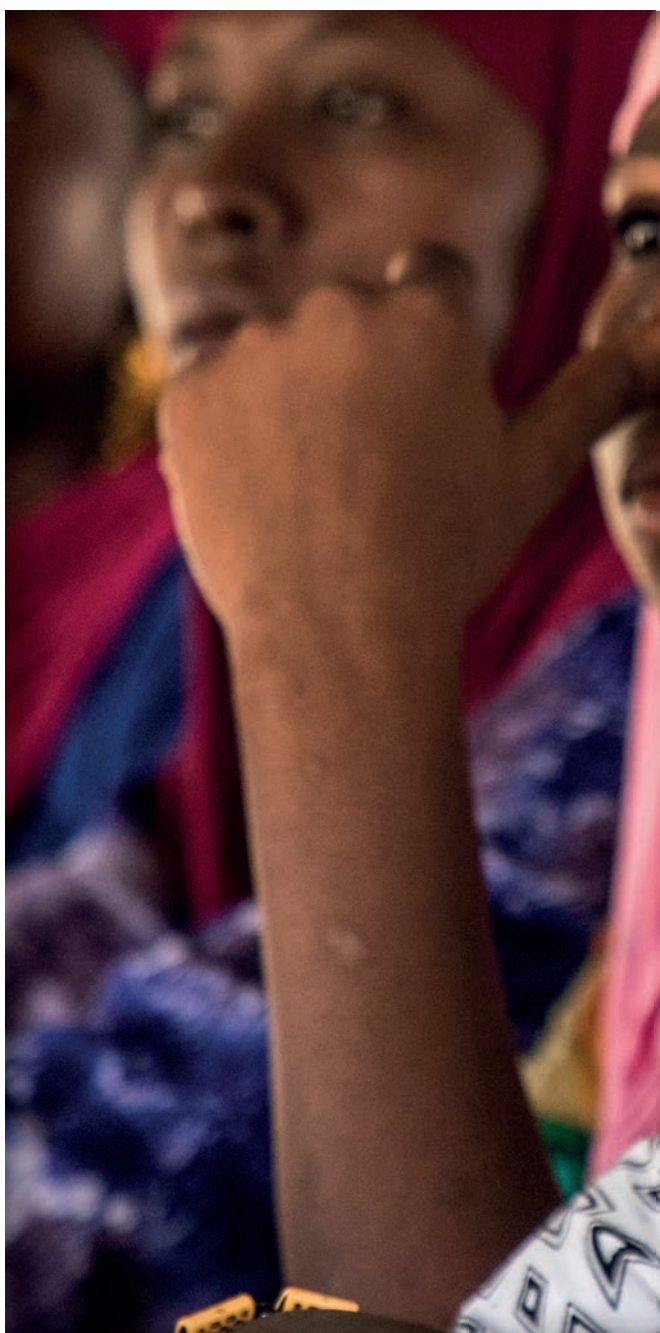


Dossier d'investissement

2022-2025



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





Résumé exécutif



1. LE PAYS : LA RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Située à l'Ouest du continent africain, la République Islamique de Mauritanie dispose d'une superficie de 1030 700 km² avec une façade maritime (sur l'océan atlantique) de 600 km. Sur le plan administratif, le pays est divisé en 15 Wilayas (régions), 57 Moughataas (départements) et 220 communes dirigées. La « Déclaration de Politique de Décentralisation et de Développement Local » réaffirme la volonté du Gouvernement de faire de la décentralisation un acquis irréversible. Cependant, cette décentralisation se confronte à un certain nombre de contraintes et d'obstacles qui ralentissent sa mise en œuvre effective.

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 avec une forte disparité dans la répartition de la population entre les 15 wilayas du pays. Un exode vers les zones urbaines a renversé la tendance avec 52,8% de la population vivant en milieu urbain et un ratio de 116 femmes pour 100 homes. La population mauritanienne est jeune avec 44,2% ayant moins de 15 ans et seulement 5,3% ayant plus de 60 ans et une espérance de vie à la naissance de 64,6 ans.

La croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) est passée de 2,1% en 2018 à 5,9% en 2019 avant de retomber à 1,5 % en 2020 à cause des effets de la pandémie COVID. On note une reprise à 2,3% en 2021 avec une inflation annuelle moyenne passant de 2,4 % en 2020 à 3,6 % en 2021. L'indice de développement humain (IDH) a connu une hausse de 37,5% faisant passer le pays au 157^{ème} rang sur 189 pays en 2020.

La situation socio-économique reste marquée par un accès insuffisant aux services de base (63,5% à l'école primaire, 62,1% à l'eau potable, 52% à un assainissement, 42,6% au transport public, 36,9% à l'électricité et 32,6% à l'information Rx/Tv) avec une forte disparité entre le rural et le périurbain d'une part et l'urbain d'autre part. L'incidence de pauvreté est estimée à 28,2% de mauritaniens vivants en dessous du seuil de pauvreté (estimé à 16 945 MRU) avec un rural largement plus touché (41,2%) contre 14,4% en milieu urbain. Il faut cependant noter que la réduction de cette pauvreté est plus prononcée en milieu rural (1,7% par an) qu'au niveau urbain (0,6%).

2. LE SECTEUR : LE SYSTÈME DE SANTÉ EN MAURITANIE

Le système de santé est composé de quatre composantes à importance inégale : (i) le secteur public assurant le gros des prestations de santé, (ii) le secteur privé encore limité aux grandes villes, (iii) la santé communautaire très limitée malgré plusieurs tentatives de mise à échelle et (iv) la médecine traditionnelle non normalisée et peu encadrée.

Le secteur est organisé suivant une architecture pyramidale avec, à la base, les postes et centres de santé, au sommet le cabinet du ministre, les directions centrales et les centres hospitaliers généraux ou spécialisés, et entre les deux, les services régionaux (les DRS et les Centres hospitaliers régionaux). Une réglementation fournie organise les relations entre entités et les missions par niveau, cependant on note une insuffisance dans l'application rigoureuse de cette réglementation.

Le financement de ce système est assuré à travers trois sources : les fonds publics du budget de l'Etat, les fonds privés des ménages et l'aide publique au développement. Cependant, la part du budget de la santé dans le budget total de l'administration publique est encore très en deçà des engagements internationaux (15%) et même nationaux (8,5%). En parallèle, le ménage mauritanien continue à supporter plus de la moitié de la dépense totale de santé avec les risques assez fréquents de dépenses catastrophiques ayant un impact négatif sur l'évolution favorable de l'incidence de la pauvreté.



3. LA JUSTIFICATION D'UN DI SUR LA SRMIA-N EN MAURITANIE

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 d'un 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. Ce DI a pour but de 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.

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 permis (i) une analyse de la situation sanitaire des groupes cibles (femmes, nouveaux nés, enfants de moins de 5 ans et adolescents) ; (ii) une analyse des goulots d'étranglements qui entravent l'utilisation des services essentiels, préventifs et curatifs ; (iii) une analyse des causes de ces goulots qu'elles soient immédiates, sous-jacentes ou structurelles ; (iv) un consensus autour des stratégies correctives nécessaires et suffisantes ; (v) une estimation des besoins en ressources humaines, matérielles et financières et (vi) un consensus autour du dispositif d'opérationnalisation, de pilotage, de coordination et de suivi et évaluation.

4. LA SITUATION DE LA SRMIA-N EN MAURITANIE

Tableau 1

Indicateurs de mortalité

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

Les taux de mortalité néonatale (22 p1000) a connu d'importantes améliorations ces dernières années pour atteindre 22‰, niveau plus faible que la moyenne en Afrique sub-saharienne (24,7‰). Le taux de mortalité infanto-juvénile a globalement connu une forte baisse de 45% entre 2007 (122‰) et 2011 (68‰) et de 24% entre 2015 (54‰), et 2019 (41‰). Le ratio de mortalité maternelle (424 décès maternels p100 000 NV), même s'il reste élevé, a également connu un important progrès. Toutefois, il est probable que 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.

