



FR

CETTE ACTION EST FINANCÉE PAR L'UNION EUROPÉENNE

ANNEXE 2

de la décision d'exécution de la Commission relative au financement du plan d'action annuel en faveur de la République Islamique de Mauritanie pour 2025

Document d'action « Programme d'appui au secteur de la santé – PASS IV »

AAP 2025 - PLAN D'ACTION

Le présent document constitue le programme de travail annuel au sens de l'article 110, paragraphe 2, du règlement financier, ainsi qu'au sens de l'article 23 du règlement IVCDI – Europe dans le monde.

1 SYNTHÈSE

1.1 Tableau récapitulatif de l'action

1. Titre CRIS/OPSYS Acte de base	« Programme d'appui au secteur de la santé – PASS IV » Référence opérationnelle OPSYS : ACT-63167 Financé au titre de l'instrument de voisinage, de coopération au développement et de coopération internationale (IVCDI – Europe dans le monde)
2. Initiative « Équipe Europe »¹	« Renforcement du Développement humain »
3. Zone bénéficiaire de l'action	L'action sera menée à l'endroit suivant : République Islamique de Mauritanie
4. Document de programmation	Programme indicatif pluriannuel (PIP) pour la République islamique de Mauritanie 2021-2027
5. Lien avec les objectifs/résultats attendus du (des) PIP concernés	Pour l'Afrique subsaharienne : Object Spécifique 1.1 : renforcer l'architecture de la sécurité sanitaire, les systèmes pharmaceutiques et les capacités de santé publique en Afrique, afin de contribuer au renforcement des systèmes de santé et à l'amélioration de la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive (SSR). L'action contribue également au PIP de la Mauritanie : Object Spécifique 1.3 - Santé : Améliorer et rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité pour toute la population en particulier la plus vulnérable, en ligne avec la Politique Nationale de Santé et pour atteindre la couverture santé universelle à l'horizon 2030.
DOMAINES PRIORITAIRES ET INFORMATIONS SECTORIELLES	
6. Domaine(s) prioritaire(s), secteurs	Domaine prioritaire 1 : Renforcement du Développement humain
7. Objectifs de développement durable (ODD)	ODD principal (1 uniquement) : ODD 3 – Bonne santé et bien-être

	Autres ODD importants (jusqu'à 9) et, le cas échéant, cibles : ODD 5 – Égalité entre les sexes ODD 10 – Inégalités réduites ODD 17 – Partenariats pour la réalisation des objectifs			
8. a) Code(s) CAD	Code CAD 120 - Santé – 100% : 12110 - Politique de la santé et gestion administrative 12191 - Services médicaux 12196 - Statistiques et données sur la santé 12220 - Soins et services de santé de base 12230 - Infrastructure pour la santé de base 12261 - Education sanitaire 12281 - Formation de personnel de santé			
8. b) Principal canal d'acheminement	12004 - Autres entité publique dans le pays bénéficiaire 13000 - Gouvernement tiers (coopération déléguée)			
9. Objectifs de dépenses	☐ Migration ☐ Climat ☒ Inclusion sociale et développement humain ☒ Égalité de genre ☐ Biodiversité ☐ Éducation ☐ Droits de l'homme, démocratie et gouvernance			
10. Marqueurs (À partir du formulaire CAD)	Objectif général @	Non ciblé	Objectif significatif	Objectif principal
	Développement de la participation/bonne gouvernance	☐	☒	☐
	Aide à l'environnement @	☒	☐	☐
	Égalité entre les hommes et les femmes et autonomisation des femmes et des filles	☐	☒	☐
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	☐	☐	☒
	Réduction des risques de catastrophe @	☒	☐	☐
	Inclusion des personnes handicapées @	☐	☒	☐
	Nutrition @	☐	☒	☐
	Marqueurs de la convention de Rio	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	Diversité biologique @	☒	☐	☐
	Lutte contre la désertification @	☒	☐	☐
	Atténuation du changement climatique @	☒	☐	☐
	Adaptation au changement climatique @	☒	☐	☐
11. Marqueurs internes et balises	Objectifs stratégiques	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	Transformation numérique @	☐	☒	☐

	connectivité numérique gouvernance numérique entrepreneuriat numérique compétences numériques services numériques	OUI ☒ ☒ ☐ ☒ ☒	NON ☐ ☐ ☒ ☐ ☐	
	Migration @	☐	☒	☐
	Réduction des inégalités @	☐	☐	☒
	COVID-19	☐	☒	☐
INFORMATIONS RELATIVES AU BUDGET				
12. Montants concernés	Ligne budgétaire (ligne et poste budgétaire) : 14020120 Coût total estimé : 15 000 000 EUR Montant total de la contribution du budget de l'UE : 15 000 000 EUR Cette action est cofinancée parallèlement par : – Le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie pour un montant de 1 500 000 EUR ; – AECID pour un montant de 4 395 000 EUR, qui développe des programmes complémentaires dans le cadre de l'Initiative Équipe Europe « Développement humain »			
GESTION ET EXÉCUTION				
13. Modalité de mise en œuvre	Gestion directe par : – subventions – marchés publics Gestion indirecte avec entités à sélectionner conformément aux critères énoncés à la section 4.4.3			

1.2 Résumé de l'action

Cette action, dédiée au renforcement du développement humain, vise à promouvoir un développement intégré et durable en Mauritanie, en appuyant le renforcement du système de santé national. L'objectif global est de garantir un accès équitable, durable et de qualité aux services de santé pour l'ensemble de la population. En effet, si la population peut bénéficier de soins de qualité, à des prix abordables, assurés par des structures sanitaires fonctionnelles, dotées du personnel qualifié, des médicaments essentiels, des équipements requis et des systèmes de gestion digitalisés performants, alors la santé de la population s'améliorera, renforçant ainsi sa contribution au développement socio-économique du pays.

L'action contribue aux efforts du pays à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle d'ici 2030 et se poursuit sur la lancée de l'UE depuis 2017. Cela comprend la consolidation du mécanisme d'assurance maladie volontaire, déployé avec l'appui de l'UE en 2023, et de l'amélioration de l'offre de soins. Elle permet également la consolidation des Unités Spéciales de Prise en Charge des victimes de violences basées sur le genre (USPEC) soutenues par la coopération espagnole (AECID) depuis 2017.

Elle combine un soutien à la gouvernance sanitaire central et régional, des investissements ciblés dans l'amélioration de l'offre de soins, le développement d'une stratégie de santé digitale, la protection des victimes de violence basée sur le genre, et l'extension du mécanisme d'assurance maladie volontaire pour couvrir la majorité du territoire. Ainsi, l'action contribue à établir un système de santé équitable, résilient et solidaire.

L'action répond pleinement aux priorités du gouvernement (PNDS, SCAPP), s'aligne sur les Objectifs de Développement Durable (principalement l'ODD 3 et notamment l'ODD 5, l'ODD 10 et l'ODD 17), la programmation pluriannuelle de l'Union européenne et la Mauritanie. Elle s'inscrit dans l'Initiative Équipe Europe « Renforcement du développement humain » et répond à la stratégie Global Gateway visant à développer des liens intelligents, propres et sûrs dans les domaines du numérique, et à renforcer les systèmes de santé. L'action contribue aussi à la mise en place du Plan d'Action Genre de l'UE (GAP III) notamment aux domaines thématiques de « Garantir l'absence de toute forme de violence de genre » et « Promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs ».

En continuité avec les appuis antérieurs dans le secteur de la santé (11e FED et NDICI), elle vise à améliorer l'offre et la qualité des soins, à renforcer l'efficacité des services de santé et à consolider les mécanismes de solidarité en santé, répondant ainsi à des besoins sanitaires majeurs.

1.3 Zone bénéficiant de l'action

L'action est réalisée dans la République Islamique de Mauritanie, inclus dans la liste des bénéficiaires de l'APD. Les zones d'interventions sont notamment dans les régions où le mécanisme d'assurance maladie, actuellement volontaire et mis en place par la Caisse National de Solidarité en Santé (CNASS), est déployé, ainsi qu'au niveau central.

2 JUSTIFICATION

2.1 Contexte

La République Islamique de Mauritanie est un vaste pays sahélo-saharien de plus d'un million de km², marquée par un environnement désertique (80 % de son territoire) et une faible densité de population. En 2023, la population a été estimée à environ 4,9 millions d'habitants, dont 60 % ont moins de 25 ans et 61,2 % vivent en milieu urbain. Cette démographie jeune et urbaine génère une pression croissante sur les services sociaux de base, en particulier la santé. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,540 en 2022, la Mauritanie se situe 164e rang mondial² et environ 6,5 % de la population vit sous le seuil de l'extrême pauvreté³. Le Fonds Monétaire International (FMI) prévoyait une croissance économique de 5,2% en 2024 (supérieur à la projection initiale de 4,6 %), bien que celle-ci devrait ralentir à 4,0% en 2025, en raison de la contraction du secteur extractif. Le ratio dette/PIB s'établissait à 48,1 % en 2023⁴, avec un risque de surendettement jugé modéré par le FMI et la Banque mondiale.

