**République Islamique de la Mauritanie**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | A picture containing text, emblem, logo, trademark  Description automatically generated |

**Stratégie Nationale de Financement de la Santé**

**2023-2030**

*Version 2 Décembre 2023*

#

**Table des matières**

[Chapitre 1 : Introduction 3](#_Toc140268431)

[1.1. Vision du gouvernement pour la Couverture Sanitaire Universelle 1](#_Toc140268432)

[1.2. Objectifs de cette stratégie 2](#_Toc140268433)

[1.3. Méthodologie 2](#_Toc140268434)

[Chapitre 2 : Contexte 4](#_Toc140268435)

[2.1. Situation économique 4](#_Toc140268436)

[2.2. Situation sociale 6](#_Toc140268437)

[Chapitre 3 : Analyse du financement du système de santé 9](#_Toc140268438)

[3.1. Mobilisation des ressources 10](#_Toc140268439)

[3.2. Mise en commun des ressources 11](#_Toc140268440)

[3.3. Analyse de l’allocation de ressources et l’achat de services 12](#_Toc140268441)

[Chapitre 4 : Stratégie de financement de la santé 18](#_Toc140268442)

[4.1. Vision 18](#_Toc140268443)

[4.2. Objectifs 18](#_Toc140268444)

[4.3. Axes stratégiques et principales actions 19](#_Toc140268445)

[Chapitre 5 : Opérationnalisation et suivi évaluation de la SNFS 34](#_Toc140268446)

[5.1. Dispositif et modalités de mise en œuvre de la SNFS 34](#_Toc140268447)

[5.2. Dispositif de coordination et de suivi et évaluation de la SNFS 35](#_Toc140268448)

[5.3. Conditions de succès et risques 37](#_Toc140268449)

[Glossaire d’abréviations 3](#_Toc140268450)

[Bibliographie 38](#_Toc140268451)

#

# **Glossaire d’abréviations**

|  |  |
| --- | --- |
| AMO  | Assurance Médicale Obligatoire |
| AMU | Assurance Médicale Universelle |
| AMV | Assurance Médicale Volontaire |
| ASC | Agent de santé communautaire |
| BBP | Budget Basé sur les Programmes |
| CAS | Compte d’Affectation Spécial  |
| CS | Centre de Santé |
| CDS | Cellule de Développement Sanitaire |
| CBMT | Cadre Budgétaire à Moyen Terme |
| CDMT | Cadre de Dépense à Moyen Terme |
| CNAM | Caisse Nationale d'Assurance Maladie  |
| CNASS | Caisse Nationale de Solidarité en Santé |
| COSA | Comité de Santé |
| CSU | Couverture Sanitaire Universelle |
| DGRP | Direction Générale de la Régulation et de la Planification |
| DGSP | Direction Générale de la Santé Publique |
| FBR / FBP | Financement Basé sur les Résultats / Financement Basé sur la Performance |
| FMI | Fonds Monétaire International |
| FOSAGFF | Formation sanitaireGlobal Financing Facility |
| GFP | Gestion des Finances Publiques |
| MASEF | Ministère des affaires sociales, de l’enfance et de la famille |
| MCD | Médecin chef de district |
| MdS | Ministère de la santé |
| MdF | Ministère des finances |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| PROPEP | Projet Prioritaire Élargi du Président de la République |
| PS | Poste de Santé |
| PTF | Partenaire Technique et Financier |
| S&E | Suivi et Évaluation |
| SIGFP | Système intégré de gestion des finances publiques |
| SNFS | Stratégie Nationale de Financement de la Santé |
| SNIS | Système Nationale d’Information Sanitaire |
| SSP | Soins de santé primaire |
| USB | Unité de soins de base |

# **PREFACE**

La République Islamique de la Mauritanie a mis l’atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU) au cœur de sa vision pour le développement du secteur de la santé. Beaucoup de progrès ont déjà été réalisés vers cet objectif, bien que plusieurs défis persistent, dont le sous-investissement dans la santé par rapport aux besoins, particulièrement au niveau primaire, la mise en commun des ressources limitée, et une fonction d’achat encore peu stratégique, due en partie à un manque d’alignement entre les programmes nationaux et ceux des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs).

Développer une stratégie de financement de la santé est un maillon clef vers la CSU. Le processus de développement de cette stratégie a été mené en Mauritanie par un groupe de travail technique interdisciplinaire sur le financement de la santé, qui est au sein du Comité National de Pilotage du secteur (CONAP). Fort des leçons internationales et nationales, et d’une large consultation avec toutes les parties prenantes, la vision accordée est de soutenir les progrès vers la CSU, à travers (a) une réorganisation de la mobilisation de ressources visant à réduire les paiements directs des ménages et à augmenter la contribution des recettes fiscales progressives pour la santé, (b) une augmentation significative de la mutualisation des risques et la mise en commun des ressources, afin d'améliorer la protection financière de la population et (c) une utilisation plus stratégique des ressources disponibles pour la santé, visant à améliorer l’efficience et l'équité des dépenses, en particulier à travers une plus grande priorité donnée aux Soins de Santé Primaire (SSP).

Les valeurs clefs défendues par cette stratégie sont l’équité dans la mobilisation et l’allocation des ressources, l’efficience dans les dépenses à travers une plus grande coordination entre acteurs, et un focus sur les SSP.

Une série d’actions essentielles vers ces objectifs a été déclinée dans la stratégie de financement de la santé. Ces actions vont requérir un leadership fort et soutenu de la part du gouvernement afin d’orienter tous les acteurs vers la plus grande cohérence prônée dans cette stratégie, ainsi qu’un engagement financier additionnel.

Le succès dans la mise en œuvre de la présente SNFS dépendra, essentiellement, de deux aspects :

* L’engagement politique de haut niveau en faveur de la santé. Cet engagement s’est manifesté à maintes reprises, entre autres par l’ampleur et l’ambition du Programme Prioritaire Elargi du Président (ProPEP), son Excellence Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani. La présente stratégie constitue un des outils pour la matérialisation de cet engagement en faveur du financement d’une action de santé équitable, efficace, efficiente et durable pour une couverture sanitaire universelle, bénéficiant en particulier aux groupes les plus vulnérables.
* L’engagement et une participation effective des Partenaires Techniques et Financiers à accompagner cet élan et à renforcer ce leadership du Département en charge de la santé pour une planification, une mobilisation des ressources, une mise en œuvre et un suivi conjoint et responsable, transparent et inclusif. Le renforcement du Compact à travers la participation de tous les PTF constitue une matérialisation de cet accompagnement pour plus d’appropriation nationale, d’harmonisation et de redevabilité en conformité avec les déclarations internationales sur l’aide publique au développement et sur le financement de la santé.

En conclusion, les avancées sont indéniables et les chantiers amorcés pertinents, mais un recentrage du financement vers les Soins de Santé Primaires (SSP) est essentiel pour honorer les promesses de la CSU, et progresser vers une plus grande équité et efficience des ressources.

Le soutien au plus haut niveau du gouvernement sera l’objet d’un plaidoyer ferme de notre département et le suivi essentiel des actions sera assuré en collaboration avec tous les acteurs pour une mise en œuvre adéquate de la feuille de route de cette stratégie Nationale de Financement de la Santé 2023-2030.

J’invite donc toutes les instances de coordination à se mettre à l’œuvre dès leur mise en place, pour un suivi régulier de cette feuille de route.

**Naha Hamdi Mouknass**

# **Chapitre 1 : Introduction**

## **1.1. Vision du gouvernement pour la Couverture Sanitaire Universelle**

La République Islamique de la Mauritanie a mis l’atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU) au cœur de sa vision pour le développement du secteur de la santé. Cet objectif est identifié comme un axe prioritaire des deux derniers Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS 2012-2020 et 2021-2030). Le plan actuel identifie plusieurs stratégies au sein du sous-programme 4.2 du PNDS pour réaliser l’ambition de CSU [1]:

* Augmenter le taux du budget de l'État consacré à la santé jusqu’à 15% du budget global à l’horizon 2030.
* Mettre à l'échelle l'assurance maladie pour améliorer la protection financière du risque maladie.
* Harmonisation et rationalisation des mécanismes de gratuité des soins (afin de les intégrer progressivement dans le système assuranciel).
* Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de couverture sanitaire universelle.

Ces axes seront la base de la réussite de la CSU. Beaucoup de progrès ont déjà été réalisés vers cet objectif, malgré les chocs exogènes de la pandémie de COVID-19 et l’instabilité dans l’économie mondiale. Ceci a été possible grâce au soutien fort du plus haut niveau de l’état et le leadership du ministère de la Santé, (MdS) ainsi qu’à l’appui des partenaires techniques et financiers (PTFs).

Le Président de la République s’est en effet engagé en faveur de la CSU dans son Programme Prioritaire Élargie du Président de la République (ProPEP 2020-2023). Ce programme sur 30 mois a priorisé des activités pour améliorer l’accès aux services pour les populations prioritaires et renforcer les programmes de soutien aux ménages les plus démunis, entre autres en finançant la réduction des frais du forfait obstétrical, en plus de son extension à échelle nationale. De plus, le programme a permis de faire porter les ménages les plus indigents (100 000 ménages) par l’assurance obligatoire en subventionnant leur adhésion à ce régime pour une couverture à 100% du risque maladie et de mettre sur pied un nouveau régime d’assurance maladie volontaire, la Caisse Nationale de Solidarité en Santé (CNASS), qui visera à accroitre le rôle du prépaiement et d’augmenter le partage de risque pour le reste de de la population (la majorité), qui sont actuellement sans protection.

Malgré des progrès importants, plusieurs défis persistent, dont le sous-investissement dans la santé par rapport aux besoins, particulièrement au niveau primaire, une mise en commun des ressources limitée, et une fonction d’achat encore peu stratégique, due en partie à un manque d’alignement entre les programmes nationaux et ceux des PTFs.

**Encadré 1 : L’importance des SSP**

Les SSP sont une composante essentielle des systèmes de santé hautement performants, dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible, fournissant des soins efficaces, abordables et inclusifs aux personnes lorsqu'elles en ont besoin. Le système de soins primaires est également le canal par lequel sont dispensées les interventions de santé les plus rentables. Il constitue le fondement à la fois de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD). (33)

Depuis plusieurs années, le secteur se concentre sur la préparation d’une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS). Cette stratégie servira de fondement pour un plaidoyer pour mobiliser plus de ressources pour la santé, basé sur les évidences et priorités nationales, et pour guider des actions stratégiques favorisant un meilleur alignement et une utilisation plus efficiente des ressources.