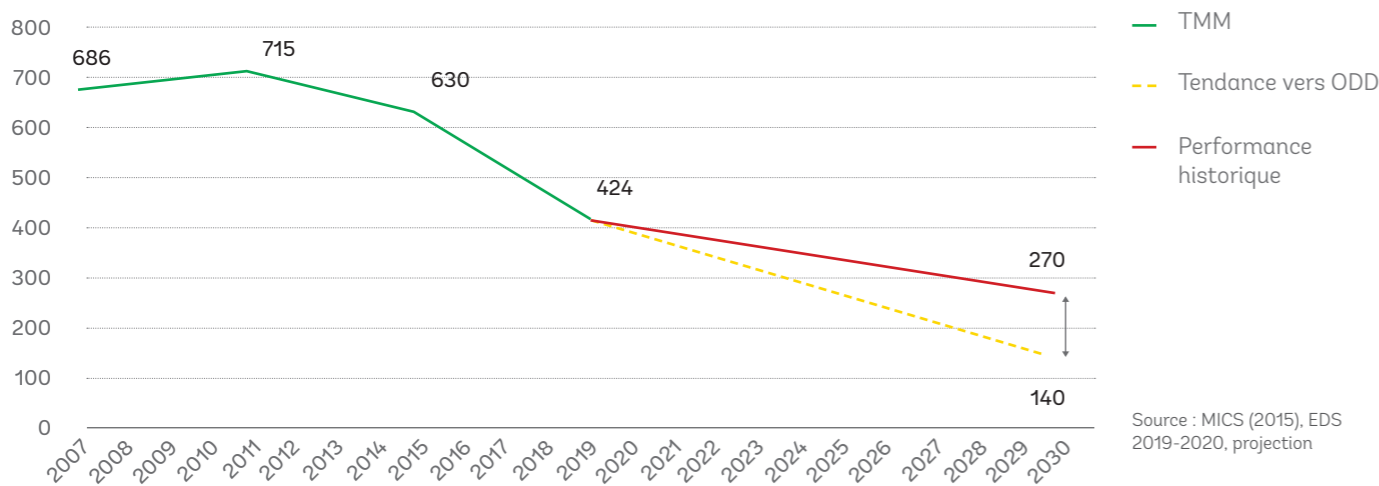
À titre d'exemple, les nouveaux nés pauvres (27‰) ont jusqu'à deux fois plus de chances de ne pas atteindre l'âge de 28 jours que les nouveaux né du quintile le plus riche (12‰). Par ailleurs, les zones rurales semblent plus exposées aux causes de mortalités néonatales (26‰) que les zones urbaines (12‰ à Nouakchott). Par ailleurs en tenant compte de l'intervalle avec la naissance précédente, le nouveau né 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 ans (2ans : 16 ‰ ; 3 ans : 12‰). Les taux de mortalité infantile sont supérieurs à la moyenne nationale dans les wilayas de Adrar (69‰), Tagant (61‰), Gorgol (42‰), Assaba (41‰), Tiris Zemmour (38‰), Barakna et Guidimagha (36‰).

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 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).

Il apparaît clairement 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 moins de 140 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Graphique 1

Tendances de la mortalité maternelle entre 2007 et 2019



Malgré une amélioration de la mortalité des adolescents passant de 13,25‰ en 2015 à 12,19‰ en 2019, les indicateurs de santé des adolescents demeurent préoccupants en Mauritanie. La fécondité précoce reste élevée, avec un taux 15,4% des 15-19 ans qui ont déjà une naissance vivante avec quatre (4) adolescentes sur 10 qui accouchent sans personnel qualifié dont la moitié en milieu rural et une (1) femme sur 4 qui a été victime de violence sexuelle ; d'où une maternité des adolescentes hautement à risque pour leur vie et celle de leurs nouveau-nés.