En Mauritanie, les inégalités restent marquées malgré des progrès en matière de développement humain. L'indice de Gini est estimé à environ 32 %, traduisant une répartition inégalitaire des revenus. L'Indice de Développement Humain (IDH) s'élevait à 0,540 en 2022, plaçant le pays au 164e rang mondial. Toutefois, une fois ajusté aux inégalités (IHDI), cet indice chute à 0,374, révélant une perte de plus de 33 % liée aux disparités dans l'accès à la santé, à l'éducation et aux revenus. Les inégalités dans le domaine de la santé sont particulièrement préoccupantes. L'accès aux services de santé reste fortement tributaire du lieu de résidence, du revenu. En milieu rural, de nombreuses communautés n'ont pas accès à des centres de santé fonctionnels ni à du personnel qualifié, ce qui entraîne des taux de mortalité maternelle et infantile bien plus élevés qu'en milieu urbain. Dans un contexte de faible diversification économique, de vulnérabilité climatique croissante et de clivages ethniques persistants, la réduction des inégalités — y compris dans la santé — demeure un défi central pour le développement inclusif de la Mauritanie.

Le système de santé mauritanien fait face à des défis persistants épidémiologiques et structurels. Les taux de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile restent élevés. Selon l'Enquête Démographique et

² PNUD: The 2023/2024 Human Development Report – *Breaking the gridlock. Reimagining cooperation in a polarized world* - <https://report.hdr.undp.org/the-reasons-behind-the-current-gridlock>

³ EPCV 2019.

⁴ Idem

de Santé (EDS), la mortalité maternelle est estimée à 424 décès pour 100 000 naissances vivantes⁵. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 41 pour 1 000, dont 33 décès avant l'âge d'un an et 22 dans le premier mois de vie. Par ailleurs, 86 % des femmes de 15 à 49 ans n'utilisent aucune méthode contraceptive, et 31 % signalent des besoins non satisfaits en planification familiale⁶. Les mutilations génitales féminines (MGF) concernent encore 66,6 %⁷ des femmes dans certaines régions.

L'enquête SARA (2018) révélait que seulement 27 % des établissements de santé disposaient de tous les équipements essentiels⁸ et que seules 5 % des formations sanitaires offraient un confort de base. Le déficit en personnel de santé qualifié et les problèmes de maintenance des infrastructures aggravent ces insuffisances. Les postes de santé sont particulièrement vulnérables, avec seulement 33 % de couverture en confort de base, contre 65 % dans les centres de santé et 80 % dans les hôpitaux. Malgré une initiative gouvernementale prévoyant la construction et réhabilitation de 32 centres de santé⁹ à Nouakchott, et la construction d'hôpitaux en dehors de Nouakchott¹⁰ le besoin reste grand. Sur le plan du financement, la part du budget de l'État consacrée à la santé entre 2018 et 2024 n'était que d'environ 5,7 %, loin de l'objectif de 15 % fixé par les engagements d'Abuja. En 2021, les paiements directs des ménages représentaient encore 45,1 %¹¹ des dépenses de santé, soit environ 6,01 milliards MRU, selon les Comptes Nationaux de Santé, rendant l'accès aux soins particulièrement difficile pour les ménages pauvres.

En réponse, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022–2030 vise à renforcer la gouvernance, améliorer la qualité et l'accessibilité des services, à la planification territoriale, à développer les ressources humaines et à digitaliser le système de santé. Le système d'information sanitaire DHIS2 est désormais déployé à l'échelle nationale, et des plans d'action régionaux ont été élaborés dans plusieurs wilayas. Le cadre de concertation (CCMP) a également été relancé pour mieux coordonner les acteurs publics et partenaires.

Une transformation numérique a également été entreprise, sous l'égide du ministère de la Transformation Numérique et de la Modernisation de l'Administration (MTNMA) créée en 2021, afin de moderniser ses infrastructures et améliorer sa compétitivité. Ce ministère transversal a pour mandat de concevoir, coordonner et évaluer les politiques nationales en matière de digitalisation et d'innovation, y compris l'accompagnement technique des ministères sectoriels tels que le ministère de la Santé.

Les USPEC offrent depuis 2017 la prise en charge gratuite et intégrale (médicale, psychosociale et juridique) à toutes les victimes de violences de genre (VBG). Actuellement, il y a 8 USPEC et elles sont gérées par des organisations de la société civile (ONG) sous la coordination et suivi du ministère de la Santé. Entre 2018 et 2023, 3 550 cas ont été traités, la majorité touchant des femmes et des filles (95,1 %), dont 78,7 % avaient moins de 18 ans et 21,9 % avaient moins de 12 ans. Toutes les victimes de sexe masculin (172) étaient des enfants. Les violences sexuelles représentaient 79,8 % des cas, les mariages et grossesses précoces 10,4 %, les violences conjugales 7 % et les MGF 0,7 %.

En parallèle, le mécanisme d'assurance maladie volontaire, mis en place avec Caisse Nationale de Solidarité en Santé (CNASS) en 2022 et fonctionnel depuis 2023, vise à couvrir 70 % de la population non protégée, principalement venue du secteur informel et étant donné que les personnes les plus vulnérables sont couvertes par un programme présidentiel. Depuis le lancement opérationnel en 2023 dans les wilayas de Nouakchott et du Brakna, plus de 195 000 personnes ont été enregistrées faisant recours à plus de 60 000 soins de santé pris en charge via des structures partenaires. La CNASS repose sur des principes de proximité, d'accessibilité financière, de digitalisation (CNASSI) et de contractualisation avec des prestataires accrédités. Pour les années 2025 et 2026, l'extension de la CNASS est prévue dans au moins quatre nouvelles régions : Trarza, Nouadhibou, Gorgol et Assaba. Des agences régionales et antennes départementales seront implantées, du personnel recruté et formé, et une logistique opérationnelle

⁵ Enquête Démographique et de Santé de la Mauritanie 2019–2021 - <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR373/FR373.pdf>

⁶ Idem

⁷ Résumé analytique : Les mutilations génitales féminines constituent une violation des droits humains : Cessons les d'ici 2030, World Health Organization, Integrated African Health Observatory, Avril 2030 https://files.who.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/IAHO_MGF_Regional_Factsheet-FR.pdf

⁸ Indicateurs traceurs : balance pour adulte, balance pour enfant, thermomètre, stéthoscope, tensiomètre, source de lumière.

⁹ Programme d'urgence de Nouakchott

¹⁰ Cf. décembre 2023, inauguration du centre hospitalier de Atar et pose de la première pierre pour la construction de trois hôpitaux à Aioun, Aleg et Tidjikdja et 23 centres de santé dans le pays

¹¹ CNS 20218-2021

(équipements, outils numériques, transports) sera mise en place. Des campagnes de sensibilisation et d'adhésion seront également conduites à grande échelle.

La Contribution Déterminée au niveau National (CDN) actualisée de la Mauritanie pour 2021-2030 place la résilience climatique au cœur du secteur de la santé, en prévoyant des mesures d'adaptation pour faire face aux risques sanitaires liés au changement climatique et en promouvant la réduction de l'empreinte carbone des services de santé. L'action s'inscrit dans ce cadre en renforçant la résilience des infrastructures sanitaires, la gestion durable des ressources et l'intégration de la surveillance épidémiologique climatique, conformément aux priorités nationales en matière de prévention des risques et de sécurité sanitaire.

Cette action reflète la volonté conjointe de l'UE et de la Mauritanie d'appuyer les réformes structurelles du secteur de la santé et s'inscrit pleinement dans le cadre de notre partenariat compréhensif.

2.2 Enseignements tirés

La présente action s'appuie sur les interventions antérieures soutenues de l'UE et d'autres partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé, notamment le Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS) 2020-2024 et les appuis en matière de prévention et traitement des victimes de violence, notamment celle basées sur le genre. Ce programme, articulé autour du renforcement des fonctions stratégiques du ministère de la Santé, de l'approche holistique dans le traitement des victimes de violence (santé-police-justice) et de l'opérationnalisation progressive de la CNASS, a permis d'enregistrer des avancées significatives tout en révélant des contraintes structurelles et opérationnelles importantes.