**1.2. Objectifs de cette stratégie**

Cette stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) a pour objectifs de :

**Guider des actions stratégiques pour un alignement et une accélération** sur le moyen/long terme des initiatives de renforcement du financement de la santé, en particulier :

* Assurer la mobilisation des ressources financières progressives nécessaires à une couverture sanitaire universelle à l’horizon 2030 et définir une feuille de route pour une augmentation progressive du budget public alloué à la santé avec un objectif de 15% en 2030.
* Améliorer la mise en commun et mutualisation des ressources pour renforcer la protection financière de la population ;
* Améliorer le processus d'allocation des ressources de la santé, en privilégiant les SSP, et rendre l’achat plus stratégique ;
* Renforcer des fonctions sous-jacentes au système de financement de la santé : gouvernance, données et gestion des finances publiques (GFP).

## **1.3. Méthodologie**

 Le processus de développement de la SNFS a été mené en Mauritanie par un groupe de travail technique interdisciplinaire sur le financement de la santé, qui est au sein du Comité National de Pilotage du secteur (CONAP), et qui assure la coordination entre les principales parties prenantes - dont le Ministère de la Santé (MdS), le Ministère en charge de l’Economie, du Développement Durable et de la Promotion des secteurs productifs, le Ministère des Finances (MdF), la Direction Générale du Budget (DGB), la Caisse Nationale d’Assurance Maladie (CNAM), la Caisse Nationale de Solidarité en Santé (CNASS), le Ministère des Affaires sociales , de l’Enfance et de la Famille (MASEF), et les partenaires techniques et financiers (PTFs).

Le contenu analytique de cette stratégie (chapitres 2 et 3) a été alimenté par plusieurs travaux antérieurs, particulièrement une *Analyse du Système de Financement de la Santé* préparé en début 2023 à la demande du Ministère de la Santé et des membres du groupe de travail technique, ainsi que :

* -Le Diagnostic du Système de Financement de la Santé (2019) ;
* La Carte Sanitaire Nationale de la Mauritanie (2020) ;
* Le rapport de la mission d’appui à la Couverture Sanitaire Universelle en République Islamique de Mauritanie (OMS, 2020) ;
* L’analyse de l’espace budgétaire pour la santé et la vaccination en République Islamique de Mauritanie (Banque Mondiale, 2020) ;
* La cartographie des ressources du Plan National de Développement Sanitaire (GFF, 2022) ;
* Le dossier d’investissement 2022-2025 (GFF, 2023) ;
* Les Comptes Nationaux de santé 2018 – 2021 (MdS, 2023) ;
* L’analyse de la Gestion des Finances Publiques en santé et des conditions propices à l'intégration du financement basé sur la performance en Mauritanie (Banque Mondiale, 2023) ;
* Évaluation rapide du Compact National Santé 2018-2020 en République Islamique de Mauritanie (2023) ;
* Le lancement du processus de transition à l’approche Budget-Programme initié par le ministère des Finances et en cours de mise en œuvre au ministère de la Santé.

De plus, trois ateliers sur le financement de la santé et la CSU ont été tenus en juin 2022, février et juin 2023 pour solliciter l’engagement et les contributions d'un large éventail de parties prenantes.

**Conditions de succès et risques**

Le succès dans la mise en œuvre de la présente SNFS dépendra, essentiellement, de deux aspects :

* L’engagement politique de haut niveau en faveur de la santé. Cet engagement s’est manifesté à maintes reprises, entre autres par l’ampleur et l’ambition du ProPEP, par le premier haut responsable du Pays, son Excellence Mr Le Président de la République. La présente stratégie constitue un des outils pour la matérialisation de cet engagement en faveur du financement d’une action de santé équitable, efficace, efficiente et durable pour une couverture sanitaire universelle, bénéficiant en particulier aux groupes les plus vulnérables.
* L’engagement et une participation effective des PTF à accompagner cet élan et à renforcer ce leadership du Département en charge de la santé pour une planification, une mobilisation des ressources, une mise en œuvre et un suivi conjoint et responsable, transparent et inclusif. Le renforcement du Compact à travers la participation de tous les PTF constitue une matérialisation de cet accompagnement pour plus d’appropriation nationale, d’harmonisation et de redevabilité en conformité avec les déclarations internationales sur l’aide publique au développement et sur le financement de la santé.

Ce rapport est structuré comme suit : chapitre 2 passe en revue le contexte national, dont la situation économique, sociale et du système de santé ; chapitre 3 présente une synthèse de l’analyse du financement du système de santé, dont: les besoins financiers pour atteindre les objectifs du PNDS, la mobilisation des ressources pour la santé, la mise en commun des ressources, l’allocation de ressources et de l’achat de services, et les fonctions sous-jacentes au financement de la santé (gestion des finances publiques, le système d’informations sanitaires et les mécanismes de gouvernance et de redevabilité). Chapitre 4 résume les principaux axes stratégiques et chantiers d’actions et chapitre 5 décrit le dispositif et les modalités d’opérationnalisation et de suivi évaluation de la SNFS, et analyse les conditions de succès et risques.

**Chapitre 2 : Contexte**

 La réalisation de l’ambition de CSU d’ici 2030 en Mauritanie signifie que toute la population aura accès à tout l'éventail des services de santé de qualité dont elle a besoin, en premier lieu les SSP, à l'endroit où elle en a besoin, sans que cela ne génère de difficultés financières. Pourtant, le contexte économique, social et géographique complique cette ambition.

**2.1. Situation économique**

La Mauritanie appartient à la classe des pays à revenu intermédiaire tranche inférieure avec un produit intérieur brut (PIB) par personne de $2,166 en 2021 (USD courantes) [2]. L’économie Mauritanienne a connu une période de croissance économique importante entre 2017 et 2019, avec un taux de croissance annuel du PIB réelmoyen de 5.5%, près du double de la moyenne de l'Afrique subsaharienne durant cette période (3%). Toutefois, cette tendance prometteuse a été interrompue par la pandémie COVID-19, qui a mené à une contraction du taux de croissance du PIB à -0.9 % en 2020 [3], [4](voir Graph 1 ci-dessous). Depuis 2021, l'activité économique se redresse avec un rebondissement dans les secteurs non-extractif et extractif [5].

**Graph 1 :** Évolution du PIB en Mauritanie (2010-2024)

Source : données du FMI [3] ; données de 2022-24 sont des projections.

L’économie mauritanienne demeure cependant dépendante des ressources naturelles et exposée aux fluctuations des prix des matières premières. La faible taille du marché domestique présente une contrainte pour la diversification de l’économie, et l’industrie manufacturière est insuffisamment développée - sa contribution au PIB ayant même reculée de 11% durant la période 2000-2004 à 7% en 2015- 2021 [6].

Les recettes fiscales occupent un poids significatif et croissant dans les recettes publiques totales (71%), provenant majoritairement des taxes directes sur les biens et services (30 %), suivi par la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) (26 %) (voir Graph 2 ci-dessous) [7]. Pourtant, la capacité fiscale actuelle de l’état – soit le ratio de recettes publiques à PIB - reste faible (13,1 % en 2020), en deçà de la moyenne de 31 pays de l’Afrique (16%).

**Graph 2** : recettes fiscales Mauritanie et Afrique

Source : données de l’OCDE [7]

De plus, le déficit de la balance commerciale s'est creusé pour atteindre 5,3 % du PIB au cours du premier semestre 2022, contre 3,2 % du PIB au cours de la même période en 2021. Enfin, le ratio de la dette publique au PIB du pays a connu une tendance générale à la baisse depuis 2015, au contraire du reste de l’Afrique subsaharienne pendant la même période. [4]

**Graph 3 :** Dette de l’administration publique en % du PIB entre 2010 et 2023 (Mauritanie et Afrique subsaharienne)

Source : données du FMI [3]

Plus de deux tiers de la population travaillent dans le secteur informel (84 % de la population avant la pandémie) [8], qui représente entre 30 et 50% du PIB du pays. Selon le FMI, ce niveau élevé d’informalité reflète la part importante de l'agriculture dans l'emploi (approximativement 65%) [9].

## **2.2. Situation sociale**

Le contexte social est lui aussi mitigé**.** Le pays est classé 158e sur 188 pays en termes d’indice du développement humain, en baisse depuis les années 1990s, reflétant une performance faible relative aux autres pays en termes de santé, d’éducation et de niveau de vie de la population [10]. Des chocs exogènes, tels que la guerre en Ukraine, combinés avec une sècheresse en 2021-2022, ont entraîné une augmentation aiguë de l'insécurité alimentaire dans le pays, avec le nombre de personnes en situation d’insécurité sévère ayant doublé entre 2021 et 2022, touchant près de 20 % de la population – l'un des taux les plus élevés du Sahel et un niveau record en Mauritanie [4].

La proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté national est passée de 34.3 % en 2014 à 31.8 % en 2019 [2]. Toutefois l'estimation de l'indice de pauvreté multidimensionnelle la plus récente (2019/2021) estime que 58.4% de la population mauritanienne (plus de 2,6 millions de personnes en 2020) est pauvre de manière multidimensionnelle, dont 38 % sont en situation de pauvreté multi-dimensionnelle sévère [11].

De plus, la faible densité populationnelle dans des zones rurales du pays (en moyenne 4,4 habitants par km² - voir Tableau 1 ci-dessous-), un taux de croissance démographique élevé (2.6%) et une transition urbaine rapide, compliquent l’accès aux services sociaux pour la population.Du fait dela croissance rapide des villes Mauritaniennes, plus de la moitié (56%) de la population urbaine réside dans une agglomération sous-desservie [2].