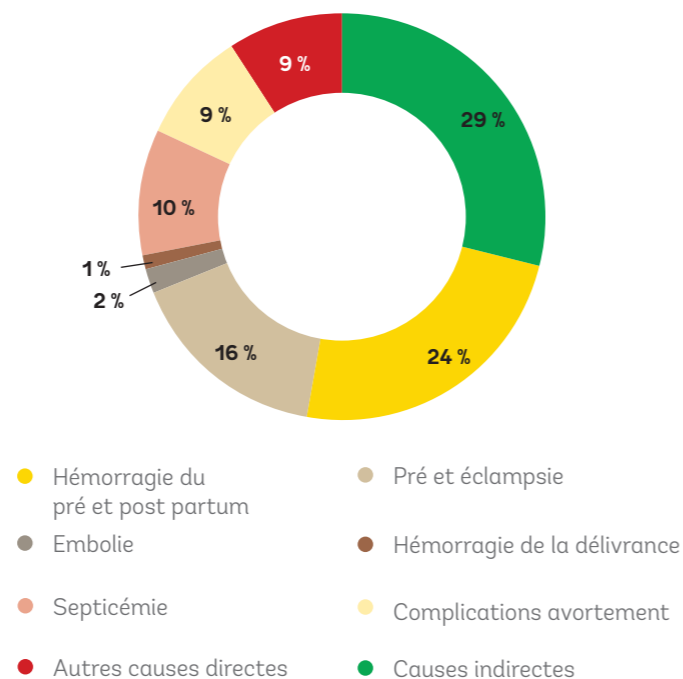
Les causes des mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles sont, pour leur grande majorité, évitables si des interventions efficaces sont mises à échelle et si des mesures adéquates sont prises de manière multisectorielle.

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%).

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%).

Graphique 2

Répartition des causes de mortalité maternelle



²³ Estimation Equist 2020

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 2

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

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.

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 2019 contre 9,5% en 2016. 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.

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. L'analyse des causes de morbidité et de mortalité amène à analyser les niveaux d'utilisation effective des

services préventifs et curatifs ayant un haut impact sur SRMNIA-N afin de dégager les goulots d'étranglement qui l'entravent et de là tirer les propositions de stratégies qui seront à la base des choix stratégiques du DI.

Selon l'analyse des goulots d'étranglement, deux tiers des femmes et des enfants ne bénéficient pas des interventions du paquet communautaire et 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. L'insuffisance de l'approche communautaire et l'insuffisance d'efficacité des programmes de communication pour le changement de comportement en seraient les premières causes immédiates. 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 pas de soins adéquats à domicile 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.

Plus la moitié des femmes enceintes ne bénéficient pas des interventions du 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.

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, bien 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.

Pour le paquet curatif de premier niveau, 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. De même, 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 en sont pour quelque chose, en particulier les questions liées à la disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées, à l'accès géographique et financier aux soins obstétricaux de base.

Pour le paquet curatif de 2e niveau, l'analyse des interventions exprime un manque important dans l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Au-delà des insuffisances d'accès à des 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 de contre référence qu'il faudra nécessairement formaliser et renforcer à tous les niveaux.

Pour la santé des adolescents, le faible 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. Une analyse systématique des causes des différents goulots de disponibilité, d'accès, d'utilisation et de qualité a permis de dégager les priorités d'actions en termes de choix de zones, de groupes cibles et d'interventions prioritaires.

5. LES PRIORITÉS STRATÉGIQUES DE SRMNIA_N POUR LA PÉRIODE 2022-2025

Les populations cibles prioritaires

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 jeunes.

Les zones cibles proritaires

Sur la base du nombre d'indicateurs en situation défavorables par rapport à la moyenne nationale, les régions ont été classées en deux groupes ou niveau de priorité :

- Région prioritaire (niveau 1) : nombre total d'indicateurs défavorables supérieur ou égal à 5 indicateurs sur un total de 7 indicateurs.

- Région moins prioritaire (niveau 2) : nombre total d'indicateurs défavorables inférieur à 5 indicateurs sur un total de 7 indicateurs.

Tableau 3

Répartition des régions par niveau de priorité

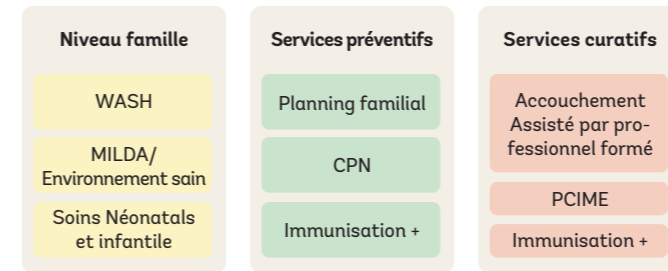
Niveau de priorité	Régions
Niveau 1 = Régions prioritaires	Hodh chargui
	Guidimagha
	Assaba
	Gorgol
	Tagant
	Adrar
	Hodh Elgharbi
Niveau 2 = Régions moins prioritaires	Brakna
	Trarza
	Dakhlett Nouadhibou
	Tiris Zemour
	Inchiri
	Nouakchott Ouest
	Nouakchott Nord
Nouakchott Sud	

Le groupe des sept willayas prioritaires (du niveau 1) ont enregistré la charge de mortalité la plus lourde soit un peu plus de 60% des décès infanto juvéniles du pays. 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 potentielles de la PF et 97 399 grossesses attendues en 2022.