Plusieurs enseignements majeurs ont émergé :

1. Planification décentralisée : Les plans d'action régionaux a favorisé l'appropriation locale des priorités sanitaires, mais leur mise en œuvre reste entravée par une mobilisation insuffisante de ressources, une faiblesse dans la chaîne de commandement technique et une coordination parfois lacunaire entre niveaux central et déconcentré. Les USPEC dépendent encore fortement des financements de ONG plutôt hôpital-centrées et nécessitent donc d'une institutionnalisation urgente et une vision plus holistique de la prise en charge.
2. Digitalisation et gouvernance des données : Le déploiement national du système DHIS2 et l'émergence de CNASSI représentent des avancées concrètes, mais la qualité des données reste hétérogène en raison de la pénurie de ressources humaines qualifiées, de l'absence de connectivité, et d'un manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information du Ministère et ceux de la CNASS. Le potentiel des outils numériques dans l'amélioration du pilotage et de la redevabilité reste sous-exploité.
3. Inégalités d'accès aux services et contraintes géographiques : La faible densité et l'étendue du territoire complexifient l'accessibilité géographique aux soins. Seulement 27 % des formations disposant de l'équipement essentiel et 5 % ont les éléments de confort de base. L'accent doit être mis sur l'articulation entre investissements, maintenance, dotation en personnel et logistique. Les effets du changement climatique, tels que la désertification et la dégradation des infrastructures en zones rurales, aggravent ces inégalités et nécessitent des stratégies d'adaptation spécifiques, comme prévu dans la Stratégie Nationale de Réduction des Risques de Catastrophes (SNRRC) 2025-2030 et le Plan d'Action National de Lutte Contre la Désertification (PAN-LCD).
4. Financement et protection contre le risque maladie : Malgré une augmentation des dépenses publiques de santé par habitant (75 USD en 2021 contre 56 USD en 2018), le niveau reste largement en deçà de la recommandation OMS (112 USD). Le financement public du secteur santé reste faible et les paiements directs des ménages constituent toujours 45 % des dépenses totales de santé. La CNASS, bien qu'un outil structurant, nécessite un appui renforcé à la contractualisation, à la formation et à la sensibilisation, pour sa visibilité.
5. Vulnérabilités sanitaires spécifiques : Les taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile et la prévalence des pratiques néfastes (MGF, mariages précoces) soulignent l'importance de renforcer la santé

reproductive, l'éducation sanitaire et la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence et impose également une approche multisectorielle intégrant des actions de changement social, de plaidoyer et de réglementation et précise d'un traitement spécifique pour les victimes de violences.

6. Transformation numérique sectorielle : La stratégie en santé digitale 2024–2030 est cruciale. Sa réussite (déploiement à travers la télémédecine, dossiers médicaux électroniques et systèmes intégrés de gestion) dépend du renforcement des capacités locales, de la gouvernance des données et du rôle d'accompagnement du MTNIMA auprès du ministère de la Santé.

En conclusion, ces apprentissages ont guidé la conception de la présente action qui s'appuie sur :

- une prise en compte renforcée des spécificités locales ;
- une intégration accrue des solutions numériques dans la planification, gestion et supervision ;
- un ciblage des investissements selon les critères de vulnérabilité géographique et sociale ;
- un appui institutionnel à la CNASS comme pilier de la couverture sanitaire universelle ;
- un soutien à l'institutionnalisation et dotation budgétaire spécifique des USPEC ;
- un dialogue permanent avec le gouvernement pour une maintenance renforcée des infrastructures et équipements ;
- une coordination renforcée entre les niveaux centraux et décentralisés du système de santé ainsi qu'avec les acteurs clés pour la protection sociale (justice-police).

Ce cadre vise à maximiser les acquis des programmes PASS et les interventions précédentes tout en adressant les contraintes systémiques pour une transformation durable du système de santé mauritanien.

2.3 Analyse des problèmes

Brève analyse des problèmes :

L'action vise à répondre aux multiples défaillances structurelles qui freinent l'accès équitable et durable de la population mauritanienne à des soins de santé de qualité, en particulier dans les zones rurales, pour les populations vulnérables et les groupes marginalisés. Ces défaillances touchent à la fois les infrastructures, la gouvernance, la qualité des services, l'accessibilité financière et la gestion des ressources humaines et logistiques du système de santé.

Sur le plan économique, le niveau très élevé de paiements directs des soins par les ménages (45,1 % des dépenses totales de santé en 2021) constitue un facteur majeur d'exclusion et de précarisation des plus démunis. Le système national reste sous-financé (5,7 % du budget de l'État en moyenne entre 2018 et 2021) par rapport aux standards internationaux (objectif d'Abuja : 15 %). Le soutien à la CNASS s'inscrit ainsi dans une logique de consolidation d'un mécanisme de financement mutualisé plus équitable.

Du point de vue social, les taux élevés de mortalité maternelle, infantile et néonatale, ainsi que les besoins non satisfaits en planification familiale (31 %) témoignent de déficits importants dans la couverture des soins de base, en particulier pour les femmes, les jeunes filles, et les populations rurales. L'institutionnalisation des USPEC vise à répondre aux besoins spécifiques liés à la santé sexuelle et reproductive, en protégeant les droits des femmes et des enfants.

Du point de vue institutionnel, l'intervention se justifie par : le besoin de renforcer les fonctions de régulation, de pilotage stratégique, d'inspection et de planification au sein du ministère de la Santé ; la consolidation des réformes du PNDS 2022–2030, notamment matière de digitalisation et politique pharmaceutique ; l'appui à la consolidation des USPEC et de la CNASS, pour leur déploiement territorial et la montée en charge de leurs services.

Les données sectorielles disponibles montrent des inégalités marquées entre les sexes en matière de santé et d'accès aux soins. Les femmes en âge de procréer sont particulièrement affectées par les insuffisances du système en matière de suivi prénatal, de contraception et d'exposition aux VBF. L'action prévoit des mesures spécifiques via les USPEC et la CNASS, avec des campagnes de sensibilisation, de formation du personnel sur les normes de genre, et de suivi désagrégué des bénéficiaires.

La problématique environnementale et climatique est également prise en compte, notamment à travers d'études d'impact environnemental systématiques, du recours aux énergies renouvelables (panneaux solaires) et aux matériaux durables et de la gestion responsable des déchets biomédicaux. Dans la mesure du possible sont également prévus des analyses de risques climatiques systématiques pour toutes les infrastructures, la construction de structures sanitaires résilientes (« climat-proof »). Cela assure la résilience face aux changements climatiques dans un contexte de désertification avancée.

Les parties prenantes principales identifiées dans le cadre de cette action sont :

- **Le ministère de la Santé** : responsable du pilotage stratégique, de la régulation sectorielle, de la planification, de la normalisation des soins, et de l'évaluation du secteur. Son rôle est d'assurer l'articulation stratégique du projet avec la stratégie sectorielle santé, le PNDS 2022–2030, coordonner les interventions régionales, assurer le contrôle qualité des prestations et superviser l'opérationnalisation des politiques de santé. La Direction de la Médecine Hospitalière du ministère de la Santé (DMH) joue un rôle spécial car les USPEC sont placées jusqu'au présent au sein des centres hospitaliers hôpitaux publics.
- **La Caisse Nationale de Solidarité en Santé (CNASS)** : établissement public à caractère administratif autonome chargé de la mise en place et extension du mécanisme d'assurance maladie volontaire à l'échelle nationale. Son rôle est de piloter le mécanisme de couverture santé solidaire, contractualiser avec les prestataires de soins publics et privés, déployer les systèmes d'information interoperables avec les systèmes publics du secteur, sensibiliser la population à l'éducation sanitaire et à l'adhésion à l'assurance maladie.
- **Les Directions Régionales de la Santé (DRS) et les Équipes Cadres de Circonscription Sanitaire de Moughtaa (EC.CSM)** : en charge de la coordination technique et mise en œuvre opérationnelle des politiques de santé au niveau régional et départemental. Son rôle est de participer à l'élaboration des plans régionaux, assurer la supervision rapprochée des structures sanitaires, relayer les stratégies nationales de santé et la coordination avec les collectivités territoriales.
- **La police et la justice** seront associées à l'implémentation du produit relatif aux USPEC. L'approche holistique menée (santé-police-justice) permet que les victimes de violence soient attendues par la police et leur cas traité par les instances judiciaires afin de faire justice sur la violation de leurs droits.
- **Prestataires de soins publics et privés (à but non lucratif) accrédités** : ils assurent l'offre de soins de qualité et conformément aux normes internationales. Ils participent au système de tarification négociée et aux mécanismes de suivi de la qualité et à l'interopérabilité avec les systèmes d'information des adhérents à la CNASS.
- **Société civile, comités de gestions et autres** : ils représentent les intérêts des communautés, assurent la redevabilité sociale et font la sensibilisation et mobilisation auprès de la population autour des services de santé, font de l'éducation sanitaire et sensibilisent sur le mécanisme d'assurance maladie volontaire. Une attention particulière sera consacrée aux organisations œuvrant pour les droits des femmes, personnes en situation de handicap, jeunes.

