l'Algérie, à l'Est par le Mali, au Sud par le Mali et le Sénégal. Elle côtoie à l'Ouest l'océan Atlantique nord par une façade de 600 km, s'étirant de Ndiago au Sud jusqu'à Nouadhibou au Nord. La République Islamique de Mauritanie dispose d'une superficie de 1030 700 km².

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 15 Wilayas (régions), 57 Moughataas (départements) et 220 communes dirigées respectivement par des walis, des hakems et des maires. Par la « Déclaration de Politique de Décentralisation et de Développement Local », le gouvernement a réaffirmé sa volonté de faire de la décentralisation un acquis irréversible. Cela à travers l'élaboration d'un projet de Code des Collectivités Territoriales.

Cependant, cette décentralisation se confronte à un certain nombre de contraintes et d'obstacles dont les plus importants sont : (i) la faible capacité des communes, (ii) le faible intérêt des populations dans la gestion communautaire et (iii) l'insuffisance de l'arsenal juridique. Ainsi, et en dépit des efforts menés, la fonctionnalité des Communes demeure insuffisante en raison de facteurs multiples liés (i) à la faiblesse de leurs moyens humains et matériels, (ii) au déficit d'encadrement technique de l'État, (iii) au mauvais fonctionnement de l'intercommunalité et (vi) à des pesanteurs sociopolitiques¹.

Selon l'annuaire statistique 2019, la population de la République Islamique de Mauritanie était estimée à 4 077 347 habitants avec une croissance démographique de 2,77% et une densité de 4,5 habitants par kilomètre carré ; ce qui en fait le quatrième pays le moins densément peuplé d'Afrique. L'accroissement relativement élevé de la population est expliqué par une natalité toujours élevée (taux brut de natalité 35,5‰²), un indice synthétique de fécondité à 5,49³, une mortalité maternelle et infanto-juvénile en constante baisse passant respectivement de 582 p 100 000 NV⁴ en 2013 à 424 p 100 000 NV⁵ en 2020 et de 54 p 1000 NV⁶



en 2016 à 41 p 1000 NV⁷ en 2020. Il existe une forte disparité dans la répartition de la population entre les 15 wilayas du pays. Les wilayas les plus peuplées⁸ sont Nouakchott, El Hodh El Charghi, Assaba et Gorgol avec respectivement 29,3% ; 12,3% ; 9,3% et 9,1% de la population totale. A l'opposé, la wilaya de l'Inchiri est la moins peuplée avec 0,6% de la population totale, suivie par le Tiris Zemour et l'Adrar, qui comptent respectivement 1,4% et 1,5% de la population du pays.

En raison d'un exode massif vers les zones urbaines, le pays compte, plus d'habitants urbains que ruraux, avec 52,8% de la population vivant en milieu urbain, contre 48,3% en 2013 avec un rapport de sexe de 116 femmes pour 100 hommes et une disparité forte selon les régions. Les jeunes de moins de 15 ans sont estimés à 44,2% de la population et seulement 5,3% qui ont plus de 60 ans alors que l'espérance de vie à la naissance est 64,6 ans.

La situation socio-économique est caractérisée par un accès à l'eau potable assurée à 62,1% de la population avec une qualité microbiologique d'eau de consommation domestique estimée à 52% et l'assainissement (ménages disposant d'installations sanitaires de base) reste à améliorer car estimé à 45% avec un plus faibles scores dans le monde rural 23 %⁹. A cela s'ajoute une disponibilité inégale de service de base d'une wilaya à une autre et selon le milieu socio-économique : 63,5% pour l'école primaire, 26,2% pour l'enseignement secondaire, 42,6% pour le transport public, 36,9% pour l'électricité (seulement 2,7% en milieu rural et semi urbain), 32,6% pour l'information (radio/TV).

En 2019, la croissance économique de la République Islamique de Mauritanie a

● Capitale d'État

● Capitale de Wilaya

¹ SCAPP, vol 1, page 108

² EDSM 2019- 2021

³ EDSM 2019- 2021

⁴ RGPH 2013

⁵ EDSM 2019- 2021

⁶ MICS 2015

⁷ EDSM 2019- 2021

⁸ Annuaire statistique du Ministère de la santé, 2019

⁹ EDSM 2019- 2021

augmenté, atteignant son plus haut niveau au cours des dix dernières années avec une baisse de l'inflation. La croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) est passée¹⁰ de 2,1% en 2018 à 5,9% en 2019. Cette croissance est due à la hausse de la production minière, notamment de l'or et du fer et une forte croissance des secteurs de l'énergie et des télécommunications. Cette accélération, a été la sixième la plus rapide en Afrique sub-saharienne et a permis à la République Islamique de Mauritanie de dépasser la croissance moyenne des pays du Maghreb Arabe. Cependant, l'apparition de la pandémie de COVID-19 en 2020 a fortement ralenti cette croissance, à l'instar de la quasi-totalité de la planète. En effet, la pandémie de COVID-19 a ramené cette croissance à 1,5 % en 2020. En 2021, la reprise à 2,3 % fut alimentée par un secteur extractif fort et une diminution des mesures de confinement. Tirée par les prix alimentaires, l'inflation annuelle moyenne est passée de 2,4 % en 2020 à 3,6 % en 2021¹¹.

Il ressort des résultats de la dernière enquête EPCV (réalisée en 2020), que 28,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté estimé, en termes réels, à 16 945 MRU aux prix harmonisés en 2014. De façon générale, la pauvreté a continuellement baissé passant de 42% en 2008 à 31% en 2014 et à 28,2% en 2020 avec un taux national moyen de réduction annuelle de 1,16% ; cette réduction a été plus forte dans le rural avec un taux moyen annuel de 1,7% contre seulement 0,6% en milieu urbain même si le rural reste largement plus touché par cette incidence de la pauvreté (41,2%) contre 14,4% en milieu urbain. cette incidence de la pauvreté (41,2%) contre 14,4% en milieu urbain.

L'analyse de l'incidence de la pauvreté (en 2020) suivant les wilayas, permet de les classer en quatre groupes principaux :

- Les wilayas très pauvres avec une incidence de la pauvreté supérieure à 40% : le Guidimagha, le Tagant et le Brakna.
- Les wilayas assez pauvres avec une incidence de la pauvreté compris entre 30% et 40% : le Hodh El Gharbi, le Gorgol, l'Adrar et le Assaba.
- Les wilayas où l'incidence de la pauvreté est comprise entre 20% et 30% : le Hodh El Chargui et le Trarza.
- Les wilayas où l'incidence de la pauvreté est inférieure à 20% : Tiris Zemmour, Inchiri, Nouadhibou et Nouakchott.

L'indice de développement humain (IDH) a évolué de 0,397 (1990) à 0,546 en 2019 soit une hausse de 37,5% et faisant passer le pays au 157ème rang sur 189 pays en 2020.

¹⁰ Rapport sur la situation économique en Mauritanie, Banque mondiale, 2021

¹¹ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/mauritania/overview#>



1.2. PROFIL SANITAIRE

1.2.1. Description du système de santé, des intervenants et sources de financement

Le système de santé dans son organisation comprend quatre composantes à importance inégale : le secteur public, le secteur privé, la santé communautaire et la médecine traditionnelle.

Secteur sanitaire public

Le secteur public est organisé suivant une architecture pyramidale allant de la base (postes et centres de santé) au sommet (cabinet du ministre, directions centrales, hôpitaux nationaux) en passant par le niveau intermédiaire (DRS, Centres hospitaliers régionaux et hôpitaux de Moughataa). D'autres établissements non hospitaliers complètent au sommet cette architecture.

Les décrets n° 159-2021/PM du 20/10/2021 et n° 1496/MS du 14/12/21 fixent respectivement l'organisation de l'administration centrale du département et l'organisation des formations sanitaires régionales. Par ailleurs, il y'a une insuffisance du cadre de la législation et de la réglementation dans le domaine de la médecine hospitalière et du système de référence et de contre référence.

Santé communautaire

Malgré l'existence d'une stratégie nationale de la santé communautaire et l'engagement des ONGs et associations nationales dans les actions de santé, l'implication des communautés dans la gouvernance et l'offre des soins reste timide. Actuellement, peu des comités de gestion des formations sanitaires sont fonctionnelles et le nombre limité d'unités de santé de base (USB) fonctionnelles le sont grâce aux appuis extérieurs.

Santé sanitaire privé

Le système privé de soins connaît un réel accroissement. Il est surtout localisé dans les villes, plus particulièrement les trois principaux centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou et Kiffa). L'insuffisance de la régulation du secteur privé, a été à

l'origine d'une prolifération non contrôlée des structures sanitaires privées, utilisant pour l'essentiel les professionnels médicaux et paramédicaux fonctionnaires de l'état. Cette situation a contribué à une certaine dégradation de la qualité des prestations du secteur public.

Médecine traditionnelle

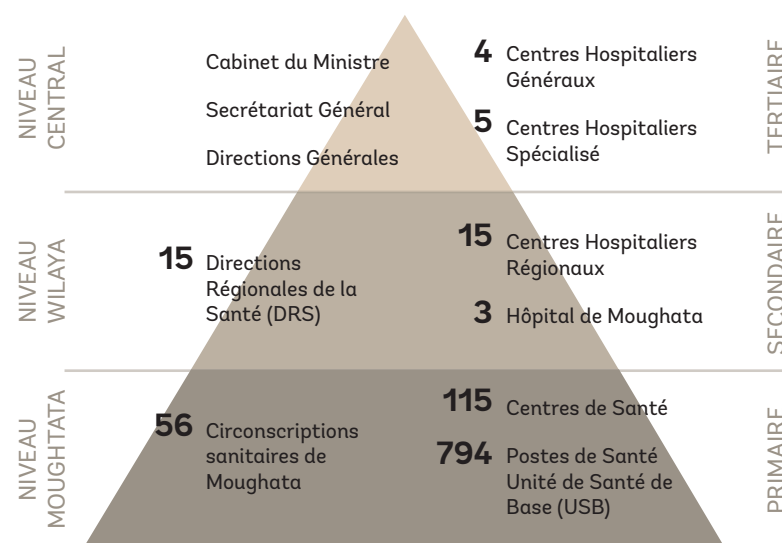
La médecine traditionnelle constitue encore, et à bien des égards un recours pour une partie non négligeable de la population ; elle pourrait constituer un sous-système de soins à côté du système de soins formel (public ou privé). Cependant, elle souffre d'un manque de régulation et d'encadrement lui permettant de d'être complémentaire du système formel conformément aux recommandations de l'OMS.

Financement de la santé

Trois types de ressources assurent le financement du secteur : les fonds publics du budget de l'Etat, les fonds privés des ménages et les ressources mobilisées dans le cadre de l'aide publique au développement.

Figure 1

Pyramide de santé administratif et de FOSA publiques



La part du budget de l'État allouée à la santé est passée de 3,9 % en 2012 à 4,6 % en 2015. Ce niveau est très en deçà des objectifs prévus par le PNDS 2012-2020 (8,5 %) et par la Déclaration d'Abuja (15 %). Selon les Comptes nationaux de la santé 2011, 2013 et 2016, malgré les efforts des pouvoirs publics dans le domaine du financement de la santé, plus de 52,9% des dépenses totales de santé sont supportés par les ménages, ce qui est considérable et constitue l'une des barrières certaines à l'accès aux soins.

1.2.2. Principaux défis du système de santé

Les enjeux majeurs du système de santé, en Mauritanie, pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire d'une manière équitable à l'ensemble de la population par le renforcement de l'accès et de la qualité des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire avec une stimulation de la demande renforcée. Pour une distribution plus équitable des ressources, il faut renforcer des stratégies de flux financière priorisant les soins de santé primaire.

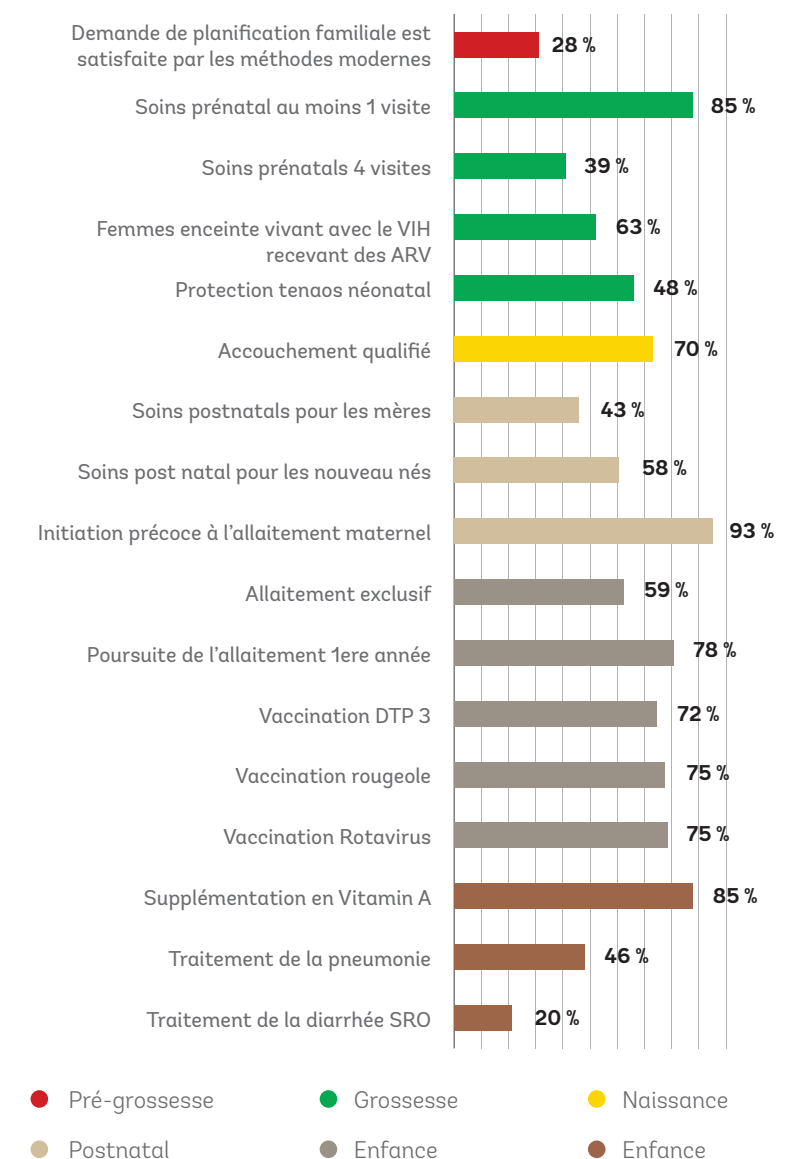
L'accès à des services de santé de qualité reste un défi à tous les niveaux de la pyramide de soins, en particulier pour la SRMNIA-N. En effet, d'importants obstacles impactent négativement la demande tels que les iniquités dans l'accès, financier et économique qui persistent entre les populations vivant en milieu urbain, semi-urbain ou rural, entre les groupes populationnels de niveau socio-économique différent, et entre les groupes d'hommes, de femmes et d'adolescents. Les adolescents ne disposent quasiment pas de services adaptés à leurs besoins. Cette situation d'iniquité est à l'origine d'insuffisance et de disparités dans les niveaux de couvertures des interventions sanitaires à haut impact. Par ailleurs, plusieurs occasions manquées de couverture persistent tout le long du continuum de soins (voir graphique ci-contre) :

- 85% des femmes enceintes ont eu accès au moins à une consultation prénatale quand seulement 39% d'entre elles ont bénéficié de 4 CPN comme recommandé par l'OMS ; et 48% ont bénéficié d'une protection contre le tétanos néonatal.

- Seules 43% des mères ont reçu des soins postnatals au moment où 70% d'entre elles accouchent avec l'assistance d'un personnel qualifié et 93% de celles-ci ont bénéficié d'initiation précoce à l'allaitement maternel ; cependant l'allaitement maternel exclusif et la poursuite de l'allaitement à 1 an sont respectivement à 59 % et 78 %.
- Le traitement antibiotique contre les IRA bénéficie à 46% des enfants de moins de cinq ans au moment où seuls 20% d'entre eux reçoivent un traitement de la diarrhée avec des SRO et seulement 7% reçoivent un traitement approprié avec SRO/zinc.

Graphique 1

Continuum de soins en Mauritanie



02



But et objectifs

du dossier
d'investissement

2.1. BUT DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

L'élaboration du dossier d'investissement (DI) vise à permettre à la Mauritanie d'améliorer, à court et à moyen terme, les indicateurs de santé et de nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant de moins de 5 ans et de l'adolescent à travers une levée efficiente des goulots d'étranglement qui entravent l'offre et la demande des services essentiels de santé et faciliter l'instauration d'un environnement favorable à la santé.

2.2. OBJECTIFS DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

De manière plus spécifique, il s'agira de disposer d'un consensus autour :

- Des priorités stratégiques en matière de santé et de nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant de moins de 5 ans et de l'adolescent,
- De leur financement conjoint entre l'Etat et ses PTF et
- De mettre en œuvre ces priorités stratégiques à travers un dispositif prenant en compte les goulots d'étranglement du système de santé consensuellement acceptés.

Pour disposer d'un tel dossier d'investissement, un processus participatif fut mené avec l'ensemble des parties prenantes ayant conduit à :

- ✓ Analyser la situation sanitaire des groupes cibles (femmes, nouveaux nés, enfants de moins de 5 ans et adolescents) ;
- ✓ Evaluer l'efficacité du système de santé et les goulots d'étranglement qui entravent l'offre et/ou la demande de services essentiels SRMNI-A, ou qui sont liés à l'environnement de la santé ;
- ✓ Dégager les stratégies, actions et mesures correctives nécessaires à une levée efficiente de ces goulots ;
- ✓ Définir les cibles programmatiques au regard (i) du niveau des indicateurs de SRMNI-A, (ii) de la situation actuelle du système de santé et (iii) du niveau de faisabilité dans la levée de ces goulots ;
- ✓ Estimer les ressources humaines et matérielles nécessaires ainsi que les financements à mobiliser pour l'atteinte des résultats ;
- ✓ Définir un système d'opérationnalisation intégrée du DI à travers un dispositif de coordination et de suivi de la mise en œuvre et un mécanisme périodique d'évaluation.

03



Analyse situationnelle

de la santé de la reproduction
maternelle, néonatale, infantile
et de l'adolescent et de la nutrition

3.1. PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTÉ ET DE NUTRITION DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

3.1.1. Niveaux actuels des mortalités maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Tableau 1 (2)

Indicateurs de mortalité

Indicateurs	Données de base	Année	Source
Taux de mortalité maternelle (100 000 NV)	424		EDSM 2019-2020
Taux de mortalité néonatale (1 000 NV)	22		
Taux de mortalité infantile (1 000 NV)	33	2020	
Taux de mortalité infanto-juvénile (1 000 NV)	41		
Taux de mortalité des adolescents (1 000 NV)	12,19		

Les taux de mortalité¹² néonatale (22 p1000) et infanto-juvénile (41 p1000) ont connu d'importantes améliorations ces dernières années pour atteindre des niveaux nettement plus faibles que la moyenne en Afrique sub-saharienne¹³ respectivement à 24,7 p1000 et 75 p1000. Le ratio de mortalité maternelle¹⁴ (424 décès maternels p100 000 NV), même s'il reste élevé, a également connu un important progrès se classant sous la moyenne en Afrique sub-saharienne estimée à 546 p 100.000 nv¹⁵.