L'option de mise en œuvre retenue par le pays est basé sur la sélection de 2 paquets successifs d'interventions à couvrir à l'échéance du Di. Le premier est un paquet minimum et le second, plus complet et intégrant le premier correspondant à l'ensemble des interventions essentielles retenues comme prioritaires. Ce paquet complet garantit le continuum de soins unanimement jugé nécessaire pour une efficacité de l'action de santé et pour une durabilité des acquis. Qu'il s'agit du paquet minimum ou du paquet complet, on retrouve une sélection des interventions à haut impacts constituant les paquets et sous-paquets bien connus de la pyramide sanitaire et organisées comme suit selon l'application Equist:

Graphique 3

Les 3 plateformes/paquets et les 9 sous paquets d'interventions à haut impact



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 DI de la Mauritanie. 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 willayas prioritaires (niveau 1) et une mise en œuvre progressive dans le reste du pays. En effet, la mise à l'échelle de manière graduelle des interventions à haut impact a l'avantage d'utiliser de manière efficace les capacités du pays au plan technique, matériel, humain et financier.

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 de service de la SRMNIA-N tout au long des 3 années. 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		x	x	x
Renforcement Systèmes de Santé				x

Les stratégies adoptées et interventions clés

Pour chaque domaine ou sous-domaine, les stratégies retenues sont ciblées ci-dessous. Les interventions de chaque stratégie sont détaillées dans le corps du DI.

DOMAINE 1 :

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

Sous-domaine 1-1

Maternité à moindre risque

Stratégies
1. Développer et rendre fonctionnel un réseau national SONU
2. Mettre en place un système de référence et contre-référence de qualité et assurer son monitoring
3. Assurer la disponibilité des 13 médicaments qui sauvent la vie
4. Vulgariser et disséminer les PNP SR
5. Mettre en place et assurer la fonctionnalité des centres régionaux de transfusion sanguine
6. Redynamiser et généraliser la Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR) y compris au niveau communautaire
7. Assurer la prévention, la recherche active et la prise en charge gratuite des cas de fistules obstétricalesw

Sous-domaine 1-2

Soins du nouveau-né

Stratégies
1. Vulgariser les soins essentiels du Nouveau-Né
2. Mettre en place une unité de réanimation néonatale dans tous les hôpitaux régionaux
3. Mettre en place la stratégie « coin du nouveau-nés » dans toutes les FOSA assurant l'accouchement
4. Promouvoir l'allaitement maternel exclusif

Sous-domaine 1-3

Espacement des naissances

Stratégies

1. Développer et mettre en place la distribution à base communautaire des contraceptifs
2. Assurer l'autonomie en matière d'acquisition des produits SR (ligne budgétaire renforcée)
3. Assurer la disponibilité des produits contraceptifs au dernier Km
4. Assurer une offre des méthodes contraceptives modernes au niveau des hôpitaux et des centres de santé
5. Assurer une offre des méthodes contraceptives orales et injectables au niveau des Postes de santé
6. Développer une stratégie de communication autour de l'espacement des naissances
7. Vulgariser les auto-injectables

DOMAINE 2 :

AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Stratégies

1. Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de la santé des adolescents et jeunes
2. Redynamiser la santé scolaire et universitaire
3. Rendre disponible l'offre d'écoute et des soins aux adolescents
4. Créer un environnement juridique favorable à la prise en charges des besoins spécifiques aux adolescents et jeunes

DOMAINE 3 :

LUTTE CONTRE LES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE (VBG)

Stratégies

1. Prise en charge clinique et psychosociale des victimes VBG au niveau des hôpitaux et Centre de Santé
2. Plaidoyer pour la loi genre

DOMAINE 4 :

