

# CYCLE DE SUIVI DE L'IHP+ 2016

## FORMAT DE RAPPORT POUR LE PAYS

PAYS	Mauritanie
NOM DU CONSULTANT	Zakaria AMAR
DATE DE SOUMISSION	15 août 2016

### I- Processus du cycle de suivi de l'IHP+ 2016

L'exercice du 5<sup>ème</sup> cycle de suivi de l'IHP+ en Mauritanie a commencé à la mi-mai par une présentation générale du processus aux principaux acteurs du Gouvernement et des partenaires au développement en marge de la réunion mensuelle de comité technique du secteur. Ensuite, le Ministère de la Santé avec l'appui technique du Consultant a organisé une réunion similaire pour les acteurs de la société civile.

Au cours de la 3<sup>ème</sup> semaine du mois de mai, les questionnaires quantitatifs et qualitatifs ont été soumis aux principaux acteurs du Gouvernement et des PDs. Au début du mois de juin, le secrétariat de l'IHP+R a envoyé le questionnaire spécifique aux ONGs identifiées par le Consultant.

A partir de la mi-juin et durant le mois de Juillet le Consultant a appuyé les structures du Gouvernement et les PDs pour remplir le questionnaire qualitatif. Des consultations ont été également menées avec les acteurs de la société civile et du secteur privé.

Au début du mois d'août les conclusions préliminaires du processus ont été partagées avec les acteurs qui ont participé et le draft du rapport a été réalisé en conséquence.

La Direction de la coopération au Ministère de la santé, point focal pour l'exercice, a appuyé pleinement et sans réserve les démarches du Consultant. Il a à cet effet, donné un appui déterminant dans la relance des PDs pour la collecte des données et aussi mis à disposition la logistique du Ministère pour les réunions avec la société civile. Les principales contraintes ont été les difficultés pour les PDs à rendre les questionnaires et les réserves des acteurs du secteur privé quand à l'utilisation des données. Ces acteurs dans la conjoncture actuelle dans le pays ou le Ministère des finances a lancé une campagne agressive de collecte des impôts auprès des professionnels du secteur de la santé, sont réservés quand une éventuelle exploitation des informations pour cette campagne.

Pour ce qui est des PDs, mis à part le Chef de file du secteurs de la santé et l'OMS, les autres partenaires n'ont pas démontré un réel intérêt pour l'exercice même si la charge de travail énorme des différents interlocuteurs peut être perçue comme une circonstance atténuante. L'appui du Consultant senior a été très bénéfique pour bien cibler surtout les discussions et aussi donner conseils méthodologiques et un appui technique très bénéfique.

## II- Principales conclusions du processus

### 1 Engagement à établir des stratégies solides pour le secteur de la santé qui sont évalués conjointement et qui renforcent la responsabilité mutuelle

#### 1.1 Pratique CDE 1. Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique

La Mauritanie dispose d'un plan national de développement sanitaire (PNDS) et des stratégies sectorielles dans lesquelles s'inscrivent la plupart des intervenants en particulier les Partenaires au développement (PDs).

Le secteur national de la santé n'a pas été évalué de manière conjointe suivant un processus type JANS. Toutefois, il y a une évaluation à mi-parcours indépendante du PNDS avec l'appui de l'UE qui va aboutir à une mise à jour dudit PNDS prévue d'ici fin 2016<sup>1</sup>. Il est à noter que dans le cadre de l'identification de l'appui de l'UE au secteur de la santé sur le 11<sup>ème</sup> fonds européen de développement, il a été envisagé de mener une évaluation de type Jans. Toutefois, il y avait plusieurs contraintes qui ont empêché ce processus d'aboutir :

- les faibles ressources financières accordées (8 jours pour le Facilitateur !)
- un manque d'engagement et l'absence de volonté du Ministère pour entrer dans ce type d'exercice à l'issue incertaine ;
- et surtout une incompréhension de ce type de démarche aussi bien du côté du Ministère que ce lui du bailleur ;

Il y a une revue annuelle du secteur sous l'égide du MS avec la participation des PTF actifs dans le secteur même si ce moment potentiel de coordination était souvent un événement très formel. Par ailleurs, le Ministère de la Santé (MS) conduit régulièrement des éditions de l'enquête SARA sur la disponibilité et les capacités opérationnelles des services de santé en Mauritanie avec l'appui de l'OMS ! Même si c'est un outil du système d'information sanitaire, la présentation de ces résultats demeure un momentum crucial d'échange et de coordination entre les différentes parties prenantes bien qu'il faut déplorer l'absence de véritables acteurs de la société civile et du secteur privé.