¹² EDSM 2019-2020

¹³ www.unicef.org

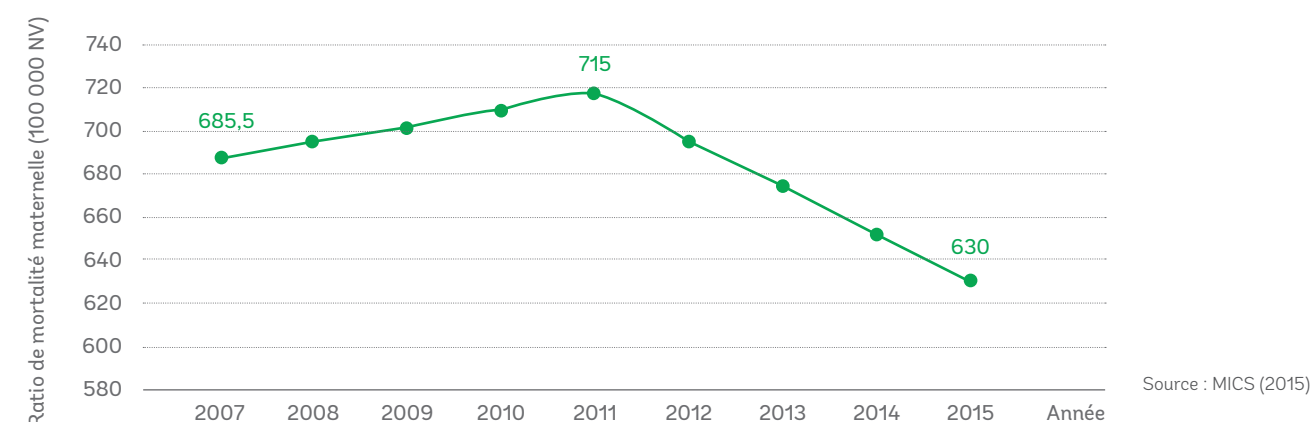
¹⁴ EDSM 2019-2020

¹⁵ www.unicef.org

3.1.2. Évolution de la Mortalité maternelle

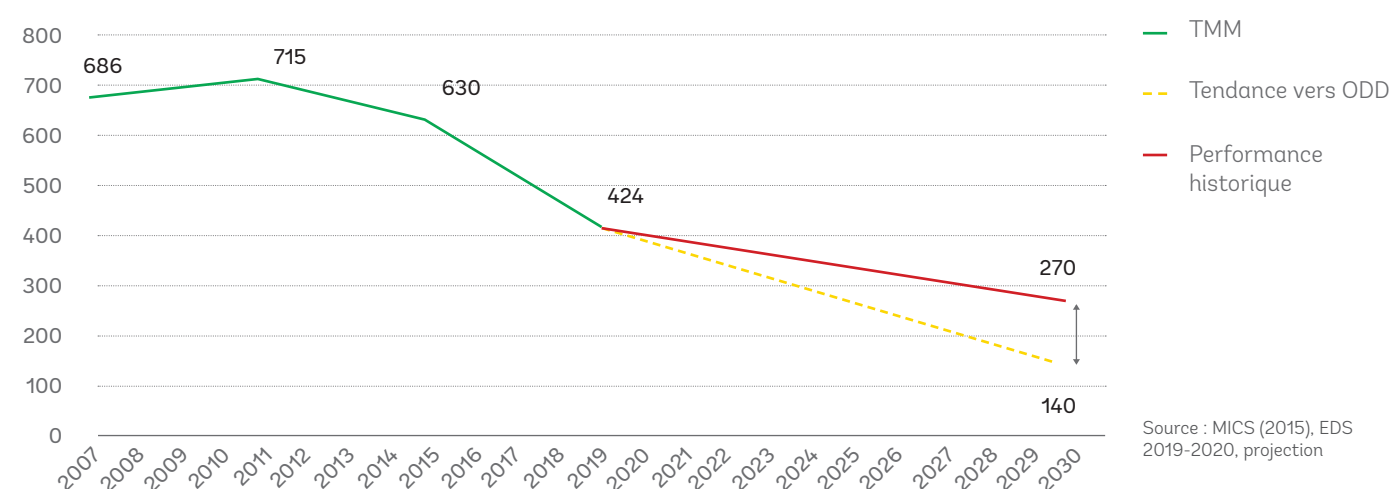
Graphique 2

Évolution de la mortalité maternelle et de l'écart pour atteindre les ODD



Graphique 3

Tendances de la mortalité maternelle entre 2007 et 2019



Le ratio de mortalité maternelle a connu une période croissante entre 2007 et 2011 passant de 685,5 à 715 pour 100.000 NV avant de décroître à 630 pour 100.000 NV en 2015 restant cependant loin de la cible de l'ODD5 qui était de 122 pour 100.000 NV.

Malgré le niveau élevé de mortalité maternelle, la tendance montre une amélioration depuis 2011. Toutefois, il est probable que cette tendance ne reflète pas la réalité dans les différentes willayas et au sein des milieux de résidence et des différents groupes sociaux économiques. Quant à l'indice synthétique de fécondité (ISF), il est quasiment maintenu au même niveau de 5,1 enfants par femme en 2015¹⁶ à 5,2 enfants par femme en 2019¹⁷.

Le graphique ci-dessus montre qu'en suivant les tendances actuelles, l'écart par rapport aux ODD est très important, et ces objectifs ne seraient pas atteints si les tendances historiques sont maintenues. C'est pourquoi, des efforts soutenus doivent être déployés afin que la Mauritanie tende vers l'atteinte des ODD en 2030 où la cible est d'arriver à un niveau inférieur à 140 décès pour 100.000 naissances vivantes.

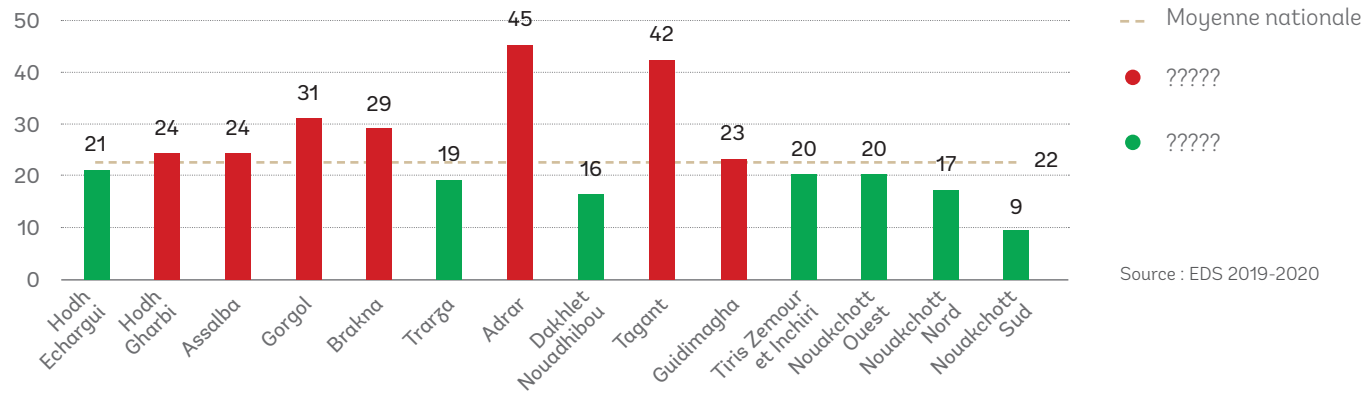
¹⁴ EDSM 2019-2020

¹⁵ www.unicef.org

3.1.3. Mortalité néonatale

Graphique 4

Distribution de la mortalité néonatale par wilaya



Le taux de mortalité néonatale a diminué de 12 points entre 2007 (41‰) et 2015 (29‰)¹⁸, et de 7 points entre 2015 et 2019 (22‰)¹⁹. Comme le montre le graphique ci-dessous, la mortalité des nouveau-nés se présente avec plus d'acuité dans 7 régions sur l'étendue du territoire national ; ces wilayas enregistrent des taux supérieurs à la moyenne nationale, avec le niveau le plus élevé en Adrar.

L'analyse des données de l'EDS montre également qu'en Mauritanie, les nouveaux nés pauvres ont jusqu'à deux fois plus de chances de ne pas atteindre l'âge de 28 jours que les nouveaux nés du quintile le plus

riche (TMNN=27‰ pour les plus pauvres contre 12‰ pour les plus riches). Par ailleurs, les zones rurales semblent plus exposées aux causes de mortalités néonatales que les zones urbaines (TMNN=26‰ dans les zones rurales contre 17‰ dans les zones urbaines avec 12‰ à Nouakchott). Par ailleurs en tenant compte de l'intervalle avec la naissance précédente, les nouveaux nés ont au moins 2 fois plus de chances de décéder quand le nombre d'années est inférieur à 2 ans (34‰) que lorsque le nombre est supérieur à 2 (TMNN : 2 années = 16 ‰ et 3 années=12‰).

3.1.4. Mortalité infantile

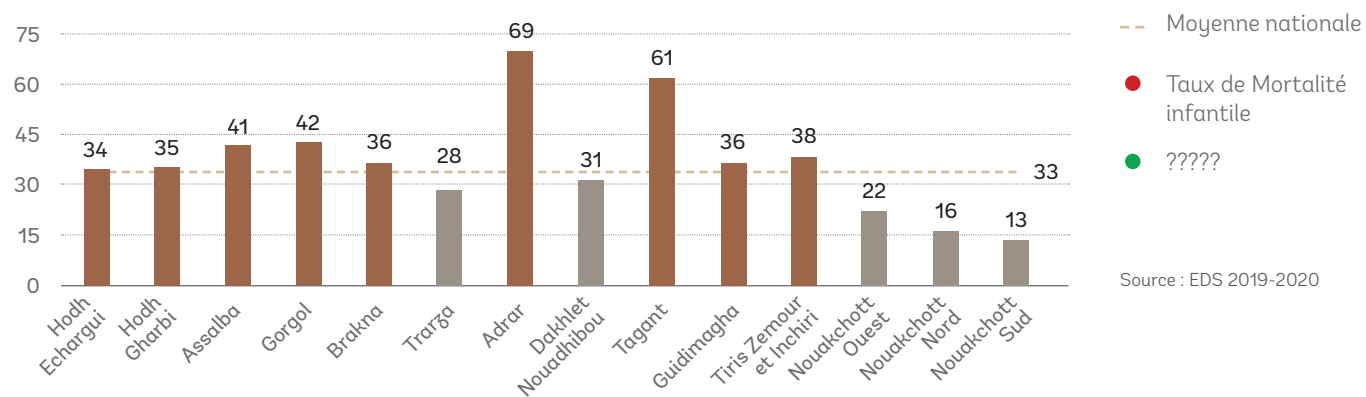
La mortalité infantile a suivi une tendance décroissante passant de 77‰ à 43 ‰ entre 2007 et 2015 pour atteindre 33‰ en 2019²⁰. Comme pour la mortalité néonatale, il existe d'importantes disparités entre wilayas, entre milieu rural ou urbain, en fonction du niveau socio-économique.

Comme le montre le graphique ci-dessous,

les taux de mortalité infantile sont supérieurs à la moyenne nationale dans les wilayas de Adrar (69‰), Tagant (61‰), Gorgol (42‰), Assaba (41‰), Tiris Zemour (38‰), Brakna et Guidimagha (36‰), etc. Les données montrent une quasi similarité au plan régionale, socio-économique et selon le lieu de résidence entre la mortalité infantile et celle des nouveaux nés.

Graphique 5

Distribution de la mortalité infantile par wilaya



3.1.5. Mortalité infanto-juvénile

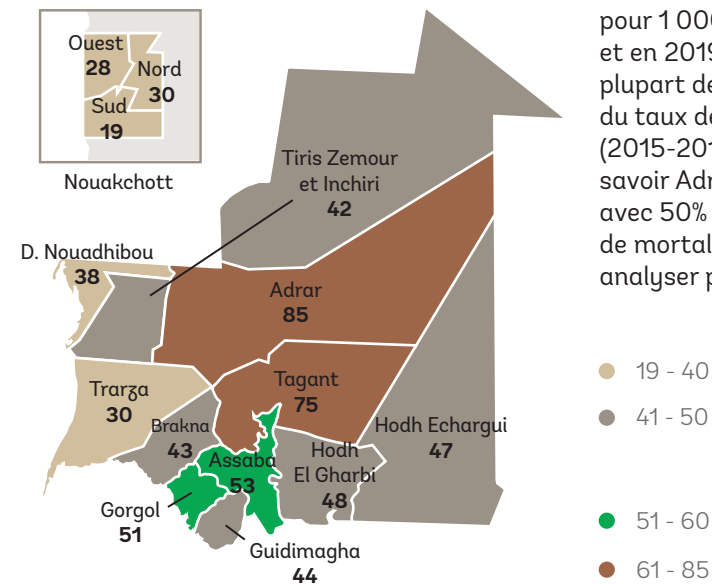
Concernant la mortalité infanto-juvénile, le taux a globalement connu une forte baisse de 45% entre 2007 (122‰) et 2011 (68‰), avant de connaître une réduction de 20% entre 2011 et 2015. La baisse entre 2015 (54‰), et 2019 (41‰) est moins importante et se situe autour de 24%.

Là aussi et en dépit d'une nette amélioration du taux de mortalité infanto-juvénile, il existe d'importantes disparités entre les wilayas. La partie centre et sud-est du pays semble la plus affectée par la mortalité des moins de 5 ans avec des régions comme Adrar, Tagant, Assaba, Gorgol, Hodh Gharbi et Hodh Echargui. Les enfants issus de la campagne et des zones rurales sont plus susceptibles de mourir avant l'âge de 5 ans ainsi que les plus pauvres qui ont 2 fois plus de chance de décéder au cours des cinq premières années par rapport aux plus aisés.

Le graphique ci-dessous montre des variations régionales significatives de la mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes en 2015 et en 2019. La situation montre que la plupart des wilayas ont connu une baisse du taux de mortalité au cours de la période (2015-2019) sauf quatre d'entre elles à savoir Adrar, Tagant, Brakna et Targa avec 50% environ d'augmentation du taux de mortalité infanto-juvénile qu'il faudra analyser pour en comprendre les causes.

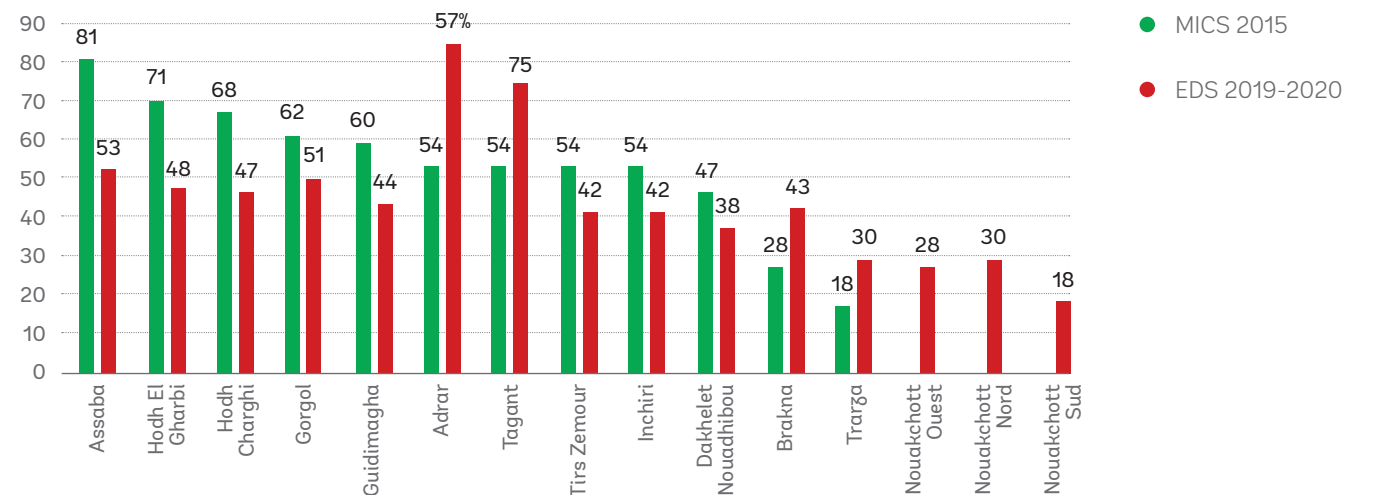
Figure 2

Répartition du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2019



Graphique 6

Distribution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2015 et en 2019

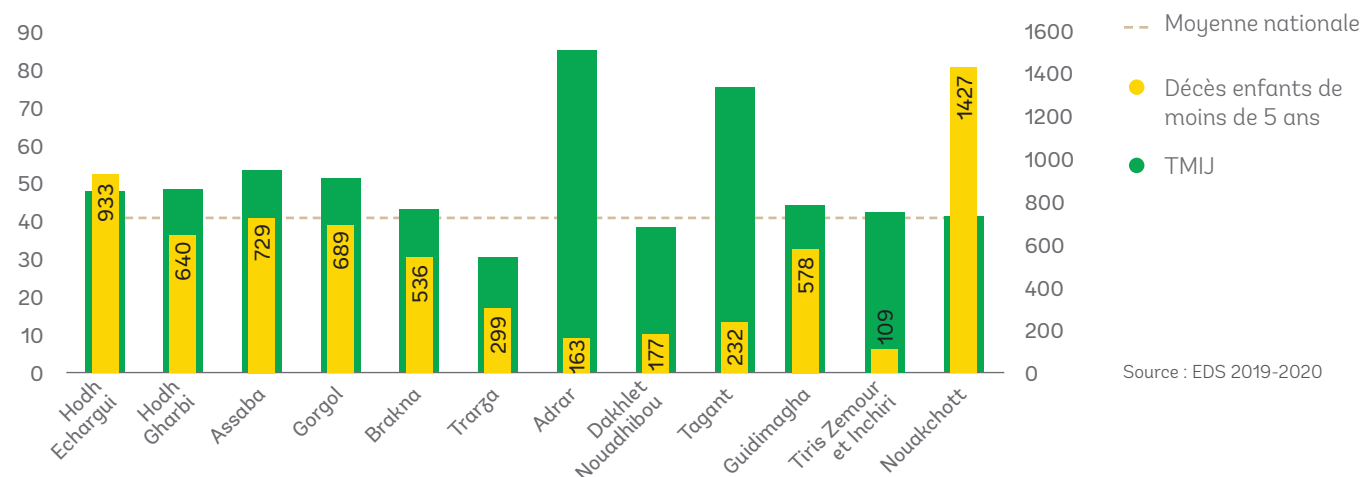


Une analyse comparative des données de 2019-2020 entre le taux de mortalité des moins de 5 ans et le nombre de décès, met en exergue la réalité dissimulée par les taux. En termes de valeur absolue, 5 willayas ont le nombre de décès les plus élevés chez les moins de 5 ans. Il s'agit de Nouakchott (1427), Hodh Echargui (933), Assaba (729),

Gorgol (689) et Hodh Gharbi (640). Une attention particulière devrait leur être accordée si on veut réduire considérablement le niveau de mortalité infanto-juvénile en Mauritanie, dans la mesure où ces cinq régions enregistrent plus de 67% du nombre total de décès dans le pays.

Graphique 7

Taux de mortalité infanto-juvénile vs nombre de décès



3.1.6. Indicateurs de santé des adolescents et des jeunes

Malgré quelques améliorations concernant la mortalité des adolescents passant²¹ de 13,25‰ en 2015 à 12,19‰ en 2019, les indicateurs de santé des adolescents demeurent préoccupants en Mauritanie. En effet, les constats sont les suivants :

- Dix-sept pour cent (17,6%) des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative, avec 2,5 fois plus d'adolescentes dans le milieu rural par rapport au milieu urbain.
- Environ 10% des personnes mariées ont consommé leur premier mariage avant d'atteindre 20 ans.
- L'âge médian au premier mariage pour les femmes se situe à 17 ans.
- Dix-neuf pour cent (19%) des femmes mariées se sont mariées avant l'âge de 15 ans, alors que 43,4% des femmes se sont mariées avant l'âge de 18 ans.
- Taux de prévalence des MGF au niveau national est de 66%, en 2016.

- Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, c'est dans le groupe d'âges 15-19 ans que les pourcentages de celles et ceux qui connaissent ces deux moyens de prévention sont les plus faibles (respectivement 22 % et 30 % contre 31 % et 52 % à 30-39 ans).
- Quatre (4) adolescentes sur 10 accouchent sans personnel qualifié dont 1 sur 2 en milieu rural.
- Le pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant subi des violences sexuelles à un moment quelconque est de 6 %, cette valeur est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (8 % contre 4 %). Cette situation est à l'origine des problèmes et complications de grossesses précoces pouvant être responsables de décès de ces jeunes femmes.

En Mauritanie, la fécondité précoce reste élevée, avec un taux 15,4% des 15-19 ans qui ont déjà une naissance vivante²².

²¹ Sur base de projection

²² EDS 2019-2020

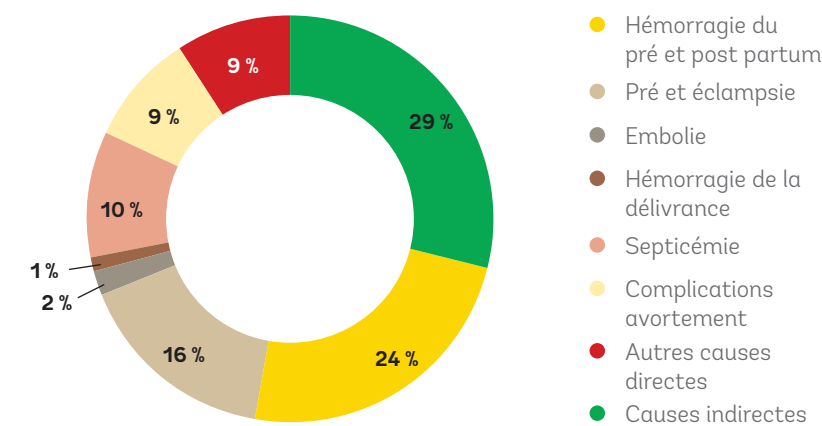
3.2. CAUSES DE MORTALITÉS MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTO-JUVÉNILE

3.2.1. Causes de mortalité maternelle

Le niveau élevé de décès maternels est dû (i) aux hémorragies du pré et post-partum (24%), (ii) aux éclampsies (16%), (iii) à la septicémie (10%), (iv) aux complications des avortements (9%), (v) aux embolies (2%) et (vi) aux causes indirectes (29%)²³.

Graphique 8

Répartition des causes de mortalité maternelle



²³ Estimation Equist 2020

3.2.2. Causes de mortalité néonatale

Les principales causes des décès chez les nouveaux né demeurent la prématurité (38,6%), intrapartum (21,9%), septicémie (19%), pneumonie néonatale (6,4%), maladies congénitales (5,9%), tétanos (1,1%), la diarrhée (0,7%) et d'autres causes (6,4%).

Tableau 2

Répartition des causes de mortalité néonatale

Indicateurs (causes de mortalité néonatale)	Données de base (%) (2019)
Prématurité	38,6
Intra partum	21,9
Septicémies	19
Pneumonie néonatale	6,4
Congénitales	5,9
Tétanos	1,1
Diarrhée	0,7
Autres causes	6,4

3.2.3. Causes de mortalité infantile

Les principales causes de mortalité infantile sont la pneumonie, la diarrhée, les blessures et le paludisme. Les autres causes occupent plus du 1/3 des décès enregistrés.

Tableau 3

Répartition des causes de mortalité infantile

Indicateurs (causes de mortalité néonatale)	Données de base (%) (2019)
Pneumonie	22,5 %
Diarrhée	15,6 %
Blessures	10,9 %
Paludisme	7,7 %
Méningite	2,7 %
Rougeole	2,5 %
VIH/SIDA	0,5 %
Autres causes	37,7 %

Source : Child Mortality Estimates/UNICEF 2017, mise à jour 2019

3.2.4. Causes de mortalité infanto-juvénile

Chez les enfants de moins de 5 ans, au-delà des causes néonatales qui occupent plus de 43% des décès enregistrés, ce sont la pneumonie, la diarrhée, les blessures et le paludisme qui sont les principales causes de mortalité. Il s'agit de causes évitables dans le pays grâce à la mise en œuvre d'actions préventives et curatives ciblées et efficaces y compris la lutte contre la malnutrition qui en est une cause sous-jacente.

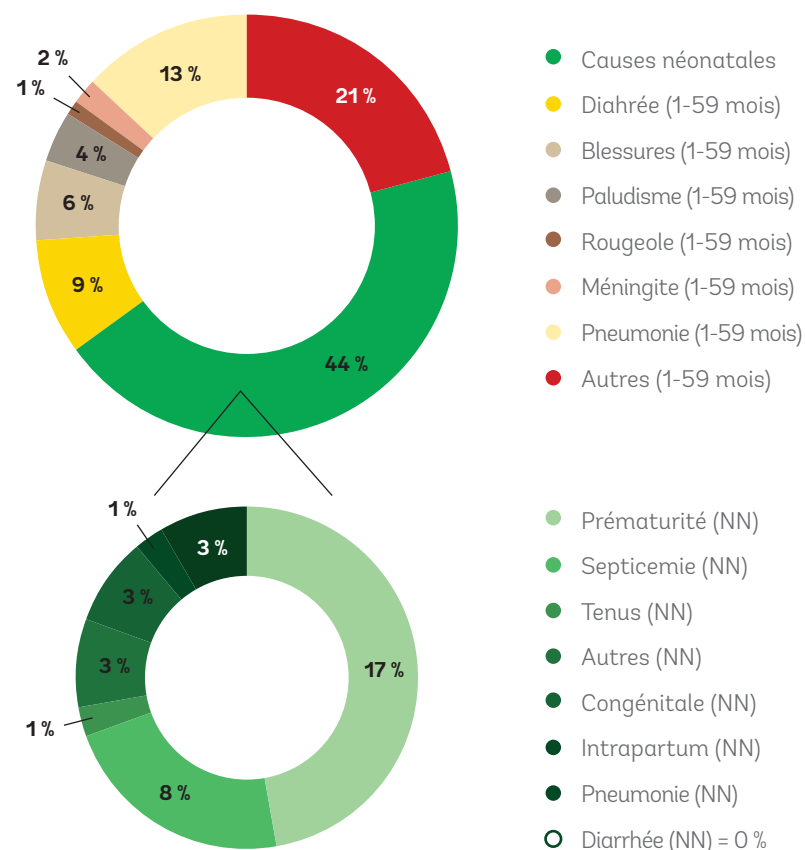
3.2.5. La situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans

En Mauritanie, la malnutrition demeure une cause sous-jacente très importante des décès des enfants de moins de 5 ans. La prévalence de la malnutrition aiguë globale au niveau national est de 11,6% en 2019²⁴ contre 9,5% en 2016²⁵. La prévalence de la malnutrition aiguë sévère est de 2,3%. Cette enquête SMART de 2019 a également révélé de grandes variations entre les Wilaya, avec les prévalences les plus élevées de la malnutrition aiguë globale (> 10%) et quelque fois proches du seuil critique de 15% en période de soudure et des prévalences inférieures au seuil d'alerte de 10% en période de post-récolte. Les régions les plus affectées sont les wilayas de l'Assaba, du Brakna, du Gorgol, du Guidimakha, du Hodh Ech Chargui, du Hodh El Gharbi et du Tagant : il s'agit des mêmes Wilayas avec les taux de mortalité infantile les plus importants, ce qui renforce l'idée de la malnutrition comme cause sous-jacente des autres causes de mortalité infanto-juvénile. Les analyses ont montré que les causes sont aussi bien structurelles que conjoncturelles, d'où la nécessité d'une approche Urgence-développement, multisectorielle, à moyen et à long terme.

Pour ce qui est de la malnutrition chronique globale, elle est restée quasiment au même niveau ces vingt dernières années, avec des taux élevés supérieurs à 20% (23,3% en 2018) et 7,1% de cas sévères, traduisant une insuffisance chronique dans l'accès aux aliments diversifiés et riches en protéines et en micronutriments au niveau national. Certaines régions ont des prévalences de malnutrition chronique considérées comme acceptables selon l'OMS car inférieures à 20%. Cependant, la malnutrition chronique

Graphique 9

Répartition des causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans



est jugée critique (30-40%) au niveau des Wilayas du Hodh Ech Chargui et du Tagant, et assez inquiétante (20-30%) au niveau des cinq autres régions (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha et Hodh El Gharbi).

Le taux de malnutrition chronique est très élevé dans les 3 premiers quintiles de pauvreté, avec des proportions supérieures à 25%, atteignant 36% chez les enfants du quintile le plus pauvre, soit 2 fois plus que chez les enfants du quintile le plus riche. De plus, la malnutrition chronique est inversement associée au niveau d'instruction de la mère. La zone rurale est également la plus touchée, avec 31,6% des enfants de moins de 5 ans qui y résident en 2015 atteints de malnutrition chronique, contre 23,2% en milieu urbain.

L'insuffisance pondérale oscille autour de 20% entre 2015 et 2018 frapperait de manière indiscriminée aussi bien les enfants du milieu rural qu'urbain, avec les régions du Sud, Centre et Sud Est qui restent encore fortement affectées, traduisant ainsi une situation nutritionnelle précaire.

²¹ Enquête SMART 2019

²² Enquête SMART 2016

3.3.

COUVERTURES DE BASE DES INTERVENTIONS À HAUT IMPACTS POUR LA SRMNTIA

Afin d'expliquer cette situation sanitaire des femmes, des enfants et des adolescents, il a fallu analyser le niveau d'utilisation effective des prestations préventives et curatives de qualité, en particulier celles reconnues comme ayant un haut impact sur la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, ainsi que sur la santé des adolescents et des jeunes.

Grâce à la modélisation «EQUIST», ces interventions à haut impact sur la SRMNTIA-N comprennent des prestations préventives et d'autres curatives organisées en trois paquets de soins. Les trois paquets occupent une place importante dans l'optimisation des ressources disponibles et aident dans l'orientation des investissements vers des interventions éprouvées et rentables. Les trois paquets sont :

- Le paquet de soins communautaires comprenant essentiellement des interventions préventives pouvant être assurées par les ménages eux-mêmes ou par les agents communautaires.
- Le paquet de soins préventifs constitué des interventions préventives nécessitant la présence d'un personnel de santé soit en fixe dans une FOSA ou en mobile lors de services portés vers les populations
- Le paquet de soins curatifs offert à différents niveaux de la pyramide de soins en fonction du niveau de technicité nécessaire ; il est subdivisé en deux sous-niveaux : clinique simple et de référence.

L'analyse des paquets se fait à travers l'analyse d'interventions traceurs jugées représentatives quand aux goulots d'étranglement qui entravent leur utilisation et leurs causes.

3.2.6. Enregistrement des naissances

L'enregistrement des enfants à l'état civil connaît un progrès constant. Il est passé de 56% en 2007 à 66% en 2015. La proportion des enfants possédant un certificat de naissance a également évolué passant de 16% en 2011 à 40% en 2015, avec cependant des différences importantes entre la proportion d'enfants dont les naissances sont déclarées comme enregistrées et ceux qui ont un acte de naissance.

En 2015, des disparités importantes persistent dans l'enregistrement des enfants à l'état civil selon les wilayas, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie, à titre d'exemple. En effet, dans des wilayas à caractère rurale telles que le Hodh Echargui et le Guidimagha, moins de la moitié des enfants sont enregistrés : 49% dans la première wilaya et encore moins dans la seconde (44%), alors que dans celles à caractère urbain telles que Nouakchott et le Tiris Zemour, l'enregistrement atteint respectivement 90% et 82% ; selon le niveau d'instruction, la proportion passe de 57% chez les enfants de mère sans instruction à 89% quand le niveau d'instruction est secondaire ou supérieur ; elle varie de 46% chez les plus pauvres à 91% chez les plus riches.

D'autres obstacles majeurs à la réalisation du droit à l'identité de l'enfant sont relevés. Les données montrent que 23% des mères d'enfants non enregistrés déclarent l'absence de document prouvant le mariage, 20% ont évoqué la longueur des procédures, 13% ont parlé du non-enrôlement de l'un des parents et 13% ont évoqué l'éloignement des centres d'enregistrement.

3.3.1. Paquet communautaire

Le paquet communautaire sera analysé à travers deux groupes d'interventions traceurs : (i) eau hygiène et assainissement (communément appelée WASH) et Moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) et (ii) Alimentation et soins des nouveau-nés et des nourrissons.

WASH et MII

Globalement, deux tiers des femmes et des enfants ne bénéficient pas des interventions de ce paquet, essentiel à la prévention contre les pathologies fréquentes dans ces groupes. L'insuffisance de l'approche communautaire et la faiblesse et le manque d'efficacité des programmes de communication pour le changement de comportement en seraient les premières causes immédiates.

Alimentation et soins des nouveau-nés et des nourrissons

Malgré d'importantes actions menées, plus de la moitié des nourrissons et des enfants de moins de deux ans ne bénéficient pas des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant participant ainsi à maintenir la situation nutritionnelle décrite plus haut.

Par ailleurs, les enfants nés à domicile ainsi que ceux nés dans une FOSA et n'ayant pas bénéficié de soins post-natals à la FOSA ne bénéficient de soins adéquats à domicile au cours de la période à cause, entre autres facteurs, de la quasi-inexistence d'une santé communautaire à proximité des ménages et accompagnant les accouchées récentes pour l'allaitement maternel et les soins de leurs nouveaux né.

Tableau 4

Indicateurs WASH et MII / sûreté environnementale

Couverture en :	Niveau
Source d'eau améliorée	57 %
Assainissement amélioré (évacuation hygiénique des selles)	44 %
Possession de MILDA au niveau familial	35,7 %
Supplémentation en fer et en acide folique	35 %
Prévention des accidents chez les enfants	35 %
Prévention sur les effets de l'excisions des filles de moins de moins d'un an	40 %
Pulvérisation intra-domiciliaire	34,2 %
Lavage des mains au savon	32 %
Alimentation diversifiée pour mère et enfant	22,9 %

Source : EDS 2019-2020 et Proxy Indicator (MICS: 2015) / EQUIST

Tableau 5

Indicateurs d'alimentation et des soins des nouveau-nés et des nourrissons

Couverture en :	Niveau
Allaitement maternel exclusif (0 à 5 mois)	47%
Allaitement maternel (6-11 mois)	92,7%
Allaitement maternel (12-23 mois)	4,4%
Alimentation complémentaire, éducation et supplémentation	40%
Soins de protection thermique	30%
Pratiques de soins postnatals propres	39,68%

Source : EDS 2019-2020 et Proxy Indicator (MICS: 2015) / EQUIST

3.3.2. Paquet de soins préventifs

Le paquet de soins préventifs sera analysé à travers deux groupes d'interventions traceurs : (i) Planification familiale et interventions préventives pour la santé maternelle et néonatale et (ii) vaccination associée à la supplémentation en micronutriments (appelé vaccination plus).

Planification familiale et interventions préventives pour la santé maternelle et néonatale

Tenant compte des projections de EQUIST, environ la moitié des femmes enceintes ne bénéficient pas de ce paquet préventif essentiel pour la santé de la mère et du nouveau-né. En cause, l'accès insuffisant à ces services préventifs – qu'ils soient fixes ou portés – et l'insuffisance de promotion de ces soins préventifs auprès des femmes en grossesse, ou même auparavant auprès des femmes en âge de procréer. La prévalence contraceptive reste faible n'atteignant pas les 10% pour les mêmes raisons.

Source : EDS 2019-2020 et Proxy Indicator (MICS: 2015) / EQUIST

Vaccination-Plus

Grâce à une assez bonne couverture en services fixes de vaccination et surtout aux multiples activités avancées et mobiles de vaccination, la couverture vaccinale paraît assez bonne au regard des chiffres dépassant tous 70% avec, pour certains plus de 80%. La supplémentation en vitamine A et en zinc insuffisante (moins de 50%) constitue un exemple d'occasions manquées : en effet, malgré que le système a mobilisé plus de trois quarts des enfants de moins d'un an, il a peiné à leur délivrer systématiquement cette supplémentation par manque de disponibilité des intrants et/ou par manque de formation et de suivi du personnel.

Source : EDS 2019-2020 et Proxy Indicator (MICS: 2015) / EQUIST

Tableau 6

Indicateurs de planification familiale et des interventions préventives pour la santé maternelle et néonatale

Couverture en :	Niveau
Planification familiale (contraceptifs modernes)	13%
Consultation prénatale	36,96%
Vaccin antitétanique (anatoxine tétanique)	46,22%
TPI - femmes enceintes protégées par un traitement préventif intermittent du paludisme	53,95%
Dépistage et traitement de la syphilis	53%
Prise en charge des cas d'hypertension et grossesse	53%
Prise en charge des cas de diabète et grossesse	53%
Prise en charge des cas de paludisme et grossesse	53%
Supplémentation en calcium	53%
Supplémentation en micronutriments multiples	35%
Supplémentation en fer et en acide folique	35%
Supplémentation énergétique équilibrée	53%
MgSO4- prise en charge de la prééclampsie	53%
PTME - Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	53%

Tableau 7

Indicateurs de vaccination et de supplémentation en micronutriments

Couverture en :	Niveau
Vaccin BCG	93,6%
Vaccin antipoliomyélique	73,3%
DTC3	84%
Vaccin antipneumococcique	88,8%
Vaccin contre les rotavirus	83,7%
Vaccin contre l'hépatite B	70,3%
Rougeole	71,5%
Supplémentation en vitamine A	46%
Supplémentation en zinc	46%

3.3.3. Paquet de Services curatifs

Le paquet de services curatifs sera analysé à travers trois groupes d'interventions traceurs : (i) prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles, (ii) interventions en lien avec l'accouchement assisté et (iii) soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMIN)

Selon les données de base modélisées avec EQUIST, moins du tiers des nouveaux né et des enfants malades sont convenablement pris en charge. Les insuffisances dans tous les piliers du système de santé sont en bonne partie responsables de cette situation ajoutée au niveau insuffisant de confiance dans le système de soins, public et privé.

Interventions en lien avec l'accouchement assisté

Plus de 40% des accouchées ne bénéficient pas d'interventions essentielles nécessaires à un impact réel sur la mortalité maternelle. Une fois encore, les goulots d'étranglement du système de santé (développés plus loin) en sont pour quelque chose, en particulier les questions liées au développement des ressources humaines (sages femmes en particulier), à la disponibilité des intrants, à l'accès géographiques des services de soins obstétricaux de base et au coût des prestations.