L'action accordera une attention particulière aux capacités institutionnelles et organisationnelles des acteurs mentionnés ci-dessus, notamment en ce qui concerne la formation du personnel, l'amélioration des procédures internes, l'accompagnement technique spécifique, et le développement de compétences durables. Une attention spéciale sera accordée aux groupes vulnérables (femmes victimes de violence, ménages pauvres, enfants, personnes vivant avec un handicap, populations rurales isolées) afin d'éviter tout risque d'exclusion ou de non-recours aux services de santé proposés par l'action.

3 DESCRIPTION DE L'ACTION

3.1 Objectifs et produits

L'objectif général de cette action est de soutenir l'accès durable, équitable et de qualité aux services de santé pour toute la population résidente en Mauritanie, notamment pour les femmes et les personnes vulnérables.

Les objectifs spécifiques de cette action sont :

1. Accompagner l'amélioration de l'efficacité des services de santé inclusifs, résilients et abordables pour une couverture sanitaire de la population renforcée.

2. Contribuer à l'ancrage et extension de services de prise en charge des victimes de violence (USPEC) basées sur le genre, pour une attention holistique et particulière des femmes, jeunes et enfants victimes de violence.
3. Soutenir la consolidation et extension du mécanisme d'assurance maladie volontaire déployé par le gouvernement en facilitant la couverture des femmes et personnes vulnérables.

Les produits à fournir dans le cadre de cette action contribuant aux objectifs spécifiques correspondants sont les suivants :

Contribuant à l'objectif spécifique 1 : *Produit 1 – La stratégie sectorielle sanitaire est implémentée de manière efficiente*

- 1.1 Contribuant à l'objectif spécifique 1 : La gouvernance du secteur de la santé a été renforcé, assurant une gestion efficace, transparente, équitable et décentralisée, incluant le secteur privé.
- 1.2 Contribuant à l'objectif spécifique 1 : L'offre de soins a été améliorée et des services de santé primaire de qualité et équipés sont disponibles pour la population.
- 1.3 Contribuant à l'objectif spécifique 1 : La chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels a été renforcée pour garantir leur disponibilité continue et leur gestion efficace dans les structures sanitaires.
- 1.4 Contribuant à l'objectif spécifique 1 : Des solutions numériques interopérables, sûres, fiables, respectant les règles en matière de sécurité et confidentialité et appartenant au Gouvernement, permettent une meilleure gestion des soins du patient et des services du ministère et institutions sanitaires.

Contribuant à l'objectif spécifique 2 : *Produit 2 – Les victimes de violence basée sur le genre ont accès à des services spécifiques*

- 2.1. Contribuant à l'objectif spécifique 2 : La prise en charge des victimes de violences basées sur le genre a été améliorée par l'institutionnalisation, élargissement, digitalisation et consolidation des Unités Spéciales de Prise en Charge (USPEC) des victimes de violence basées sur le genre.
- 2.2. Contribuant à l'objectif spécifique 2 : La sensibilisation auprès des populations sur les violences basées sur le genre contribue à la prévention de cas de violence
- 2.3. Contribuant à l'objectif spécifique 2 : Les professionnels du secteur sanitaire (au sein des USPEC et en dehors de ces unités) sont formés au traitement et accueil des cas de violence et à une meilleure détection des cas

Contribuant à la l'objectif spécifique 3 : *Produit 3 - La population dispose d'un mécanisme d'assurance maladie particulier*

- 3.1. Contribuant à la l'objectif spécifique 3 : La couverture de l'assurance maladie volontaire a été étendue à des nouvelles régions du pays
- 3.2. Contribuant à la l'objectif spécifique 3 : La population des régions ciblées par le mécanisme d'assurance maladie sont sensibilisées sur le besoin de se soigner, d'utiliser les services de santé et reçoivent éducation sanitaire.
- 3.3. Contribuant à la l'objectif spécifique 3 : La mise en place des systèmes informatiques interopérables avec le système central et les formations sanitaires (centres, postes de santé, hôpitaux) sûrs, fiables, respectant les règles en matière de sécurité et confidentialité et appartenant au Gouvernement permettent une meilleure gestion et organisation des services.

3.2 Activités indicatives

Produit 1 – La stratégie sectorielle sanitaire est implémentée de manière efficiente - Activités liées au produit 1

- 1.1.1 Appui institutionnel apporté au ministère de la Santé pour renforcer ses fonctions stratégiques, budgétaires et opérationnelles et le renforcement des compétences du personnel sanitaire assurant la coordination, suivi et inspection des interventions.
- 1.1.2 Réhabilitation et/ou construction, de structures sanitaires climatiquement résilients de qualité aux normes internationales dans les zones d'intervention prioritaires, utilisant des matériaux adaptés, et solutions d'énergie renouvelable (panneaux solaires), accompagnées de leur équipement.
- 1.1.3 Appui à l'amélioration du système national de gestion des achats, du stockage et de la distribution des médicaments et produits médicaux essentiels y compris via la construction et équipement des dépôts au niveau central et local Soutien à la mise en œuvre de la stratégie de digitalisation du secteur santé et à la gouvernance numérique, en lien avec le MTNMA

Produit 2 – Les victimes de violence basée sur le genre ont accès à des services spécifiques - Activités liées au produit 2 :

- 2.1.1 Appui à l'institutionnalisation et à l'extension des Unités Spéciales de Prise en Charge des Victimes de Violences (USPEC) dans les régions cibles.
- 2.1.2 Mise en œuvre de campagnes de communication, de mobilisation communautaire et de sensibilisation pour prévenir les violences basées sur le genre et disséminer à propos de l'existence des USPEC.
- 2.1.3 Fourniture d'équipements et d'outils de travail adaptés aux USPEC pour permettre leur digitalisation et garantir un accueil sécurisé, confidentiel et respectueux des victimes
- 2.1.4 Formations multidisciplinaires du personnel autour des USPEC (santé, social, justice) sur la prise en charge des violences basées sur le genre, incluant les aspects psychologiques, médicaux et juridiques.
- 2.1.5. Renforcement de la coordination multisectorielle entre santé, justice, sécurité et affaires sociales pour un accompagnement holistique des victimes.

Produit 3 - La population dispose d'un mécanisme d'assurance maladie particulier - Activités liées au produit 3 :

- 3.1.1 Appui technique à la consolidation et à l'amélioration du fonctionnement du mécanisme d'assurance maladie volontaire incluant la gouvernance, la planification, la gestion financière et le suivi-évaluation
- 3.1.2 Déploiement progressif du mécanisme d'assurance maladie volontaire dans les régions cibles à travers l'installation d'agences régionales, d'antennes départementales et de guichets locaux.
- 3.1.3 Formation et accompagnement du personnel en charge du mécanisme d'assurance maladie volontaire pour assurer la gestion des adhésions, des prestations et la supervision opérationnelle.
- 3.1.4 Mise en œuvre de campagnes de communication, de mobilisation communautaire et de sensibilisation pour favoriser l'adhésion des populations et améliorer l'éducation sanitaire.
- 3.1.5 Déploiement et installation des systèmes informatiques ainsi que des formations pour le personnel utilisateur

3.3 Intégration des questions transversales

Protection de l'environnement et changement climatique

Résultats de l'examen préalable de l'évaluation environnementale stratégique (EES) (pertinents pour l'appui budgétaire et les interventions au niveau stratégique)

L'EES souligne que les enjeux environnementaux et climatiques doivent être intégrés lors de la conception, notamment par rapport aux travaux de construction ou réhabilitations de centres.

Résultats de l'examen préalable de l'évaluation des incidences sur l'environnement (EIE) (pertinents pour les projets et/ou les interventions spécifiques dans le cadre d'un projet)

L'EIE a classé l'action en catégorie B, indiquant qu'elle ne nécessite pas d'évaluation supplémentaire, mais que les aspects environnementaux seront intégrés lors de la conception. Les constructions feront l'objet d'une analyse d'impact environnemental, et des solutions telles que l'installation de panneaux solaires et l'utilisation d'énergies renouvelables seront explorées et envisagées pour minimiser l'impact environnemental de l'action. Aussi des matériaux adaptés au climat seront utilisés dans les constructions.

Résultats de l'examen préalable de l'évaluation des risques climatiques (ERC) (pertinents pour les projets et/ou les interventions spécifiques dans le cadre d'un projet)

L'ERC indique un risque faible ou nul (aucune évaluation complémentaire n'est nécessaire). Toutefois, l'action prévoit, dans la mesure du possible, la prise en compte des risques climatiques potentiels dans la construction ou la reconstruction d'infrastructures de santé, afin de minimiser l'exposition aux phénomènes climatiques extrêmes. De plus, l'action renforcera la budgétisation climatique planifiée par le Ministère délégué du budget et promu par le FMI.