Le MS élabore également de façon régulière les comptes de la Santé.

#### 1.2 Pratique CDE 5. La redevabilité mutuelle est renforcée.

Il n'y a pas de cadre de suivi évaluation défini par le MS qui soit opérationnel; mais un plan S&E du PNDS serait en cours d'élaboration au niveau du Ministère.

Le cadre du suivi et des résultats du système d'assistance des PDs est généralement spécifique aux projets. Théoriquement, l'ensemble des partenaires disent s'inscrire dans le PNDS, ils ont quelquefois recours à des projets surtout mis en œuvre par des ONG qui ne correspondent pas aux priorités du gouvernement. Le cas le plus flagrant réside dans le ciblage géographique des activités qui conduit souvent à des duplications d'une part et au désintérêts d'autres zones ou il y a une véritable demande d'autre part.

---

<sup>1</sup> La 1ère équipe de facilitateurs n'a pas donné satisfaction au Ministère et a été remplacée ce qui a retardé ce processus ;

Les PDs déplorent l'absence d'un système intégral de données sanitaires, la difficulté d'avoir de l'information sanitaire à temps réel et les lacunes au niveau des données et/ou de la qualité de l'analyse. Pour le Gouvernement, le Système national d'information sanitaire (SNIS) est en cours de migration vers un système intégré sur le DHIS 2 qui devrait être opérationnel d'ici 18 mois et ces défaillances devront alors disparaître.

Les partenaires pensent qu'il faudrait éviter les tabous pour améliorer la redevabilité mutuelle. Il y a en effet certaines questions comme la corruption dans le secteur, le conflit d'intérêt et l'absence d'une véritable décentralisation du pilotage qui ne sont pas du goût des autorités. En particulier, œuvrer pour la mise en place d'un fonds commun qui finance la couverture de santé universelle (CSU) et le PNDS auquel le Ministère préfère manifestement une approche projet avec une centralisation à la Direction administrative et financière du Ministère.

## **2 Engagement à améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé**

### **2.1 Pratique CDE 2a/b: Coopération au développement dans le secteur santé est plus prévisible**

Il y a un problème de prévisibilité des fonds des PDs en l'absence d'un mécanisme fonctionnel. Selon le Ministère de la santé, la prévisibilité des financements des PDs mérite un effort de leur part et surtout devra nécessairement dépasser le stade des intentions. A cet effet, même le Chef de file des PDs du secteur indique qu'il n'a aucune vue d'ensemble sur ce que les différents intervenants envisagent de faire et se plaint de la faiblesse de leadership des institutions publiques à cet effet. Il y a un quasi-consensus sur la nécessité d'élaborer une matrice d'intervention dynamique et actualisée qui pourra servir comme outils de navigation pour les réunions de coordinations des partenaires.

Le budget actuel du secteur de la santé est présenté sous forme d'une loi des finances annuelle. Cependant, il existe un Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) sur 3 ans mais qui demeure peu respecté.

Il est également à noter, qu'il y a une nécessité d'amélioration de la gestion axée sur les résultats pour plus d'efficacité.

### **2.2 Pratique CDE 2c: L'Aide pour le secteur santé est inscrite dans le budget national.**

En Mauritanie, le volume du Budget de Etat consacré à la santé demeure relativement faible (4%) bien qu'il y ait eu progression de plus 140% au cours des 3 dernières années.

La contribution des PTF reste aussi très faible, son poids dans la structure du financement de la santé ne dépasse pas 5%.

Les contributions des bailleurs de fonds sont exécutées sous forme des projets en dehors du circuit du budget de l'État et celles des agences du SNU sont gérées par ces agences sous forme de règlement direct ou de réalisation d'activités.

Il est également à noter qu'il n'existe pas de cadre harmonisé du financement des PDs et du Budget Etat pour plus d'efficience et d'efficacité.