La pauvreté et les privations ne sont pas également réparties sur le territoire, avec les localités du centre-sud de la Mauritanie ("Triangle de l'espoir") ayant les niveaux les plus élevés. [12] Presque la moitié (43%) des personnes démunies du pays se trouvent dans seulement 4 des 13 Wilaya : Assaba, Brakna, Guidimagha et Tagant. [13] La population mauritanienne vivant dans les zones rurales ou appartenant aux couches les plus pauvres de la population est nettement moins favorisée en termes d'accès aux infrastructures de base tels que l'eau potable (100% chez les plus riches vs 39% chez les pauvres) et l'électricité (88% en milieu urbain vs 7% en milieu rural). Le niveau d'éducation atteint est également inférieur en moyenne au sein de ces groupes, avec par exemple seulement 4 % des personnes du quintile économique le plus pauvre ayant suivi un enseignement secondaire, contre 60 % dans le quintile le plus riche. Les femmes sont particulièrement confrontées à des obstacles en matière d'accès à l'éducation, leur taux d'alphabétisation national étant 6% plus bas que celui des hommes (45 % contre 39 %). [14]

**Tableau 1** : Caractéristiques socio-démographiques des différentes régions en 2019 (données du projet INAYA)

| **Région** | **% de la pop. totale** | **Densité de population (/ km2)** | **Niveau de pauvreté (%)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adrar** | 1.4% | 0.3 |  36.9 |
| **Assaba** | 8.9% | 8.9 |  43.5 |
| **Brakna** | 8.3% | 9.2 |  43.3 |
| **Dakhlett Nouardhibou** | 3.7% | 5.6 |  14.8 |
| **Gorgol** | 9.5% | 24.7 |  38.2 |
| **Guidimagha** | 8.0% | 25.9 |  49.1 |
| **Hodh Charghi** | 12.4% | 2.4 |  28.3 |
| **Hodh el Gharbi** | 8.1% | 5.5 |  39.2 |
| **Inchiri** | 0.6% | 0.4 |  23.7 |
| **Nouakchott (Nord, Ouest, Sud)** | 29.3% | 47.9 |  14.4 |
| **Tagant** | 1.9% | 0.9 |  49.0 |
| **Tiris Zemmour** | 1.4% | 0.2 |  18.9 |
| **Trarza** | 6.5% | 4.0 |  32.2 |

## **2.3. Situation sanitaire**

La Mauritanie peine à améliorer la santé de sa population. La mortalité maternelle reste élevée, avec un ratio de 424 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes - loin de la cible des objectifs de développement (ODD) de 140 décès pour 100,000 en 2030. [14], [13] Malgré la mise en place du forfait obstétrical – un dispositif subventionné pour l’accès aux soins de santé maternelle - environ la moitié des femmes enceintes ne bénéficient pas des interventions du paquet préventif essentiel pour la santé de la mère et du nouveau-né [15]. Le pourcentage d’accouchement assisté par un personnel qualifié ne dépasse pas 69 % au niveau national - et ce taux est très inégal selon les régions et le niveau de richesse, avec 52 % des accouchements en milieu rural étant assistés, contre 91 % en milieu urbain. [16]

Le taux de mortalité infanto-juvénile du pays s’est globalement amélioré après plusieurs années de stagnation, en passant de 68 décès pour 1000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5 ans en 2011 à 41‰ en 2019. Toutefois, les principales causes de décès pour les enfants de moins de 5 ans tels que le paludisme, les infections respiratoires aiguës, et la diarrhée, demeurent évitables et pourraient être adressées par une amélioration à l’accès aux soins essentiels au niveau périphérique [15]. La couverture vaccinale incomplète des enfants et la malnutrition demeurent des causes sous-jacentes importantes des décès des enfants, et ces facteurs se sont aggravés lors de la pandémie.

Ces résultats sanitaires sont en partie dus aux nombreuses défaillances du système de santé :

* **Infrastructure** : En 2017, 40,5% des ménages en Mauritanie étaient encore à plus de 60 minutes d’une structure sanitaire, avec ce taux allant jusqu’à près de deux tiers (64%) en milieu rural [17]. Malgré la construction d’environ 150 structures de santé entre 2012 et 2020, les besoins en infrastructure sont toujours importants au niveau national, avec plus du double du nombre de postes de santé et 4 fois plus de centres de santé encore nécessaires pour respecter les normes nationales de population à couvrir d’ici 2030 [18]. Il n'existe pas encore de plan national de développement des infrastructures, ni de cadre définissant les critères et les priorités pour l'attribution des infrastructures de santé [1].

* La disponibilité de **médicaments** souffre de problèmes liés aux difficultés dans leur transport, stockage et gestion, et aux ruptures de molécules au niveau de la Centrale d’Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables (CAMEC). [1] En 2018, la disponibilité moyenne de 13 molécules traceuses était de 22%, et aucune des FOSA recensés, des hôpitaux aux PS, ne disposait de l'ensemble des 13 molécules. [19] Une nouvelle initiative, Al Mouyassar, met en marche un fonds de roulement pour la CAMEC afin de palier à ces problèmes de disponibilité de médicaments. Cette initiative, inscrite dans la loi des finances 2024, est ponctuelle néanmoins, et ne résout pas les problèmes d’accessibilité des médicaments pour la population.

* L’offre de soins souffre d’un manque de **personnel qualifié**, bien que la situation ait été améliorée par la création en 2010 d’une faculté de médecine et d’écoles de santé publique. Le pays dispose en moyenne de 2 médecins par 10,000 habitants, et 0.3 infirmières par 300 habitants, ce qui est loin des normes proposées par l’OMS de 1 par 10,000 et 1 par 300, mais mieux que d’autres pays de la sous-région. [18] Néanmoins, le problème de répartition des effectifs sur le territoire demeure disproportionné, entre les régions et entre les niveaux de soins, dû à des difficultés de recrutement, formation, déploiement et de fidélisation du personnel. Ceci entraine une concentration importante de médecins spécialistes (77%) et sage-femmes (57%) à Nouakchott, où les conditions de vie et de rémunération sont plus intéressantes. [1]

* Le Ministère de la Santé a mis en place la plateforme DHIS2 pour intégrer l'ensemble des données du **Système national d’information sanitaire (SNIS)** dans un même entrepôt national. Toutefois, les faiblesses du plateau informatique et les capacités d'utilisation du système actuel sont telles que les données sont insuffisamment complètes, promptes et de qualité pour faciliter la prise de décision stratégique. [1] Une fragmentation importante persiste également entre les systèmes d’information sur les soins, les ressources humaines pour la santé, les procédures d’approvisionnement en intrants et la gestion des finances, ce qui rend impossible l'obtention d'une image claire et intégrée du secteur dans son ensemble.

* La **gouvernance du secteur** est généralement insuffisante en vue de la faiblesse du cadre législatif et règlementaire et du manque de capacité pour la coordination interne et intersectoriel. Le partage d’information entre le niveau central et périphérique est généralement insuffisant, et l’absence de mécanismes de participation des communautés limite la redevabilité des acteurs du système. Le manque de processus rigoureux d’assurance qualité, de supervision décentralisée et de systèmes d’entretien et de maintenance des infrastructures et équipements nuisent à l’offre de service sur le long terme. [1]

**Chapitre 3 : Analyse du financement du système de santé**

**Encadré 2 : le financement de la santé vers la CSU**

Le financement de la santé contribue à travers trois fonctions principales à la CSU :

* **Mobilisation de fonds** : la collecte de recettes (impôts, cotisations d'assurance, paiements directs des ménages, dons ou autres sources) utilisées pour payer la prestation des services de santé devrait principalement être fondée sur des financements publics et s’éloigner des paiements directs des ménages afin d’améliorer la progressivité de la collecte de fonds ;
* **Mise en commun** : accumulation de fonds prépayés (tels que les cotisations de sécurité sociale, les impôts ou primes d'assurance maladie) pour payer les services de santé. Cette mise en commun est primordiale pour le subventionnement entre populations riches et pauvres, malades et en bonne santé ;
* **Allocation des ressources et achats** : les mécanismes par lesquels les fonds mobilisés et mutualisés sont transférés aux prestataires de services de santé. L'achat comporte trois éléments : la spécification des services achetés (ou panier de soins), l’identification des prestataires éligibles pour fournir ces services, et la définition de l’ensemble des dispositions à travers desquelles les prestataires sont engagés pour fournir les services (modalités d’accréditations, contractuelles, et de paiement).

Ce chapitre met en exergue les constats principaux ayant attraits aux trois fonctions du financement de la santé [20]: la mobilisation des ressources (soit comment les fonds sont collectés pour financer la santé), la mutualisation de ces ressources (soit la mise en commun des ressources récoltées, et des risques associés), et enfin la fonction achat (soit la façon dont ces ressources mises en commun sont utilisées pour acheter les services de santé).

**Encadre 3 : Messages clefs de l’analyse du financement de la santé en Mauritanie**

* Insuffisance dans l’allocation budgétaire au secteur de la santé ;
* Les ménages soutiennent de façon excessive la santé ;
* Fragmentation des financements du secteur santé ;
* Nécessité d’augmenter les recettes fiscales progressives ;
* Nécessité d'améliorer l'efficience des dépenses ;
* Nécessité d'œuvrer à l’harmonisation des pools existants (assuranciels, budget de l’état et PTFs) ;
* Nécessité d'œuvrer vers un alignement des paiements aux prestataires de soins pour un achat plus stratégique ;
* Nécessité de renforcement et de réforme de la GFP (Approche Budget-Programme, Transparence budgétaire).

## **3.1. Mobilisation des ressources**

**Les Dépenses Courantes de Santé (DCS) annuelles par habitant sont insuffisantes.** En 2021, elles étaient de 2.718 milliards MRU, soit 3.9% du PIB (voir Tableau 2 ci-dessous). Ces chiffres restent nettement inférieurs aux nombreux seuils internationaux proposés dans la littérature, qui recommandent par exemple aux pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, tels que la Mauritanie, de dépenser $146 US par habitant et par an afin d’atteindre l’ODD 3 à l’horizon 2030, soit le double de ce que dépense la Mauritanie.

**Tableau 2 :** Dépenses de santé (DCS) par habitant en MRU en Mauritanie (2016-2021)



Source : Ministère de la Santé (2023), Comptes Nationaux de la Santé 2018-2021 [33]

**Le financement de la santé continue de reposer de manière excessive sur les ménages**. En effet, bien que la part des ménages soit en légère baisse, ceux-ci restent les principaux financeurs des DCS (45.1% des DCS en 2021), bien au-dessus des normes internationales et taux constatés dans des pays comparateurs (voir tableau 3), soulignant le risque continu d’appauvrissement des ménages lié à la recherche de soins.

**Tableau 3 :** Comparaison multi-pays de la proportion des dépenses courantes en santé financés par les ménages (2021)

|  |  |
| --- | --- |
| **Pays** | **DCS financé par les ménages (% en 2021)** |
| Mauritanie | 45.1 %  |
| Norme OMS | Moins de 20%  |
| Tunisie | 36.4 % |
| Algérie | 35.8 % |
| Burkina Faso | 34.6 % |
| Turquie | 16.43% |

Sources : Données GHED de l’OMS [21] et MDS (2023)

**Malgré une augmentation significative au cours des dix dernières années, la contribution de l’état reste insuffisante :** l’état contribue environ 40.7% des DCS (données 2021), soit 1.4% du PIB, bien en deçà des niveaux recommandés pour la CSU de 5% du PIB [22], et la moyenne des pays à revenu similaire (2.6%) [21]**.** Cette allocation correspond à 5.9% du budget de l'état, loin des 15% d'Abuja établis en 2015.