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILÉ

Sous-domaine 4-1

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

Stratégies

1. Améliorer l'Alimentation du nourrisson du jeune enfant, des adolescents, des femmes enceintes et allaitantes
2. Lutter contre les carences en micronutriments chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes
3. Renforcer la prise en charge de la malnutrition aigue
4. Lutter contre le surpoids et l'obésité chez les adolescents et les adultes
5. Renforcer la surveillance nutritionnelle à travers une meilleure coordination entre les différentes parties responsables (SNIS, MS, CSA, MASEF)

Sous-domaine 4-2

Amélioration de la couverture vaccinale

Stratégies

1. Mettre en place des stratégies innovantes pour atteindre et arriver à maintenir une couverture vaccinale totale
2. Introduire les nouveaux vaccins
3. Assurer une chaîne de froid efficace
4. Assurer une gestion sécurisée des déchets vaccinaux

6. LES IMPACTS ATTENDUS DE LA MISE EN ŒUVRE DU DI

Tableau 4

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

Tableau 5

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

Tableau 6

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

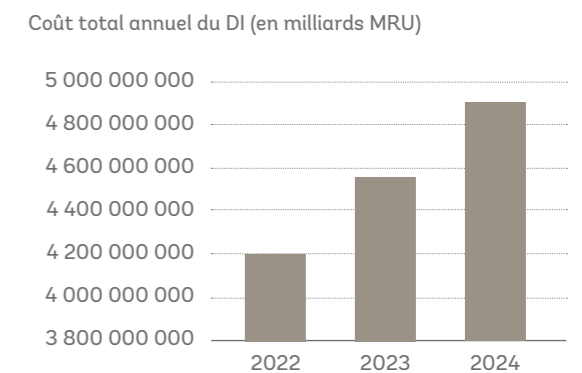
	2022	2023	2024	Total
Scenario adopté	4 113	7 382	11 421	22 916

7. LES RESSOURCES FINANCIÈRES NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE DU DI

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.

Graphique 4

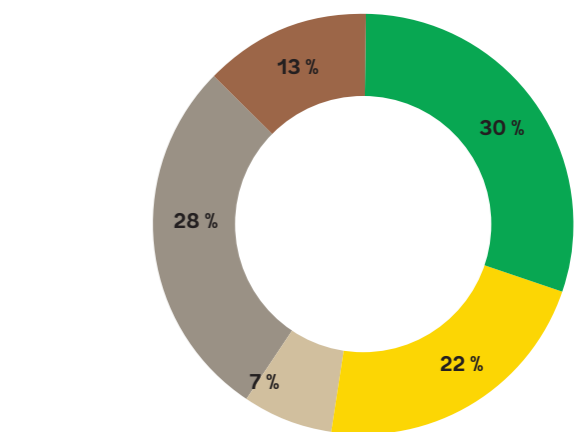
Évolution annuelle des coûts globaux du DI en milliards de MRU



Source : Développement de l'application OneHealth

Graphique 5

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



Source : Développement de l'application OneHealth

Tableau 7

Répartition du budget par catégorie budgétaire (en MRU)

Catégories de dépenses	2022-2024	% du budget global
Salaires du personnel et bénéficiaires	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



8.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES POTENTIELLEMENT DISPONIBLES ET GAP

Tableau 8

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 d'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.



9.

LES MODALITÉS D'OPÉRATIONNALISATION, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION 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 et les autres acteurs intervenant dans les régions. Les Comités régionaux de développement sanitaire se chargeront d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Programme régional et de l'atteinte des différents résultats.

Le dispositif de mise en œuvre et de coordination se basera sur des cadres de performance par niveau (national, régional et de moughata) qui serviront de base pour la planification opérationnelle et le suivi.

Ce suivi sera semestriel ou trimestriel en fonction du niveau et permettra l'organisation semestrielle de revues régionales suivies d'une revue nationale.

10.

PRINCIPALES RÉFORMES EN SOUTIEN AU FINANCEMENT ET À LA MISE EN ŒUVRE DU DI

Pour une mise en œuvre effective de ces paquets d'interventions prioritaires, un certain nombre de réformes seront engagées visant à assurer :

- Une accessibilité géographique aux prestations essentielles de santé
- Une accessibilité financière de ces prestations aux groupes les plus vulnérables
- Une disponibilité équitable des ressources humaines pour la santé qualifiées et efficaces
- 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.



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