

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur- Fraternité- Justice



MINISTERE DE LA SANTE

PACTE NATIONAL ENTRE LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE ET SES PARTENAIRES POUR LE SOUTIEN AU SECTEUR SANTE

2012-2015

Table des matières

SIGLES	2
DEFINITION DE CONCEPTS	3
I. Contexte	5
II. Difficultés et contraintes majeures du secteur de la santé en Mauritanie	6
III. Axes stratégiques du PNDS 2012-2020	7
IV. LE COMPACT	12
IV.1 But du Compact	12
IV.2 Objectifs	12
V. Les éléments du cadre programmatique sous-tendant le Compact	12
V.1 Un plan unique de développement du secteur de la santé (première phase du PNDS 2012 - 2015)	13
V.2 Un processus unique de concertation et de coordination	14
V.3 Un cadre budgétaire unique	15
V.4 Un système unique de suivi-évaluation.....	17
V.5 Une matrice unique de réformes sectorielles	18
V.6 Un cadre fiduciaire harmonisé	19
VI. Les principes généraux et modalités de gestion de l'appui au PNDS 2012-2015 20	
VI.1 Dispositions générales.....	20
VI.2 Les modalités d'aide offertes aux signataires du Compact	21
VI.3 Les initiatives globales pour la santé et les fonds verticaux	21
VI.4 Les modalités d'aide offertes aux PTFs non signataires du Compact.....	22
VI.5 Les responsabilités pour mobiliser et gérer l'aide publique au développement	22
VI.6 L'assistance technique	22
VII. Les engagements du Gouvernement de la Mauritanie dans le cadre de la mise en œuvre du Compact et son système de suivi	24
VIII. Les engagements du PTFs dans le cadre de la mise en œuvre du Compact et son système de suivi	26
IX. Résolution des conflits	28
X. Durée du COMPACT	28
Bibliographie	31
Annexe	32

SIGLES

AT	Assistance Technique
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CNS	Comptes Nationaux de la Santé / Comité National de Santé
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GAVI	Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IHP+	<i>International Health Partnership</i> / Partenariat International pour la Santé
MAED/MF	Ministère des Affaires Economiques et du développement
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
CAMEC	Central d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CONAP	Comité National du Pilotage du PNDS
OSC	Organisations de la Société Civile
POA	Plan opérationnel Annuel
PSDRH	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
RHS	Ressources Humaines en Santé
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement

DEFINITION DE CONCEPTS

TERMES GENERIQUES	
CONCEPT	DEFINITION
Approche Sectorielle	<p>Un mécanisme de coopération entre les PTF et l'Etat bénéficiaire de l'aide au développement qui privilégie l'approche programme plutôt que l'approche projet. Ceci signifie qu'il y a donc au préalable une politique, stratégie et/ou un programme de développement sectoriels qui réunissent l'assentiment de tous les partenaires (le ministère, les PTF, le secteur privé, les ONG, les usagers, etc.) et que ceux-ci sont d'accord pour faire porter leurs efforts en priorité pour appuyer la mise en œuvre, dans le respect des cinq grands principes de l'efficacité de l'aide de la Déclaration de Paris de mars 2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Appropriation nationale</i> ✓ <i>Alignement sur les stratégies, les procédures et les systèmes nationaux</i> ✓ <i>Harmonisation entre organismes intervenant dans le secteur</i> ✓ <i>Gestion axée sur les résultats</i> ✓ <i>Responsabilité mutuelle</i>
Réformes Sectorielles	Changements structurels mis en place pour améliorer la performance du système de santé
Comptes Nationaux de Santé	Outil de suivi systématique, global et cohérent des flux financiers dans le système de santé d'un pays , spécialement conçu pour permettre de rassembler et de mettre en ordre des données généralement dispersées et mal connues sur l'ensemble des flux financiers du secteur de la santé et sur leur utilisation pour une meilleure prise des décisions. Ils permettent donc d'y voir un peu plus clair dans un système très complexe, et dans les stratégies mises en œuvre pour améliorer l'état de santé de la population et surtout la relation entre les dépenses de santé et la production totale de l'économie .
Revue de Dépenses Publiques	Exercice de révision financière et d' analyse (rétrospective et prospective) des ressources (mobilisation et provenance) et des dépenses (répartition par niveau de soins: primaire, secondaire et tertiaire) publiques sur une période donnée. Analyse, aussi, du processus de budgétisation et de la capacité de gestion (préparation, exécution et contrôle budgétaire) du secteur , ayant pour but la réalisation de prévisions budgétaires et en vue d'une plus grande rationalisation de leur gestion.
MOBILISATION DES RESSOURCES	
CONCEPT	DEFINITION
Sources de financement	Ce sont les organisations ou les entités (personnes morales ou physiques) qui fournissent les fonds utilisés par les structures et services du système de santé.

Appui / Aide budgétaire	Désigne toute forme de soutien financier extérieur qui contribue à l'augmentation du budget de l'Etat . Ainsi, les mesures d'allègement de la dette, de soutien de la balance des paiements et même d'aide aux projets (avec une convention de financement) constituent des formes indirectes d'appui budgétaire. Généralement, l'appui budgétaire est envisagé en termes d'aide directe aux dépenses publiques dont bénéficie l'ensemble du budget . Avant d'octroyer une aide budgétaire directe, les bailleurs de fonds doivent disposer de garanties sur trois aspects essentiels : <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'existence d'un consensus sur les politiques, les stratégies et l'affectation des ressources que doit respecter le gouvernement ; ✓ les systèmes de gestion financière et de gestion des performances du gouvernement doivent être suffisamment efficaces pour produire les effets et les résultats souhaités ; ✓ l'existence de mécanismes adéquats et transparents de gestion et de responsabilité financière ainsi que d'un dispositif de contrôle adéquat.
Appui / Aide budgétaire Direct / Global / Non ciblé	C'est une aide directement versée dans le budget général de l'Etat (au Trésor) . Elle contribue donc aux ressources publiques globales (recettes, appui budgétaire...), qui ne sont pas ciblés pour un secteur donné . Elle est donc gérée selon les modalités de gestion financière de l'Etat bénéficiaire et non pas selon celles des bailleurs.
Appui / Aide budgétaire Sectorielle / Ciblée	C'est une aide directement versée dans le budget de l'Etat (au Trésor) au profit d'un secteur donné (santé, éducation...). Elle contribue donc aux ressources publiques globales (recettes, appui budgétaire...), qui sont ciblées pour ce secteur ou sous-secteur .
Appui / Aide Extra budgétaire / Aide affectée / Aide Programme	C'est une aide d'un ensemble de bailleurs à un programme sectoriel qui ne passe pas par les mécanismes des flux financiers de l'Etat (extra-budgétaire) . Dans ce cadre, la gestion des fonds publics est confiée au gestionnaire du programme (mais selon les modalités financières convenues avec les bailleurs). Les partenaires peuvent, dès lors, intervenir sous forme d'aide affectée.
Appui / Aide instrument de Projet / Fonds Verticaux	Ressources financières et/ou techniques versées par des institutions individuelles (Projet) ou un ensemble des bailleurs (Fonds) qui soutiennent des volets précis de la politique sectorielle du gouvernement. Le financement se fait par le biais de comptes de projets spécifiques et la libération des fonds est assortie de conditions ou de clauses de performance. La gestion des apports est intégrée au système général de l'Etat (sous réserve d'une Convention de Financement). Des mécanismes d'audit spécifiques peuvent être mis en place (Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, GAVI/RSS ...).