**Les cotisations aux caisses d'assurance augmentent** (CNAM et CNASS) et atteignaient en 2021 environ 17% des DTS . Les fonds provenant des PTFs fluctuent depuis plusieurs années (environ 8.4% des DCS en 2021), restant toutefois bien en dessous de la moyenne des pays de la sous-région (21%).

Les sources disponibles sont donc insuffisantes, et majoritairement régressives. Des travaux précédents [23] ont identifié plusieurs sources potentielles d’espace budgétaire pour la santé pour combler le déficit financier : (1) une augmentation de l’allocation budgétaire à la santé, (2) une amélioration des conditions économiques du pays, (3) une taxe sur le tabac affectée à la santé, et (4) des gains d’efficience dans la façon dont les ressources sont utilisées. Cette dernière approche générerait le plus grand espace budgétaire pour la santé.

**3.2. Mise en commun des ressources**

**La mise en commun des ressources est limitée, réduisant le subventionnement entre populations et la protection financière** (voir Graph 4 ci-dessous).

**Graph 4** : Proportion de la population couverte par un régime d’assurance maladie en 2023

Une forte proportion de la population (70%) ne bénéficie d’aucune protection financière :

* Le régime d’assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et le secteur privé (CNAM) existe depuis 2007, mais ne concerne qu’une faible part de la population nationale - environ 16%. Le budget de l’état subventionne également l’assurance maladie pour 100,000 ménages de personnes en situation d’indigence à travers la CNAM depuis 2020. Le programme Taazour a permis d’identifier les ménages vulnérables dans le Registre Social Unifié pour bénéficier d’une couverture sans frais, ce qui représente approximativement 640,000 individus, ou 14% de la population totale.
* La création de la CNASS en 2022, une nouvelle assurance volontaire contributive nationale, est censée combler ce gap, mais les dispositifs volontaires existants et l’expérience internationale suggèrent un potentiel limité (risque de sélection adverse et faible taux d’adhésion). [20], [24]. En Décembre 2023, la CNASS bénéficiait de 43,333 adhérents, soit 1% de la population.

**Fragmentation importante entre les différents dispositifs de mise en commun :** la CNAM, la CNASS et le budget de l'état ne sont pas mis en commun, donc ne permettent pas une mutualisation des risques et des ressources.

**Il existe en parallèle une multitude de programmes de gratuité ciblée des soins pour des pathologies prioritaire**s (VIH, paludisme, soins maternels, etc.) – mais l'exhaustivité de ce qui est couvert par ces programmes et leur efficacité au niveau opérationnel restent mitigées, particulièrement au niveau des soins de santé primaire (SSP), faute d’une insuffisance de financement, des fondements juridiques peu clairs, et d’un manque d’intégration dans le système de santé national.

## **3.3. Analyse de l’allocation de ressources et l’achat de services**

**Les ressources disponibles au secteur de la santé vont en priorité aux hôpitaux, avec une part insuffisante dédiée aux SSP. De plus, le manque d’alignement entre les différents dispositifs de paiement sont peu propices à un achat stratégique.**

**Allocation des ressources de la santé**

* Les allocations du budget du ministère de la santé sont principalement basées sur les intrants (salaires et crédits délégués pour fonctionnement), suivant une logique historique. Il n’existe pas de formule de répartition des fonds publics pour la santé intégrant par exemple des critères d’équité. La transition vers un budget par programme est en cours, décrite ci-dessous.
* Les crédits délégués n’arrivent pas directement au niveau des PS. En effet, les fonds du niveau central devraient leur être acheminés à travers la Moughataa pour couvrir la fourniture de matériel et d'équipement et leurs frais de fonctionnement. Bien qu’il y ait peu d’information sur l’allocation de ces ressources, celles-ci ne semblent pas toujours atteindre les FOSA. La majorité des recettes des FOSA au niveau des SSP proviennent du recouvrement de coûts, avec une pénétration limitée des autres payeurs (assurances et budget de l'État).
* Les crédits délégués sont majoritairement attribués aux hôpitaux (82%), contre 18% alloué aux circonscriptions sanitaires. Dans la région de Nouakchott, la part des hôpitaux est de 96%, et est consommée par 9 structures tertiaires et spécialisées (voir Graph 5 ci-dessous). La somme allouée à ces structures en 2019 s'élève à plus de 265 millions de MRU, ce qui équivaut à presque la moitié (46%) de tout ce type de financement au niveau du pays.

**Graph 5** : Dépenses publiques du ministère de la Santé en 2019 alloués au niveau régional (CS et Circonscriptions Sanitaires versus centres hospitaliers)

Source : Données Boost pour la Mauritanie (2019) [25]

* La proportion du financement extérieur dédiée aux SSP augmente et représente la quasi-totalité (97.4 %) de leurs dépenses en santé.

**Il existe des faiblesses dans la Gestion des Finances Publiques (GFP) au niveau national, touchant particulièrement le secteur de la santé.**

* Selon une analyse récente de la GFP [26], le lien entre la planification stratégique de la santé et la préparation du budget est actuellement faible – l’estimation des coûts du plan stratégique du secteur est faite avec l’outil OneHealth et n'est pas directement liée à la structure existante du budget national.
* En ce qui concerne les fonds externes attribués au secteur, leur intégration dans les systèmes de GFP de l'État demeure limitée, malgré des efforts en cours pour encourager cette pratique. Le Compact National Santé 2018-20, signé par plus de 20 institutions gouvernementales et PTF, a été évalué en 2023. Plusieurs faiblesses ont été signalées, dont le niveau trop faible de leadership et d’appropriation du côté du gouvernement pour mener les processus d’harmonisation, d’alignement et de coordination [27]. Les recommandations devront être intégrées à la prochaine itération Compact 2023-2026 en cours de développement.
* La prévisibilité des flux de financement public pour le secteur de la santé a été faible ces dernières années, exacerbée par la dépendance du budget national global à l'égard de la volatilité des prix des produits de base et par les difficultés à rendre pleinement opérationnel le fonds pétrolier national.
* L'exécution du budget de la santé en Mauritanie manque de clarté, selon la dernière revue des dépenses publiques nationales pour le secteur datant de 2014. [28] La performance en termes d'exécution démontrait une tendance dégradée selon les indicateurs PEFA, et a été encore affaiblie par les effets de la pandémie [5], [29]. Le PEFA est un outil d'évaluation de la gestion des finances publiques. L'évaluation PEFA permet de disposer d'une analyse détaillée, systématique et factuelle de la performance de la GESTION DES FINANCES PUBLIQUES à un moment donné au moyen de 31 **indicateurs** de performance.
* Le système FMIS, saisie les dépenses de santé publique financées par le budget national, c'est-à-dire les coûts d'exploitation. Toutefois, la législation Mauritanienne de finances publiques ne permet pas d'effectuer des virements bancaires du niveau central aux postes de santé, leur allocation passant plutôt par les Moughataa, donc les dépenses de ces structures ne sont pas identifiées dans le budget. (Financial Management Information **Systems** (**FMIS**) support the automation and integration of public financial management processes including budget formulation ...)

**La réforme du budget par programme est en cours, malgré des délais dans la mise en œuvre :**

* Le pays utilise des classifications budgétaires basées sur les intrants avec des postes rigides et détaillés qui permettent peu de réaffectation entre les lignes budgétaires dans la pratique. Une réforme du Budget Basé sur les Programmes (BBP) est en cours qui organisera le budget du secteur de façon à lier plus clairement le financement à des priorités spécifiques et à des résultats ciblés, ainsi qu'au plan stratégique du secteur.
* La capacité des gestionnaires de programme et de sous-programme devra être renforcée afin de leur permettre de bénéficier d'une plus grande flexibilité pour réaffecter les finances au sein des programmes.

En termes de dépenses par fonction du système de santé, les dépenses de l'État pour la santé vont en priorité à la gouvernance et l’administration du système de soins (51%) puis aux soins curatifs (28%). Les soins préventifs quant à eux souffrent de sous-investissement (2%). Les partenaires extérieures en revanche investissent la majorité de leurs financement (86%) dans les soins préventifs, et les ménages dépensent le plus sur les biens médicaux (e.g. médicaments) (43%) (voir Graph 8 ci-dessous).

**Graph 8** : Part de chaque fonction du système de santé dans les dépenses de l'état, privé, extérieur en 2019

Source : Données GHED de l’OMS [21]

**Il existe plusieurs entités responsables de l’achat de service qui interviennent parallèlement au niveau des établissements de santé. Chacun utilise des modalités de paiement différents, qui ne sont pas coordonnées ni harmonisées en termes de tarifs ou paniers de soins.**

* L’état assure le paiement automatique des salaires des prestataires de soins à travers la Direction de la Solde du ministère des finances , avec des "primes" possibles payées à priori (parfois en retard), en fonction de la garde, l'ancienneté, l'éloignement, les primes de zone et technicité, etc. sans rapport avec la performance.
* Les autres entités ou programmes payeurs (CNAM, ProPEP, gratuités) fonctionnent par remboursement, selon différentes procédures forfaitaires ou à l’acte, avec des tarifs variés (voir tableau 4 ci -dessous). Plusieurs de ces dispositifs accusent des retards de paiements importants, dont le forfait obstétrical, bien qu’il est difficile d'obtenir des données complètes sur ces retards de paiement.