### **3 Engagement à établir, utiliser et renforcer les systèmes du pays**

#### **3.1 Pratique CDE 3: Les systèmes GFP (gestion de finances publiques) sont utilisés et renforcés.**

On remarque en Mauritanie, une faible utilisation des systèmes GFP dans le secteur de la Santé.

Les lourdeurs et la non prise en compte des besoins des PTF sont sans doute une des causes.

A titre d'illustration, suite aux résultats du PEFA 2014, le système national de gestion des finances publiques (PFM) n'a pas été évalué comme utilisable par les circuits financiers de l'UE. Un appui au PFM est en cours sur le Fonds européen du développement (FED) depuis 2 ans et il est programmé pour les prochaines 4 années.

La mise en place d'un fonds commun qui tend vers une CSU pourrait être un déclencheur à cet effet du point de vue de la plupart des PDs.

#### **3.2 Pratique CDE 4 : Les systèmes d'approvisionnement sont utilisés et renforcés.**

La plupart des partenaires au développement utilisent le système de passation de marché et d'approvisionnement publics alors que les agences du Système des nations unies (SNU) exécutent directement les activités et utilisent les systèmes d'approvisionnement propres à chacune d'elles. Toutefois, les PDs se plaignent de la lenteur du circuit public et de sa faible efficacité.

Le programme d'appui au secteur de la santé (PASS) de l'UE a prévu de travailler dans le domaine du renforcement des capacités d'approvisionnement et de passation de marchés.

#### **3.3 Pratique CDE 6: L'assistance technique est coordonnée et l'apprentissage est soutenu par la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.**

Il n'existe pas de plan d'assistance technique national convenu. Néanmoins, différents partenaires appuient le renforcement du système de santé.

A titre d'illustration, l'assistance technique des agences du SNU est constituée avant tout de ses propres staffs (nationaux et internationaux) mais aussi des consultants nationaux et internationaux que les organisations recrutent pour appuyer le pouvoir public. L'UE recrute son appui généralement à travers des contrats cadres et le Ministère est associé à l'élaboration des TdR et à la sélection des experts.

Il y a quelques initiatives d'échanges sud-sud pour l'amorce d'une communauté de pratiques notamment sous l'égide de l'OMS.

### **4 Engagement à créer un environnement favorable pour les organisations de la société civile et le secteur privé à participer dans la coopération au développement pour le secteur de la santé.**

#### **4.1 Pratique 7: Engagement des organisations de la société civile**

La participation des OSC dans les instances décisionnelles du secteur n'est pas toujours effective. On note également des disparités régionales, car certaines autorités au niveau décentralisé ignorent toute forme de concertation avec la société civile.

On note également, l'absence d'un cadre fonctionnel de concertation Etat-Société civile. Il n'y a pas aussi de mécanismes institutionnalisés avec la participation de la société civile pour la surveillance des programmes appuyés par les PDs.

Les PDs notent également à la décharge du Gouvernement, un problème de représentativité et de légitimité des acteurs de la société civile en Mauritanie.

#### 4.2 Pratique 8: Engagement du secteur privé

On note une participation aux revues annuelles et aux réunions trimestrielles du comité national de coordination et de pilotage du secteur de la santé.

Toutefois, il n'y a pas de mécanisme de prise en considération des commentaires / suggestion du secteur privé dans le processus de prise de décision stratégique du secteur.

On note également des problèmes récurrents de régulation du secteur privé de la santé et un faible appui des PDs à ce secteur.

### 5 Autres observations

En dépit de l'existence d'un plan national de développement du secteur de la santé PNDS, il n'y a pas une matrice ou chaque partenaire s'est positionné. D'où le manque de lisibilité globale de l'ensemble des intervenants dans le secteur. Il est à noter toutefois, que la version actuelle du PNDS contribue à cette confusion car la matrice qu'il offre n'est pas opérationnelle et sa qualité est relativement faible.

Cependant, l'existence d'un Comité national de coordination et de pilotage du secteur (CONAP) dans lequel siègent les partenaires en appui au Ministère de la Santé ou les PDs ont la possibilité de donner des conseils et appuis techniques au MS. Toutefois, il y a une faible participation et un niveau de représentation peu élevé des PDs et une faible représentation de la société civile locale dans les réunions de ce Comité.