Tableau 8

Indicateurs de prise en charge des maladies néonatales et infantiles

Indicateurs	EDS 2019-2020/ EQUIST
SRO - sels de réhydratation orale	17,25%
Antibiotiques oraux destinés aux nouveau-nés	35%
Antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale	35%
Antibiotiques - traitement de la dysenterie	12%
Zinc - traitement de la diarrhée	14,61%
Antibiotiques oraux - prise en charge des cas de pneumonie aiguë chez l'enfant	19%
Vitamine A - traitement de la rougeole	32%
Antipaludiques - combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour traiter le paludisme	10%
Alimentation thérapeutique en cas d'émaciation grave [malnutrition aiguë sévère (MAS)]	32%
Traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM)	32%
Co-trimoxazole	32%
TARV (chez les enfants)	32%

Source : EDS 2019-2020 et Proxy Indicator (MICS: 2015) / EQUIST

Tableau 9

Indicateurs d'accouchement assisté

Indicateurs	EDS 2019-2020/ EQUIST
Soins essentiels	58%
Bonnes pratiques d'hygiène à la naissance	58%
Examen et stimulation immédiats	58%
AMTSL - prise en charge active de la délivrance	58%
MMK - méthode « mère kangourou »	1%
Chlorhexidine	58%

Source : EDS 2019-2020 et Proxy Indicator (MICS: 2015) / EQUIST

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Ces traceurs expriment un manque important dans l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Au-delà des insuffisances d'accès aux FOSA équipées et fonctionnelles, il s'agit des insuffisances du niveau de référence du système de santé et des faiblesses – voir l'inexistence – de système efficace de référence et contre référence qu'il faudra nécessaire formaliser et renforcer à tous les niveaux.

Tableau 10

Indicateurs de soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Indicateurs	EDS 2019-2020/ EQUIST/ Enquête SONU
Accès à un établissement offrant des services SONUC lors du travail et de l'accouchement	15,6%
Réanimation néonatale	48,5%
Accès à un établissement offrant des services SONUB lors du travail et de l'accouchement	7,3%
Services d'avortement sans risque	23%
Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine	23%
Administration de corticostéroïdes prénatals lors d'un travail prématuré	23%
MgSO4 - prise en charge de l'éclampsie	23%
Déclenchement du travail pour les grossesses de plus de 41 semaines	23%
Prise en charge des cas de septicémie maternelle	23%

Source: EDS 2019-2020 et Proxy Indicator: (MICS: 2015) / EQUIST, Enquête SONU 2020

Tableau 11

Indicateurs de santé des adolescents

Indicateurs	EDS 2019-2020
Nombre de violence sexuelle et de VBG prise en charge	271 ²⁸
Prise en charge de la violence sexuelle	
Planification familiale (14-19 ans)	10,9
VAT en milieu scolaire	
Dépistage des IST/VIH chez les adolescents (15-24 ans)	4,3
Assistance alimentaire chez les adolescentes enceintes	
Traitement des IST/VIH chez les adolescents	3

3.3.4. Interventions pour la santé des adolescents

Le manque d'intérêt politique et socio-culturel à la santé et à l'éducation sexuelle des adolescents, et l'insuffisance de l'offre et de l'accès à des services préventifs et curatifs adaptés aux besoins des adolescents se matérialisent à ce niveau par la quasi-absence de données d'utilisation de ces services par les adolescents, en particulier les adolescentes exposées aux grossesses précoces à risque. Moins de 5% des adolescentes ont conscience des risques encourus en cas de grossesse avant l'âge de 18 ans.

3.4. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT ET STRATÉGIES CORRECTIVES POUR UNE UTILISATION EFFECTIVE DES SERVICES DE SRMIA-N DE QUALITÉ

Le renseignement des indicateurs liés aux déterminants de disponibilité, d'accès, d'utilisation et de qualité ont permis de dégager un ensemble de goulots d'étranglement autour desquels a été organisé un exercice participatif et inclusif des parties prenantes du Ministère de la santé, des PTF et des autres acteurs du secteur.

Tenant compte de la documentation disponible et de la connaissance de la situation du système de santé, les différentes parties prenantes du processus ont mené l'analyse des causes de ces goulots d'étranglement afin de leur proposer des stratégies et mesures correctives adaptées à la situation du pays. L'assistance technique a joué un rôle de guidance et de partage des expériences d'ailleurs qui a facilité l'aboutissement aux causes consensuelles ci-dessous. Les causes de ces goulots et leurs stratégies et mesures correctives sont présentées ci-dessous par groupe de déterminants :

- Les déterminants de l'offre de service pour tout ce qui concerne la disponibilité des intrants, la disponibilité

des ressources humaines qualifiées et l'accessibilité géographique.

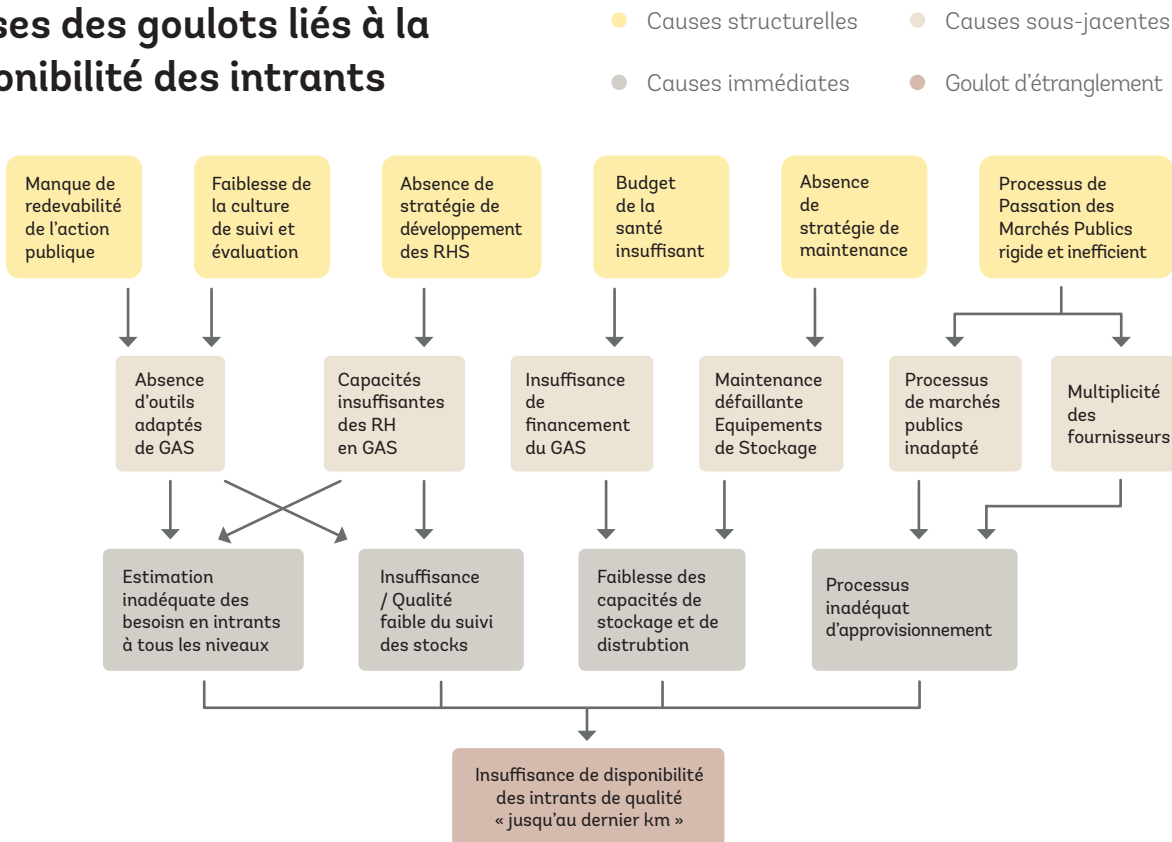
- Les déterminants de la demande de services avec en particulier l'accessibilité financière et l'acceptabilité socio-culturelle et comportementale.
- Les déterminants en lien avec les piliers du système de santé (leadership, gouvernance, coordination, organisation des services, suivi, système d'information, ...).
- Les déterminants directement liés à l'utilisation adéquate (ou continue) ou effective (de qualité) des services.

3.4.1. Causes des goulots d'étranglement liés à l'offre des services

La faible utilisation des différents paquets d'interventions à haut impact serait due à une offre insuffisante de ces services handicapée par une insuffisance de disponibilité des intrants essentiels de qualité et/ou de ressources humaines qualifiées au sein des FOSA ou par un accès géographique insuffisant à ces services, qu'ils soient en fixe ou en mobile.

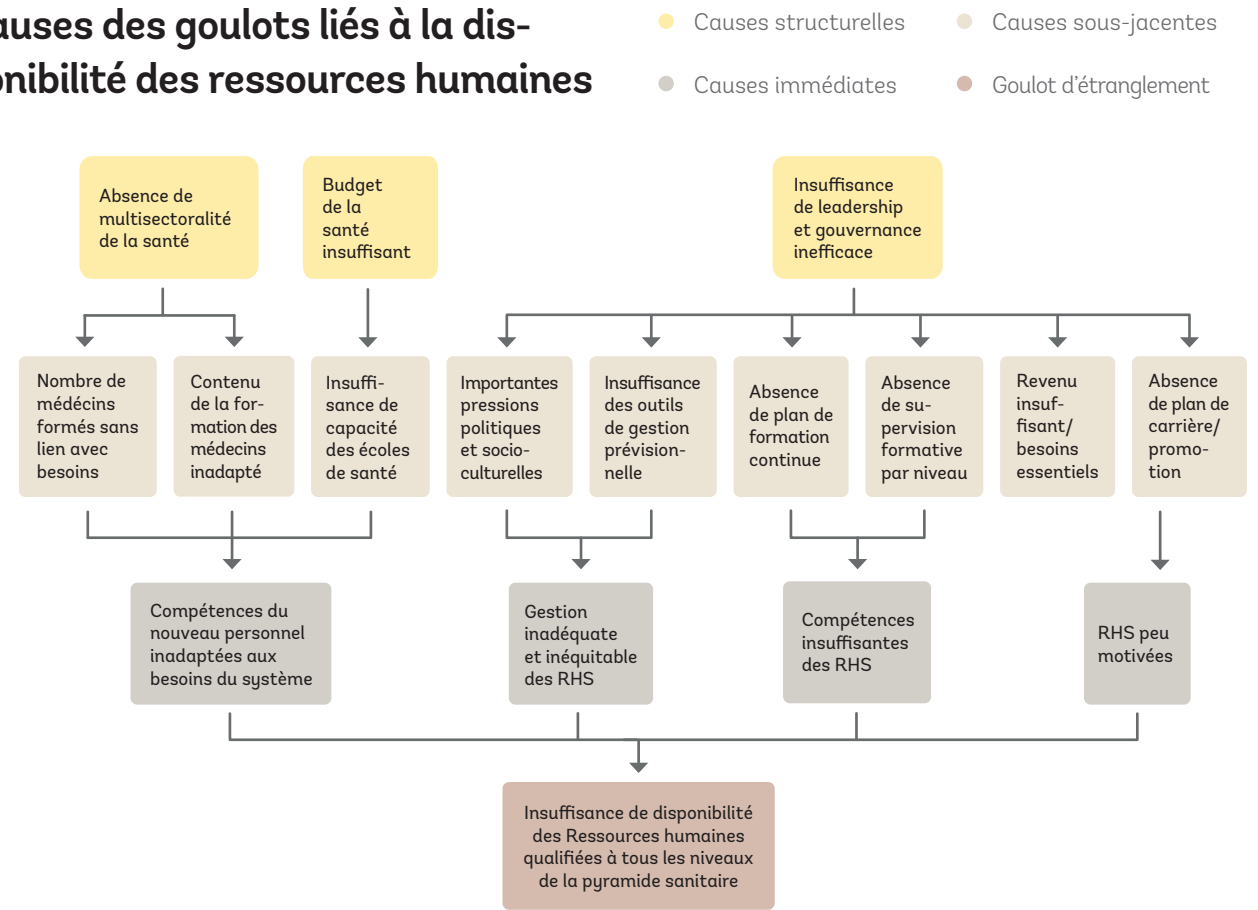
Graphique 10

Causes des goulots liés à la disponibilité des intrants



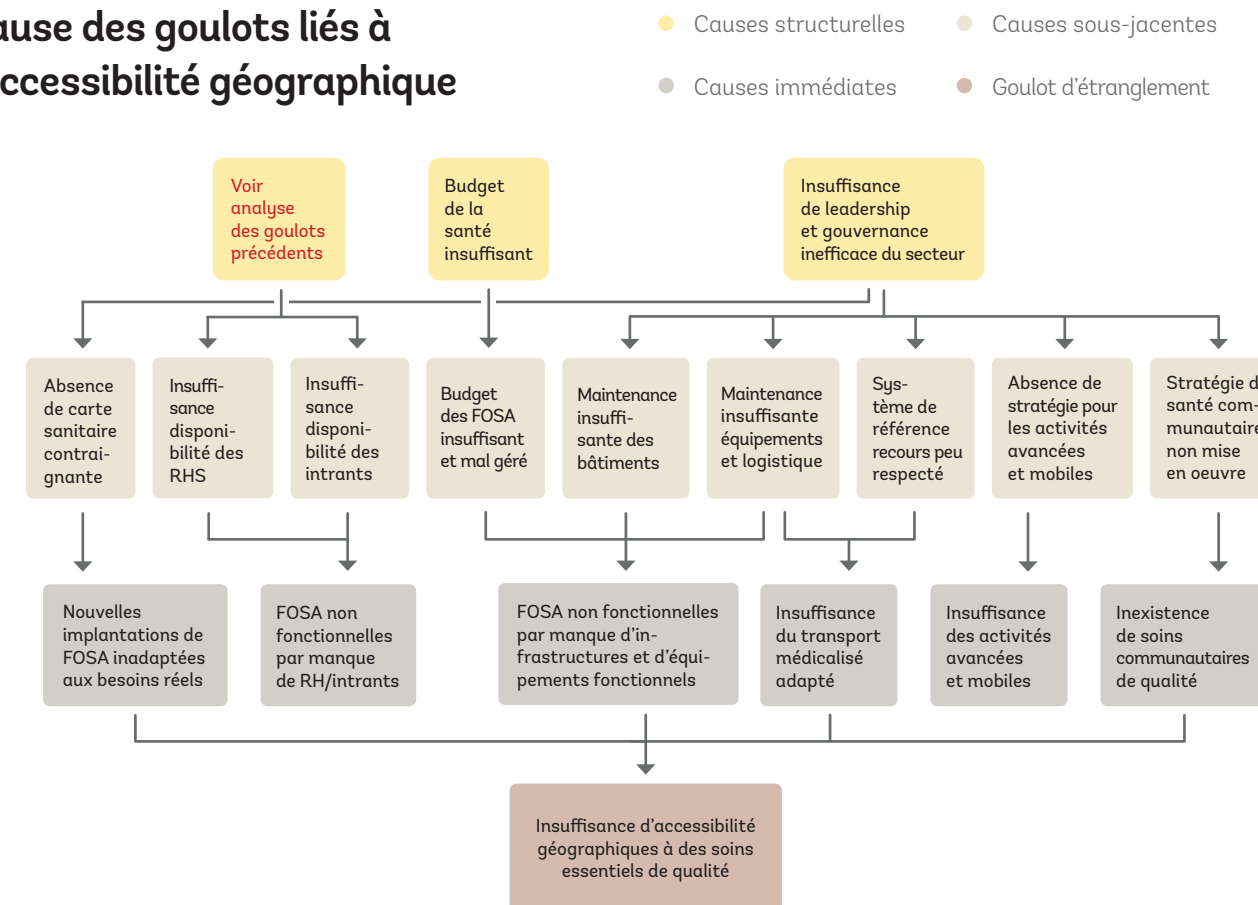
Graphique 11

Causes des goulots liés à la disponibilité des ressources humaines



Graphique 12

Cause des goulots liés à l'accessibilité géographique



3.4.2. Causes des goulots liés à la demande des services

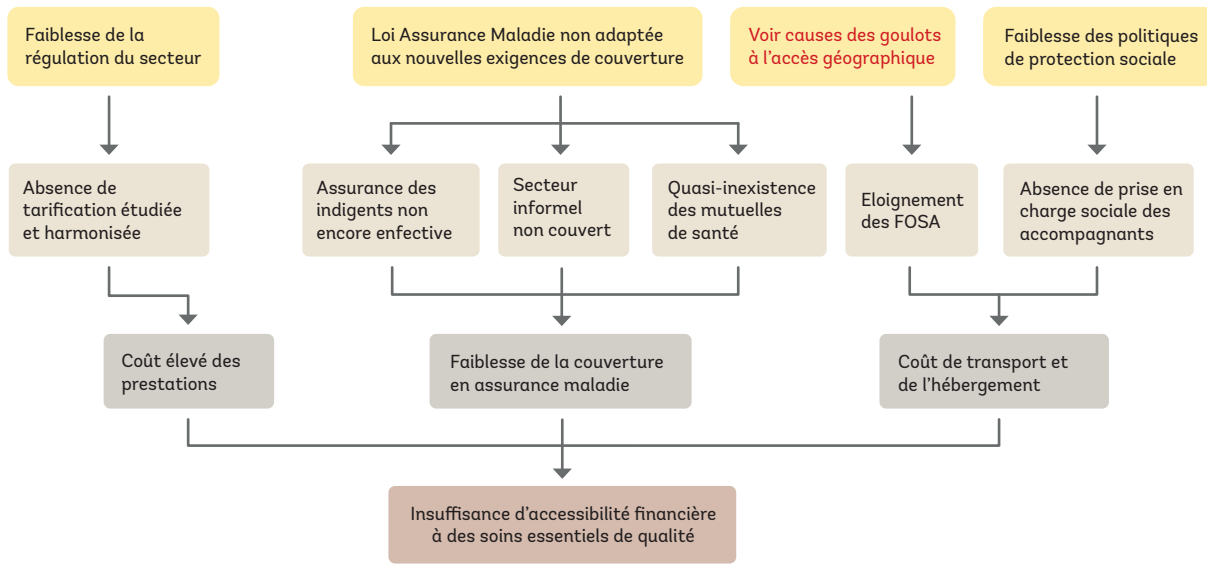
L'insuffisance de l'offre de services freine en partie la demande de ces services essentiels par

les groupes cibles. Cependant, d'autres goulots liés à l'accessibilité financière ou à l'acceptabilité socio-culturelle viennent s'ajouter pour freiner davantage l'utilisation des différents paquets d'interventions à haut impact.