GESTION DES RESSOURCES

CONCEPT

DEFINITION

Cadre Fiduciaire

Ensemble de mécanismes (méthodes et procédures) qui vise à améliorer l'efficacité et la transparence de la gestion des ressources allouées au secteur et à introduire de nouvelles procédures (souvent qualifiées de mécanismes fiduciaires) **qui garantissent aux deux parties, Gouvernement et partenaires, la bonne gestion des ressources**. Cela concerne les procédures courantes (gestion financière et passation de marchés), les contrôles internes et externes et le système de suivi-évaluation, notamment sur l'impact des politiques en matière de lutte contre la pauvreté. Seule l'assurance d'un bon fonctionnement de ces mécanismes incitera les partenaires à confier à la partie nationale le soin de gérer, selon ses procédures, les programmes et les fonds du secteur.

I. Contexte

La Mauritanie a signé en mars 2005 la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement qui repose sur cinq principes de base : l'Appropriation, l'Harmonisation, l'Alignement, la Gestion Axée sur les Résultats et la Redevabilité Mutuelle. Sa mise en œuvre exige de grands changements dans l'approche et les outils de la coopération en général.

La Mauritanie a aussi adhéré en signant le Compact Global, à l'initiative du Partenariat International pour la Santé (IHP+), le 17 mai 2010 à Genève, en marge de la 63ème Assemblée Mondiale de la Santé.

A la suite de cette adhésion, le Ministère de la santé et ses principaux partenaires ont élaboré un plan National de Développement Sanitaire qui est la stratégie sur laquelle est bâti le présent compact national.

En effet, le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020 constitue la stratégie sectorielle santé pour les neuf prochaines années. Il est en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP III 2011-2015), la Politique Nationale de la Santé (2006-2015) et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF 2012-2016).

Ce PNDS, qui est couplé d'un CDMT 2012-2015, est le fruit d'un long processus participatif impliquant tous les acteurs du secteur (gouvernementaux, privés, société civile et PTF).

II. Difficultés et contraintes majeures du secteur de la santé en Mauritanie

Une analyse de la situation sanitaire, menée tout récemment par le Département, dans le cadre du processus d'élaboration du PNDS, montre que, dans l'ensemble, si des progrès ont été réalisés, ils ne sont pas suffisants pour permettre au pays d'être au rendez-vous du millénaire en 2015 et la situation reste préoccupante.

La situation sanitaire actuelle est marquée par (i) une mortalité et morbidité encore élevée, en particulier chez les groupes les plus vulnérables (y compris le couple mère-enfant), (ii) une couverture insuffisante en services essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, (iii) une offre de santé inefficace et inéquitable et (iv) un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes entravant le développement du secteur et des opportunités non prises en compte dans son pilotage.

C'est ainsi que le profil épidémiologique national reste dominé par (i) les maladies transmissibles au premier rang desquelles il faut citer le paludisme, la tuberculose et les IST/VIH/SIDA, et comprenant par ailleurs les maladies tropicales négligées et les maladies à potentiel épidémique y compris les fièvres hémorragiques, (ii) la pathologie infantile à type d'infections respiratoires aiguës (IRA), de diarrhées, de paludisme et de pathologie néonatale, (iii) les déséquilibres nutritionnels, en particulier chez le couple mère-enfant, et qui favorisent le développement des pathologies ci-dessus, (iv) la pathologie liée à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum, (v) les maladies non transmissibles (cardiopathies, diabète, cancers, pathologies respiratoires chroniques, troubles neuropsychiques et accidents de la voie publique). D'autres problèmes de santé sont à signaler, à savoir les maladies à éradiquer ou à éliminer (poliomyélite, tétanos néonatal, lèpre), l'handicap moteur et la pathologie bucco-dentaire.

L'analyse de la principale réponse du secteur à cette situation, à savoir l'utilisation effective des interventions à haut impact par le plus grand nombre de bénéficiaires, montre des niveaux de couverture insuffisants, discontinus et ne profitant pas de manière équitable aux riches et aux pauvres, aux urbains et aux ruraux, etc... Les groupes exclus, au-delà du fait qu'ils ont aussi droit à une santé de qualité, constituent des poches où les indicateurs de santé tirent la moyenne nationale des mortalités et morbidités vers le haut, et celle des couvertures en services essentiels de santé vers le bas.

La recherche des causes de cette couverture insuffisante, inefficace et inéquitable a orienté les actions vers une offre de service et une allocation ou affectation des ressources, elles mêmes inefficaces et inéquitables, ne garantissant pas des services

de santé de qualité à tous les citoyens mauritaniens, comme stipulé par la constitution nationale. C'est ainsi que :

- l'analyse des goulots d'étranglement du système de santé a mis en exergue des problèmes liés (i) à la disponibilité des ressources humaines efficaces à différents niveaux, (ii) à l'accessibilité géographique à des structures de santé fonctionnelles, (iii) à l'accès aux médicaments, vaccins et consommables de qualité y compris les consommables promotionnels, (iv) à l'utilisation initiale des services essentiels de santé tels que les obstacles socioculturels ou le coût de ces services, (v) à l'utilisation adéquate et à la qualité de ces services par la faiblesse de la communication, le mauvais accueil ou la durée d'attente élevée entre autres facteurs ;
- L'analyse causale de ces goulots a dégagé des causes immédiates – telles que celles citées comme exemples dans le paragraphe ci-dessus – des causes sous-jacentes liées à l'environnement proche de l'individu, du ménage ou de la structure, et des causes structurelles dépassant souvent les prérogatives du département de la santé et qui nécessitent la mise en œuvre de réformes profondes au sein ou au-delà du secteur ;
- La dépense publique de santé fut, pour la période 2005-2010, largement favorable au niveau urbain plus riche, aux niveaux administratifs et hospitaliers tertiaires et aux dépenses d'investissements ; selon la revue des dépenses publiques de santé, cette dépense n'était ni suffisante (au regard de la moyenne internationale et régionale), ni efficiente dans son allocution et ni équitablement répartie.

Tenant compte des résultats de cette analyse – qui ont été classés en forces, faiblesses, opportunités et contraintes – des orientations du CSLP III et de la vision de la politique nationale de santé encore en vigueur, il a été retenu que le PNDS privilégie la réalisation des interventions à haut impact, les plus à même à réduire significativement la mortalité et la morbidité, en particulier chez les plus vulnérables (mère et enfant, ...), et qu'il s'articulera autour de cinq axes stratégiques

III. Axes stratégiques du PNDS 2012-2020

Les cinq axes stratégiques du PNDS se composent de quatre axes visant respectivement (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les accidents de la voie publique ; le cinquième axe transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien aux quatre axes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

La mise en œuvre du PNDS devra permettre, d'ici 2015 puis 2020, une réduction significative des taux de mortalité et de morbidité, en particulier :

- la mortalité maternelle qui passera de 550 pour 100.000 nv actuellement à 400 pour 100.000 nv en 2015 et à 220 pour 100.000 nv en 2020 ;
- la mortalité néonatale qui passera de 43 pour 1000 actuellement à 22 pour 1000 en 2015 et moins de 10 pour 1000 en 2020;
- la mortalité infantile qui passera de 77 pour 1000 actuellement à 38 pour 1000 en 2015 et à 16 pour 1000 en 2020 ;
- la mortalité infanto-juvénile qui passera de 122 pour 1000 actuellement à 58 pour 1000 en 2015 et à 30 pour 1000 en 2020 ;
- l'incidence du VIH qui passera de 9,5 pour 10.000 actuellement à 2,6 pour 10.000 en 2015 et 1,2 pour 10.000 en 2020 ;
- l'incidence du paludisme qui passera de 17,5% actuellement à 11% en 2015 et à 9% en 2020 ;
- la prévalence de la tuberculose qui passera de 86 pour 100.000 actuellement à 60 pour 100.000 en 2015 et à 25 pour 100.000 en 2020 ;
- la prévalence de l'HTA (chez les 16-64 ans) qui passera de 39% actuellement à 35% en 2015 et à 30% en 2020 ;
- la prévalence du diabète (chez les 16-64 ans) qui passera de 6% actuellement à 5% en 2015 et à 3,5% en 2020.