Égalité entre les hommes et les femmes et autonomisation des femmes et des filles

Conformément aux codes CAD sur l'égalité entre les hommes et les femmes de l'OCDE mentionnés à la section 1.1, cette action porte la mention G1. Cela implique qu'elle prend en compte les conclusions de l'analyse genre et s'inscrit dans la logique du Plan d'Action Genre (GAP III) pour la Mauritanie. En particulier, l'action cherche à éliminer les VBG et à promouvoir les droits sexuels et reproductifs.

L'égalité des hommes et des femmes et l'autonomisation des femmes et des filles sera visée par les trois produits de l'action et par la nature même de l'action (appui au secteur de la santé). L'action cible les femmes à travers les USPEC, en formant le personnel médical pour détecter et orienter les victimes de violence. Les besoins spécifiques des femmes et des filles victimes de violence sans discrimination par rapport à la nationalité seront pleinement pris en compte, ainsi que leur rôle positif, comme actrices de la sensibilisation nécessaire pour prévenir et dénoncer les violences. Les indicateurs de l'action et de l'annuaire statistique santé seront désagrégés par genres pour assurer un suivi précis.

Droits humains

L'action distinguera les parties prenantes titulaires de droits (right-holders) et les détenteurs d'obligations (duty-bearers). L'approche fondée sur les droits humains (HRBA) sera appliquée, protégeant le droit à l'accès égalitaire aux services de santé de qualité pour les groupes vulnérables, y compris les femmes, les migrants, les réfugiés et les personnes en situation de handicap. L'action garantit que ces populations en situation d'exclusion, discrimination et vulnérabilité, en particulier les femmes et mineurs, accèdent pleinement à leurs droits fondamentaux, notamment le droit à la santé et adopte le principe de « leaving no one behind ». Ainsi, des actions de sensibilisation seront organisées afin de sensibiliser autour le droit à la santé et de disséminer le mécanisme d'assurance maladie volontaire auprès de toute la population. L'action comporte un volet spécifique sur la protection des victimes de violence, en particulier les populations les plus vulnérables, les personnes déplacées de force, les femmes et les jeunes enfants.

Invalidité/Handicap

Conformément aux codes du CAD sur l'invalidité/le handicap de l'OCDE mentionnés à la section 1.1, cette action porte la mention D1. L'action garantit que l'accès sans discrimination aux services de santé pour les personnes en situation de handicap, avec des infrastructures adaptées pour faciliter l'accès (l'inclusion des rampes et l'organisation des espaces permettant l'accès à des personnes avec un handicap moteur dans les centres construits ou réhabilités). L'action adopte une approche inclusive du handicap, en cohérence avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et assurer l'adaptation des supports de communication, et la collecte de données désagrégées. Cette démarche vise à garantir que les besoins spécifiques des personnes handicapées — femmes, enfants, personnes âgées ou vivant en milieu rural — soient intégrés de manière systématique dans les interventions du secteur santé.

Réduction des inégalités

Conformément au Marqueur Inégalités, ce Document d'Action a été classé I-2. La réduction des inégalités constitue l'objectif principal. L'action contribue à réduire les inégalités en améliorant l'accès aux services de santé et aux médicaments pour les personnes vulnérables et migrants. Par ailleurs, le mécanisme d'assurance maladie volontaire déployé permet un accès abordable aux soins et aux médicaments réduisant ainsi les inégalités avec ceux qui peuvent se permettre des services privés.

Démocratie

Bien que non ciblée directement, l'inclusion de tous les résidents en Mauritanie soutien la consolidation de la démocratie en Mauritanie. De plus, le déploiement du mécanisme d'assurance maladie volontaire comporte des mécanismes de participation citoyenne, renforçant la redevabilité du secteur sanitaire public, soutenant la participation de la société civile en matière de contrôle citoyen sur l'exécution du budget national et renforçant sa participation à la préparation du « budget citoyen ».

Sensibilité aux conflits, paix et résilience

L'inclusion sans discrimination aux services de santé accompagne les efforts de cohésion sociale déployés par le gouvernement et les interventions de la société civile.

Réduction des risques de catastrophes

N/A

Autres considérations, le cas échéant

La numérisation des services contribue à la prévention et lutte contre la corruption, garantissant une meilleure transparence et efficacité des interventions dans le secteur de la santé.

3.4 Risques

Les principaux risques, pour lesquels des mesures d'atténuation sont définies sont :

Catégorie	Risques	Probabilité (élevée/ moyenne/ faible)	Impact (élevé/ moyen/ faible)	Mesures d'atténuation
Institutionnel / Gouvernance	Faible coordination entre les niveaux central et régional du ministère de la Santé.	Moyenne	Élevé	Renforcement du rôle des DRS et des cadres de concertation politique au niveau national (CCMP), accompagnement technique des directions régionales, appui à la planification décentralisée.
Ressources humaines	Insuffisance de personnel qualifié pour la mise en œuvre des activités et faible niveau de compétences affectant la qualité des soins dispensés.	Élevée	Élevé	Appui à la formation continue, renforcement des capacités, intégration de modules spécifiques (genre, droits humains, santé numérique), en particulier dans les zones de déploiement de l'action.
Financier / Budgétaire	Retards dans le décaissement des fonds ou insuffisance de financement national. Manque de dotations budgétaires significatives pour la maintenance des infrastructures, équipements.	Moyenne	Élevé	Renforcement du dialogue politique et sur la politique sanitaire pour garantir ces éléments tant au niveau du gouvernement comme des autres bailleurs. Dialogue régulier avec le MEF et le MS, appui technique pour l'alignement budgétaire sur les priorités en santé. Plaidoyer pour la mobilisation de cofinancements auprès des PTF.
Technologiqu e / Numérique	Faible interopérabilité entre les systèmes d'information de la santé et de la CNASS.	Moyenne	Moyen	Développement de normes communes, renforcement de l'appui technique du MTNIMA, investissement dans

				l'équipement et la connectivité des zones prioritaires.
Sécuritaire	Dégradation du contexte sécuritaire régional et national, instabilité dans certaines zones (Est, zones frontalières), entravant la mise en œuvre.	Moyenne	Elevé	Ciblage des zones sécurisées, coordination avec les autorités locales, flexibilité dans l'affectation des ressources selon l'évolution de la situation. La DUE porterait un plaidoyer important pour l'augmentation des contributions d'autres bailleurs
Socio-politique	Le contexte politique pourrait empêcher l'accès aux soins de santé pour les migrants et les réfugiés ainsi que le respect des droits humains de manière globale.	Moyenne	Moyen	La DUE porte un dialogue politique renforcé et spécifique sur l'intégration des non mauritaniens aux soins de santé lequel s'inclut également dans le cadre du programme d'appui budgétaire.
Socio-culturel / Acceptabilité	Faible adhésion communautaire au mécanisme d'assurance maladie volontaire (CNASS).	Moyenne	Moyen	Campagnes de communication ciblées, mobilisation des relais communautaires, implication des élus et leaders religieux dans la sensibilisation.

3.5 Logique d'intervention

La logique d'intervention de cette action est SI les trois produits et les activités qui découleront sont effectivement mis en œuvre, ALORS les trois résultats suivants seront atteints : (1) l'amélioration de l'efficacité des services de santé ; (2) l'ancrage et extension de services de prise en charge des victimes de violence (USPEC) basées sur le genre ; (3) la consolidation et extension du mécanisme d'assurance maladie volontaire.

Ces réalisations sont les piliers nécessaires pour atteindre l'objectif général de garantir un accès durable, équitable et de qualité aux services de santé pour l'ensemble de la population résidente en Mauritanie, en mettant un accent particulier sur les femmes et les groupes vulnérables.

Les produits apportent des réponses complémentaires aux principaux défis du système de santé : faible gouvernance, inégalités des soins, accès limité aux médicaments, insuffisante prise en charge des VBG et couverture santé fragmentée. Le programme PASS a démontré ces leviers (produits), améliorés ensemble, peuvent avoir un effet multiplicateur sur les performances sanitaires, sous réserve de la disponibilité des ressources, de la coordination institutionnelle, et de la mobilisation des ressources logistiques et financiers.

Cette logique d'intervention repose sur une chaîne logique cohérente et étayée reliant les produits attendus aux objectifs spécifiques (réalisations) et à l'impact recherché.