**Tableau 4 :** Modalités de paiements des prestataires de soins[[1]](#footnote-1)

| **Agence ou programme** | **Modalité de paiement** |
| --- | --- |
| **CNAM (AMO et Taazour)** | Paiements faits par groupes diagnostiques (DRG) et à l’acte au niveau des hôpitaux, paiement à l’acte au niveau SSP, selon une grille de tarifs. Remboursements rétrospectifs pour ce qui est réclamé aux FOSA ou aux malades. |
| **CNASS** | Les paiements se feront par groupes diagnostiques au niveau des hôpitaux, par forfaits au niveau SSP. Remboursements rétrospectifs mensuels pour ce qui est réclamé par les FOSA suivant une vérification et double signature. |
| **Forfait obstétrical** (Budget de l’état) | Paiement à l’acte de 2020 jusqu’en 2022 aux FOSA sur tout le parcours de soins de la parturiente, avec une centralisation des paiements des patientes et rompu en 2023, pour devenir forfaitaire (remboursement en forfaits multiples selon l’étape de la grossesse ). |
| **Projet INAYA**  | Fonds FBR payés trimestriellement suivant un processus d’évaluation qualitatif et quantitatif spécifique au projet. |
| **Gratuités pathologiques**(Budget de l’état et PTF) | Mélange de formules d’achat d’intrants et/ou de remboursement par acte. |
| **Paiements directs des malades** | Paiement à l’acte lors de l’épisode de soins selon des tarifs non-harmonisés d’une structure à une autre. |

**Prestataires de soins**

* Aucun système national d’accréditation cohérent n’existe pour les FOSA, qu’elles soient publiques ou privés, engendrant des procédures de conventionnement et de vérification des normes minimales parallèles.
* Secteur privé est en croissance importante dans l’offre des soins de santé et la vente de médicaments, mais le secteur demeure peu documenté et réglementé, et concentré dans les villes de Nouakchott et Nouadhibou. La double pratique, particulièrement chez les médecins Mauritaniens, est omniprésente. [1]
* Les Centre de Santé et Poste de Santé n’ont pas de statut juridique ni d’autonomie. Ils ne peuvent donc ni recruter directement du personnel, ni acquérir des équipements ou des consommables (sauf les médicaments et uniquement auprès de la CAMEC), ni contracter des tâches indispensables à leur fonctionnement au quotidien (e.g., collecte et gestion des déchets ou maintenance) [30].
* En revanche, les FOSA ont beaucoup d’autonomie en termes de ce qu’ils peuvent faire avec leur recettes fiscales (crédits délégués et recouvrement de coûts). Toutefois, la capacité de gestion des finances des FOSA au niveau périphérique est limité, sans outil national standardisé mis en place et la présence irrégulière de gestionnaires [18], [31].
* La stratégie de déploiement des Agents de Santé Communautaire (ASC) reste peu définie et l’achat des soins à ce niveau ne se fait pas de façon systématique. Une nouvelle Stratégie de Santé Communautaire est en cours de développement, qui vise à une redynamisation de ce dispositif – ce qui pourrait avoir des conséquences financières importantes pour le système de santé reliés à leur formation, paiement, approvisionnement en intrants et supervision [32].

**Les mécanismes de redevabilité des structures envers la population sont insuffisants.** Les Comités de Gestion (COGES) sont peu fonctionnels hors des zones soutenues par les partenaires (e.g., projet INAYA) [31]. Ces comités – s’ils sont fonctionnels - appliquent rarement les normes établies sur la bonne gestion des recettes du recouvrement de coûts et les règles nationales en termes de tarifs pour les actes médicaux ou de marge de profits sur la vente des médicaments.

**L’utilisation de systèmes d’information non-intégrés par les différentes agences et programmes rend difficile l'établissement d’une image claire de ce qui est acheté par qui, pour qui, et comment.** Aucun programme n’utilise exclusivement le DHIS-2 pour la collecte de ces données et plusieurs outils de gestion parallèle existent. Des données sur les activités et la performance des programmes sont difficiles à obtenir.

# **Chapitre 4 : Stratégie de financement de la santé**

## **4.1. Vision**

Cette stratégie de financement a pour vision de soutenir les progrès vers la CSU, à travers (a) une réorganisation de la mobilisation de ressources visant à réduire les paiements directs des ménages et à augmenter la contribution des recettes fiscales progressives pour la santé, (b) une augmentation significative de la mutualisation des risques et la mise en commun des ressources, afin d'améliorer la protection financière de la population et (c) une utilisation plus stratégique des ressources disponibles pour la santé, visant à améliorer l’efficience et l'équité des dépenses, en particulier à travers une plus grande priorité donnée aux SSP. Les valeurs clefs défendues par cette stratégie sont l’équité dans la mobilisation et l’allocation des ressources, l’efficience dans les dépenses à travers une plus grande coordination entre acteurs, et une priorisation des SSP.

## **4.2. Objectifs**

La Stratégie Nationale de Financement de la Santé a pour objectifs de:

1. Assurer la mobilisation des ressources financières progressives nécessaires à une couverture sanitaire universelle à l’horizon 2030 ;
2. Améliorer la mise en commun et mutualisation des ressources pour renforcer la protection financière de la population ;
3. Améliorer le processus d'allocation des ressources de la santé, en privilégiant les SSP, et rendre l’achat plus stratégique ;
4. Renforcer des fonctions sous-jacentes au système de financement de la santé : gouvernance, données et gestion des finances publiques (GFP).