Pour y arriver, le Département devra, avec ses différents partenaires nationaux (Communautés, OSC, privé, ...) et internationaux (PTF, OSC), mettre à échelle les différentes interventions à haut impact sur les OMD et sur les principales maladies non transmissibles. Des niveaux de couverture ont été retenus pour les différentes interventions (voir le tableau ci-dessus). Cette mise à échelle nécessitera de donner la priorité à des domaines prioritaires d'action visant en particulier ces interventions à haut impact et en cohérence avec les stratégies nationales et les engagements régionaux et internationaux du pays.

AXES	Indicateurs	Définition et mode de calcul	Situation de référence	PNDS 1 (Fin 2015)	Source
Résultats d'effets liés à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	Prévalence de contraception (Toute méthode confondue) = $N*100 / D$	N = Nombre de nouvelles acceptantes en Planification familiale D = Nombre de femmes en âge de procréer	8%	14.80%	SNIS /SR
	% de femmes enceintes ayant accompli 4 visites CPN	<i>N = Nombre</i> de femmes enceintes ayant accompli 4 visites CPN <i>D = Nombre</i> de femmes enceintes attendues	4,0%	35,0%	SNIS/SR
	% d'accouchements assistés = $N*100/D$	N = Nombre d'accouchements assistés dans les structures de santé D = Nombre d'accouchements attendus	48,4%	62,0%	SNIS/SR
	Taux de Césariennes = $N*100/D$	N = Nombre césariennes D = Nombre d'accouchements	1,4%	2,5%	SNIS/SR
	% de femmes enceintes VIH positives ayant reçu des soins pour la PTME	Nombre de femmes enceintes VIH+ recevant un traitement ARV pour la PTME/l'ensemble des femmes enceintes VIH+ attendues selon la prévalence de 0,7%	3.5%	50%	SNIS et Rapports de supervisions
	Taux de fréquentation des CPoN	Nombre de nouvelles accouchées ayant effectué au moins une visite postnatale/Total des naissances attendues	6.8%	50%	Rapport SNIS
	Taux de mortalité néonatale précoce	Nombre de mort nés frais/Nombre total de nouveau-nés vivants	1.74%	0%	Rapport SNIS
Résultats d'effets liés à la lutte contre la mortalité Infanto-juvénile	Couverture vaccinale/ Pentavalent	(Nombre d'enfants de 0 à 9 mois ayant reçu la troisième dose de pentavalent / naissances vivantes de la période) X 100	64,0%	90,0%	SNIS/PEV
	Couverture vaccinale/ Rougeole	(Nombre d'enfants de 0 à 9 mois ayant reçu la dose de rouvac / naissances vivantes de la période) X 100	59%	90%	SNIS/PEV
	Couverture vaccinale/ polio	(Nombre d'enfants de 0 à 9 mois ayant reçu 3 doses antipolio / naissances vivantes de la période) X 100	63%	69.75%	SNIS/PEV

	Taux de malnutrition sévère chez les enfants de 6 mois - 5 ans =N*100/D	N = Nombre de cas de malnutritions aigues sévères chez les enfants (6-59 mois) D = Population cible (enfants de moins de cinq ans)	2,84%	1,90%	SNIS/SN
Résultats d'effets liés à la lutte contre les maladies transmissibles	% de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse dans les structures sanitaires	N = Nombre de femmes enceintes ayant eu deux doses de (TPI) à base de sulfadoxine pyremethamine D = Nombre de femmes enceinte vues en CPN 1	22,0%	80,0%	SNIS/PEV
	Morbidité de cas du paludisme confirmé	N= Nombre de cas confirmés D= Nombre des présumés	3,0%	2,0%	SNIS/PNLP
	% de cas de TB dépistés parmi tous les cas TB	N = Nombre de cas TB dépistés D= Nombre de cas attendu (avec une prévalence de 234,5 p 100.000)	41%	70,0%	SNIS/PNLT
	% de perdus de vue	N :Le nombre des malades perdus de vue D : Le nombre de malades enregistrés	14%	8%	SNIS/PNLT
	% de succès thérapeutique	N :Le nombre de malades guéris D : Le nombre de malades enregistrés	70%	85%	SNIS/PNLT
	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral.	N : nombre total des PVVIH bénéficiant d'ARV en fin d'année D : nombre éligible au traitement ARV en fin d'année	48,5%	95%	Rapports des structures de PEC. Base de données du CTA
	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 12 mois après le	N : nombre total des PVVIH vivant et bénéficiant d'ARV depuis 12 mois. D : Nombre des patients mis sous ARV les 12 derniers mois.	78%	90%	Rapports structures de PEC

	début de celle-ci.				
	Nombre d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseils au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le résultat du dépistage.	N : Nombre d'hommes et de femmes de 15 ans ou plus ayant bénéficié d'un dépistage et de l'annonce. D : 100 000 personnes (de 15 ans ou plus) à connaître leurs statuts sérologique d'ici 2015	33%	100%	SEDAC / INRSP
Résultats d'effets liés à la lutte contre les maladies non transmissibles	% de porteurs d'HTA suivis médicalement	N= Nombre des hypertendu suivi D= nombre des cas attendu selon une prévalence de 22.4%	39%	60%	SNIS/MNT
	% de diabétiques détectés et suivis médicalement	N= Nombre des diabètes suivi D= nombre des cas attendu selon une prévalence de 6%	50%	70%	SNIS/MNT
RSS	Accessibilité géographique (dans un rayon de 5 km)	Population habitant dans un rayon de < de 5 Km d'une structure de sante fonctionnelle (agent de sante, local et fond de roulement en ME)/ Total de la population	79,01%	90,0%	SNIS
	Ratio Infirmiers /population	Nombre IDE, SF et IMS/population	1pour 1.593	1 pour 1.414	SNIS/DRH
	Dépense publique de santé par personne et par an (en UM)	(Dépenses globales en santé / population)	3.575	8.844	SEP/SNIS
	% du budget santé par rapport au budget total de l'Etat	Budget du MS/Budget Global de l'Etat	4,0%	8,2%	SEP/SNIS

Parallèlement, il a été retenu de mettre en œuvre un certain nombre de mesures et réformes qui garantiront l'efficacité de l'action et de la dépense du secteur. Ces mesures et réformes touchent à la fois les différents aspects de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières ainsi qu'elles renforcent les objectifs du secteur en matière de décentralisation, d'intégration, d'intersectorialité et de

coordination à tous les niveaux. Elles permettront aussi au secteur de participer dans l'élan national visant à améliorer la gouvernance politique, juridique, économique et sociale, en impliquant davantage les bénéficiaires dans la prise de décision et dans le suivi et l'évaluation de l'action sectorielle à tous les niveaux.

IV. LE COMPACT

Le COMPACT est un Protocole d'Accord, un engagement moral, qui n'a pas de caractère contraignant pour les parties signataires.

IV.1 But du Compact

Le présent compact a pour but d'améliorer l'efficacité de l'aide et promouvoir un développement sanitaire durable en renforçant le leadership du ministère de la santé dans la définition, le pilotage et le suivi évaluation de la politique nationale en matière de santé.

IV.2 Objectifs

Le Compact a pour objectif général de renforcer le partenariat entre le Gouvernement, la société civile et les PTF et d'améliorer la mobilisation et l'utilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 à travers un cadre harmonisé entre le Gouvernement et ses PTFs en cohérence avec le CSLPIII en vue d'accélérer l'atteinte des OMD.

Plus spécifiquement, le Compact vise à définir :

- ✓ Le cadre programmatique de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 (un plan unique de développement du secteur, un processus unique de concertation et de coordination, un cadre budgétaire unique, un cadre unique de suivi-évaluation, une matrice unique des réformes sectorielles et un cadre fiduciaire harmonisé) ;
- ✓ Les modalités de gestion de l'appui au PNDS 2012-2015 ;
- ✓ Les mécanismes de mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 ;
- ✓ Les engagements du Gouvernement de la Mauritanie et des PTFs dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015.