En particulier :

- SI les capacités du ministère et des structures déconcentrées sont renforcées, SI la gouvernance digitale est opérationnalisée, ET SI les concertations avec les PTF sont régulières, ALORS la gouvernance sanitaire pourra piloter efficacement les réformes sectorielles.
- SI les infrastructures sont fonctionnelles, le personnel qualifié et les équipements disponibles, ALORS la population aura accès à des soins de qualité, en particulier dans les zones mal desservies.
- SI la chaîne d'approvisionnement est sécurisée, ALORS l'accès équitable aux médicaments essentiels sera garanti, ce qui est un levier direct pour renforcer l'offre de soins.
- SI les USPEC sont institutionnalisées, équipées et coordonnées avec les autres secteurs, ALORS les victimes de violences bénéficieront d'un appui global, contribuant à améliorer la santé reproductive et psychosociale.

- SI la CNASS est renforcée techniquement, étendue géographiquement et socialement acceptée, ALORS une couverture santé solidaire sera progressivement assurée pour la majorité de la population.

Enfin, SI les réalisations sont atteintes, ET SI les financements, la stabilité politique, l'engagement communautaire et les ressources humaines se maintiennent, ALORS l'action contribuera à l'impact souhaité, PARCE QUE l'offre et la demande de soins auront été structurellement renforcées, les inégalités d'accès réduites, et les mécanismes institutionnels de solidarité sanitaire consolidés.

3.6 Matrice du cadre logique

Ce cadre logique indicatif constitue la base de la conception d'une(s) matrice(s) de cadre logique plus détaillée au niveau des contrats, qui sera utilisée pour le suivi, l'établissement de rapports et l'évaluation. La matrice du cadre logique au niveau du contrat doit inclure les indicateurs pertinents identifiés dans cette section. Les produits attendus et les indicateurs correspondants (avec les valeurs de référence et cibles) peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action, sans qu'il soit nécessaire de modifier la décision de financement.

Dans le cas où les valeurs de référence et les valeurs cibles ne sont pas disponibles pour l'action au moment de l'adoption de la décision de financement, elles doivent être fournies pour chaque indicateur à la signature du ou des contrats liés à ce décision de financement, ou au plus tard dans le premier rapport d'avancement. De nouvelles colonnes peuvent être ajoutées pour définir des cibles intermédiaires pour les indicateurs des produits attendus et des réalisations si besoin.

MODALITÉS DE PROJET ET D'APPUI BUDGETAIRE						
Résultats	Chaîne des résultats (@): Principaux résultats attendus (10 au maximum)	Indicateurs (@): (au moins un indicateur par résultat attendu)	Valeurs de référence (valeurs et années)	Valeurs cibles (valeurs et années)	Sources de données	Hypothèses
Impact	L'accès durable, équitable et de qualité aux services de santé pour toute la population résidente en Mauritanie et notamment pour les femmes et les personnes vulnérables.	1 Pourcentage de la population couverte par une assurance maladie (par sexe, âge, nationalité, milieu rural/urbain) (SDG 3.8.2) 2 Réduction du taux de mortalité maternelle en Mauritanie 3 Indice Gini	1 20% 2024 2 454 pour 100 000 NV (EDSM 2019)	1 75% 2029 2 Diminution du 5 % 2029	1 Rapports CNASS/CNAM 2 Enquêtes MICS/EDS/HHFA	Non applicable
REALISATIONS						
OS1 - Réalisation 1	1. L'amélioration de l'efficacité des services de santé inclusifs, résilientes et abordables pour une couverture sanitaire de la population renforcée est accompagnée	1.1 Couverture vaccinale penta 3 (SDG 3.8.1) (par sexe, âge, milieu rural/urbain) 1.2 Indice de capacité opérationnelle générale des formations sanitaires	1.1 85% (2022) 1.2 42% (SARA 2018)	1.1 >90 % (2029) 1.2 > 10% (2029)	1.1 Annuaire statistique santé 1.2 Enquête HHFA (ex-SARA)	Disponibilité continue des ressources humaines et matérielles, stabilité politique locale, adhésion communautaire aux services de santé proposés, absence de crises sanitaires majeures
OS 2 - Réalisation 2	2. L'ancrage et extension de services de prise en charge des victimes de violence (USPEC) basées sur le genre, pour une attention holistique et particulière des femmes, jeunes et enfants victimes de violence est renforcé	2.1. Taux de régions desservies par une USPEC opérationnelle et fonctionnelle selon les normes 2.2. Pourcentage de financement budgétaire alloué aux USPEC dans la Loi de finances rectificative de l'année n engagé à 31/12/n	2.1. 61.5% (8/13 régions 2025) 2.2. 0	2.1. 100% (2029) 2.2. 100% (2029)	2.1. Annuaire statistique santé 2.2. Extrait du Trésor – Loi de Règlement	Engagement politique et financement contiue, ouverture de la population à la sensibilisation et serivces des USPEC
OS3 - Réalisation 3	3. La consolidation et extension du mécanisme d'assurance maladie volontaire déployé par le gouvernement en facilitant la couverture des femmes et personnes vulnérables est soutenue	3.1 Nombre de régions couvertes par la CNASS 3.2 Taux de pénétration dans les nouvelles zones desservies par les services déconcentrés de la CNASS.	3.1 4 (2024) 3.2 0,67% (2024)	3.1 13 (2029) 3.2 A définir (2029)	3.1 Rapport annuel activités CNASS 3.2 Rapport annuel activités CNASS	Engagement politique et financement continu pour la CNASS, coopération effective des autorités régionales et locales, maintien d'un climat social favorable, absence de perturbations économiques majeures

PRODUITS (pour une action mise en œuvre sous forme de projet)						
Produit 1 lié à la réalisation 1 : <u>La stratégie sectorielle sanitaire est implémentée de manière efficiente</u>	1.1 La gouvernance du secteur de la santé a été renforcé, assurant une gestion efficace, transparente, équitable et décentralisée, incluant le secteur privé	1.1. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	1.1 A renseigner (2024)	1.1 A définir (2029)	1.1 Annuaire statistiques	Coopération des autorités locales, mobilisation du personnel de santé, acceptabilité des services, stabilité du système de santé
	1.2. L'offre de soins a été améliorée et des services de santé primaire de qualité et équipés sont disponibles pour l'ensemble de la population.	1.2 Taux d'utilisation/fréquentation des services de soins de santé primaires (SDG 3.8.1)	1.2 A renseigner % (2024)	1.2. >5 % (2029)	1.2 Annuaire statistiques	
	1.3. La chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels a été renforcée pour garantir leur disponibilité continue et leur gestion efficace dans les structures sanitaires.	1.3 Taux de disponibilité des médicaments essentiels dans les centres de santé	1.3 A renseigner % (2023)	1.3 A définir % (2029)	1.3. Rapports CAMEC	
	1.4 Des solutions numériques interopérables, sûres, fiables, respectant les règles en matière de sécurité et confidentialité et appartenant au Gouvernement, permettent une meilleure gestion des soins du patient et de	1.4. Nombre de services digitaux interopérables	1.4 0 (2024)	1.4 5 (Système information, dossier patient, ressources humaines, médicaments, CNASS interopérables)	1.4 Rapport ministère de la Santé	
Produit 2 lié à la réalisation 2 <u>Les victimes de violence basée sur le genre ont accès</u>	2.1. La prise en charge des victimes de violences basées sur le genre a été améliorée par l'institutionnalisation, élargissement, digitalisation et consolidation des Unités Spéciales de Prise en Charge (USPEC) des victimes de violence basées sur le genre.	2.1. Nombre d'USPEC opérationnelles et fonctionnelles selon les normes	2.1 8 (2024)	2.1 13 (2029)	2.1 Rapports USPEC – Annuaire statistique santé	Reconnaissance institutionnelle des USPEC, formation continue du personnel, acceptabilité sociale du dispositif