Graphique 13

Causes des goulots liés à l'accessibilité financière

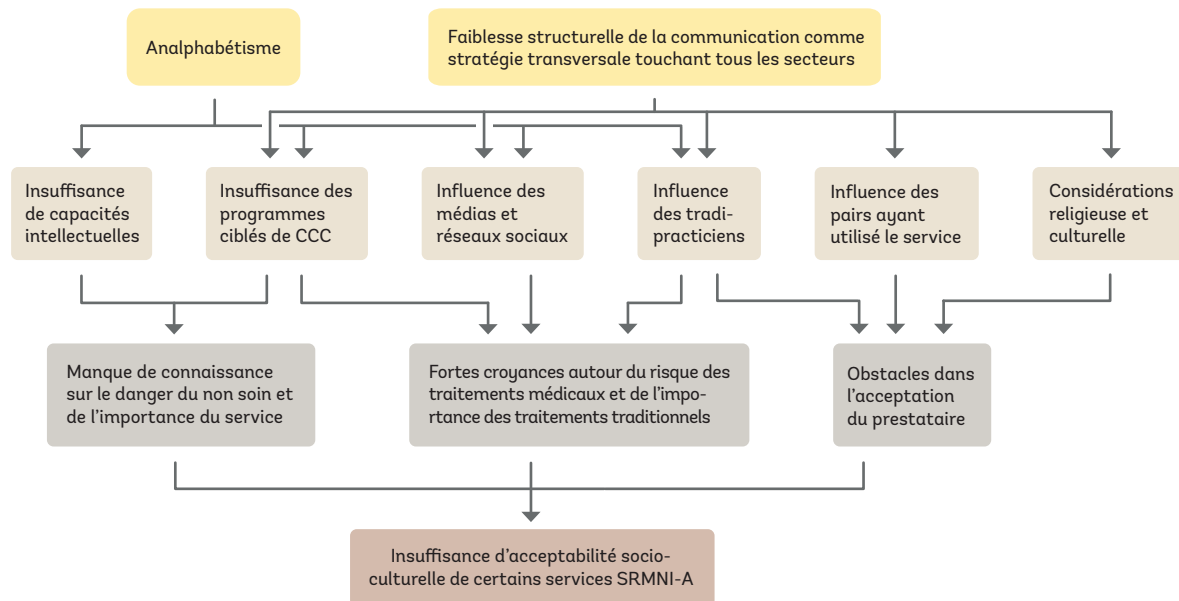
- Causes structurelles
- Causes sous-jacentes
- Causes immédiates
- Goulot d'étranglement



Graphique 14

Causes des goulots liés à l'acceptabilité socio-culturelle et aux comportements

- Causes structurelles
- Causes sous-jacentes
- Causes immédiates
- Goulot d'étranglement



3.4.3. Causes des goulots liés à l'utilisation effective et à la qualité des services de SRMNI-A

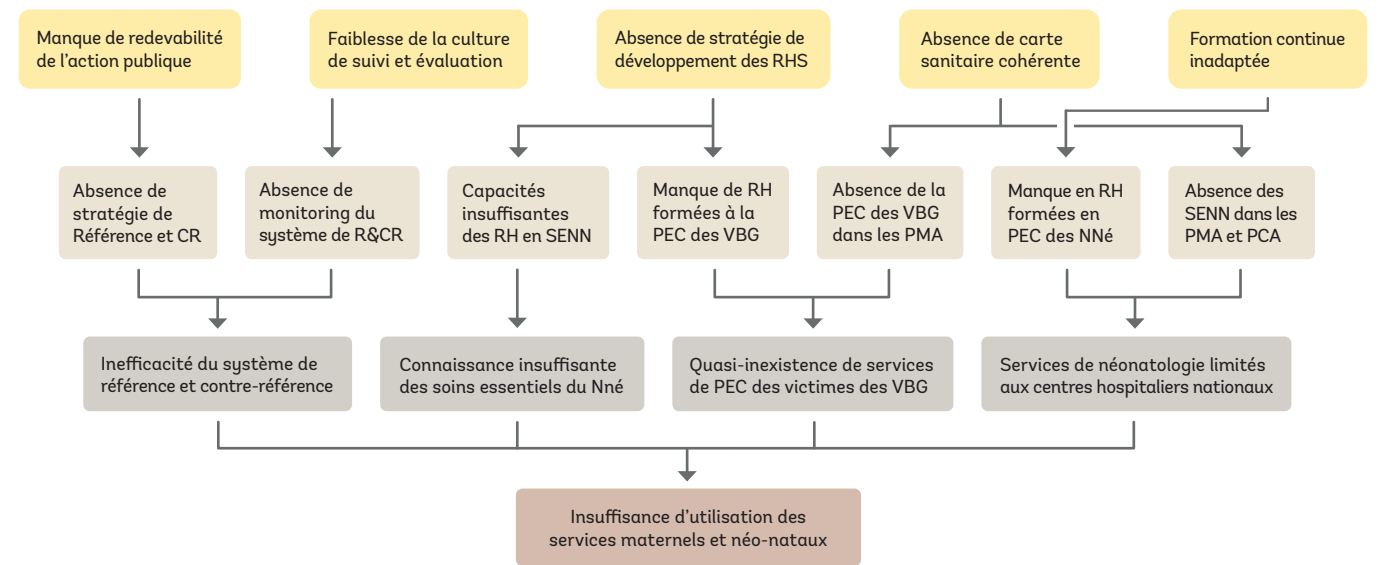
L'insuffisance de l'offre et de la demande freinent l'utilisation effective et impactent négativement

la qualité de ces services essentiels de SRMNI-A. Cependant, cette partie abordera uniquement les autres goulots qui freinent directement l'utilisation et réduisent la qualité des services.

Graphique 15

Causes des goulots liés à l'utilisation effective des services maternels et néonataux

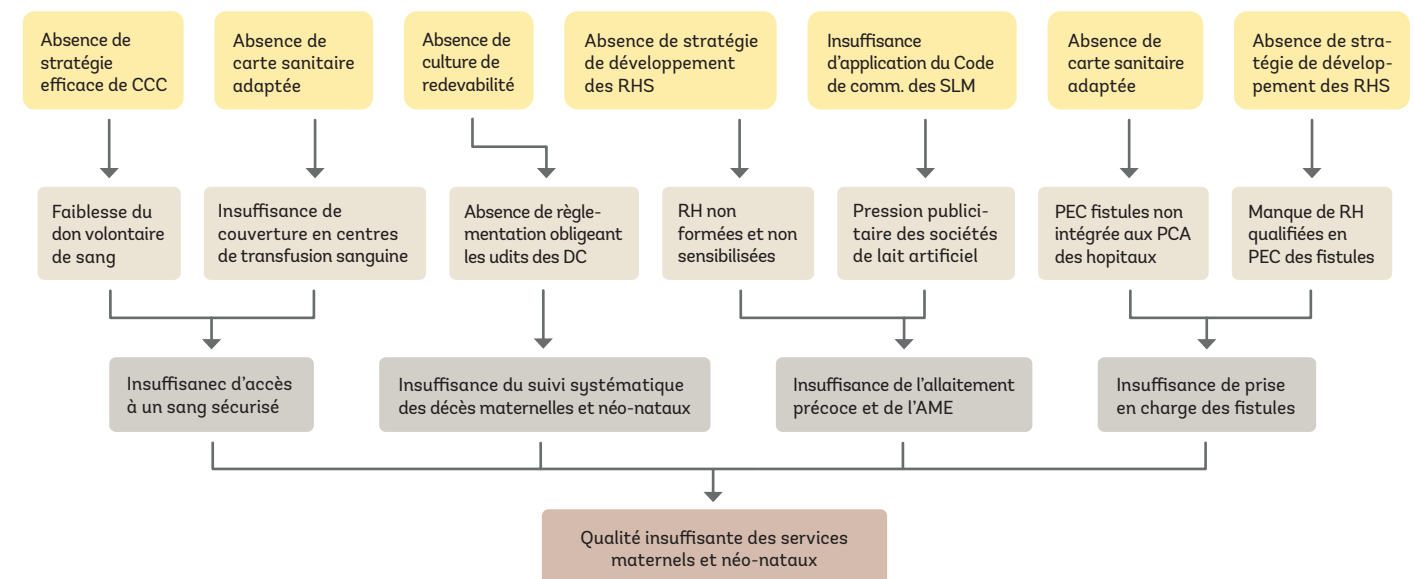
- Causes structurelles
- Causes sous-jacentes
- Causes immédiates
- Goulot d'étranglement



Graphique 16

Causes des goulots liés à l'amélioration de la qualité des services maternels et néonataux

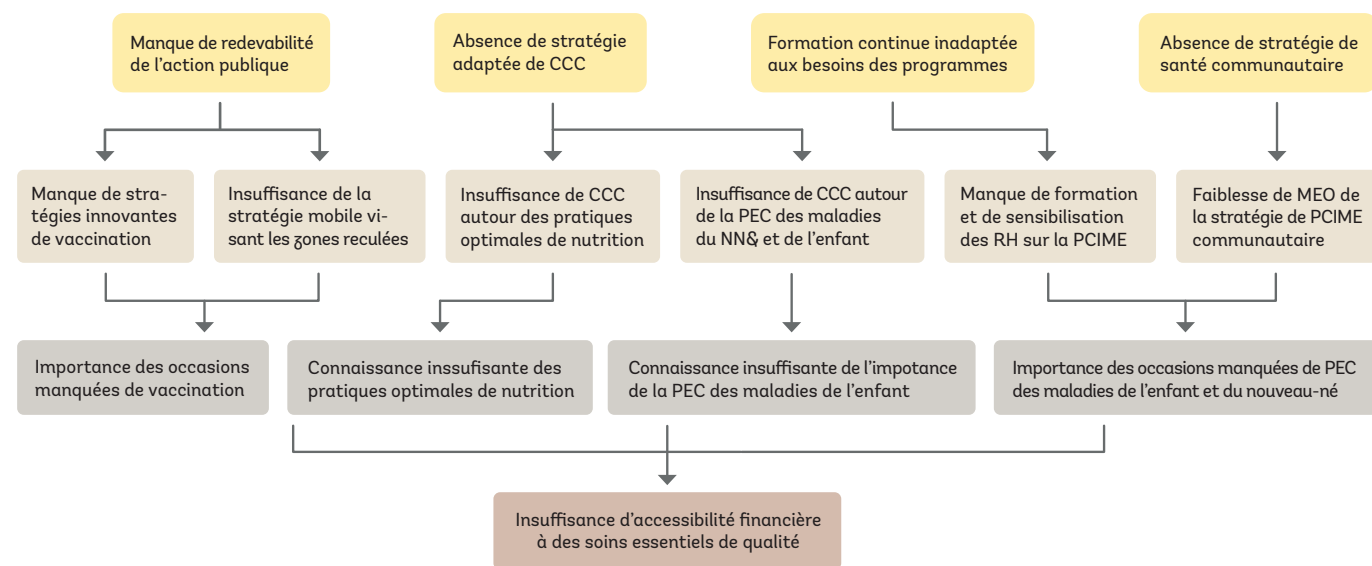
- Causes structurelles
- Causes sous-jacentes
- Causes immédiates
- Goulot d'étranglement



Graphique 17

Causes des goulots liés à l'utilisation effective des services infanto-juvéniles

- Causes structurelles
- Causes sous-jacentes
- Causes immédiates
- Goulot d'étranglement



3.4.4. Causes des goulots liés à l'environnement du système de santé

D'autres facteurs limitant l'utilisation adéquate et de qualité des interventions à haut impact seraient liés à l'environnement du système de santé en termes de leadership, de gouvernance, de financement, d'organisation des services et de suivi et évaluation. Ils ont été ressortis dans les analyses des causes ci-dessus, essentiellement, comme causes structurelles intra ou extra sectorielles.

04



Vision et priorités stratégiques

4.1. VISION DU SECTEUR ET MISSION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

La vision de la Mauritanie en matière de santé entre dans le cadre du deuxième objectif de la SCAPP à savoir « avoir une population saine et productive qui contribue à la croissance économique et au développement national. »

Cette vision est en parfaite cohérence avec la Stratégie Mondiale 2016-2030 du Secrétaire Général des Nations Unies pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent et s'aligne aux Objectifs de Développement Durable, en particulier le 3e objectif visant à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Il s'agit de la vision d'une Mauritanie où les services de SRMNIA-N sont géographiquement, culturellement et financièrement accessibles aux femmes, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes permettant à ces groupes de les utiliser de manière la plus optimale en vue d'une baisse substantielle des mortalités spécifiques dans ces groupes.

L'objectif de ce dossier d'investissement est de contribuer à cette vision en facilitant un consensus national autour des priorités géographiques, populationnelles et thématiques, et autour des stratégies les plus pertinentes et leur rythme de mise en œuvre. Parallèlement, il permet de dégager une estimation – acceptée par tous – des besoins humains, matériels et financiers, et des efforts des uns et des autres en termes de réformes institutionnelles nécessaires (en lien avec les causes structurelles), de mobilisation des ressources, de coordination, de mise en œuvre, et de suivi et évaluation.

Ainsi, dans le cadre de cette initiative GFF, la Mauritanie voudrait étendre la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA-N aux zones et aux groupes populationnels les plus vulnérables et souvent les plus exclus du système de santé, tout en veillant à une meilleure allocation et utilisation optimale des ressources internes et externes disponibles pour la santé.

Ce dossier d'investissement repose sur 4 principes de base :

- Le principe **d'équité** en ciblant en priorité les groupes et les zones les plus exposés et les moins couverts.
- Le principe **d'efficience** dans le choix des interventions à haut impact et des stratégies les plus coûts/efficaces.
- Le principe de **multisectorialité** permettant d'adresser aussi les déterminants « non-santé » de la SRMNIA-N.
- Le principe de capitalisation des avantages comparatifs des acteurs sur le terrain dans le cadre d'une coordination renforcée.
- Et la prise en compte de **l'environnement national et international**.

4.2. CHOIX DES GROUPES ET ZONES PRIORITAIRES EN MATIÈRE DE SRMNIA-N

Populations Cibles

Les cibles prioritaires en matière de SRMNIA-N sont (i) les Femmes en âge de Reproduction (FAR), (ii) les Femmes enceintes et allaitantes, (iii) les nouveau-nés, (iv) les enfants de 0 à 5 ans et (v) les adolescent(e)s et les jeunes.

Zones prioritaires et choix des scénarios

Le choix des zones prioritaires permet de préparer le développement les options de mise en œuvre en fonction du nombre de wilayas qui seront couverts dans le cadre de chacun des scénarii ou option.

Dans le processus d'élaboration du DI pour la SRMNIA-N, le choix des zones géographiques prioritaires s'est fait sur la base d'indicateurs d'impact et d'effet liés aux cibles, et désagrégés par wilaya. Ainsi, pour classer les régions en fonction du niveau de priorité, les parties prenantes ont retenu quatre domaines à savoir : le niveau de pauvreté, la mortalité néonatale, la mortalité infanto-juvénile, la couverture en interventions de santé maternelle et la santé des adolescents. Pour refléter les 4 domaines, ce sont 8 indicateurs consensuels pour la catégorisation des régions qui ont été retenus ; en ce qui concerne les mères, en l'absence de ratio de mortalité maternelle par région, ce sont deux indicateurs de couverture qui ont été maintenus :

- Le taux de mortalité néonatale ;
- Le taux de mortalité infanto-juvénile ;
- Le taux de malnutrition chronique
- La prévalence de la pauvreté
- Le niveau de couverture sanitaire (accès géographique à une FOSA fonctionnelle)
- La proportion CPN réalisées par un prestataire qualifié ;
- Le « taux » de prévalence contraceptive ;
- Le taux d'accouchements assistés
- Le taux de grossesse précoces chez les adolescentes.

Pour chaque indicateur, la valeur au niveau régional a été comparée avec la moyenne nationale et un marquage (couleur rouge) a été apporté aux valeurs régionales au-dessus de la moyenne nationale ou en dessous en fonction de la situation favorable ou défavorable.

Le document en annexe présente la situation de chaque indicateur par région et en comparaison avec la moyenne nationale. Les régions comprenant un nombre important d'indicateurs en situation défavorables par rapport à la moyenne nationale sont classées dans les premiers rangs en termes de priorité. Sur

la base d'une échelle de priorisation, les wilayas ont été classés en deux groupes ou niveau de priorité :

- **Région prioritaire (niveau 1)** : nombre total d'indicateurs défavorables (avec un faible niveau) ≥ 5.
- **Région moins prioritaire (niveau 2)** : nombre total d'indicateurs ayant un faible niveau < 5.

Ainsi on obtient une sélection des sept régions prioritaires. Le tableau suivant présente la répartition des régions par niveau de priorité.

Tableau 12

Répartition des régions par niveau de priorité

Niveau de priorité	Régions
Niveau 1 = Régions prioritaires	Hodh chargui
	Guidimagha
	Assaba
	Gorgol
	Tagant
	Adrar
	Hodh Elgharbi
Niveau 2 = Régions moins prioritaires	Brakna
	Trarza
	Dakhlett Nouadhibou
	Tiris Zemour
	Inchiri
	Nouakchott Ouest
Nouakchott Nord	
Nouakchott Sud	

Le groupe des sept wilayas prioritaires (**Hodh chargui, Hodh Elgharbi, Assaba, Gorgol, Adrar, Tagant et Guidimagha**) enregistre la charge de mortalité la plus lourde soit un peu plus de 60% des décès infanto juvéniles. Cette zone géographique **couvre 31 des 56 Moughataas** du pays et une population estimée **à 2 162 878** habitants soit **49%** de la population totale ; elle compte **312 902** cibles potentielle de la PF et **97 399** grossesses attendues en 2022.

Il est recommandé aux équipes régionales de procéder à un classement des moughata selon les mêmes indicateurs – chaque fois que les données le permettent – afin de commencer par les plus prioritaires.

En plus de la dimension géographique, le développement du dossier d'investissement est également basé sur la sélection du paquet d'interventions SRMNIA-N à couvrir à l'échéance 2024. Il s'agit d'une liste d'interventions à haut impact validée par les parties prenantes comme nécessaires à l'amélioration souhaitée de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Ce paquet d'interventions du niveau communautaire, préventif et curatif est prévu pour être mis en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui devrait ainsi garantir le continuum de soins et une efficacité de l'action de santé ainsi qu'une durabilité des acquis.

Le DI prévoit un déploiement et une mise à l'échelle complète dans toutes les zones du pays. L'objectif visé est d'atteindre un bon niveau de consolidation et une couverture adéquate à l'échelle nationale au cours de la période de planification du GFF. Mais au plan géographique sa mise en œuvre sera progressive à partir de la première année avec un effort accentué au niveau des zones ou wilayas prioritaires et une mise en œuvre progressive dans le reste du pays. En effet, la mise à l'échelle de manière graduelle de ce paquet a l'avantage d'utiliser de manière efficace les capacités du pays au plan technique, matériel, humain et financier. Le paquet d'intervention à haut impact est présenté en annexe-1.

Dès la première année, l'orientation stratégique des interventions comportera des actions au niveau des zones prioritaires et des actions de renforcement du système de santé pour soutenir l'offre, la qualité et la demande de service de la SRMNIA-N tout au long des 3 années de mise en œuvre effective (2023-2025). Il s'agit entre autres du renforcement des Infrastructures, des Équipements, des Ressources Humaines, de la mise en Gestion d'Approvisionnement des Stocks, du Système d'Information de Santé, au niveau opérationnel et au niveau central, ainsi que le développement de programmes ciblés de communication et la mise à échelle des systèmes de couverture du risque maladie. Le tableau ci-dessous présente les modalités du déploiement du paquet d'interventions à haut impact et de renforcement du système de santé en fonctions des zones de couverture durant la période de mise en œuvre du GFF.

Paquets d'interventions & zones		2022	2023	2024	2025
Alignement des orientations, de la mobilisation des ressources et des mécanismes de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation autour des priorités SRMNIA-N		x	x		
Paquet complet d'interventions à haut impact	Zone P1		x	x	x
Renforcement Systèmes de Santé	Zone P2*				x

* couverture nationale

05



Stratégies adoptées

et interventions clés
par domaine de la
SRMNIA-N

Tenant compte de l'analyse des goulots d'étranglement et de leurs causes immédiates et sous-jacentes se dégagent un ensemble de besoins d'actions qui ont été organisés en quatre domaines stratégiques en conformité avec les orientations de la SCAPP, de la PNS et du PNDS 2022-2030.

5.1.

DOMAINE 1 : RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

Finaliser et mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée/SRMNIA/Nutrition (2021- 2030) en cohérence avec la Stratégie mondiale (2016-2030) pour la santé de la femme, de l'enfant de l'adolescent et des jeunes.