V. Les éléments du cadre programmatique sous-tendant le Compact

Le Compact constitue l'aboutissement d'une dynamique qui anime le secteur de la santé depuis plus d'une année. Les principaux éléments du cadre programmatique qui sous-tendent ce Compact sont présentés ci-dessous.

V.1 Un plan unique de développement du secteur de la santé (première phase du PNDS 2012 - 2015)

Situation actuelle et problèmes principaux

Le Département a élaboré ces dernières années nombre important de documents de politique et stratégies avec le plus souvent l'implication des principaux acteurs : le Plan Directeur 1998-2002, la Politique Nationale de la Santé (PNS) 2006-2015, la Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN), la Politique hospitalière, le PSDRH, la Politique pharmaceutique, la Politique nationale d'hygiène, la Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant (SNSE), les plans et cadres stratégiques nationaux (PNSR, PNLP, PNLS, PNTL, ou de PCIME, etc ...).

Cependant, la plupart de ces documents n'a pas connu de mise en œuvre effective ni de réactualisation régulière. Dans ce cadre, il faut noter (i) la faiblesse du management à différents niveaux et du processus de planification, (ii) l'absence de planification stratégique axée sur les résultats et (iii) la faiblesse du système de suivi et de l'évaluation.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

Amener tous les acteurs à

- ✓ Utiliser, au cours des prochaines années, le PNDS 2012-2015, comme document de référence pour la planification et la mise en œuvre des interventions dans le secteur à tous les niveaux.
- ✓ Elaborer la planification de l'année N+1 en se basant sur les résultats de l'évaluation des 12 mois précédents, tout en prévoyant un espace d'au moins trois mois entre la fin de la période à évaluer et la période à planifier ;
- ✓ Tenir régulièrement des revues annuelles pour apprécier la performance du Secteur au cours de l'année N-1 et valider la programmation pour l'année N ;

Engagements du Gouvernement

- a) Renforcer le partenariat avec la société civile (OSC, CG, ...) dans la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 en vue d'assurer une appropriation des politiques de santé par les populations ;
- b) Assurer que tous les plans élaborés (opérationnels ou sous-secteurs) soient cohérents entre eux, contiennent des objectifs cibles priorisés, clairs et alignés sur les OMD, que les mesures indiquées pour atteindre ces objectifs aient démontré leur efficacité et soient entièrement quantifiées, et qu'il existe un cadre de suivi évaluation selon la gestion axée sur les résultats ;

- c) Consulter régulièrement toutes les parties prenantes pour la révision des plans et stratégies sectorielles, à travers les principaux organes de suivi évaluation du PNDS (Comité National de pilotage et Comité technique) et les revues ;
- d) Privilégier l'approche programme dans le pilotage et la gestion du PNDS 2012-2015 ;
- e) Elaborer la planification de l'année N+1 (janvier à décembre) au plus tard le 30 Octobre de chaque année (N), en se basant sur les résultats de l'évaluation des 12 mois précédents (Octobre N-1 à septembre N) ;
- f) Transmettre la planification de l'année N+1 aux PTFs au plus tard le 10 Novembre de l'année N ;
- g) Organiser une seule revue conjointe du PNDS par an au niveau national,

Engagements des PTFs

- a) S'aligner et participer activement au processus de planification, de budgétisation, de suivi et d'évaluation de la mise œuvre du PNDS 2012-2015,
- b) Accorder des financements aux Organisations de la Société Civile (OSC) dans le domaine de la santé conformément aux priorités et aux objectifs du PNDS 2012-2015 ;
- c) S'aligner sur les normes et standards définis par le MS en matière de planification – programmation et exécution ;
- d) Examiner et valider les POA de l'année N+1 au cours de la réunion annuelle du Comité National de Pilotage sous réserve de la prise en compte des amendements transmis au MS au plus tard le 15 décembre de chaque année.

V.2 Un processus unique de concertation et de coordination

Situation actuelle et problèmes principaux

Au niveau de l'Etat, la coordination globale de l'aide est assurée par le Ministère des affaires Economiques et de Développement. Les mécanismes de coordination et de suivi de l'aide sont essentiellement les programmations et les évaluations annuelles des investissements et des revues conjointes avec les partenaires. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris et du CSLPIII, des mécanismes et instruments de coordination tels que le CDMT Global, les CDMT Santé, l'UNDAF, etc. ont été mis en place par le Gouvernement de la Mauritanie en concertation avec les PTFs.

En ce qui concerne le secteur de la santé, des organes de concertation, de coordination, de pilotage et de suivi-évaluation structurés au niveau politique, stratégique et opérationnel ont été mis en place et permettront d'assurer le leadership du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du PNDS 2012-2015. Ces organes ont des missions spécifiques et complémentaires impliquant l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur (secteurs public et privé, OSC, système des Nations Unies, coopérations bi- et multilatérales, etc.).

Par ailleurs, les PTFs du secteur ont également leur propre cadre de coordination et de concertation qui vise à renforcer le dialogue collectif des partenaires qui concourent à la mise en œuvre de la politique de la santé en partenariat avec le Ministère de la Santé. Il est le lieu de discussion au sein duquel les partenaires peuvent harmoniser leurs positions en vue de formuler des communications officielles au MS. Ce cadre est dirigé par un Chef de file, porte parole, qui, désigné par ses pairs est appelé à jouer un rôle proactif, à stimuler le renforcement du dialogue et à exprimer l'opinion des partenaires.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

- ✓ Constituer un seul comité de pilotage (CONAP) assisté par un comité technique, au niveau national, regroupant toutes les parties prenantes du secteur pour une meilleure coordination et plus d'efficacité.
- ✓ Renforcer la coordination entre PTFs et le rôle de leur Chef de file, pour les amener à s'harmoniser entre eux afin de faciliter le dialogue avec le MS.

Engagements du Gouvernement

- a) Intégrer les différents Comités existants dans l'organe de concertation défini dans le PNDS ;
- b) Consulter régulièrement les parties prenantes pour la révision des plans et stratégies sectorielles à travers les organes de suivi évaluation du PNDS.

Engagements des PTFs

- a) Renforcer le cadre de coordination interne des PTFs en rassemblant le maximum d'entre eux ;
- b) Formaliser et rendre plus effectif le rôle du Chef de File ;
- c) S'aligner et participer activement au processus de planification défini en concertation avec le MS.

V.3 Un cadre budgétaire unique

Situation actuelle et problèmes principaux

Le secteur de la santé en général et le PNDS en particulier sont financés par deux principales sources à savoir :

- ✓ Le financement national composé des ressources (i) de l'Etat, (ii) de l'assurance maladie, (iii) des ménages, et (iv) du secteur privé ;
- ✓ Le financement extérieur est composé des financements des PTF (Agences des Nations Unies, PTF bi-et multilatéraux, ONGs internationales, coopération décentralisée, fonds verticaux, etc.) et des financements provenant des institutions internationales ou régionales du financement (BM, BAD et BID).

Afin d'améliorer l'adéquation entre la programmation des ressources et leur utilisation, le MS a élaboré, un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) qui définit les budgets nécessaires à la mise en œuvre des priorités actuelles du secteur tel que définies par le PNDS1. Ce CDMT sera utilisé comme outil de plaidoyer pour mobiliser les ressources et devrait constituer le cadre unique de budgétisation des priorités définies par le secteur.

Sur la base de ce CDMT, les structures du Ministère de la Santé vont élaborer chaque année une programmation et budgétisation annuelle qui intègrent les activités et les financements de l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur au cours de l'année concernée.