Il y a une nécessité d'appuyer l'idée de l'UE pour la mise en place d'un fonds commun qui tend vers la CSU pour plus de visibilité et d'efficacité des interventions dans le secteur.

Il est également souhaitable d'appuyer la décentralisation de ce fonds vers les régions notamment à travers l'élaboration d'un plan d'action de développement sanitaire au niveau régional.

Pour ce qui des leçons apprises de ce processus :

- il ne semble pas que les partenaires signataires de l'IHP+ aient pris en compte dans leur planification, un temps conséquent pour le processus de suivi ; cet engagement collectif nécessite une implication réelle et non pas formelle des différents partenaires qui à ce titre doivent réserver du temps pour ce type d'exercice relativement « time consuming ».
- l'approche du questionnaire en ligne devra être affinée avec un peu plus d'interactivité ;
- il est aussi nécessaire de donner plus d'autonomie à l'exercice au niveau local pour prendre en compte les spécificités de chaque pays ; à cet effet, on a pas pu respecter exactement le séquençage du processus pour les raisons cités plus haut notamment le faible engagement des PDs, la réunion de restitution a été reporté à trois reprises faute d'un nombre minimal de participants ;
- l'engagement du secteur privé nécessitera sans doute de développer une approche alternative pour tenir compte de sa spécificité avec peut être une réflexion au niveau régional qui dépasse les clivages locaux ;



## 6 Annexe 1: Liste des partenaires au développement qui étaient invités et ceux qui ont participé

Nr	Liste des partenaires au développement actifs dans le secteur santé	Partenaires au développement invités à participer au 5 <sup>ème</sup> cycle de suivi (veuillez ajouter X si le partenaire était invité à participer)	Partenaires au développement qui ont participé (veuillez ajouter X si le partenaire a participé)
1	OMS	x	x
2	AfD	x	x
3	UE	x	x
4	FNUAP(*)	x	x
5	UNICEF	x	x
6	Fonds mondial	x	
7	GAVI	x	x
8	Banque mondiale	x	x
9	AECID	x	x
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

(\*) a rempli uniquement le questionnaire quantitatif

## 7 Annexe 2: Liste des organisations de la société civile

Nr	Liste des OSC actives dans le secteur santé	OSC qui ont participé au questionnaire online (veuillez ajouter X si l'OSC a participé)	OSC qui ont participé à la discussion de groupe (veuillez ajouter X si l'OSC a participé)
1	CROSCA	X	
2	RONGA	X	
3	New Vision	X	
4	ONG Selam (Réseau ONG Gorgol)	X	
5	ONG Scalet	X	
6	ONG FED	X	x
7	Secours sans Frontières	X	
8	Medecingo	X	
9	CNTM	X	
10	Aspro2001	X	
11	Etterahoum	X	
12	RMAS	X	
13	ROSSTA	X	
14	APSDN	X	
15	ASMELM	X	x
16	AMSDFEH	X	
17	ADPDH	X	
18	RUDAN	X	x
19	Etre Transparent	X	
20	AMELCP	X	x
21	AMLCD	X	x
22	ASDM	X	x
23	ANSE	X	



24	VACNET	X	
25	ACTIONS	X	x
26	METAR	X	x
27	Réseau des ONG pour la santé	X	X
28	AMSME	X	x
29	AMALUTS	X	x
30	STOP SIDA	X	X
31	ANPFPEE	X	x
32	AMSDFEH	X	x

*\* Veuillez ajouter des lignes additionnelles si nécessaire*

## 8 Annexe 3: Liste des agents du secteur privé

Nr	Liste des agents du secteur privé actifs dans le secteur de la santé (selon la définition dans l'outil SP)	Agents du secteur privé qui ont participé à la discussion de groupe (Veuillez ajouter un X s'ils ont participé)
1	Association des cliniques privées	x
2	Association des laboratoires médicaux	
3	Groupement des importateurs de médicaments	x
4	Collectif des fournisseurs de matériel et de consommables médicaux	x
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

*\* Veuillez ajouter des lignes additionnelles si nécessaire*