Sous-domaine 1-1

Maternité à moindre risque

Stratégies	Interventions clés
1. Développer et rendre fonctionnel un réseau national SONU	<p>1.1 Mettre à jour l'état des lieux sur la fonctionnalité des structures offrant les SONU</p> <p>1.2 Mettre à niveau (équipements, personnel) les structures de soins devant offrir les SONU Adaptation des services aux jeunes</p> <p>1.3 Assurer le suivi du fonctionnement adéquat du réseau SONU national</p>
2. Mettre en place un système de référence et contre- référence de qualité et assurer son monitoring	<p>2.1 Dotation des différentes structures des moyens de transport (ambulance)</p> <p>2.2 Mise-en place d'un GFU National destiné à la référence</p> <p>2.3 Elaboration des documents (fiche de référence et de contre-référence)</p> <p>2.4 Assurer le monitoring du système de de référence et contre- référence</p>
3. Assurer la disponibilité les 13 médicaments qui sauvent la vie	<p>3.1 Ligne budgétaire pour l'acquisition des médicaments qui sauvent la vie</p> <p>3.2 Elaboration d'un plan de conditionnement, de stockage et de distribution des produits</p>
4. Vulgariser et disséminer les PNP SR	<p>4.1 Multiplication et dissémination des PNP sur l'ensemble du territoire national</p>
5. Mettre en place et assurer la fonctionnalité des centres régionaux de transfusion sanguine	<p>5.1 Création de trois centre inter régionaux de transfusion sanguine (Kiffa, Kaedi et NDB)</p> <p>5.2 Acquisition des camions ambulants pour la collecte et la distribution du sang</p> <p>5.3 Création des unités de dépôt de sang dans les 7 wilayas prioritaires</p>
6. Redynamiser et généraliser la Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR) y compris au niveau communautaire	<p>6.1 Mise à l'échelle des comités d'audit au niveau Moughataa</p> <p>6.2 Mise en place des comités au niveau communautaire</p> <p>6.3 Amendement de l'arrêté 1134 portant obligation de notification des cas de décès maternels, périnatal et institutionnalisant de l'audit des DMP « conformité avec l'organigramme »</p> <p>6.4 Mettre en place un comité national de suivi des audits des cas décès maternels et périnataux</p>
7. Assurer la prévention, la recherche active et la prise en charge gratuite des cas de fistules obstétricales	<p>7.1 Recherche active de fistules obstétricales</p> <p>7.2 Prise en charge de fistules obstétricales</p> <p>7.3 Assurer un accompagnement à la réinsertion socio-économique des femmes victimes de FO dans le besoin</p>

Sous-domaine 1-2

Soins du nouveau-né

Stratégies	Interventions clés
1. Vulgariser les soins essentiels du Nouveau-Né	<p>1.1 Formation d'un pool de formateurs en SENN</p> <p>1.2 Formation des prestataires sur les SENN</p> <p>1.3 Multiplication et dissémination des PNP</p>
2. Mettre en place une unité de réanimation néonatale dans tous les hôpitaux régionaux	<p>2.1 Equipement des Hôpitaux en unité de réanimation néonatale</p> <p>2.2 Assurer la formation de prestataires</p>
3. Mettre en place la stratégie « coin du nouveau-nés » dans toutes les FOSA assurant l'accouchement	<p>3.1 Equipements des structures du coin de Nouveau-Nés</p>
4. Promouvoir l'allaitement maternel exclusif	<p>4.1 Campagne de sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif</p> <p>4.2 Renforcement de la sensibilisation à tous les niveaux et par l'intermédiaires des masses médias</p>

Sous-domaine 1-3

Espacement des naissances

Stratégies	Interventions clés
1. Développer et mettre en place la distribution à base communautaire des contraceptifs	<p>1.1 Validation de la stratégie DBC</p> <p>1.2 Introduction de la PF dans le paquet de l'ASC</p>
2. Assurer l'autonomie en matière d'acquisition des produits SR (ligne budgétaire renforcée)	<p>2.1 Plaidoyer pour l'achat des besoins en produits SR sur le budget Etat</p>
3. Assurer la disponibilité des produits contraceptifs au dernier Km	<p>3.1 Mise à l'échelle du projet Emel (chaîne de logistique et approvisionnement en médicament) pour l'approvisionnement en produits SR, y compris les contraceptifs, les produits nutritionnels et les vaccins.</p>
4. Assurer une offre des méthodes contraceptives modernes au niveau des hôpitaux et des centres de santé	<p>4.1 Formation des prestataires en méthodes modernes de PF au niveau de ces structures</p> <p>4.2 Rendre disponible les méthodes contraceptives modernes</p> <p>4.3 Assurer le suivi de l'offre des méthodes contraceptives modernes</p>
5. Assurer une offre des méthodes contraceptives orales et injectables au niveau des Postes de santé	<p>5.1 Formation de prestataires en méthodes contraceptives orales et injectables</p> <p>5.2 Disponibilité des méthodes contraceptives orales et injectables</p> <p>5.3 Assurer le suivi de l'offre des méthodes contraceptives orales et injectables</p>
6. Développer une stratégie de communication autour de l'espacement des naissances	<p>6.1 Elaboration d'une stratégie de communication autour de l'espacement des naissances</p> <p>6.2 Organisation de campagnes de sensibilisation autour de l'espacement des naissances</p> <p>6.3 Développer des stratégies CCC orientées vers la santé pour soutenir globalement la mise en œuvre du PNDS</p>
7. Vulgariser les auto-injectables	<p>7.1 Mise à l'échelle de l'auto-injection et promouvoir le choix des méthodes</p>

5.2.

DOMAINE 2 : AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Stratégies	Interventions clés
1. Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de la santé des adolescents et jeunes	1.1 Élaborer une stratégie nationale de la santé des adolescents et jeunes avec le concours des différentes parties prenantes
	1.2 Mobiliser les ressources et mettre en œuvre la stratégie nationale de la santé des adolescents et jeunes
	1.3 Assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé des adolescents et jeunes
2. Redynamiser la santé scolaire et universitaire	2.1 Faire l'état des lieux sur la santé des adolescents, les besoins en renforcement/ redynamisation du système de santé scolaire et universitaire
	2.2 Équiper et rendre fonctionnel les structures du système de santé scolaire et universitaire
	2.3 Assurer la formation des prestataires, enseignants et autres personnels impliqués
3. Rendre disponible l'offre d'écoute et des soins aux adolescents	3.1 Équiper et mettre à disposition les directives et l'offre d'écoute aux adolescents et jeunes
	3.2 Assurer la fonctionnalité permanente des structures offrant l'écoute et des soins aux adolescents
4. Créer un environnement juridique favorable à la prise en charge des besoins spécifiques aux adolescents et jeunes	4.1 Faire un état des lieux de l'environnement socio culturelle et juridique de la prise en charge des besoins spécifiques aux adolescents et jeunes
	4.2 Proposer des actions et mettre en place un cadre juridique et normatif de la prise en charge des adolescents et jeunes
	4.3 Assurer le financement et le plaidoyer pour la mise en œuvre effective et le suivi de ces dispositions

5.3.

DOMAINE 3 : LUTTE CONTRE LES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE (VBG)

Stratégies	Interventions clés
1. Prise en charge clinique et psychosociale des victimes VBG au niveau des hôpitaux et Centre de Santé	1.1 Formation de prestataires sur la PEC des victimes VBG
	1.2 Introduction du module lutte contre les VBG dans les PNP en matière SRMNIA - N
	1.3 Mise en place d'unités de la PEC des victimes VBG
	1.4 Rendre disponible les Kits de prise en charge des victimes VBG
	1.5 Vulgarisation des protocoles de prise en charge des VBG
	1.6 Promotion de la référence et premiers secours au niveau communautaire
2. Plaidoyer pour la loi genre	2.1 Réviser et faire adopter le projet de loi genre
	2.2 Promulguer et vulgariser le projet de loi
3. Assurer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques	3.1 Élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les cancers génitaux
	3.2 Assurer la disponibilité et la gratuité du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus
	3.3 Mettre en place des mesures pour faciliter la prise en charge des victimes de cancers gynécologiques

5.4.

DOMAINE 4 : RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE

Sous-domaine 4-1

Lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes à travers une approche cycle de vie :

Stratégies	Interventions clés
1. Améliorer l'Alimentation du nourrisson du jeune enfant, des adolescents, des femmes enceintes et allaitantes	1.1 Redynamisation de la stratégie ANJE
	1.2 Promotion et support à l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et continu jusqu'à 2 ans au niveau structures de santé et au niveau communautaire
	1.3 Promotion de l'alimentation complémentaire optimale chez les enfants de moins de 2 ans dans les structures de santé et au niveau communautaire
	1.4 Vulgarisation du code de commercialisation des substituts du lait maternel
	1.5 Support au développement petit enfance
2. Lutter contre les carences en micronutriments chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes	2.1 Elaboration et mise en œuvre du plan pour la fortification des aliments
	2.2 Supplémentation en fer acide folique des femmes enceinte
	2.3 Supplémentation des adolescents
3. Renforcer la prise en charge de la malnutrition aigue	3.1 Poursuite du plaidoyer afin de s'assurer de l'effectivité de l'engagement de l'état par rapport à l'achat des intrants et leur intégration dans le système national (budget, chaîne d'approvisionnement, Système d'information)
	3.2 Support plus durable au passage à l'échelle de la détection précoce et du traitement de la malnutrition aigüe a travers des approches innovantes orientées vers la communauté
	3.3 Renforcement de la stimulation psycho cognitive
4. Lutter contre le surpoids et l'obésité chez les adolescents et les adultes	4.1 Promotion de la consommation des aliments nutritifs dans le système éducatif
	4.2 Promotion de la consommation des aliments nutritifs dans les médias
5. Renforcer la surveillance nutritionnelle à travers une meilleure coordination entre les différentes parties responsables (SNIS, MS, CSA, MASEF)	5.1 Support a une intégration des indicateurs nutrition y compris de l'approvisionnement dans le Système d'information sanitaire
	5.2 Renforcement de la coordination sectorielle et multisectorielle

Sous-domaine 4-2

Amélioration de la couverture vaccinale

Stratégies	Interventions clés
1. Mettre en place des stratégies innovantes pour atteindre et arriver à maintenir une couverture vaccinale totale	1.1 Développer des stratégies innovantes pour améliorer la couverture vaccinale
	1.2 Renforcement de la communication sur l'importance de la vaccination notamment dans les populations réticentes
	1.3 Renforcement des mécanismes de suivi pour le respect des rendez-vous
	1.4 Assurer la disponibilité continue des vaccins et intrants nécessaires et suffisants au niveau des FOSA
	1.5 Renforcer les stratégies avancées pour atteindre les zones les plus prioritaires, atteindre chaque enfant
2. Introduire les nouveaux vaccins	2.1 Choix du produit à introduire et justification
	2.2 Assurer le financement de leur approvisionnement
3. Assurer une chaîne de froid efficace	2.2 Formation des agents de santé impliqués dans la vaccination de ces nouveaux vaccins
	3.1 Investir suffisamment dans la chaîne d'approvisionnement et la rendre plus efficace
4. Assurer une gestion sécurisée des déchets vaccinaux	3.2 Assurer la maintenance préventive et continue des moyens logistiques à tous les niveaux
	4.1 État des lieux, identification des besoins en matière de gestion des déchets vaccinaux
	4.2 Mettre en place une stratégie de gestion des déchets incluant les mesures adéquates de protection et évaluer les coûts nécessaires
	4.3 Identification et formation des acteurs et situer les responsabilités
	4.4 Assurer le suivi de gestion des déchets vaccinaux

Sous-domaine 4-3

Redynamisation de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) clinique et communautaire

Stratégies	Interventions clés
1. Améliorer les compétences du personnel soignant en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	1.1 État des lieux sur les compétences attendues et disponibles en rapport avec les objectifs de la PCIME
	1.2 Renforcement des capacités des ressources humaines à travers des sessions de formation, des coaching, supervisions formatives
2. Améliorer les pratiques familiales et communautaires en matière de santé	2.1 Renforcer la sensibilisation et la promotion sur les pratiques familiales et communautaires (interventions à haut impacts, hygiène familiale et environnementale etc)
	2.2 Renforcer la participation communautaire
3. Assurer l'extension de la PCIME à toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire	3.1 Doter toutes les FOSA et les structures communautaires d'intrants adéquats et en nombre suffisant pour une meilleure couverture nationale
	3.2 Suivre et renforcer la qualité dans le cadre de la PCIME

06



**Impacts
et résultats**
attendus du scénario national

Jusqu'en 2024, les avantages escomptés de la mise en œuvre des interventions à haut impact au niveau national sont importants. Une synthèse des résultats en termes d'impact et d'effets, et les ressources nécessaires au niveau national sont présentées ci-dessous.

6.1. IMPACTS ATTENDUS EN TERMES D'ÉVOLUTION DES MORTALITÉS

Tableau 13
Évolution du taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile à la faveur de la mise en œuvre du DI

	Niveau de référence 2010-2015 assumé en 2019	Estimation mise en œuvre DI 2024
TMM	424 p 100,000 nv	309 p 100,000 nv
TMIJ	41 p 1000 nv	32 p 1000 nv

Comme le montre le tableau ci-dessus, la mise en œuvre de ce scénario national devrait permettre d'éviter de nombreux décès des mères, illustré par la réduction importante du ratio de mortalité maternelle passant de 424 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2019-2020 à moins de 309 en 2024.

À partir du niveau de base 41 p 1000 en 2019-2020, la mise en œuvre de ce scénario national permettra au Pays d'amorcer une évolution favorable de la MIJ vers l'atteinte de l'ODD en 2030 avec un taux de MIJ qui connaîtrait une réduction de 21% et atteindre 32 décès pour 1000 en 2024. A cet effet, la mise en œuvre du DI permet de réduire de 56% le GAP vers l'atteinte des ODD.

6.2. IMPACTS ATTENDUS EN TERMES DE NOMBRE DE VIES SAUVÉES

Nombre de vies sauvées par cible

Tableau 14
Évolution du nombre attendu de vies sauvées à la faveur de la mise en œuvre du DI

Nombre de vies additionnelles sauvées	2022	2023	2024
Néonatales	386	481	573
Post néonatal & infantiles	273	398	515
Maternelles	116	164	208
Total vies additionnelles sauvées	775	1043	1296

En trois années de mise en œuvre des orientations du DI, l'action gouvernementale appuyée par les autres acteurs nationaux et internationaux permettrait d'éviter de façon cumulative des décès de 488 mères, 1440 nouveau-nés et 1186 enfants de moins de 5 ans dans les différentes willayas du pays atteignant un total de plus de 3114 vies sauvées d'ici à 2024.

Nombre de vies sauvées par intervention

L'analyse des parts relatives des interventions retenues – tenant compte de leurs couvertures cibles après levée des goulots d'étranglement – en termes de nombre de vies sauvées permet de classer ces interventions par ordre d'efficacité dans la mise en œuvre du DI.

Tableau 15
Proportion de vies maternelles sauvées par type d'intervention

Intervention	% de vies maternelles sauvées
1. PEC du travail et accouchement propre	19%
2. Avortement sans risque et PEC post-avortement	17%
3. PEC de la pré-eclampsie avec Sulfate de Magnésium	12%
4. Supplémentation en fer et micronutriments aux FE	11%
5. PEC de l'infection maternelle	11%
6. PEC de la 3e phase du travail	7%
7. Prise en charge de l'HTA au cours de la grossesse	5%
Autres, y inclus la planification familiale	18%
Total	100%

Quatre cinquièmes (82%) des vies maternelles seraient sauvées grâce à la mise à échelle de ces sept interventions à haut impact.

Tableau 16
Proportion de vies néonatales sauvées par type d'intervention

Intervention	% de vies néonatales sauvées
1. PEC de l'infection et pneumonie néonatale	30%
2. PEC du travail et accouchement propre	25%
3. Soins essentiels du NNé	10%
4. PEC de la prématurité	10%
5. Réanimation néonatale	7%
Autres	18%
Total	100%

De même, quatre cinquièmes (82%) des vies néonatales sauvées le seraient grâce à la mise à échelle de ces cinq interventions à haut impact.

Tableau 17
Proportions de vies infanto-juvéniles sauvées par type d'intervention

Intervention	% de vies infanto-juvéniles sauvées
1. PEC des IRA	26%
2. PEC de l'infection et de la pneumonie néonatale	11%
3. Vaccination	9%
4. PEC des cas de paludisme	9%
5. SRO en cas de diarrhée	6%
6. Zinc en préventif et curatif de la diarrhée	5%
7. PEC de la malnutrition aigue	5%
8. PEC de la prématurité	3%
9. Soins essentiels du NNé	3%
10. Lavage des mains	2%
11. Vitamine A en supplémentation	2%
Autres	19%
Total	100%

Plus des deux tiers (71%) des vies infanto-juvéniles seraient sauvées grâce à la mise à échelle des sept premières interventions à haut impact. La mise à échelle des quatre autres interventions ramènerait ce taux à 81%.



6.3.

IMPACTS ATTENDUS EN TERMES DE CAS DE MORBIDITÉ ÉVITÉS

Tableau 18

Nombres de cas de malnutrition évités chez les moins de 5 ans

	2022	2023	2024	Total
Scenario adopté	4 113	7 382	11 421	22 916

Plus de 11.000 cas de malnutrition chronique seraient évités chez les moins de 5 ans si le paquet d'interventions à haut impact est mis en œuvre sur l'ensemble du territoire du Pays suivant les modalités du scenario adopté.

L'allaitement

La prévalence de l'initiation précoce à l'allaitement connaîtra une augmentation importante passant de 56% à 66% soit une hausse de 18%.

Nombre de cas d'anémie évités

La prévalence de l'initiation précoce à l'allaitement connaîtra une augmentation importante passant de 56% à 66% soit une hausse de 18%.

Tableau 19

Nombres de cas d'anémie évités

	2022	2023	2024	Total
Femmes enceintes	1 465	2 870	4 216	8 551
Femmes en âge de procréer	3 566	7 205	10 925	21 696

Plus de 8 551 cas d'anémies seraient évités chez les femmes enceintes quand dans la population des femmes en âge de procréer ce sont plus de 21000 cas qui seraient évités sur l'ensemble du territoire du Pays.

Évolution des avortements sans risque VS avortements dangereux du scenario adopté

Les grossesses précoces chez les adolescents sont plus exposées à des avortements spontanés ou provoqués que les grossesses chez les femmes au-delà de 18 ou 20 ans. L'action proposée est d'assurer la prise en charge de ces avortements, ce qui participerait ainsi à sauver des vies maternelles. Le nombre d'avortements pris en charge est prévu pour augmenter proportionnellement avec la mise à échelle des actions prévues pour atteindre plus de 63% des cas d'avortement qui seraient pris en charge de manière adéquate.

07



Budget du dossier d'investissement

7.1. RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LE FINANCEMENT DU DI

Ce chapitre présente le volume global du financement nécessaire pour la mise en œuvre du DI 2022-2024. La présentation des besoins financiers du DI et des ressources potentiellement disponibles comprend :

1. L'évaluation des coûts des interventions à haut impact permettant de lever les goulots d'étranglements identifiés au cours de l'analyse de la situation du secteur en adéquation avec le domaine de la SRMNIA-N dans les ODD y compris une analyse du coût global en fonction des différents paramètres,
2. L'évaluation des capacités du pays à financer le DI à travers l'étude la cartographie des ressources du secteur et de la SMNIA qui a couvert la période 2021-2024
3. Les sources potentielles de financement du DI couverts également par l'exercice de cartographie des ressources.

L'estimation des besoins réels de financement du DI pour la période 2022 - 2024 a été réalisée avec l'outil OneHealth.

Le OneHealth Tool

Cet outil permet d'estimer les coûts des interventions, en fonction des niveaux de de couverture en vue d'atteindre les objectifs fixés. Il permet également une estimation des impacts sur la santé. En plus des coûts des différentes interventions nécessaires pour la mise en œuvre du DI, l'outil fait une estimation des composantes ou piliers du système de santé, avant de finir par la prise en compte des coûts de programmes en termes de supervision, de renforcement de capacités, de plaidoyer pour l'amélioration de la politique sanitaire.

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

1. Les cibles annuelles de couvertures visées par chacun des sous programmes, service et système de santé pour la période 2022 - 2024 ;
2. Les coûts unitaires extraits des plans des différents programmes et estimés en utilisant la méthode qualitative (intuitive²⁹ et analogique³⁰) ;
3. Les stratégies et les interventions prioritaires définies pour l'atteinte des objectifs sanitaires liés aux engagements internationaux et nationaux.