Plusieurs difficultés sont rencontrées à ce niveau, notamment :

- ✓ Une insuffisance de prévisibilité de l'aide, même à court terme, des PTFs ;
- ✓ Le retard et l'insuffisance de décaissement des budgets alloués par l'Etat ;
- ✓ La faible et variable proportion du budget de l'Etat accordée au secteur de la santé ;
- ✓ Les procédures de mobilisation existantes ne permettent pas de saisir les apports de tous les PTFs surtout, des ONG et autres associations.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

- ✓ Améliorer la prévisibilité des montants de l'aide des PTFs,
- ✓ Améliorer la contribution de l'Etat au secteur de la santé et sa répartition par niveau de la pyramide sanitaire,
- ✓ Respecter les délais et les montants des décaissements,
- ✓ et institutionnaliser l'élaboration des comptes nationaux et la revue des dépenses publiques.

Engagements du Gouvernement

- a) Assurer la transparence du processus budgétaire en consultant chaque année les parties prenantes quant au cadrage et aux allocations budgétaires. Des changements majeurs dans le budget et ou les allocations intra-sectorielles ne seront décidés qu'après consultation avec tous les partenaires ;
- b) Limiter au maximum les dépenses liées aux activités qui ne correspondraient pas aux priorités du PNDS;
- c) Assurer l'augmentation de la proportion du budget de l'Etat alloué à la santé conformément aux CDMT Santé 2012- 2015;
- d) Décaisser les budgets destinés aux priorités du PNDS dès le 1er trimestre de l'année considérée.
- e) Produire la Revue des Dépenses Publiques chaque année et les Comptes Nationaux de Santé tous les trois ans.
- f) Mettre en place un dispositif d'information et de communication fiable sur les plans, les budgets, les dépenses et les résultats à tous les niveaux (site web, bulletin, etc.) accessible à tous les acteurs.

Engagements des PTFs

- a) S'aligner et participer plus activement au processus de budgétisation du PNDS 2012-2015 défini en concertation avec le MS;
- b) Notifier à temps leurs engagements financiers relatifs à la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 pour faciliter leur prise en compte dans le cadrage budgétaire et l'élaboration des Plan Opérationnels ;
- c) Contribuer, dans la mesure de leurs moyens, au financement du gap estimé dans le CDMT/santé en vue de l'atteinte de tous les objectifs du PNDS 2012-2015 ;
- d) Respecter les modalités définies dans le présent Compact, pour l'apport et la gestion de l'aide au secteur.

V.4 Un système unique de suivi-évaluation

Situation actuelle et problèmes principaux

Le suivi de la mise en œuvre et l'appréciation du niveau d'atteinte des résultats du PNDS 2012-2015 dans son ensemble seront assurés à travers l'analyse des indicateurs définis en concertation avec les PTFs et exprimés dans son Guide de Suivi et Evaluation, et qui prévoit des revues et des missions conjointes de terrain. Cependant, afin de rendre « gérable » le dialogue politique autour des résultats, les organes de suivi se focaliseront selon une périodicité définie (trimestriel, semestriel ou annuel selon les cas) sur des indicateurs « traceurs » appelés aussi indicateurs clés du PNDS1.

Mais, jusqu'à présent, il a été constaté que certains PTFs utilisent toujours leurs propres procédures de suivi et d'évaluation stratégiques. En effet, des PTFs et certains programmes verticaux continuent à organiser des systèmes parallèles de collectes des données.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

- ✓ Développer et rendre performant et exhaustif le SNIS tel que recommandé par le PNDS1 afin de pouvoir fournir toutes les informations sanitaires requises ;
- ✓ Définir conjointement avec l'ensemble de PTFs les indicateurs à utiliser pour le suivi du PNDS1 à tous les niveaux ;
- ✓ Utiliser les données fournies par le système de suivi et évaluation unique, comme éléments clés dans les visites de terrain à travers la définition d'un canevas conjoint ;
- ✓ Inclure progressivement dans les accords avec les PTFs « non complètement alignés » les indicateurs du cadre général de suivi et évaluation.

Engagements du Gouvernement

- a) Définir le processus de suivi et d'évaluation du PNDS 2012-2015, en concertation avec les PTFs, en s'assurant que les besoins d'information stratégique de toutes les parties sont pris en compte, notamment à travers un canevas de rapportage unique ;
- b) Mettre en place un tableau de bord de suivi des engagements pris par l'Etat dans le cadre du présent Compact ; ce tableau de bord prendra en compte les engagements des PTFs ;
- c) Elaborer un plan de développement du SNIS et assurer sa mise en œuvre.

Engagements des PTFs

- a) Mettre en place un tableau de bord de suivi des engagements pris par les PTFs dans le cadre du présent Compact ; ce tableau de bord prendra en compte les engagements de l'Etat ;
- b) S'aligner sur le processus de suivi et d'évaluation du PNDS 2012-2015 défini dans le Guide élaboré à cet effet en concertation avec le MS ;
- c) Participer activement aux réunions d'évaluation des Plans Opérationnels Annuels en vue de procéder à leur validation interne avant l'adoption par le CONAP ;
- d) Aider le MS à développer le SNIS.

V.5 Une matrice unique de réformes sectorielles

Situation actuelle et problèmes principaux

Le processus de mise en œuvre du PNDS 2012-2015 exige un certain nombre de réformes et de stratégies dont certaines sont en cours d'élaboration, notamment (i) l'élaboration de la carte sanitaire, (ii) l'évaluation et la redynamisation du système national d'information sanitaire en particulier, (iii) la réforme du secteur pharmaceutique avec un accent particulier sur la réorganisation de la CAMEC, (iv) la réforme hospitalière et (v) le plan stratégique de développement des ressources humaines.

Les différentes mesures et réformes préconisées par le PNDS ont été classées par ordre de priorité, leurs objectifs définis, et les responsabilités identifiées. Il reste à définir les activités, le chronogramme de mise en œuvre et le coût de ces réformes.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

Instauration d'un comité conjoint MS / PTFs au sein du CONAP pour le suivi de la mise en œuvre des mesures et réformes

Engagements du Gouvernement

- a) En concertation avec les PTFs du secteur, mettre en œuvre les réformes institutionnelles définies dans le PNDS conformément au plan établi.

Engagements des PTFs

- a) Contribuer au financement et à la mise en œuvre des réformes

V.6 Un cadre fiduciaire harmonisé

Situation actuelle et problèmes principaux

Dans le secteur de la santé, bien que les insuffisances restent semblables, on peut distinguer deux procédures qui ne s'intègrent que partiellement. La première concerne la procédure de gestion du budget de l'Etat et la deuxième se rapporte à la gestion des financements extérieurs.

D'une manière générale, de nombreuses insuffisances et goulots d'étranglement rendent globalement faible le système de gestion des dépenses publiques pour les fonds du budget de l'Etat, notamment au Ministère de la Santé. Ces goulots d'étranglement peuvent être résumés comme suit :

- Le processus d'élaboration du budget de l'Etat est souvent en retard et les budgets élaborés ne s'articulent pas souvent avec les politiques publiques sectorielles.
- Le processus n'assure pas, souvent, l'implication effective des bénéficiaires des crédits et les outils utilisés manquent de souplesse et imposent des structures figées et rigides au niveau du budget de l'Etat,
- La sous-consommation importante des crédits pour des raisons diverses dont les retards dans la notification et les régulations budgétaires drastiques par la fermeture du logiciel d'exécution budgétaire (RACHAD).
- L'instabilité de la programmation des interventions du secteur et l'absence de son ancrage dans la politique nationale de santé. Cette programmation a souffert ces dernières années du manque d'intégration.

Par ailleurs, il a été constaté que de nombreux PTFs continuent à utiliser leurs propres procédures et systèmes de gestion, (approche projet, avec ou sans unité de gestion de projet séparée) alors que l'objectif premier du Partenariat International pour la Santé (IHP+) et donc du Compact, est d'aligner au maximum les partenaires signataires dans un cadre fiduciaire harmonisé ;

Solutions suggérées pour améliorer la situation

Elaborer un cadre fiduciaire harmonisé avec pleine participation des PTF, en privilégiant les instruments de financement alignés sur les procédures nationales et en favorisant une plus grande prévisibilité de l'aide.