## **4.3. Axes stratégiques et principales actions**

**Tableau 5 :** Actions par Objectif Stratégique

| **Chantiers d’action – Activités** | **Responsable** | **Indicateurs de performance** | **Risques identifiés** | **Année de démarrage**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| **OS1 : Assurer la mobilisation des ressources financières nécessaires à une couverture sanitaire universelle à l’horizon 2030** |
| **1.1. Augmenter l'allocation budgétaire à la santé** |
| Définir les soins de santé primaire. | MDS | Définition claire et opérationnelle adoptée.  | Difficulté d'appliquer la définition dans toutes les activités du secteur  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mettre en place un cadre de dialogue sur l’élargissement de l’espace budgétaire et l'augmentation des ressources allouées à la santé à travers des sessions entre Primature, ministère des Finances et ministère des Affaires économiques, ministère de la Santé et les parlementaires - à minima semestrielles (pour alignement avec CMDT). | Comité interministériel pour la CSU. | Calendrier de réunions prédéfini respecté, PV des réunions suivent le contenu programmé, plaidoyer mène à des engagements clairs pris pour investir plus dans la santé, et les SSP en particulier, augmentation de la part du budget de l’état pour la santé à 15% d’ici 2030.Nombre de séances de travail impliquant les cadres du MS lors de la préparation de la loi budgétaireUn espace budgétaire santé soigneusement étudié et adopté | Alignement des horaires difficiles, manque de leadership ou de soutien logistique, expertise nécessaire non-disponible. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réalisation d’une cartographie des ressources allouées aux SSP et dégager le GAP par rapport à la stratégie budgétisée | MS/MF/PTF | Cartographie réalisée. Gap financier identifié | Manque de soutien technique et politique |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Renforcer les capacités du MdS dans l’estimation des besoins financiers du secteur, et ses sous-programmes, y compris SSP. | Comité interministériel pour la CSU. | Besoins identifiés, activités de renforcement programmées sont menées, exercices d'estimation de budget plus rigoureux et fondés sur des données contextuelles. | Appui technique pour renforcement de capacité non-disponible. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Analyse de l’espace budgétaire pour identifier les possibilités offertes pour le financement de la santé | MF/PTF/ MS | Analyse finalisée et partagée avec décideurs | Manque de soutien technique et politique |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Plaidoyer pour la mobilisation des ressources afin de combler le Gap financier pour atteindre CSU et ambitions SSP  | Sous-comité plaidoyer CSU et SSP | Document de plaidoyer réalisé et partagé avec décideurs et population | Manque de soutien technique et politique |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Faire la demande de l’élargissement à la santé en général du CAS (compte affectation spécial) existant pour le cancer auprès du MdF. | MDF et MDS | Demande préparée sur la base d'évidences et soumise. | Absence de données ou de contenu pour une demande de qualité, expertise technique non-disponible, refus du MdF à élargir le CAS, rigidités du système de GFP. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Engager un dialogue avec le MdF pour la mise en place de taxes progressives pour augmenter l'assiette fiscale, dont une partie serait allouée au CAS. |  MDF et MDS | Calendrier de réunions prédéfini respecté, PV des réunions suivent le contenu programmé, plaidoyer mène à des engagements clairs pris pour investir plus dans la santé.Plan de financement d’ici 2030 atteignant 15% du budget pour la sante défini | Alignement des horaires difficiles, manque de leadership ou de soutien logistique, expertise nécessaire non-disponible.Faiblesses des mécanismes de MEO Réaffectation des recettes dans d’autres domaines jugés prioritaires |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.2. Augmenter les autres sources de financement pour la santé**  |
| Travailler avec les PTFs pour leur respect des modalités définies dans le Compact pour l'apport et la gestion de l’aide extérieure au secteur | MDS et PTF | Ressources PTFs intégrées dans le CDMT | Manque de transparence des PTFs, manque de visibilité pluriannuelle sur les engagements budgétaires des PTFs, non alignement au CDMT. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OS2 : Améliorer la mise en commun et mutualisation des ressources pour renforcer la protection financière** |
| **2.1. Mettre à l'échelle de l’assurance maladie obligatoire cad augmenter la population des bénéficiaires de la CNAM.** |
| Analyse de pénétration de le CNAM et de la CNASS | Min de la santé, CNAM et CNASS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Simplifier les procédures d’immatriculation à la CNAM | CNAM | Processus d'immatriculation révisé mis en opération, nombre de cotisants non-immatriculés réduit. | Raisons structurelles pour la non-immatriculation difficiles à corriger (e.g., processus trop centralisé à Nouakchott). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Simplifier la procédure de remboursement de la CNAM et élargir sa fonction de tiers payant, afin de faciliter l’éventuelle harmonisation de l’achat de soins.  | CNAM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mettre en place un texte législatif d’assujettissement de cotisation et de contrôle des entreprises du secteur privé. | CNAM et MDS | Texte législatif écrit et approuvé par la législature. | Faible engagement de l’état, résistance aux changements des entreprises du privé et des assurances privées, mécontentement populaire. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mettre en place une obligation d’affiliation à la CNAM ou à la CNASS pour toute souscription à une assurance maladie privée. | MDS, CNAM et CNASS | Analyses préliminaires à la création d'une telle règle faites, nouveau règlement adopté (texte législatif ?). | Faible engagement de l’état, résistance aux changements des entreprises du privé et des assurances privées, mécontentement populaire. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.2. Mettre à l'échelle de l’assurance maladie du secteur informel - préparer le passage d’un paiement volontaire à un paiement obligatoire pour la CNASS.** |
| Préparer un texte législatif pour établir les conditions d’accès aux services publics de base (éducation, état civil, chambre de commerce) à travers l’obligation d’affiliation à la CNASS. | CNASS et MDS | Spécificité de la conditionnalité d'accès aux services publics développée, texte législatif adopté. | Faible engagement de l’état, manque de ressources affectées au secteur et à la CNASS spécifiquement, résistance aux changements des entreprises du privé et des assurances privées, difficultés d'application de ces conditions, mécontentement populaire. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Définir les groupes de personnes à intégrer dans chaque caisse et créer un dialogue (CNAM CNASS MdS PTFs) pour cela. Définir le périmètre de couverture entre la CNASS et la CNAM en tenant compte de la stratification des revenus, du statut juridique des entreprises et des catégories socio-professionnelles (formelles et informelles). | MDS | Critères d'inclusion - exclusion clairement définis et applicables en fonction des informations disponibles dans le contexte.Stratification de la population par niveau de revenu | Difficulté de définir le secteur informel, manque de données pour appliquer les critères ou lourdeur du processus administratif.Mauvais ciblage et mise à jour périodique du registre des indigents |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.3. Mettre en commun et harmoniser les pools de ressources** |
| Établir une feuille de route pour la mise en commun progressive des caisses (CNASS et CNAM) avec le budget de l’état. | MDS, CNAM, CNASS | Options de modalités de mise en commun évaluées, feuille de route consensuelle développée (agence ou groupe responsable pour guider ce processus existant et capacité).Existence d’un registre de population stratifiée par niveau de revenuLe secteur formel intègre la CNASS | Faible engagement de l’état, résistance aux changements de la CNAM ou CNASS.Mauvais ciblageMise à jour périodique du registre |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Créer une autorité de régulation pour le secteur assuranciel. | CNAM, CNASS, MDS | Textes pour la création et SOP de l'agence adoptés, personnel spécialisé recruté, autorités suffisamment ressourcées pour fonctionner. | Sous financement de l'autorité, manque de capacités techniques nécessaires, résistances des caisses à l'application des règles.  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réflexion sur l’intégration des initiatives d’exemptions et de gratuité des soins au sein des caisses et / ou dans le budget de l’état. | MASEF,CNASS, CNAM, MDS | Analyses préliminaires faites, feuille de route développée avec des options séquencées.Les groupes vulnérables bénéficient des cartes d’affiliation CNASS | Faible engagement de l’état, résistance aux changements des directeurs de programmes ou PTF qui financent. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OS3 : Améliorer processus d'allocation des ressources de la santé et rendre l’achat plus stratégique** |
| **3.1. Assurer une allocation équitable et efficiente des ressources du secteur**  |
| Mener des analyses sur l’efficience technique des dépenses en santé (médicaments en particulier) pour améliorer le rapport coût-efficacité et équité  | MdS | Rapport analytique validé disponible et diffusé. | Manque ou faible fiabilité des données, manque de soutien technique spécialisé. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Développer feuille de route pour implémenter réformes visant à l’amélioration de l’efficience technique. | MDS | Feuille de route développée et activités implémentées | Manque ou faible fiabilité des données, manque de soutien technique spécialisé. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entreprendre une revue des dépenses publiques pour la santé et traçabilité des ressources publiques | MDS et MDF avec soutien PTF | Rapport analytique validé disponible et diffusé. | Manque de soutien technique spécialisé. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mener des analyses sur l’efficience allocative (SSP/ secondaire/ tertiaire). | MdS | Rapport analytique validé disponible et diffusé. | Manque ou faible fiabilité des données, manque de soutien technique spécialisé. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entreprendre une analyse sur l’incidence des bénéfices (Benefit incidence analysis) | MDS avec soutien MDF et PTFs |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Institutionnaliser l’élaboration régulière des comptes nationaux de la santé (tous les 2 ans). | MDS |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Développer une formule d’allocation des ressources basée sur une analyse des données disponibles et une sélection de variables / critères adaptée au contexte (besoin en santé, densité populationnelle, pauvreté multi-dimensionnelle, etc.) pour améliorer l’équité de l’allocation des ressources | MdS et Min Finances | Analyses préliminaires menées, processus consensuel de développement des critères mené (avec MdF ?), formule formellement adoptée. | Manque ou faible fiabilité des données, manque de soutien technique spécialisé, résistance au changement des acteurs du système suivant l'application de la nouvelle formule. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implémenter cette formule d’allocation des ressources dans tout le territoire | MdS et Min Finances | Formule formellement implémentée à travers loi des finances  | Manque ou faible fiabilité des données, manque de soutien technique spécialisé, résistance au changement des acteurs du système suivant l'application de la nouvelle formule. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.2. Alignement des méthodes de paiement** |
| Harmonisation des paniers de soins entre tous les acheteurs (CNASS, CNAM, budget de l'état et PTFs). | Comité interministériel CSU | Processus progressif (récurent) pour le développement du panier de soins unique créé, ajustements législatifs (décrets d'application) adoptés.  | Résistances au changement des caisses et de leurs membres, absence des capacités techniques nécessaires, manque de données pour appuyer la prise de décision, non-application des règles dans la pratique. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Revue et alignement des tarifs entre tous les acheteurs (CNASS, CNAM, budget de l'état et PTFs). | Comité interministériel CSU  | Processus (récurent) pour le développement d'une grille de tarifs unique créé, ajustements législatifs (décrets d'application) adoptés.  | Résistances au changement des caisses et de leurs membres, absence des capacités techniques nécessaires, manque de données pour appuyer la prise de décision, non-application des règles dans la pratique. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Revue des modalités de paiement entre tous les acheteurs (CNASS, CNAM, budget de l'état et PTFs) | Comité interministériel CSU | Rapport analytique disponible | Résistance de certains acheteurs et pas de partage d’informations |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alignement des modalités de paiement pour se diriger vers une formule de paiement basée sur la capitation ajustée pour intégrer critères d’équité au niveau des SSP (y compris refonte et révision du système de recouvrement des coûts). | Comité interministériel CSU | Analyses préliminaires menées, processus consensuel de développement des critères mené (avec implication du niveau opérationnel ?), système unique adopté.  | Résistances au changement des caisses et de leurs membres, absence des capacités techniques nécessaires, manque de données pour appuyer la prise de décision, non-application des règles dans la pratique. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mettre en place un système de référence et contre référence entre niveau primaire et niveaux secondaires/ tertiaires | MDS | Loi définissant parcours du malade et système de référence passée | Résistance des acteurs du secondaire et tertiaire ; manque d’investissement dans l’offre de SSP  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Revue et alignement des modalités de contractualisation des structures publiques et privées entre tous les acheteurs (CNASS, CNAM, budget de l'état et PTFs). | MS/DGRP/DOQS | Disponibilité des textes et grille de tarification harmonisée.Les FOSA privées appliquent les normes du MS et des tarifs homologués par le MSExistence d’une politique de recrutement et de gestion des carrières | Résistance des acteurs du privé. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Créer un système d'accréditation national cohérent pour assurer la disponibilité du Paquet Minimum d’Activités (PMA) et Paquet Complet d’Activités (PCA) dans tout le pays. | DGRP/DGSP | Analyses préliminaires menées, processus consensuel de développement des critères mené (avec implication du niveau opérationnel ?), outil d'accréditation développé et validé, système unique adopté, agence responsable suffisamment en capacité pour l'appliquer. | Résistances au changement des acteurs au niveau opérationnel, absence des capacités techniques nécessaires, manque de données pour appuyer la prise de décision, non-application des règles dans la pratique. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OS4 : Renforcement des fonctions sous-jacentes au système de financement de la santé : données, GFP, gouvernance.** |
| **4.1. Gouvernance** |
| Mise en place d’un Comité interministériel CSU (Primature, ministère des Finances et ministère de l’Economie et du Développement durable, ministère de la Santé, parlementaires, secteur privé) chargé de la coordination et du repositionnement des SSP et du développement de la stratégie de la CSU | MS/ MF | Termes de référence pour comité développéCadres recrutésCalendrier réunions respecté |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Élaboration d’une stratégie des SSP budgétisée en ligne avec Astana et intégrant la stratégie nationale de santé Communautaire, et la prise en compte des ripostes aux urgences et catastrophes dans la stratégie des SSP | MS/MIDEC/MF/MEDD | Une stratégie des SSP budgétisée en ligne avec Astana et intégrant la stratégie nationale de santé Communautaire, validée |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Favoriser le partenariat public privé pour encourager les investissements ciblés renforçant les SSP | MS/ MF/ MEDCO | Un cadre de partenariat PP institutionnalisé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intégrer le secteur privé dans la cartographie sanitaire.  | MDS | Méthodologie de préparation de la carte sanitaire mise à jour afin d'inclure et différencier les FOSA privées, nouvelle cartographie menée avec cette méthodologie, rapport disponible.Disponibilité des données des FOSA privées systématiquement collectées sur les mêmes outils SNIS | Résistance du secteur privé. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dérogation légale nécessaire pour que les CS et PS puissent avoir un statut légal moral, essentiel pour la contractualisation. | Comité interministériel CSU | Analyses préliminaires menées, processus consensuel de développement des textes mené, textes formellement adoptés. | Faible engagement de l’état, résistance aux changements des acteurs au niveau des CS et PS, capacités au niveau des PS et CS non-disponibles pour pleinement bénéficier de l'autonomie accordée par cette dérogation (e.g., recrutement du personnel). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.2 Gestion des Finances Publiques** |
| Développement, utilisation effective et actualisation annuelle du CDMT santé. | MDS et MDF | CDMT de qualité produit selon le calendrier prédéfini, développement alimenté par un processus participatif d'arbitrage interne au MdS avec les acteurs clés.  | Nécessite un alignement entre la nomenclature du CDMT sectoriel et celui du MdF, délais dans la production du CDMT, manque de capacités techniques nécessaires.  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mise en place d’une feuille de route pour le budget programme (BP) pour la santé avec des mesures d’accompagnement : définition des découpages programmatiques, nommer les responsables des programmes (pour élaborer : la fiche de programme, pap et RAP), élaborer le Projet Année Performance (PAP). | MDF et MDS | Existence d'un budget annuel sous forme d’un BP, utilisation du budget programme pour le rapportage budgétaire (2024) ; utilisation du budget programme pour l’exécution du budget MS (2025), Fonds des bailleurs intégré dans le BP. | Retards dans l’identification et l’abrogation des programmes et procédures accompagnant le BP ; insuffisance de cadre de dialogue continu entre le MdS et MdF ; manque de capacités techniques spécialisées au niveau du MdS. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Analyse rapide des capacités du MdS et lancement d’activités de renforcement de sa compréhension du processus budgétaire, y compris le budget programme, au niveaux central et décentralisé. | MDS avec soutien MDF et PTFs | Engagement actif du MdS dans ce processus, nombre de sessions de formation et d'échange complétés avec les personnes clés à chaque niveau. | Nombre et qualité des formations insuffisantes, personnes clés ne sont pas identifiées ou mobilisées. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Faire une analyse des goulots d’étranglements dans la gestion des finances publiques (formulation, exécution, évaluation) avec un plan d’action pour y répondre. | Min Finances | Rapport analytique validé disponible et diffusé, plan d’action défini. | Manque ou faible fiabilité des données, manque de capacité ou de soutien technique spécialisé. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Renforcement de la capacité de gestion financière du ministère central, des régions et des districts (y compris le Conseil Régional) à mettre en œuvre le budget programme | MDS et MDF | Acteurs clés identifiés, nombre d'activités de renforcement de capacité menées. Révision des manuels d'orientation pour l'exécution et l'établissement de rapports sur les dépenses publiques. Fournir un soutien continu au développement des capacités.Formation réalisée et conseils continus afin d'assurer une supervision efficace des établissements. | Manque de capacité ou de soutien technique spécialisé, la rotation du personnel. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Création d’un comité de suivi de la réforme budgétaire et du système d’information au niveau du département (avec le niveau central de la DRS) – avec des outils de communication et suivi (e.g., groupe WhatsApp) | MDS et MDF | Calendrier de réunions prédéfini respecté, PV des réunions suivent le contenu programmé, plaidoyer mène à des engagements clairs pris pour investir plus dans la santé. | Alignement des horaires difficiles, manque de leadership ou de soutien logistique, expertise nécessaire non-disponible. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Révision des textes règlementaires nécessaires à la mise en place et l’accompagnement du budget programme. | MDS et MF | Analyses préliminaires menées, processus consensuel de développement des textes mené (avec MdF ?), textes formellement adoptés. | Faible engagement de l’état, résistance aux changements des acteurs engagés dans le processus budgétaire, capacités techniques spécialisées nécessaires non-disponibles. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réformer loi des finances/ GFP pour permettre allocation directe du MdF au CS et PS | MDS et MF | Tous les CS et PS intégrés dans le système de GFPUn décret/Ordonnance ministérielle conjointe MF & MS pour légiférer sur les pratiques opérationnelles actuellement : PBF, PROPEP, FO , CNAM , CNASS , MOUYASSAR etc. | Résistance du MdF à intégrer PS ou à adapter loi des finances et systèmes GFP |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Renforcer la transparence dans l'allocation du budget de l'état dédié aux PS en les identifiant explicitement dans le budget. | Min Finances | Budget révisé avec les PS intégrés. | Faible engagement de l’état, résistance aux changements au niveau des Moughataa, capacités techniques spécialisées nécessaires non-disponibles, manque de données à jour sur les PS. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Généraliser une approche programmatique pour que les PS / CS aient un compte en banque et un NIF (numéro d’identification fiscal nécessaire pour un transfert du Trésor). | Min Finances | Proportion des CS et PS qui ont un compte en banque et NIF pour les transferts, proportion qui reçoivent effectivement des fonds dans ces comptes. | Absence de textes permettant l'autonomie financière des PS, absence de pénétration du secteur bancaire au niveau de tous les centres périphériques.  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Renforcement de la capacité de gestion financière des établissements à travers la révision, la mise à jour et diffusion régulières des outils et des orientations en matière de gestion financière, notamment en formant les responsables sur le Manuel de gestion et « l'Outil Indice ». | Min Finances | Outils de gestion révisés disponibles ; proportion des FOSA ayant bénéficié d'activités de formation sur les nouveaux outils ; proportion des FOSA qui utilisent les outils pour la gestion de routine de leurs finances. | Résistance à l'intégration d'outils existants, manque de capacité ou plateau technique pour la bonne utilisation des outils, la rotation du personnel. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soutien à l'opérationnalisation des Comités de Gestion à travers la révision des manuels d'orientation pour l'exécution et l'établissement de rapports sur les dépenses publiques, et leur diffusion à travers des activités continues de développement des capacités. | Min Finances | Supports de gestion pour les COSA disponibles ; proportion des COSA ayant bénéficié d'activités de formation ; proportion des FOSA qui fonctionnent selon les normes. | Manque de financement suffisant pour le fonctionnement et la motivation des COGES, manque de textes législatifs sur les COSA à jour, manque de capacité ou plateau technique pour le bon fonctionnement des outils, la rotation des membres du COSA. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.3 Données** |
| Concevoir et mettre en œuvre système exhaustif permettant une allocation, exécution et suivi budgétaire en harmonie avec les axes stratégiques de la SNFS. | MDS | Disponibilité de l'outil électronique de collecte de données budgétaires et données sur les utilisateurs ; pourcentage des FOSA (toutes catégories, même privées) enrôlées dans le système d’information ; digitalisation totale de la collecte des données des FS | Fragmentation du système ; résistance du secteur privé ; insuffisance d’accès à l’électricité et à la connexion internet dans les régions |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Développer et rendre performant et exhaustif le SNIS tel que recommandé par le PNDS III afin de pouvoir fournir toutes les informations sanitaires requises. | MDS | Intégration des indicateurs clés programmatiques dans le SNIS, proportion des programmes de santé qui fournissent activement des données au SNIS. | Fragmentation du système ; résistance de certains programmes ; insuffisance d’accès à l’électricité et à la connexion internet dans les régions. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Investir dans la production et l’utilisation de données sur les activités et besoins financiers du secteur. | Comité interministériel CSU | Nombre d'indicateurs collectés de façon routinière ; nombre de produits analytiques mis à la disposition des décideurs. | Faiblesses dans les systèmes de collecte de données, mauvaise qualité des données, faible demande pour les résultats analytiques du secteur. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intégrer données du privé dans le SNIS. | MDS | Existence d'une plateforme accessible au secteur privé, proportion des FOSA privées qui fournissent activement des données au SNIS. | Résistance du secteur privé, absence de texte réglementaires exigeant l'intégration, absence de capacité ou plateau technique au niveau de toutes les FOSA privées. |  |  |  |  |  |  |  |  |