<u>à des services spécifiques</u>	2.2. La sensibilisation auprès des populations sur les violences basées sur le genre contribue à la prévention de cas de violence	2.2 Nombre de victimes prises en charge par les USPEC (par sexe, âge, nationalité, région)	2.2. A renseigner (2024)	2.2. A définir (2029)	2.2. Registres USPEC– Annuaire statistique santé	
	2.3. Les professionnels du secteur sanitaire (au sein des USPEC et en dehors de ces unités) sont formés au traitement et accueil des cas de violence et à une meilleure détection des cas	2.3. Nombre du personnel sanitaire formée sur les VBG (par sexe, âge, nationalité, région)	2.3. A renseigner (2024)	2.3. Augmentation de 50% par rapport à 2024	2..3 Registres USPEC– Annuaire statistique santé	
Produit 3 lié à la réalisation 3 <u>La population dispose d'un mécanisme d'assurance maladie particulier</u>	3.1. La couverture de l'assurance maladie volontaire a été étendue à des nouvelles régions du pays	3.1.1 Nombre d'adhérents à l'assurance maladie volontaire (par sexe, âge, nationalité, région,) 3.1. 2. Nombre de régions avec couverture	3.1.1 172 000 (2024) 3.1.2. 4 (2024)	3.1.1 A définir (2029) 3.1.2 13 (2029)	3.1.1 Base de données CNASS 3.1.2 Base de données entité en charge assurance maladie volontaire	Disponibilité des ressources techniques et financières nécessaires
	3.2. La population des régions ciblées par le mécanisme d'assurance maladie sont sensibilisées sur le besoin de se soigner, d'utiliser les services de santé et reçoivent éducation sanitaire.	3.2 Nombre de campagnes de sensibilisation	3.2. A renseigner (2024)	3.2. 1 campagne autour de chaque agence de la CNASS lors de l'ouverture et au renouvellement	3.2. Rapport annuel entité en charge assurance maladie volontaire	
	3.3. La mise en place des systèmes informatiques interopérables avec le système central et les formations sanitaires (centres, postes de santé, hôpitaux) sûrs, fiables, respectant les règles en matière de sécurité et confidentialité et appartenant au Gouvernement permettent une meilleure gestion et organisation des services.	3.3. 1. % d'antennes interopérables avec le système central	3.3.1. A renseigner (2024)	3.3.1 >60%	3.3.1. Rapport annuel entité en charge assurance maladie volontaire	
		3.3.2. % des personnes des agences formés au systèmes informatiques	3.3.2. A renseigner (2024)	3.3.2. >50%	3.3.2. Rapport annuel entité en charge assurance maladie volontaire	

4 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

4.1 Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire.

4.2 Période indicative de mise en œuvre

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, durant laquelle les activités décrites à la section 3 seront réalisées et les contrats et conventions correspondants mis en œuvre, est de 48 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision, ainsi que les contrats et les accords concernés.

4.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire

Sans objet.

4.4 Modalités de mise en œuvre

La Commission veillera au respect des règles et procédures de l'UE pour l'octroi de financements à des tiers, notamment des procédures de réexamen s'il y a lieu, ainsi qu'à la conformité de l'action avec les mesures restrictives de l'UE¹².

4.4.1 Gestion directe (subventions)

Subventions (gestion directe) :

a) Objet de la (des) subvention(s)

Les subventions directes contribueront à l'objectif 3 « *Soutenir la consolidation et extension du mécanisme d'assurance maladie volontaire déployé par le gouvernement en facilitant la couverture des femmes et personnes vulnérables* ».

b) Type de demandeurs visés

Le demandeur potentiel sera un organisme public ou une entité publique nationale mauritanienne.

c) Justification d'une subvention directe

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, la subvention peut être octroyée sans appel à propositions à l'entité publique nationale ou organisme public en charge de la mise en place du mécanisme d'assurance maladie volontaire.

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, le recours à l'octroi d'une subvention sans appel à propositions est justifié conformément à l'article 198 (c) du règlement financier, car cet établissement public à caractère administratif (EPA) en charge du mécanisme d'assurance maladie volontaire dispose du « monopole » de fait dans le cadre du déploiement de ce mécanisme. L'objectif de la subvention directe est de lui donner directement les moyens de mettre en œuvre sa stratégie de déploiement et consolidation des agences et structures, ressources humaines et matérielles, la digitalisation des services ainsi que ses activités de sensibilisation et divulgation nécessaires à la consolidation du mécanisme d'assurance maladie volontaire.

La partie de l'action relevant de l'enveloppe budgétaire réservée aux subventions peut, partiellement ou totalement et y compris lorsqu'une entité est désignée pour recevoir une subvention sans appel à propositions, être mise en

¹² www.sanctionsmap.eu. Veuillez noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant de répertorier les régimes de sanctions. Les sanctions résultent d'actes législatifs publiés au Journal officiel (JO). En cas de divergence entre les actes juridiques publiés et les mises à jour sur le site internet, c'est la version du JO qui fait foi.

œuvre en gestion indirecte avec une entité qui sera sélectionnée par les services de la Commission en utilisant les critères suivants :

- Expérience spécifique dans la mise en place des mécanismes d'assurance maladie publics ;
- Expérience spécifique dans la mise en place des systèmes de financement des systèmes de santé publique en Afrique ;
- Expérience spécifique dans la mise en place de programmes financés par l'Union européenne ;
- Expérience spécifique dans l'accompagnement des actions du ministère en charge de la santé en Mauritanie ;
- Expertise en matière d'égalité de genre et/ou engagement en faveur de l'égalité de genre.

4.4.2 Gestion directe (marchés publics)

Des marchés publics contribueront à l'objectif spécifique 1 « *Accompagner l'amélioration de l'efficacité des services de santé inclusifs et abordables pour une couverture sanitaire de la population renforcée* », produit spécifique 1.4 « *Des solutions numériques interopérables, sûres, fiables, respectant les règles en matière de sécurité et confidentialité et appartenant au Gouvernement, permettent une meilleure gestion des soins du patient et des services du ministère et institution sanitaire* ».

La nature des services de conseil à fournir peut-être externalisée par la Commission dans la mesure où les tâches externalisées n'impliquent pas l'exercice de l'autorité publique et de pouvoirs d'appréciation discrétionnaires. Ce marché ne rendra pas la Commission ou le pays partenaire trop dépendant du prestataire de services sélectionné. Les services en question seront mieux fournis par le prestataire de services pour la raison : le haut niveau de spécialisation requis n'est pas disponible en interne.

Le recours à des services de conseil externes est nécessaire pour répondre aux objectifs et aux besoins opérationnels de l'action parce que le développement de santé numérique dans le domaine de la santé publique requiert une expérience très spécialisée.

4.4.3 Gestion indirecte avec une entité chargée de l'exécution

4.4.3.1 Objectif spécifique 1 « *Accompagner l'amélioration de l'efficacité des services de santé inclusifs et abordables pour une couverture sanitaire de la population renforcée* »

Une partie de la présente action peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec une entité qui sera sélectionnée par les services de la Commission au moyen des critères suivants :

- Expertise spécifique dans le secteur de la santé en particulier dans le cadre des appuis institutionnels aux entités publiques, tels que ministères sectoriels, en charge de gérer les systèmes publics de santé ;
- Expertise spécifique dans le domaine de la mise en place de systèmes de couverture sanitaire universelle et des systèmes de financement des systèmes de santé publique en Afrique ;
- Capacité de mise en place des équipes multidisciplinaires avec des expertises au niveau central en matière de santé publique, digitalisation en santé, construction et équipement des infrastructures sanitaires ; Connaissance du contexte socio-économique mauritanien et du secteur sanitaire mauritanien ;
- Expertise en matière d'égalité de genre et/ou engagement en faveur de l'égalité de genre.

La mise en œuvre par cette entité implique la contribution à la mise en œuvre de l'Objectif spécifique 1 « *Accompagner l'amélioration de l'efficacité des services de santé inclusifs et abordables pour une couverture sanitaire de la population renforcée* », spécifiquement les produits spécifiques 1.1 « *La gouvernance du secteur de la santé a été renforcée* », 1.2 « *L'offre de soins a été améliorée et des services de santé primaire de qualité et équipés sont disponibles pour la population* » et 1.3 « *La chaîne d'approvisionnement en médicament a été renforcée* ».

En cas d'échec des négociations avec l'entité chargée de l'exécution, cette partie de la présente action peut être mise en œuvre en gestion directe, conformément aux modalités de mise en œuvre indiquées à la section 4.4.4.

4.4.3.2 Objectif spécifique 2 « Contribuer à l'ancrage et extension de services de prise en charge des victimes de violence (USPEC) basées sur le genre, pour une attention holistique et particulière des femmes, jeunes et enfants victimes de violence »

Une partie de la présente action peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec une entité qui sera sélectionnée par les services de la Commission au moyen des critères suivants :

- Expertise spécifique dans le secteur de la santé en particulier dans le cadre de la mise en place de services d'attention aux victimes de violence, notamment celles basées sur le genre ;
- Expertise spécifique en appui institutionnel aux entités publiques, tels que ministères sectoriels, en charge de gérer les systèmes de protection des victimes de violence ;
- Capacité de mise en place des équipes multidisciplinaires avec la participation active de la société civile et instances communautaires ;
- Connaissance du contexte socio-économique mauritanien et du secteur sanitaire mauritanien ;
- Expérience spécifique du travail avec la justice et la police pour la protection des victimes des violences.

La mise en œuvre par cette entité implique la contribution à la mise en œuvre de l'Objectif spécifique 2 « Contribuer à l'ancrage et extension de services de prise en charge des victimes de violence (USPEC) basées sur le genre, pour une attention holistique et particulière des femmes, jeunes et enfants victimes de violence ».