Engagements du Gouvernement

- a) S'accorder avec les PTFs et les OSC sur les réformes nécessaires pour une meilleure gestion des finances publiques;
- b) Renforcer la bonne gouvernance et la transparence dans la mise en œuvre des procédures de gestion financières, comptables et administratives ;
- c) Augmenter la part des ressources utilisant les procédures nationales.

Engagements des PTFs

- a) Appuyer techniquement le Gouvernement dans la définition d'un cadre fiduciaire harmonisé.
- b) Utiliser ce cadre fiduciaire harmonisé.

VI. Les principes généraux et modalités de gestion de l'appui au PNDS 2012-2015

VI.1 Dispositions générales

Le Gouvernement de la Mauritanie et ses partenaires au développement mènent une concertation de haut niveau afin d'adapter les modalités de gestion de l'aide en vue d'en améliorer l'efficacité. Dans ce cadre, les PTFs sont invités à passer de l'approche projet à l'approche sectorielle à travers les mécanismes de financements les plus adaptés et, à terme, l'aide budgétaire (général - ABG, ou sectoriel - ABS) lorsque les conditions préalables identifiées de concert avec le Gouvernement seront réunies.

Quel qu'en soit l'instrument, les contributions des partenaires au PNDS sont portées par des accords spécifiques conclus entre le Gouvernement mauritanien et ses partenaires.

Le présent Compact s'inscrit pleinement dans ces accords. Il n'entend pas s'y substituer mais plutôt harmoniser leur application au niveau du secteur de la santé. En outre, le Compact est basé sur le principe de redevabilité mutuelle.

Les principes généraux qui sont proposés en matière de gestion de l'aide sont les suivants :

- ✓ Le Gouvernement de la Mauritanie étant signataire de la **Déclaration de Paris** est résolument décidé à respecter les cinq (5) principes de ladite déclaration (Appropriation, Aligement, Harmonisation, Gestion Axée sur les Résultats et la Redevabilité Mutuelle) ;
- ✓ La Mauritanie **laisse la possibilité aux PTFs de choisir les différentes modalités d'aide** prévues dans le présent Compact pour la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 dans le respect de l'approche programme et les engagements du **Programme d'Action d'Accra**;

- ✓ Les PTFs s'accordent à **recourir, autant que faire se peut, à des modalités d'aide privilégiant le recours aux procédures nationales** moyennant la preuve de leur bon fonctionnement;
- ✓ Le MS s'engage à **améliorer progressivement la gestion des finances publiques**. Cette amélioration sera vérifiée essentiellement à travers la Revue des Dépenses Publiques et les Comptes Nationaux de la Santé.

VI.2 Les modalités d'aide offertes aux signataires du Compact

Afin d'obtenir l'adhésion d'un maximum de partenaires et de permettre à chacun de réaliser ses adaptations, quatre modalités de financement sont offertes aux partenaires signataires du Compact :

- ✓ l'Aide Budgétaire Globale non ciblée ;
- ✓ l'Aide Budgétaire Sectorielle ciblée ;
- ✓ l'Aide sectorielle extrabudgétaire via le Fonds Commun Santé ;
- ✓ l'Aide à travers le recours à un instrument Projet.

Même si une certaine latitude est accordée en matière de modalités de financement, il est impératif que toutes les initiatives et tous les PTFs s'alignent parfaitement avec le PNDS 2012-2015.

La Mauritanie s'engage à ne pas accepter de programmes de financement qui ne sont pas alignés sur les orientations stratégiques du PNDS. Le respect de cet engagement sera contrôlé par les partenaires lors des sessions de CONAP.

VI.3 Les initiatives globales pour la santé et les fonds verticaux

Les initiatives globales pour la santé, dont le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, et le Fonds GAVI, de même que les fonds verticaux dont la Fondation Bill et Melinda Gates, sont signataires de l'IHP+, et souscriront donc totalement aux engagements du Compact Mauritanie. Les partenaires signataires ajusteront l'allocation des ressources et de l'aide au développement de manière à s'assurer que les financements verticaux ne distordent pas les priorités énoncées dans le CDMT et soient intégrés dans le financement du PNDS.

Par contre, les autres initiatives et fonds verticaux qui ne sont pas signataires de l'IHP+ seront (au même titre que les autres PTFs) invités à s'inscrire autant que possible dans les orientations et les modalités d'aide définies dans le présent Compact, soit dans la perspective de la recherche de synergies positives entre ces initiatives ou soit dans le renforcement du système de santé.

Ils devront fournir toute information sur les activités financées au MS.

VI.4 Les modalités d'aide offertes aux PTFs non signataires du Compact

Quant aux partenaires qui, pour une raison ou une autre, ne seront pas signataires du Compact, la Mauritanie accepte qu'ils appuient le PNDS 2012-2015, mais les exigera à s'aligner sur ses stratégies pour une meilleure efficacité et une appropriation nationale des interventions.

Le Ministère de la Santé et les partenaires signataires du Compact s'emploieront à faire le plaidoyer pour convaincre le maximum de partenaires d'intégrer le dispositif de planification, de gestion, d'apport de l'aide et de suivi de la mise en œuvre défini dans le présent Compact. À cet effet, il sera conçu un cadre d'incitation à l'adhésion des partenaires non signataires à intégrer les procédures définies dans le Compact.

VI.5 Les responsabilités pour mobiliser et gérer l'aide publique au développement

Toutes les parties signataires de ce Compact acceptent de se conformer aux procédures du Gouvernement mauritanien relatives à la mobilisation et à la gestion de l'aide publique au développement.

Toutes les transactions d'aide seront sujettes à des accords signés qui auront été visés par le Ministère des Affaires Economiques et du Développement, des Finances et par les partenaires au développement.

Le Ministère de la Santé, désigné comme principal bénéficiaire d'une aide, sera responsable de la mise en œuvre des investissements et autres dépenses convenues. Il s'engagera dans un dialogue régulier avec le MAED/MF sur les aspects de mise en œuvre qui nécessitent une attention particulière, par exemple lorsque des délais de décaissement posent un problème ou lorsqu'il y a des délais ou mécanismes de mise en œuvre contraignants.

VI.6 L'assistance technique

Pour la mise en œuvre du PNDS 2012-2015, il est prévu que le Gouvernement puisse recourir non seulement à ses ressources internes, mais aussi à l'appui des PTFs. Habituellement, l'appui des PTFs est sous forme (i) d'apport financier, (ii) d'apport financier associé à un appui technique, ou (iii) d'expertise technique. Mais l'expérience a montré que dans certains cas, les TDR de l'Assistance Technique ne sont pas toujours en cohérence avec les besoins du MS pour mettre en œuvre les priorités du secteur. De plus, l'assistance technique a rarement ciblé le secteur privé ainsi que la société civile.

En vue d'optimiser l'utilisation de cet appui, il est souhaité que toute l'assistance technique (AT) fournie au Pays dans le cadre de la mise œuvre PNDS 2012-2015 soit

focalisée sur le développement des capacités des institutions nationales (administration publique, structures publiques de soins, secteur privé, société civile) à travers le transfert des compétences et/ou le développement des systèmes et procédures adaptés au contexte local, tout en veillant à leur appropriation par les compétences nationales.

En outre, le MS mettra en place un accord cadre avec les PTFs et la Société Civile pour la planification des besoins et la définition des modalités de mise à disposition de l'Assistance technique nécessaire à la mise en œuvre du PNDS 2012-2015.