#

# **Chapitre 5 : Opérationnalisation et suivi évaluation de la SNFS**

## **5.1. Dispositif et modalités de mise en œuvre de la SNFS**

La présente stratégie de financement de la santé est déclinée en actions opérationnelles groupées sous 4 axes stratégiques. Cette opérationnalisation de la stratégie permettra d'établir de manière claire une planification complète et séquencée de l'ensemble des activités à réaliser et des ressources nécessaires à mobiliser pour la mise en œuvre effective de la stratégie. Elle identifiera également le noyau de responsabilité pour chaque action, permettant de créer une transparence autour du leadership des parties prenantes concernées.

Le MdS assurera un rôle primordial de coordination, garant de l’alignement des différents acteurs face aux orientations stratégiques et veillant à l’exécution et la mise en œuvre des différentes réformes au sein du secteur à travers des textes appropriés. Le comité technique responsable de la SNFS, sous l’autorité du MdS, sera chargé principalement de préparer et assurer le suivi de l’exécution des actions, des engagements et activités planifiées aux plans techniques, matériels et financiers de l’État et des Partenaires Techniques et Financiers.

La réussite de cette stratégie dépendra aussi de l’implication coordonnée de plusieurs acteurs nationaux et internationaux. En particulier, ceux-ci incluent (i) la Primature ; (ii) le ministère en charge des Finances ; (iii) ministère des Affaires Sociales, de I ‘Enfance et de la Famille ; (iv) les caisses d’assurance maladie et les programmes sectoriels de santé ; (v) les autres ministères techniques concernés par la protection sociale ; (vi) le secteur privé ; (vii) la société civile et (viii) les partenaires techniques et financiers.

Le ministère des Finances a pour rôle de collecter les fonds et de les allouer au ministère de la Santé. Ceci passera par l’élargissement de l’espace budgétaire de l’État afin d’augmenter les ressources financières progressives destinées à la santé. Le développement collaboratif d’un budget programme pour la santé structurera le volume des ressources à mobiliser autour de programmes et sous-programmes sectoriels clairs axés sur les résultats.

Les deux caisses nationales d’assurance maladie (CNAM et CNASS) seront chargées, dans le cadre de la mise en œuvre d’une vision d’AMU, de contribuer à la mise en commun des fonds et à l’achat des services en s’assurant que toutes les populations soient couvertes, en particulier les plus vulnérables. Un alignement stratégique et opérationnel de ces deux caisses sera visé pour rendre l’achat le plus stratégique possible, sous la tutelle du ministère de la Santé et d’une agence de régulation. Les multiples programmes de gratuité seront également éventuellement intégrés au sein de ces dispositifs pour minimiser la fragmentation.

Sous-Jacent à ces acteurs agissant directement sur le financement de la santé, le ministère de la Santé assurera globalement le renforcement des piliers du système de la santé essentiels à la CSU - soit les infrastructures et équipements, les ressources humaines, l’achat et la distribution des médicaments, et le système d’information sanitaire. Des gains en efficience dans tous ces domaines sont essentiels pour une bonne utilisation de ressources mobilisées.

Les Services déconcentrés et décentralisés, tels que les Directions Régionales de la Santé et de Moughata suivront et mettront en œuvre les orientations et processus en lien avec les fonctions du financement de la santé et dans une approche globale et intégrée.

Les PTF bilatéraux et multilatéraux, en fonction de leurs mandats, apportent un appui technique et financier au processus de mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé. Leur attente en matière d’alignement reste une préoccupation importante dans le sens d’une meilleure coordination des efforts vers les priorités nationales et le renforcement de leur participation à la prochaine édition du Compact.

Le secteur privé et les organisations de la société civile demeurent des acteurs importants dans cette mise en œuvre. Ils devront être amenés à fournir des services qui correspondent aux priorités définies dans la vision nationale en matière de financement de la santé du pays. Au vu de la diversification des acteurs privés et de la société civile du domaine de la santé, il sera auparavant nécessaire de les identifier et de les cartographier afin de les orienter et de les impliquer efficacement.

## **5.2. Dispositif de coordination et de suivi et évaluation de la SNFS**

Des revues semestrielles et annuelles seront organisées afin de permettre un dialogue entre différents intervenants autour de bilans semestriels qui qui pourront aboutir à des planifications en cours d’année afin d’améliorer l’efficacité (exécution, absorption, réalisation) et l’efficience du financement de la santé.

Des risques dans la mise en œuvre ont été identifiés pour chaque élément dans le tableau d’actions de la stratégie de financement, ce qui devra permettre de développer des interventions de mitigation par anticipation.

En matière de communication stratégique autour de la SNFS, l’Assemblée nationale, les instances de coordinations des PTF et de la Société civile seront mis à contribution pour mobiliser tous les acteurs de la stratégie et amplifier la communication autour de la SNFS. Parallèlement, un programme de mobilisation, d’explication et de sensibilisation sera mené au profit de tous les acteurs et des bénéficiaires afin que les devoirs et les droits des uns et des autres soient bien compris de tous, ce qui évitera certains obstacles lors de la mise en œuvre.

De manière concrète, le pilotage de la SNFS sera assuré par un Comité multisectoriel pour la CSU présidé par le Premier Ministre, et le ministre de la Santé en assurera le Secrétariat à travers le groupe de travail ou comité technique existant sur la SNFS.