Les résultats obtenus montrent que le coût total du DI (2022 - 2024) est évalué à **13,6 milliards MRU** soit un coût moyen annuel de **4,5 milliards MRU**. Le coût par tête d'habitant est estimé en moyenne à 812 MRU soit 23 \$ US sur la période. La Figure 17 ci-dessous montre le coût global au cours des 3 années de planification.

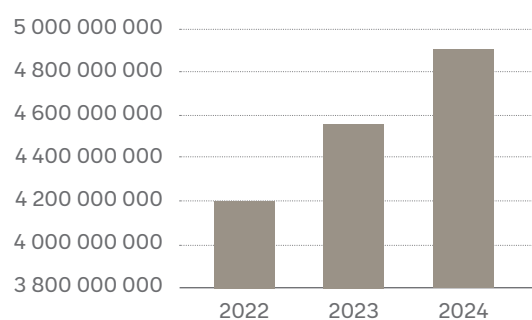
²⁹ La méthode intuitive est basée sur l'expérience de l'estimateur

³⁰ La 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

Graphique 18

Évolution annuelle des coûts globaux du DI en milliards de MRU

Coût total annuel du DI (en milliards MRU)

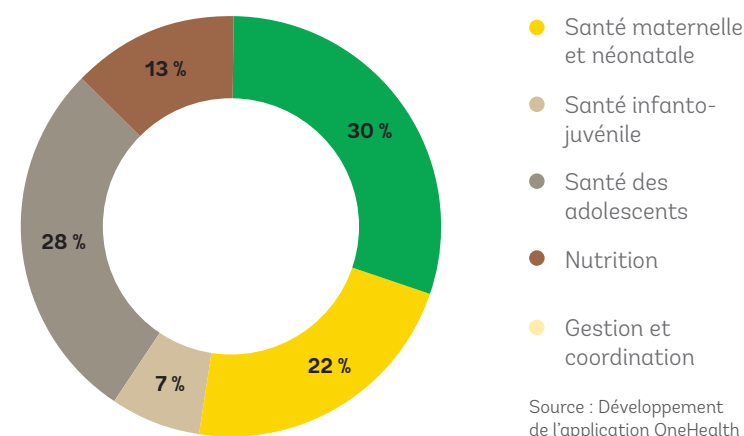


Source : Développement de l'application OneHealth

L'exercice de budgétisation sur la base des résultats du PNDS permet de dégager ce niveau de désagrégation des estimations pour le DI en grandes composantes ou sous programmes ainsi que selon les catégories de coûts.

Graphique 19

Budget du DI par composante ou domaine de la SRMNIA - N (2022-2024)



Source : Développement de l'application OneHealth

L'analyse du tableau montre que la composante infrastructure et équipement dans le cadre du Renforcement du système de santé représente la part la plus importante du budget global du DI. Directement suivi par le volet Ressource humaines ce qui explique bien l'ambition de l'état à mettre à niveau l'offre de soins compatible à ses ambitions de couverture sanitaire universelle.

Le tableau ci-dessous présente les affectations budgétaires du DI 2022 - 2024 par catégories majeures de dépenses.

Tableau 20

Répartition du budget par catégorie budgétaire (en MRU)

Catégories de dépenses	2022-2024	% du budget global
Salaires du personnel et bénéfices	5 291 026 403,46	38,76%
Infrastructures et Équipements	3 568 303 152,38	26,14%
Médicaments et Logistique	1 537 073 201,83	11,26%
Financement de la santé y compris les systèmes de couverture de risque maladie	2 001 198 324,94	14,66%
Systèmes d'information sanitaire et suivi	374 030 246,27	2,74%
Politique, Leadership et Gouvernance	877 742 512,23	6,43%
Total final	13 650 738 915	100%

Source : Développement de l'application OneHealth

L'analyse de la répartition du budget du DI par catégories de dépenses montre que les salaires et primes versés aux personnels occupent 38% du budget, ensuite les infrastructures en termes de construction et de réhabilitation, occupent 26% du budget.

7.2. RESSOURCES POTENTIELLEMENT DISPONIBLES : ANALYSE DE L'ESPACE BUDGÉTAIRE ET DU GAP FINANCIER

Tableau 21
Projections des disponibilités financières des différentes sources de financement en faveur de la SRMNIA-N en 2022

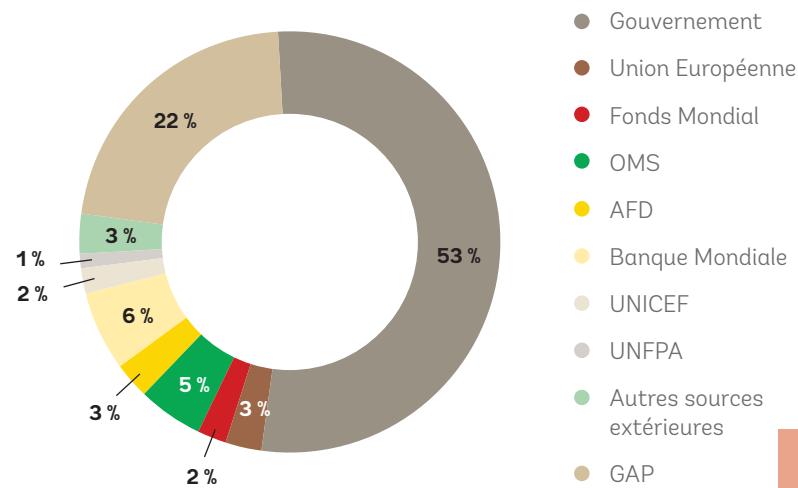
Sources de financement	Montant disponible pour 2022 (en MRU)	%
Gouvernement	2 252 539 068	54%
Bailleurs/ sources extérieures	1 023 345 531	46%
Total mobilisable 2022	3 275 884 599	100%

Source : Cartographie des ressources

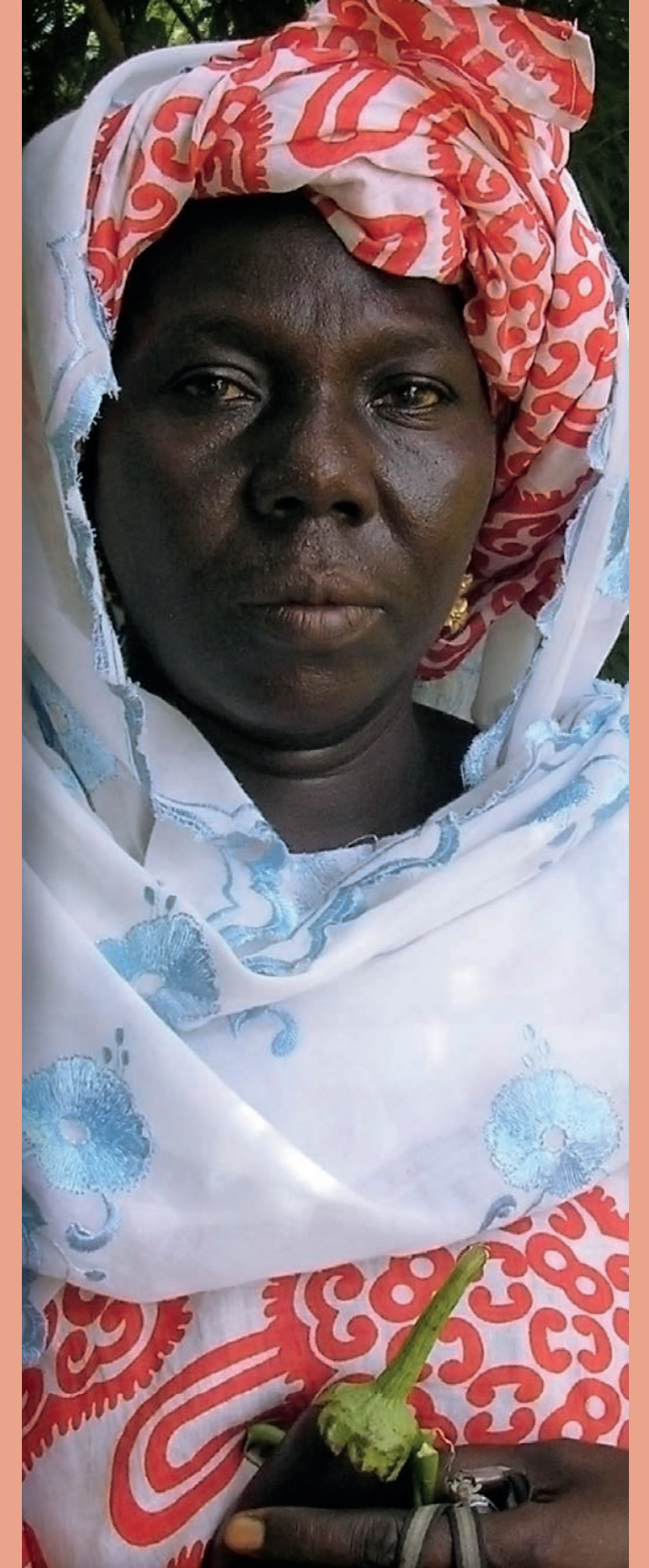
Après exploitation des documents macro-économiques nationaux, et selon les déclarations des principaux Partenaires techniques et financiers rencontrés lors de l'exercice de cartographie des ressources, il ressort que le Pays pourrait disposer, pour la première année 2022 environ 3,275 milliards de MRU. Les informations insuffisantes et de précision douteuse sur les allocations des contributions des différentes sources de financement n'ont pas permis de présenter les montants disponibles pour les années 2023 et 2024. Cette analyse sera mise à jour après la réalisation d'une autre étude en 2023.

Au regard des besoins dégagés pour la mise en œuvre du DI, le montant des engagements de 2022 ne pourrait pas couvrir les besoins de financement pour le présent DI qui est estimé à 13,655 milliards MRU au total et 4,193 milliards MRU pour l'année 2022. Les besoins financiers ne seront donc pas couverts dès la première année, générant ainsi un GAP financier de plus de 917 millions de MRU soit 24 millions \$US à rechercher.

Graphique 20
Contribution à la SRMNIA N par sources et Gap financier en 2022



08



Modalité d'opérationnalisation du DI

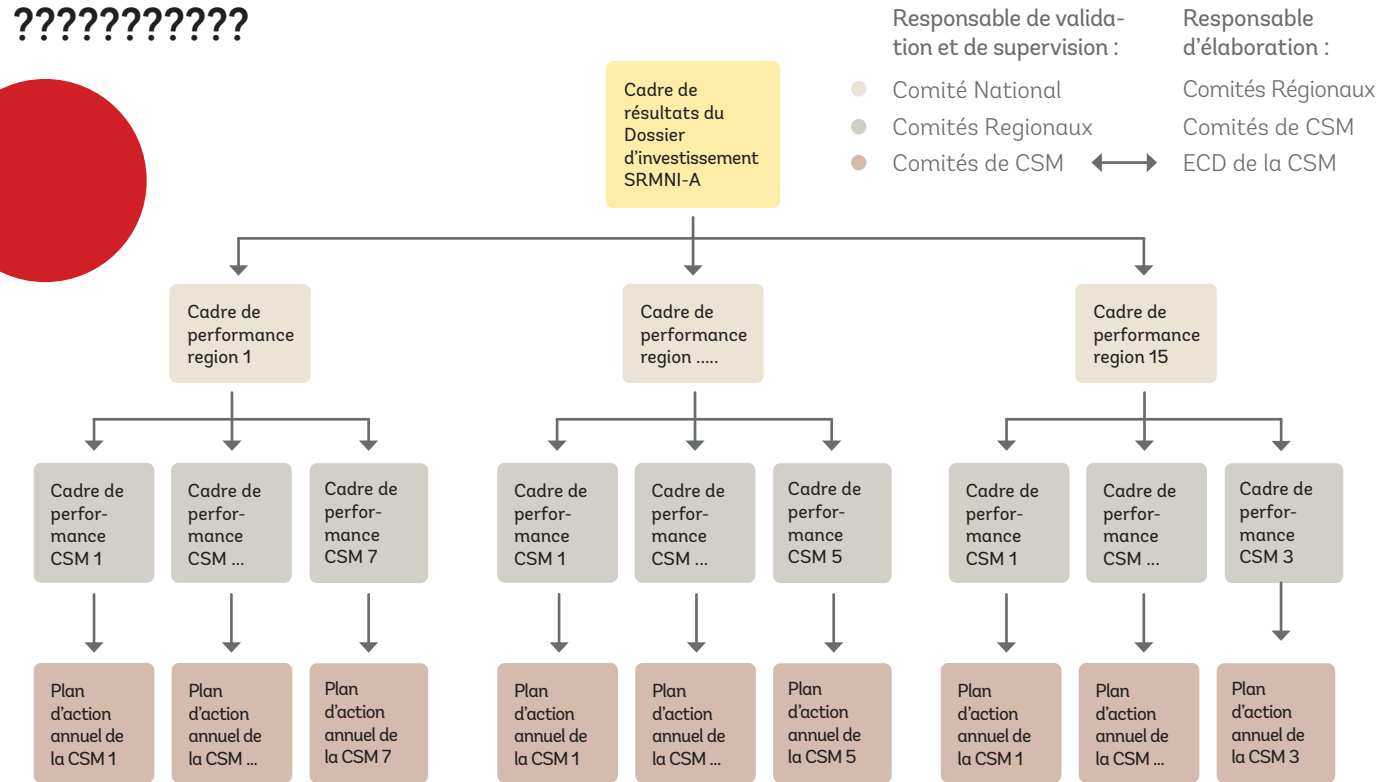
L'opérationnalisation du dossier d'investissement passera nécessairement par des outils de planification opérationnelle à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Ainsi, le cadre de résultats servira de base pour développer des cadres nationaux et régionaux de performance servant de base au consensus entre le Gouvernement, les PTF, le secteur privé, la Coalition des OSC-GFF et les autres acteurs à tous les niveaux. Les Comités régionaux de développement sanitaire – impliquant ces différents acteurs – se chargeront d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Programme régional et de l'atteinte de ses résultats. Les rapports trimestriels de supervision alimenteront les échanges au sein de ces comités régionaux et permettront à ces derniers de compléter l'analyse des indicateurs régionaux et des avancées dégagées.

8.1. COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE ET DU SUIVI DU DI

Suivant le dispositif de mise en œuvre et de coordination retenu (voir diagramme ci-dessous), les cadres régionaux de performance seront transformés en cadres de performance de moughata fixant pour chaque CSM les résultats attendus de son action. Sur la base de ces cadres de performance de moughata seront élaborés les plans d'action annuels de moughata qui devront être validés par le Comité de la CSM afin d'en assurer la cohérence, la faisabilité et le financement, puis de les transmettre à la région sanitaire. Partant de ces plans d'action annuels de moughata, les Directions régionales de la santé élaborent leurs plans d'appui et d'accompagnement annuel qui feront l'objet de validations par les structures centrales du Ministère de la santé (Comité national) afin de s'assurer de leur efficacité, leur financement et leur cohérence avec leurs cadres de performance régionaux.

Graphique 21
???????????



Le Comité national veillera à la parfaite congruence (« nécessaires et suffisants ») entre le Cadre de résultat du DI et l'ensemble des cadres de performance régionaux avant de valider ces derniers et les renvoyer au niveau régional.

Le Comité régional veillera à la parfaite congruence (« nécessaires et suffisants ») entre le Cadre de performance régional et l'ensemble des cadres de

performance des CSM de la région avant de valider ces derniers et les renvoyer au niveau moughata.

Le Comité de CSM veillera à la parfaite congruence (« nécessaires et suffisants ») entre le Cadre de performance de la CSM et le plan d'action annuel de la CSM (élaboré par l'ECD) avant de le valider et de le renvoyer au niveau de l'ECD pour mise en œuvre.

8.2. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION PÉRIODIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DI

Afin d'assurer la mise en œuvre efficace du DI, de détecter les insuffisances et d'engager à temps les actions correctives, le suivi et l'évaluation périodiques seront réalisés à plusieurs niveaux :

- Trimestriellement (avant le 05 du premier mois du trimestre suivant), les ECD et les directions des hôpitaux régionaux transmettent des rapports de mise en œuvre de leurs plans d'action, respectivement, au Comités de CSM et aux Comités régionaux.
- Les Comités de CSM, partant des rapports des ECD et des supervisions qu'ils auront menées au sein de leurs moughata, transmettent trimestriellement (avant le 15 du premier mois du trimestre suivant) un rapport d'évolution du cadre de performance de la moughata au regard des cibles fixées.
- Semestriellement, les Comités régionaux compilent les matrices de performance des différentes moughata de la région afin de produire un rapport d'évolution du cadre de performance de la wilaya au regard des cibles fixées. Les Comités régionaux organisent des revues semestrielles de validation, prennent les décisions correctives et transmettent les rapports de ces revues (avant le 10 du premier mois du semestre suivant) au Comité national
- Semestriellement (avant le 25 du premier mois du semestre suivant), le Comité national compile les matrices de performance des différentes wilayas du pays afin de produire un rapport d'évolution du cadre de performance du DI au regard des cibles fixées et organise une revue semestrielle de validation et de prise de décisions correctives.
- À la fin du premier semestre de 2024, la revue semestrielle nationale sera considérée comme une revue à mi-parcours du DI et en début 2027 sera menée une évaluation indépendante et formative servant de base à l'élaboration d'un éventuel nouveau dossier d'investissement.

8.3. SUIVI DE LA PERFORMANCE ET RENFORCEMENT DU SNIS ET DE LA RECHERCHE

Le Cadre de Résultats présenté ci-dessus sera donc la base du suivi des résultats du DI. Ce cadre, tout en précisant la situation de référence et les cibles attendues

pour les principaux indicateurs de suivi, sera la base pour le développement des tableaux de bord pour chaque niveau de suivi, en vue de détecter les insuffisances et d'engager à temps les actions correctives. Les principales sources de données pour le suivi de la mise en œuvre du DI sont :

- **Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) :** la révision de la feuille de route pour le renforcement de ce SNIS – et sa mise en œuvre à travers le DI – devra lui permettre, dès la fin de la première année de mise en œuvre effective (2023), de produire les indicateurs de suivi retenus aux différents niveaux de la pyramide sanitaire dans une action profitant à l'ensemble du secteur. Ce renforcement du SNIS, notamment à travers un programme d'assurance-qualité des données et un déploiement du DHIS2, améliorera ce suivi régulier de la situation. Dans cet élan de redynamisation du SNIS, la santé des adolescents sera pleinement intégrée à travers des indicateurs spécifiques, pertinents et mesurables.
- **Les enquêtes rapides, annuelles ou biannuelles,** au sein des FOSA et des communautés, permettront de renseigner les indicateurs sur l'offre et le renforcement du système de santé qui ne pouvant être produits par la routine. En attendant le renforcement du SNIS, des enquêtes spécifiques seront menées annuellement afin de permettre un suivi rapproché des initiatives du DI en matière de renforcement du système de santé.
- **La cartographie thématique et géographique des ressources,** réalisée à la base de ce processus, sera annuellement répétée ainsi que le suivi des décaissements effectifs des contributions des principaux partenaires du Programme (Gouvernement, PTF, autres partenaires) afin de suivre le respect des différents engagements en matière de financement de la SMNIA.
- **Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)** seront élaborés tous les deux ans permettant une revue du financement du secteur et une amélioration progressive de l'allocation des ressources.

Pour renforcer la redevabilité dans la mise en œuvre du Programme, et garantir l'adéquation de l'utilisation des ressources au regard des performances, des mécanismes de contrôle et d'audit seront systématisés – tant au niveau central qu'au niveau intermédiaire – en y impliquant les collectivités locales et des représentants des communautés. Des directives nationales seront développées et validées dans un atelier national impliquant le maximum d'acteurs et de bénéficiaires du secteur et largement diffusées.