VII. Les engagements du Gouvernement de la Mauritanie dans le cadre de la mise en œuvre du Compact et son système de suivi

L'appui à long terme des partenaires au développement dépend de leur confiance dans la bonne gouvernance, la transparence, la responsabilité, la redevabilité, la prévisibilité et l'efficacité du processus budgétaire du Gouvernement ainsi que dans la compétence des agents en charge de ce processus. Le Gouvernement de la Mauritanie s'engage à :

Eléments du cadre programmatique	Engagements du Gouvernement	Indicateurs
<p>1. Un plan unique de développement du secteur de la santé : le PNDS 2012-2015</p>	<p>a) Assurer que tous les plans élaborés (opérationnels ou sous-secteur) soient cohérents entre eux, contiennent des objectifs cibles prioritaires, clairs et alignés sur les OMD, que les mesures indiquées pour atteindre ces objectifs aient démontré leur efficacité et soient entièrement quantifiées, et qu'il existe un cadre de suivi évaluation selon la gestion axée sur les résultats ;</p> <p>b) Consulter régulièrement toutes les parties prenantes pour la révision des plans et stratégies sectorielles à travers les principaux organes de suivi évaluation du PNDS (Comité National de pilotage et Comité technique) et les revues ;</p> <p>c) Elaborer la planification de l'année N+1 (janvier à décembre) au plus tard le 30 Octobre de chaque année (N), en se basant sur les résultats de l'évaluation des 12 mois précédents (Octobre N-1 à septembre N) ;</p> <p>d) Transmettre la planification de l'année N+1 aux PTFs au plus tard le 10 Novembre de l'année N ;</p> <p>e) Organiser une seule revue conjointe du PNDS par an au niveau national,</p>	<p>1. Nombre de réunions du CONAP tenues selon le calendrier prévu (annuel)</p> <p>2. Disponibilité des POA de l'année N+1 aux PTFs au plus tard le 10 novembre (annuel)</p> <p>3. Nombre de revue tenue par an</p>
<p>2. Un processus unique de concertation et de coordination</p>	<p>a) Renforcer le partenariat avec la société civile (OSC, CG, ...) dans la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 en vue d'assurer une appropriation des politiques de santé par les populations ;</p> <p>b) Intégrer les différents Comités existants dans l'organe de concertation défini dans le PNDS (CONAP) ;</p> <p>c) Consulter régulièrement les parties prenantes pour la révision des plans et stratégies sectorielles à travers les organes de suivi évaluation du PNDS.</p>	<p>1. % des OSC invitées qui ont participé au CONAP (annuel)</p> <p>2. Taux d'intégration : Nombre de Comités Intégrés / Nombre total des comités existants (annuel)</p> <p>3. Proportion de réunions de concertations MS/PTF tenues selon le calendrier prévu (annuel)</p>

Eléments du cadre programmatique	Engagements du Gouvernement	Indicateurs
3. Un cadre budgétaire unique	<ul style="list-style-type: none"> a) Assurer la transparence du processus budgétaire en consultant chaque année les parties prenantes quant au cadrage et aux allocations budgétaires. Des changements majeurs dans le budget et ou les allocations intra-sectorielles ne seront décidés qu'après consultation avec tous les partenaires ; b) Limiter au maximum les dépenses liées aux activités qui ne correspondraient pas aux priorités du PNDS; c) Assurer l'augmentation de la proportion du budget de l'Etat alloué à la santé conformément aux CDMT sectoriel ; d) Décaisser les budgets destinés aux priorités du PNDS dès le 1er trimestre de l'année considérée. e) Produire la Revue des Dépenses Publiques chaque année et les Comptes Nationaux de Santé tous les deux ans. f) Mettre en place un dispositif d'information et de communication fiable sur les plans, les budgets, les dépenses et les résultats à tous les niveaux (site web, bulletin, etc.) accessible à tous les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Disponibilité du cadrage budgétaire et liste des activités prioritaires définies avec les PTFs au début de chaque exercice de planification en temps voulu (annuel) 7. Pourcentage annuel du budget national alloué au secteur Santé conformément au CDMT sectoriel (annuel) 8. Nombre de Revues des Dépenses Publiques réalisées (annuelle) 9. Nombre de revues des Comptes Nationaux de la Santé réalisées (tous les trois ans) 10. Existence d'un site web, mis à jours régulièrement (annuel)
4. Un système unique de suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> a) Définir le processus de suivi et d'évaluation du PNDS 2012-2015 en concertation avec les PTFs en s'assurant que les besoins d'information stratégique de toutes les parties sont pris en compte notamment à travers un canevas de rapportage unique ; b) Mettre en place un tableau de bord de suivi des engagements pris par l'Etat dans le cadre du présent Compact ; ce tableau de bord prendra en compte les engagements des PTFs ; c) Développer le SNIS. 	<ul style="list-style-type: none"> 11. Guide de S&E approuvé (1^{ere} année) et révisé tel que prévu, incluant un Tableau de Bord pour le Compact. 12. La disponibilité au 30 juin de l'année N de l'annuaire statistique sanitaire de l'année N-1 (annuel) 13. Taux de promptitude et de complétude des rapports des formations sanitaires (annuel)
5. Une matrice unique de réformes sectorielles	<ul style="list-style-type: none"> a) En concertation avec les PTFs du secteur, mettre en œuvre les réformes institutionnelles définies dans le PNDS conformément au plan établi. 	<ul style="list-style-type: none"> 14. % de réformes mises en œuvre (annuel)
6. Un cadre fiduciaire harmonisé	<ul style="list-style-type: none"> a) Renforcer la bonne gouvernance et la transparence dans la mise en œuvre des procédures de gestion financières, comptables et administratives ; 	<ul style="list-style-type: none"> 15. % des ressources utilisées suivant procédures nationales définies dans le manuel (annuel)

Indicateur Global pour le Gouvernement :

16. Taux de réalisation des engagements pris par le Gouvernement (annuel)

VIII. Les engagements du PTFs dans le cadre de la mise en œuvre du Compact et son système de suivi

Les Partenaires Techniques et Financiers, signataires du Compact, sur la base de la confiance à la bonne gouvernance du Gouvernement de la Mauritanie, s'engagent à :

Eléments du cadre programmatique	Engagements des PTFs	Indicateurs
1. Un plan unique de développement du secteur de la santé : le PNDS 2012-2015	<ul style="list-style-type: none"> a) S'aligner et participer activement au processus de planification, de budgétisation, de suivi et d'évaluation de la mise œuvre du PNDS 2012-2015, b) Accorder des financements aux Organisations de la Société Civile (OSC) dans le domaine de la santé conformément aux priorités et aux objectifs du PNDS 2012-2015 ; c) S'aligner sur les normes et standards définis par le MS en matière de planification - programmation et exécution ; d) Examiner et valider les POA de l'année N+1 au cours de la réunion annuelle du Comité Nationale du Pilotage sous réserve de la prise en compte des amendements transmis au MS au plus tard le 15 décembre de chaque année. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. % des fonds apportés par chaque PTFs à la mise en œuvre du PNDS (annuel) 2. Proportion de PTFs participant sur le plan technique à la planification annuelle des POA au niveau central et local (annuel); 3. Proportion de PTFs signataires du Compact utilisant des outils de planification différents de ceux mis en place par le MS (annuel)
2. Un processus unique de concertation et de coordination	<ul style="list-style-type: none"> (a) Renforcer le cadre de coordination interne des PTFs en rassemblant le maximum d'entre eux ; (b) Formaliser et rendre plus effectif le rôle du Chef de File ; (c) S'aligner et participer activement au processus de planification défini en concertation avec le MS. 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Nombre des PTFs ayant participé au moins une fois aux réunions de concertation MS/PTFs (annuel) 5. Nombre moyen des PTFs ayant participé aux réunions de concertation inter PTFs (annuel) 6. Nombre des PTFs ayant participé à la mission conjointe de terrain (annuel)