Ce groupe de travail aura pour missions :

* D’approuver le plan d’action annuel de mise en œuvre de la SNFS ;
* D’appuyer la mobilisation interne et externe des ressources ;
* De veiller à l’organisation de revues périodiques sur la base des résultats des rapports techniques et financiers (rapports d’évaluation, d’exécution budgétaire, de couverture des groupes cibles, de qualité des prestations et de satisfaction des populations) ;
* De veiller à la systématisation des audits et contrôles par niveau ;
* D’initier de nouvelles politiques ou réformes en relation avec la SNFS.

Le groupe technique de la SNFS se réunira une fois par semestre en session ordinaire sur convocation de son président. Les ordres du jour seront arrêtés par le Président sur la base des propositions de ses membres. Il pourra se réunir en session extraordinaire en cas de besoin. Il analysera les résultats obtenus en matière d’intrants, d’activités, de processus et d’impact sanitaire et les plans proposés en conséquence. Ces rencontres permettront aussi d’identifier les obstacles, les contraintes et les opportunités en vue d’une adaptation efficace des plans d’action sur la base de données factuelles.

En appui et en préparation des travaux du groupe de travail, la Cellule de suivi du Développement Sanitaire mettra en place une unité qui sera chargée de la gestion et du suivi de la mise en œuvre de la SNFS, de la préparation des réunions et du suivi de la mise en œuvre de ses décisions. Au sein du secteur, cette Unité sera chargée de la gestion de toutes les questions liées à la mise en œuvre de la SNFS, en lien avec sa mission de suivi de l’implémentation du PNDS, des politiques et stratégies de CSU et des Programmes Prioritaires du Gouvernement en plus du ProPep.

Cette Unité travaillera avec les directions et services concernés. Elle aura pour mission :

* De préparer les projets de plans d’action annuels en étroite collaboration avec des représentants des autres secteurs gouvernementaux, des autres acteurs de la santé et des affaires sociales et des PTF ;
* De préparer la documentation à présenter lors des réunions du groupe de travail ;
* D’assurer le suivi de l’exécution des plans d’action annuels ;
* D’organiser les revues et audits, semestriels et annuels, et assurer la diffusion de leurs rapports ;
* De jouer le rôle d’interface entre les différentes parties prenantes dans la mise en œuvre de la SNFS ,
* et d’unité de référence, de plaidoyer et de mobilisation des partenaires identifiés et potentiels.

**Cadre institutionnel**

Le cadre institutionnel mis en place pour le suivi de la mise en œuvre du PNDS servira de cadre de référence pour le suivi/évaluation de la mise en œuvre de la SNFS. Cette stratégie sera traduite en plans d’actions annuels de mise en œuvre dont l’état d’exécution fera l’objet de rapports de progrès périodiques qui seront appréciés par l’organe de suivi. Des indicateurs de performance pour chaque activité ont été identifiés (voir tableau 5), mais ceux-ci seront développés ainsi que les outils pertinents pour les mesurer au fil de la mise en œuvre. Les cibles clés autour du financement de la santé pour la CSU serviront de points visés à l’horizon 2030.

Le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SNFS sera donc réalisé à travers la conception d’une matrice de suivi-évaluation qui fera ressortir les réalisations sur le plan technique et financier des actions planifiées. Sous la responsabilité de la Cellule de Développement Sanitaire, des revues ou évaluations semestrielles et annuelles devraient se faire, suivies de l’élaboration de rapports de progrès périodiques. Par ailleurs, des évaluations indépendantes devront être menées afin d’assurer le suivi des processus et des effets. Les résultats issus de ces évaluations serviront aux ajustements et à la révision de la SNFS. Ces actions permettront de combler les insuffisances relevées dans le suivi des performances en matière de financement de la santé.

## **5.3. Conditions de succès et risques**

Le succès dans la mise en œuvre de la présente SNFS dépendra essentiellement de deux aspects :

* L’engagement politique de haut niveau en faveur de la santé. Cet engagement s’est manifesté à maintes reprises, entre autres par l’ampleur et l’ambition du ProPep porté par le premier haut responsable du Pays, son Excellence Mr Le Président de la République. La présente stratégie constitue un des outils pour la concrétisation de cet engagement en faveur du financement d’une action de santé équitable, efficace, efficiente et durable pour une couverture sanitaire universelle, qui bénéficiera en particulier aux groupes les plus vulnérables.
* L’engagement et la participation effective des PTF dans l’accompagnement de cet élan et au renforcement de ce leadership du Département en charge de la santé pour une planification, une mobilisation des ressources, une mise en œuvre et un suivi conjoint et responsable, transparent et inclusif. Le renforcement du Compact à travers la participation de tous les PTF constitue une matérialisation de cet accompagnement pour plus d’appropriation nationale, d’harmonisation et de redevabilité en conformité avec les déclarations internationales sur l’aide publique au développement et sur le financement de la santé.

# **Bibliographie**

[1] Ministère de la Santé, “Plan National de Développement Sanitaire Volume I : Analyse situationnelle et Plan,” vol. I. Nouakchott, 2021.

[2] World Bank Group, “World Bank Data - Mauritania,” *data.worldbank.org*, 2023. [Online]. Available: https://data.worldbank.org/country/mauritania.

[3] IMF, “IMF Datasets World Economic Outlook 2023 - Mauritania,” *imf.org*. [Online]. Available: source: https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP\_RPCH@WEO/MRT?year=2023.

[4] International Monetary Fund, “IMF Country Report - Islamic Republic of Mauritania (2022 Article IV Consultation),” Washington DC, 2023.

[5] Banque Mondiale, “Revue des dépenses publiques - Mauritanie (2021) Pistes pour maintenir la viabilité budgétaire et soutenir une reprise économique plus inclusive après la COVID-19,” Nouakchott, 2021.

[6] Groupe de la Banque Africaine de Développement (BAD), “Mauritanie - Note de Diagnostic Pays 2023,” Nouakchott, 2023.

[7] OECD, “Revenue Statistics in Africa 2022 - Mauritania,” 2022.

[8] T. W. B. Group, “Report on the Economic Situation in Mauritania - 5th edition - Leveraging the private sector to drive economic transformation and job creation,” Nouakchott, 2022.

[9] R. Cardarelli *et al.*, “Informality, Development, and the Business Cycle in North Africa,” 2022.

[10] UNPD, “Human Development Reports - Mauritania,” *hdr.undp.org*, 2022. [Online]. Available: https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/MRT.

[11] UNDP, “Multidimensional Poverty Index - Mauritania Briefing note,” 2022.

[12] A. Dahmani-scuitti, J. Doyle, M. Lefebvre, M. Meyer, and A. Rajashekar, “Mapping Deprivations in Mauritania,” Nouakchott, 34, 2020.

[13] ANSADE, “Etude Santé, Nutrition et Pauvreté en Mauritanie - Situation et Défis - Rapport 2023,” 2023.

[14] ONS, “Enquête Démographique et de Santé de la Mauritanie (EDSM) - 2019-2021,” Nouakchott, 2022.

[15] République Islamique de Mauritanie, “Dossier d’Investissement pour l’amélioration de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infanto-juvenile, adolescents et la nutrition en Mauritanie (2022-2025),” 2022.

[16] ONS, “MAURITANIE Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS5 2015,” 2017.

[17] Ministère de la santé de la République Islamique de Mauritanie, “Diagnostic du Système de Financement de la Santé - Rapport Provisoire,” 2019.

[18] Bureau Mauritanien d’Études en Santé Publique (BUMESP), “Carte Sanitaire Nationale de la Mauritanie - 2020,” Nouakchott, 2020.

[19] SARA, “Evaluation de la disponibilité, de la capacité opérationnelle des services de santé et la revue de la qualité des données,” Bamako, 2018.

[20] D. Mcintyre and J. Kutzin, *Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l’élaboration d’une stratégie nationale*. 2017.

[21] WHO, “WHO Global Health Expenditure Database (GHED) Update 2022,” *https://apps.who.int/nha/database*, 2022. [Online]. Available: https://apps.who.int/nha/database.

[22] D. Mcintyre, F. Meheus, and J.-A. Røttingen, “What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?,” *Heal. Econ. Policy Law*, vol. 12, no. 2, pp. 125–137, 2017.

[23] Y. Tapsoba, “Analyse de l’espace budgétaire pour la santé et la vaccination en République Islamique de Mauritanie,” Nouakchott, 2020.

[24] M. P. Waelkens, Y. Coppieters, S. Laokri, and B. Criel, “An in-depth investigation of the causes of persistent low membership of community-based health insurance: A case study of the mutual health organisation of Dar Naïm, Mauritania,” *BMC Health Serv. Res.*, vol. 17, no. 1, pp. 1–18, 2017.

[25] World Bank Group, “Mauritania BOOST Public Expenditure Database,” *datacatalog.worldbank.org*, 2023. .

[26] Banque Mondiale and Ministère de la santé de la République Islamique de Mauritanie, “Conditions propices à l’intégration du financement basé sur la performance dans les systèmes de gestion des finances publiques de la santé en Mauritanie - Conclusions préliminaires – Analyse de la situation (Draft Avril 2023).” Nouakchott, 2023.

[27] M. KADDAR and A. O. EL VALLY, “Évaluation Rapide du Compact National Santé 2018-2020 en République Islamique de Mauritanie,” Nouakchott, 2023.

[28] Ministère de la Santé, “Revue des dépenses publique de santé (RDPS) 2010-2013,” Nouakchott, 2014.

[29] République Islamique de Mauritanie, “Évaluation de la performance du système de gestion des finances publiques de la Mauritanie selon la méthodologie PEFA 2016 - Rapport Final,” 2020.

[30] Ministère de la Santé, “Stratégie nationale du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé ,” 2015.

[31] D. Tamga Magne and Unité Technique du Financement Basé sur les Performances, “Rapport de la Mission d’Évaluation du Dispositif du Financement Basé sur les Performances (mars 2022),” 2022.

[32] Ministère de la santé and ICHESS, “Analyse situationnelle du système de santé communautaire en République Islamique de Mauritanie - Rapport final (Draft),” Nouakchott, 2023.

[33] Ministère de la Santé (2023), Comptes Nationaux de la Santé 2018-2021, Nouakchott

1. Une analyse détaillée des modalités de paiements des fournisseurs de santé, des paniers de soins par acheteur et des systèmes de contractualisation et vérification est disponible dans le Diagnostic du financement de la santé 2023. [↑](#footnote-ref-1)