Dans l'attente de la réforme budgétaire visant à passer au budget-programme, une stratégie d'adaptation budgétaire sera menée permettant plus de souplesse dans l'exécution du budget Etat qui reste encore un budget moyens. Ainsi, les enveloppes budgétaires des Wilayas et des Moughata seront « globalisées » par Wilaya et par Moughata sous une seule ligne budgétaire « ouverte » pouvant être utilisée pour les différents types d'activités programmées.

8.4. SUPERVISIONS INTÉGRÉES PAR NIVEAU

Des directives nationales de supervision formative par niveau récemment développées, seront revues et validées par les différentes parties prenantes, et mises en œuvre aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les ressources nécessaires seront mobilisées conjointement par le Gouvernement et ses PTF. L'orientation qui guidera ces directives repose sur :

- Une supervision semestrielle du niveau willaya par le niveau central, de manière exhaustive pour les services régionaux et sur un échantillon des districts et des formations sanitaires ;
- Une supervision trimestrielle du niveau district de santé par le niveau régional, de manière exhaustive pour les services des districts de santé et sur un échantillon des formations sanitaires ;
- Une supervision trimestrielle exhaustive des formations sanitaires par les Moughataas, menée mensuellement par groupe de formations sanitaires.

Des outils harmonisés de supervision par niveau seront annexés aux directives nationales, en particulier les modèles de fiche de collecte et de rapports de supervisions facilitant ainsi les synthèses par niveau.

8.5. PARTENARIAT POUR LA MISE EN ŒUVRE DU DI IMPLIQUANT LES PTF, LA COALITION DES OSC-GFF ET LE SECTEUR PRIVÉ

Ce Dossier d'Investissement viendra faciliter les efforts pour s'aligner sur les priorités nationales grâce au consensus qui sera obtenu autour de ces priorités, et au financement conjoint de ce DI par le Gouvernement, ses PTF, la Coalition des OSC-GFF et les autres acteurs nationaux et internationaux.

Ainsi, le Comité de Pilotage, qui comprend les PTF du secteur, veillera au financement, à la mise en œuvre et au suivi de ce DI. Ce Comité de Pilotage sera l'organe délibérant qui valide les éventuels changements à apporter aux choix stratégiques retenus tout en assurant la mobilisation des ressources financières nécessaires et leur répartition géographique et thématique. Un plan d'assistance technique sera élaboré à la fin de chaque année par le Comité de Pilotage, permettant d'harmoniser les différentes assistances techniques du secteur de la santé.



09



Principales réformes transversales nécessaires

Ces choix stratégiques pour une amélioration effective de la SRMNIA-N ne peuvent donner l'impact escompté sans un train de réformes visant un renforcement global et harmonieux du système de santé en conformité avec les engagements du Président de la République TAAHOUDATY et les engagements mondiaux en faveur d'une couverture sanitaire universelle n'excluant personne et garantissant le droit de tout mauritanien à la santé.

Ces réformes visent en particulier :

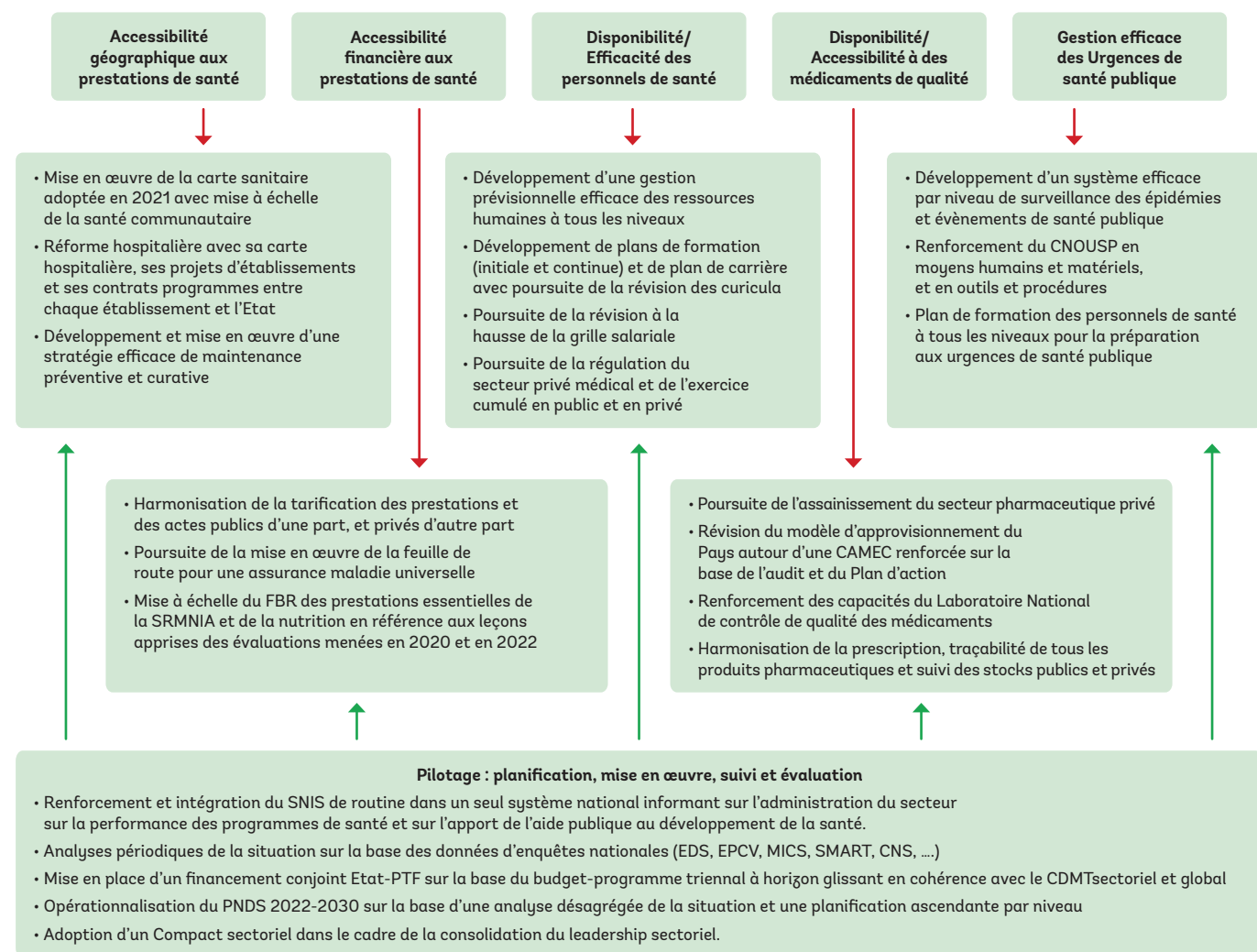
- Une accessibilité géographique aux prestations essentielles de santé, en particulier les paquets SRMINA-N

- Une accessibilité financière de ces prestations aux groupes les plus vulnérables
- Une disponibilité équitable des ressources humaines pour la santé qualifiées et efficaces en particulier dans les zones les plus reculées
- Une accessibilité des médicaments et consommables essentiels jusqu'au dernier km
- Une gestion efficace de la réponse aux urgences de santé publique
- Une approche multisectorielle dans le pilotage du secteur avec renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire.

Le schéma ci-dessous passe en revue les réformes et actions nécessaires à entreprendre dès le démarrage du cycle en 2022 afin que le système de santé se prépare à la mise en œuvre du DI.

Graphique 22

Réformes qui seront engagées par le gouvernement et ses PTF en soutien à la mise à échelle de la SRMNIA-N



Annexes

A1. PAQUETS D'INTERVENTIONS PRÉVUS DANS LE CADRE DU SCENARIO ADOPTÉ

Interventions du paquet « complet » du DI

<p>1. PRATIQUES SANITAIRES FAMILIALES</p> <p>1.1. Eau Hygiène et Assainissement (WASH)</p> <p>Source d'eau améliorée (TCED)</p> <p>Assainissement amélioré (ATPC)</p> <p>Lavage des mains au savon</p> <p>1.2 Prévention du Paludisme</p> <p>Utilisation des MILDA</p> <p>1.3. Alimentation et soins des nouveau-nés et des nourrissons</p> <p>Allaitement maternel précoce et exclusif jusqu'à 6 mois</p> <p>Allaitement maternel continu jusqu'à 23 mois</p> <p>Alimentation complémentaire, éducation nutritionnelle des mères</p> <p>Supplémentation en micronutriments des moins de 5 ans</p>	<p>Vaccin antitétanique (anatoxine tétanique)</p> <p>TPI - femmes enceintes protégées par un traitement préventif intermittent de paludisme ou dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)</p> <p>Supplémentation en fer et en acide folique</p> <p>Dépistage et traitement de la syphilis</p> <p>Prise en charge des cas d'hypertension</p> <p>Prise en charge des cas de diabète</p> <p>Prise en charge des cas de paludisme</p> <p>MgSO₄- prise en charge de la prééclampsie</p> <p>RCIU - détection et prise en charge des cas de retard de croissance intra-utérin</p> <p>PTME – Prévention de la transmission mère-enfant du VIH</p>	<p>Traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM)</p> <p>Traitement par les ARV des enfants séropositifs au VIH</p> <p>3.2. Accouchement assisté par un professionnel qualifié</p> <p>Bonnes pratiques d'hygiène lors de l'accouchement</p> <p>Soins essentiels et suivi en cas d'accouchement</p> <p>Prise en charge active de la délivrance</p> <p>Examen et stimulation immédiats du nouveau-né</p> <p>Application de la méthode « mère kangourou » à la naissance et durant les premières heures</p> <p>Chlorhexidine</p>	<p>4. SANTÉ DES ADOLESCENTS</p> <p>VAT en milieu scolaire</p> <p>Supplémentation en fer acide folique</p> <p>Education sexuelle et nutritionnelle pour les adolescents et leurs parents</p> <p>Disponibilité et utilisation des méthodes modernes de contraception y compris le préservatif</p> <p>Dépistage des IST/VIH chez les adolescents</p> <p>Traitement des IST/VIH chez les adolescents</p> <p>Soins aux victimes de violence conjugale: agression physique</p> <p>Soins aux victimes de violence entre partenaires intimes: agression sexuelle</p>
<p>2. SERVICES DE PRÉVENTION</p> <p>2.1. Vaccination, supplémentation et déparasitage (vaccination plus)</p> <p>Supplémentation en vitamine A</p> <p>Déparasitage des enfants</p> <p>Vaccin BCG;</p> <p>Vaccin antipoliomyélitique</p> <p>Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)</p> <p>Vaccin contre l'Haemophilus influenzae B (Hib)</p> <p>Vaccin contre l'hépatite B</p> <p>Vaccin antipneumococcique</p> <p>Vaccin contre la rougeole</p> <p>Vaccin contre la fièvre jaune</p> <p>Vaccin contre les rotavirus</p> <p>2.2. Soins prénatals</p>	<p>2.3. Planification familiale</p> <p>Utilisation de contraceptifs</p> <p>Fortification/supplémentation en fer et acide folique</p> <p>3. SERVICES CURATIFS</p> <p>3.1. Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMIN)</p> <p>Utilisation des SRO en cas de diarrhée</p> <p>Utilisation des antibiotiques oraux en cas d'infection du nouveau-né</p> <p>Utilisation des antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale</p> <p>Utilisation du zinc en cas de diarrhée</p> <p>Utilisation des antibiotiques oraux en cas de pneumonie aiguë chez l'enfant</p> <p>Utilisation de la vitamine A dans le traitement de la rougeole</p> <p>Traitement du paludisme par des ACT</p> <p>Alimentation thérapeutique en cas MAS</p>	<p>3.3. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)</p> <p>Accès à un établissement offrant des services SONUB lors du travail et de l'accouchement</p> <p>Accès à un établissement offrant des services SONUC lors du travail et de l'accouchement</p> <p>Réanimation néonatale en cas de besoin</p> <p>PEC sans risque de l'avortement</p> <p>Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine</p> <p>Administration de corticostéroïdes prénatals lors d'un travail prématuré</p> <p>Administration d'antibiotiques en cas de RPM</p> <p>Prise en charge de l'éclampsie avec utilisation du Sulfate de Magnésium</p> <p>Déclenchement du travail pour les grossesses de plus de 41 semaines</p> <p>Prise en charge des cas de septicémie maternelle</p> <p>Prise en charge de la prématurité</p> <p>Prise en charge de la pneumonie et de la septicémie du nouveau-né</p>	

A2. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la santé, PNDS 2022-2030
2. Plan stratégique SRMNIA-N 2021-2024
3. Dossier d'investissement pour la SRMNIA-N, république centrafricaine
4. A case for Strategic and Integrated Investment in Early Childhood; by Mensimah M. Bentsi-Enchill; Dec. 2018
5. Cadre Analytique des Politiques et Stratégies de la SRMNAN et de l'Opérationnalisation des Services au Niveau Communautaire; Gabriel DEUSSOM NOUBISSIE et Aboubacar CHAIBOU BEGOU; Mai 2018
6. Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2019-2021
7. Cas d'investissement sur la nutrition en Mauritanie ; Anthony Hodges, Montserrat Saboya - Oxford Policy Management Mohamed Ould Selmane – Consultant indépendant ; UNICEF ; 2012
8. Cas d'investissements sur la nutrition en Mauritanie ;
9. Access to Health, Education and Civil Registry: Key Findings in Mauritania, World Bank Group, Nov. 2018;
10. Appui à l'institutionnalisation de la santé communautaire Mauritanie; UNICEF Concept note 2019
11. GFF Frontline Healthcare Resource Toolkit: Objectives, Progress, & Next Steps, Global Financing Facility, World Bank Group. Dec. 2018
12. Guide national des soins du nouveau-né et des enfants de 0 à 9 ans en Mauritanie; DSBN; Dec.2018
13. Guide national des soins pendant la grossesse l'accouchement et la période post natale ; DSBN ; Dec.2018
14. Key Informant Interview (KII) Guide for PHC Assessment Analytical Study; Ghana
15. MANUEL DES PROCEDURES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR La performance ; Banque Mondiale ; Dec. 2018
16. Normes de gestion des services en santé de la reproduction ; DSBN ; Dec.2018
17. Normes des services en santé de la reproduction ; DSBN ; Dec. 2018
18. Plan de passage à l'échelle ANJE Mauritanie 2017-2025
19. Plan Multisectoriel de Nutrition (2016-2025)
20. Politique nationale de développement de la petite enfance en Mauritanie; MASEF
21. Politique de services en santé de la reproduction en Mauritanie; DSBN; Dec.2018
22. Profil Genre Mauritanie; AFD, 2016
23. Projet de Loi organique relative à la Région; 2018
24. Rapport Annuel 2018 ; GRET/UNICEF ; Février 2019
25. Rapport Annuel 2018 ; SWEDD Mauritanie ; Janvier 2019
26. Rapport final Projet « Offre appropriée des soins et informations aux adolescents ; UNICEF/NATCOM Espagnol ; Mars 2018
27. Santé et bien-être des adolescent-e-s ; TECHNICAL PROJECT FORM UNICEF VALENCIAN COMMUNITY COMMITTE ; UNICEF 2019
28. Stratégie nationale de la jeunesse, des sports et des loisirs 2015-2020
29. Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire pour la Mauritanie aux horizons 2015 et vision 2030; Ministère des Affaires économiques et du Développement

A3. PRINCIPALES ÉTAPES DU PROCESSUS D'ÉLABORATION ET DE VALIDATION DU DI

Le processus d'élaboration de ce dossier d'investissement a été intégré, à certaines étapes, à celui de l'élaboration du PNDS 2021-2030. De la feuille de route intégrée, les 11 phases et étapes impliquant des actions plus ou moins spécifiques pour le DI sont les suivantes :

1. Adoption d'une feuille de route consensuelle définissant les activités à mener et les ressources nécessaires jusqu'à l'adoption large du Dossier d'investissement.
 2. Élaboration de la note de cadrage pour le développement du PNDS 2021-2030 et du DI 2022-2024.
 3. Revue de la documentation et collecte des données techniques nécessaires au développement d'une application « EQUIST » adaptée aux besoins et priorités de la Mauritanie. L'outil « EQUIST » étant plus adapté à l'analyse et aux choix stratégiques intégrant la dimension équité, il a été utilisé au début du processus afin de procéder aux choix les plus appropriés tenant compte de la situation de la Mauritanie; ce qui a permis d'estimer les efforts techniques nécessaires (en matière de couvertures en interventions à haut impact) et les impacts attendus sur la SRMNIA-N. Par contre, il ne garantit pas toute la précision nécessaire au calcul des coûts et à l'estimation de l'espace budgétaire et du gap de financement, ce qui a été développé grâce à un « transfert » vers le « One Health Tool » des produits de Equist et une saisie des données financières qui ont été consolidées à cet effet.
 4. Vérification, mise à jour des données et de développement des applications EQUIST et pour le DI.
 5. Atelier de consolidation de l'application « Equist » adaptée aux besoins et priorités de la Mauritanie : causes et déterminantes de mortalités, choix des interventions, analyse des goulots d'étranglement, proposition de stratégies correctrices, fixation de couvertures cibles, estimation et analyse des impacts. Cette rencontre a été l'occasion d'impliquer d'autres acteurs clés (bénéficiaires, organisations de la société civile, leaders communautaires ...) afin de discuter et recueillir leurs perceptions sur les causes et les déterminants de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et des adolescents ainsi que sur les stratégies de lutte contre ces causes.
 6. Partage et adoption des produits de « EQUIST » en matière de groupes, de zones et d'interventions prioritaires, de goulots d'étranglement du système de santé, de causes et de mesures correctives, de cibles et d'impacts attendus.
 7. Développement d'une application « One Health Tool » intégrant à la fois (i) les produits de l'application « Equist » en matière d'iniquités, d'interventions, de cibles des interventions visées et d'impacts et (ii) les produits de la cartographie des ressources ; parallèlement, les coûts unitaires proposés par le « One Health Tool » ont été adaptés à la situation du Pays afin de disposer de budgets réalistes et conformes aux besoins nationaux en matière de SRMNIA-N.
 8. Consolidation des données financières nécessaires³² à l'estimation du gap financier tenant compte de l'estimation des ressources disponibles pour la SRMNIA-N et pour le DI en particulier. Une étroite collaboration entre l'équipe chargée de la cartographie des ressources sera nécessaire pour finaliser cette étape.
 9. Rédaction et partage de ce Dossier d'investissement avec les choix stratégiques tenant compte des résultats attendus et de la faisabilité technique et financière.
 10. Validation technique du Dossier d'investissement au cours d'un atelier national impliquant les autorités centrales des Ministères de la santé, de la planification et des finances, des PTF de la santé, des niveaux décentralisés du secteur de la santé et des représentants des communautés.
 11. Adoption du Dossier d'investissement par les Ministères du plan et des finances ainsi que les principaux PTF du secteur suivi de table ronde pour mobilisation des ressources.
- « A ce stade le processus a suivi les étapes 1 à 9 et devrait se poursuivre avec l'atelier de validation »

³² Avec cartographie des ressources disponibles ou mobilisables

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité - Justice

Dossier d'investissement 2022-2025

POUR L'AMÉLIORATION DE LA
SANTÉ DE LA REPRODUCTION,
MATERNELLE, NÉONATALE
ET INFANTO-JUVENILE,
ADOLESCENTS ET LA
NUTRITION EN MAURITANIE



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ



MÉCANISME DE
FINANCEMENT
MONDIAL



SOUTENU PAR LE

GRUPE DE LA BANQUE MONDIALE