Eléments du cadre programmatique	Engagements des PTFs	Indicateurs
3. Un cadre budgétaire unique	<ul style="list-style-type: none"> a) S'aligner et participer plus activement au processus de budgétisation du PNDS 2012-2015 défini en concertation avec le MS; b) Notifier à temps leurs engagements financiers à la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 pour faciliter leur inscription dans la Loi des Finances et leur prise en compte dans le cadrage budgétaire et l'élaboration des Plan Opérationnels c) Contribuer, dans la mesure de leurs moyens, au financement du gap estimé dans le CDMT/santé en vue de l'atteinte de tous les objectifs du PNDS 2012-2015 ; d) Respecter les modalités définies dans le présent Compact, pour l'apport et la gestion de l'aide au secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> 9. % de PTFs qui présentent leurs engagements sur une période d'au moins deux ans (annuel) 10. % de PTFs qui annoncent à temps leurs enveloppes annuelles (annuel) 11. Pourcentage des PTFs par modalités de financement proposées dans le Compact (annuel) 12. Pourcentage de décaissements opérés par chaque PTF selon les calendriers convenus (annuel)
4. Un système unique de suivi - évaluation	<ul style="list-style-type: none"> a) Mettre en place un tableau de bord de suivi des engagements pris par les PTFs dans le cadre du présent Compact ; ce tableau de bord prendra en compte les engagements de l'Etat ; b) S'aligner sur le processus de suivi et d'évaluation du PNDS 2012-2015 défini dans le Guide élaboré à cet effet en concertation avec le MS ; c) Participer pleinement aux réunions d'évaluation des Plan Opérationnel Annuel en vue de procéder à leur validation interne avant l'adoption par le CONAP ; d) Aider le MS à redynamiser le SNIS. 	<ul style="list-style-type: none"> 13. Proportion de PTFs utilisant des outils de rapportage différents de ceux mis en place par le G S&E (annuel) 14. Nombre de PTFs qui utilisent la revue sectorielle conjointe comme seule revue dans le secteur Santé (annuel) 15. Taux de réalisation des engagements pris par les PTFs (annuel)
5. Une matrice unique de réformes sectorielles	<ul style="list-style-type: none"> a) Contribuer au financement et à la mise en œuvre des réformes 	<ul style="list-style-type: none"> 16. Nombre des PTFs ayant apporté une contribution financière à la mise en œuvre des réformes (annuel) 17. % du financement destinés aux réformes apporté par les PTFs (annuel)
6. Un cadre fiduciaire harmonisé	<ul style="list-style-type: none"> a) Appuyer techniquement le Gouvernement dans la définition d'un cadre fiduciaire harmonisé. b) Utiliser ce cadre fiduciaire harmonisé. 	<ul style="list-style-type: none"> 18. % des PTFs qui utilisent des instruments de financement alignés et prévisibles (ABG, ABS) 19. Proportion des PTFs utilisant le système de passation des marchés du Pays (annuel)

Indicateur Global pour les PTFs :

20. Taux de réalisation des engagements pris par le PTFs (annuel)

IX. Résolution des conflits

En cas de non respect des engagements mutuels pris dans le cadre du COMPACT, la procédure suivante sera menée :

- ✓ Régler le différend à l'amiable à travers le CONAP ;
- ✓ En cas d'échec, les conflits seront portés à la connaissance de la Commission Mixte Mauritanie-Partenaire et des sièges des organisations impliquées, afin de trouver une solution consensuelle.

X. Durée du COMPACT

Le présent Compact est signé pour une durée de quatre ans (2012-2015) et durant cette période, le compact permet et encourage l'adhésion des nouveaux signataires.

Il est prévu une révision des clauses qui le composent tous les deux ans.

Fait à Nouakchott, le 09/05/2012

Pour le Gouvernement de la République Islamique de la Mauritanie

**Le Ministre des Affaires Economique et
du Développement**

Mr. Sidi Ould Tah

Le Ministre de la Santé

Mr Bâ Housseinou Hamady

Pour les Partenaires Techniques et Financiers

**Banque Mondiale
Représentant Résident**

Mr Moctar THIAM

**Agence Espagnole pour la Coopération
Internationale et le Développement
Coordinateur Général**

Mr Francisco Sancho LOPEZ

Ambassade de la France
Ambassadeur
Mr Hervé BESANCENOT

PNUD
Représentante résidente
Mme Coumba MAR GADIO

Organisation Mondiale de la Santé
Représentant
Dr Jean Pierre BAPTISTE

UNICEF
Représentante
Mme. Lucia ELMI

UNFPA
Représentant
Dr Koudaogo OUEDRAOGO

ONUSIDA
Coordinateur
Dr El Hadj ABDALLAHI

Croix Rouge Française
Chef de Délégation
Mme. Emmanuelle HUCHON

Santé Sud
Chef de Projet Santé Mentale
Yael Giuglaris

Médicos del Mundo
Coordinateur pays
Mr. Raül Torres Insua

STOP SIDA
Président
Mr Hamden Ould Tah

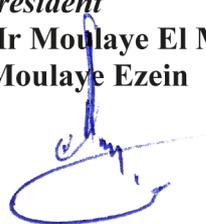
**Association Mauritanienne
des Cliniques Privées**
Président
Dr Moulaye Abdelmoumine ould Moulaye
Dkhil
President

**Association Mauritanienne
de Santé publique**
Président
Dr Hacen Mohamed-Mahmoud

Santé Sans Frontière
Président
Dr Ly CIRE



AMAMI
President
Mr Moulaye El Mehdi
Moulaye Ezein



Bibliographie

1. Ministère des Affaires Economiques et du Développement: Cadre Straégique de Lutte Contre la Pauvreté 2011 - 2015 ; volume I et volume II septembre 2010.
2. Ministère de la Santé : Rapport d'analyse de situation sanitaire 2010 et 2011.
3. Ministère de la Santé : Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2020.
4. Ministère de la Santé : Rapport de la Revue des dépenses Publiques de santé 2005- 2010
5. Secrétariat Exécutif de Lutte Contre le VIH/SIDA, Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA
6. Ministère de la Santé : Plan stratégique de Lutte Contre le Paludisme 2012- 2016 :
7. Ministère de la Santé : Draft Rapport annuel du situation du PEV 2011
8. Ministère de la Santé : Rapport de la Revue annuelle 2011.
9. Ministère de la Santé : Politique Nationale de Santé 2006- 2015 novembre 2005

10. Organisation Mondiale de la Santé : Consultation nationale sur le cadre de mise en œuvre de la déclaration de ouagadougou sur les soins de sante primaires et les systemes de sante en afrique : vers la realisation des objectifs du millenaire pour le developpement lies a la sante : Nouakchott, Mauritanie, 09-10 fevrier 2009
11. Ministère de la Santé: Stratégie Nationale de survie de l'enfant .
12. Ministère de la Santé : Strategie Nationale de Contractualisation dans le secteur de la santé en Mauritanie.
13. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Paris. 2005
14. IHP+ COMPACT / Partenariat international pour la Santé. Pacte Mondial pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé. Septembre 2007

Annexe

Budget prévisionnel pour la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 (en milliers d'ouguiyas)

Axe stratégique	Moyenne 2005-2010	2012	2013	2014	2015	Total
AXE1: LCMMNN	556,8	2 001,2	1 951,3	1 295,9	1 488,2	6 736,60
AXE2: LCMIJ	931,0	2 521,9	3 843,6	5 108,3	6 442,7	17 916,50
AXE3: LCMT	441,9	984,2	1 292,0	1 599,8	1 907,6	5 783,60
AXE4: LCMNT	702,0	757,5	803,4	849,4	895,3	3 305,60
AXE5: RSS	10 268,9	18 501,0	19 305,6	18 605,5	19 778,7	76 190,80
Total	12 900,6	24 765,8	27 196,0	27 458,8	30 512,5	109 933,10