En cas d'échec des négociations avec l'entité chargée de l'exécution, cette partie de la présente action peut être mise en œuvre en gestion directe, conformément aux modalités de mise en œuvre indiqué à la section 4.4.4.

4.4.4 Passage d'un mode de gestion indirecte à une gestion directe (et vice versa) en raison de circonstances exceptionnelles (une deuxième option alternative)

4.4.4.1 Gestion directe (subventions) vers gestion indirecte

Dans le cas où la partie de l'action relevant de l'enveloppe budgétaire réservée à la gestion directe – subventions (section 4.4.1), ne pourrait pas être mise en œuvre partiellement ou totalement comme initialement envisagé, le passage à la gestion indirecte pourrait être mis en œuvre avec une entité qui sera sélectionnée par les services de la Commission au moyen des critères suivants :

- Expertise spécifique dans le secteur de la santé en particulier dans le cadre des appuis institutionnels aux entités publiques, tels que ministères sectoriels, en charge de gérer les systèmes publics de santé ;
- Expertise spécifique dans le domaine de la mise en place de systèmes de couverture sanitaire universelle et des systèmes de financement des systèmes de santé publique en Afrique ;
- Capacité de mise en place des équipes multidisciplinaires avec des expertises au niveau central en matière de santé publique, digitalisation en santé, construction et équipement des infrastructures sanitaires ;
- Connaissance du contexte socio-économique mauritanien et du secteur sanitaire mauritanien ;
- Expertise en matière d'égalité de genre et/ou engagement en faveur de l'égalité de genre.

4.4.4.2 Gestion directe (marché public) vers gestion indirecte

Dans le cas où la partie de l'action relevant de l'enveloppe budgétaire réservée à la gestion directe – marchés publics (section 4.4.2), ne pourrait pas être mise en œuvre partiellement ou totalement comme initialement envisagé, le passage à la gestion indirecte pourrait être mis en œuvre avec une entité qui sera sélectionnée par les services de la Commission au moyen des critères suivants :

- Expertise spécifique dans le secteur de la santé en particulier dans le cadre des appuis institutionnels aux entités publiques, tels que ministères sectoriels, en charge de gérer les systèmes publics de santé ;
- Expertise spécifique dans le domaine de la mise en place de systèmes digitaux, numérisation pour le secteur de la santé ;
- Expertise spécifique dans le domaine de la mise en place de systèmes de couverture sanitaire universelle et des systèmes de financement des systèmes de santé publique en Afrique ;
- Capacité de mise en place des équipes multidisciplinaires avec des expertises au niveau central en matière de santé publique, digitalisation en santé, construction et équipement des infrastructures sanitaires ;
- Connaissance du contexte socio-économique mauritanien et du secteur sanitaire mauritanien.

4.4.4.3 Gestion indirecte vers gestion directe (subvention)

4.4.4.3.1 Objectif spécifique 1 « *Accompagner l'amélioration de l'efficacité des services de santé inclusifs et abordables pour une couverture sanitaire de la population renforcée* »

Dans le cas où la partie de l'action relevant de l'enveloppe budgétaire réservée à la gestion indirecte (section 4.4.3), ne pourrait pas être mise en œuvre partiellement ou totalement comme initialement envisagé, le passage à la gestion directe – subventions pourrait être mis en œuvre.

a) Objet de la (des) subvention(s)

La/e(s) subvention(s) directe(s) contribueront à tous ou certains objectif(s)/produits indiqué(s) à la section 4.4.3.1.

b) Type de demandeurs visés

Le demandeur potentiel pourrait être un organisme public ou une ONG.

4.4.4.3.2 Objectif spécifique 2 « *Contribuer à l'ancrage et extension de services de prise en charge des victimes de violence (USPEC) basées sur le genre, pour une attention holistique et particulière des femmes, jeunes et enfants victimes de violence* »

Au cas où la partie de l'action relevant de l'enveloppe budgétaire réservée aux gestion indirecte (tel que prévu aux sections 4.4.3.2), partiellement ou totalement ne pourrait pas être mise en œuvre en raison de circonstances indépendantes de la volonté de la Commission, le passage à la gestion directe sous la forme d'une/des subvention(s) pourrait être mis en œuvre.

a) Objet de la (des) subvention(s)

La/e(s) subvention(s) directe(s) contribueront à tous ou certains objectif(s)/produits indiqué(s) à la section 4.4.3.2.

b) Type de demandeurs visés

Le demandeur potentiel pourrait être un organisme public, une organisation internationale ou une ONG.

4.5 Critères d'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique sur la base de l'urgence ou de l'indisponibilité des services sur les marchés des pays ou territoires concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés où l'application des règles d'éligibilité rendrait impossible ou excessivement difficile la réalisation de cette action (article 28, paragraphe 10, du règlement IVCDI – Europe dans le monde).

4.6 Budget indicatif

Composantes budgétaires indicatives	Contribution de l'UE (montant en EUR)
Modalités de mise en œuvre - cf. section 4.4	
Objectif 1 - Accompagner l'amélioration de l'efficacité des services de santé inclusifs et abordables pour une couverture sanitaire de la population renforcée composé de	10 900 000
Marchés publics (gestion directe) - cf. section 4.4.2	3 000 000
Gestion indirecte avec une entité chargée de l'exécution - cf. section 4.4.3.1	7 900 000

Objectif 2 - Soutenir la consolidation et extension du mécanisme d'assurance maladie volontaire déployé par le gouvernement en facilitant la couverture des femmes et personnes vulnérables composé de	1 500 000
Gestion indirecte avec une entité chargée de l'exécution - cf. section 4.4.3.2	1 500 000
Objectif 3 - Soutenir la consolidation et extension du mécanisme d'assurance maladie volontaire déployé par le gouvernement en facilitant la couverture des femmes et personnes vulnérables composé de	2 500 000
Subventions (gestion directe) - cf. section 4.4.1	2 500 000
Subventions - enveloppe totale de la section 4.4.1	2 500 000
Marchés publics - enveloppe totale au titre de la section 4.4.2	3 000 000
Évaluation - cf. section 5.2	100 000
Audit - cf. section 5.3	
Totaux	15 000 000

4.7 Structure organisationnelle et responsabilités

L'action s'insère dans la stratégie sectorielle du ministère de la santé et s'insère directement dans la stratégie de suivi du PNDS. La structure organisationnelle prévoit :

- Le Comité de Concertation et de Coordination entre le ministère de la Santé et les PTF (CC-MP), qui se réunira au moins avec une fréquence annuelle et qui garantira l'alignement de l'action et des interventions des PTF avec la stratégie sectorielle en santé, le PNDS. Le comité intègre les différents services du ministère de la Santé, les agences, les autres ministères sectoriels impliqués dans la mise en œuvre du PNDS, les PTF ainsi comme des représentants de la société civile et du secteur privé. Le CC-MP rendra compte des revues annuelles contenant entre d'autres, le progrès dans la mise en place du PNDS, les difficultés affrontées, le financement mobilisé, les appuis des PTF, l'atteinte des indicateurs.
- Le comité technique du PASS qui se réunira au moins avec une fréquence trimestrielle et qui garantira le suivi rapproché de l'avancement de l'action et son alignement permanent au PNDS. La composition du comité technique comprendra au minimum des représentants du MS dont le président, un représentant de la DUE et des PTF des États membres opérant dans le secteur de la santé ainsi qu'un représentant du ministère national en charge de la coopération et partenariats internationaux point d'entrée principal des relations avec les PTF. Des personnes ressource ainsi que des représentants des autres partenaires et des structures bénéficiaires pourront également participer au comité technique, à la demande des membres du Comité technique. Le secrétariat sera garanti par la direction point focal de l'action.

Dans le cadre de sa prérogative d'exécution du budget et afin de préserver les intérêts financiers de l'Union, la Commission peut participer aux structures de gouvernance susmentionnées mises en place pour régir la mise en œuvre de l'action et peut signer ou s'engager dans des déclarations conjointes, dans le but de renforcer la visibilité de l'Union et de sa contribution à la présente action et d'assurer une coordination efficace.

5 MESURE DES PERFORMANCES

5.1. Suivi et rapports

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire chargé de la mise en œuvre. À cette fin, la direction du ministère de la Santé en charge de cette action mettra en place un système permanent le suivi interne, technique et financier de l'action et élaborera régulièrement des rapports d'avancement sensibles au genre et aux personnes avec des handicaps (au moins trimestriels synthétiques, annuels et un rapport final. En dehors des rapports trimestriels, chaque rapport fournit un compte rendu précis de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des

changements introduits, ainsi que du degré d'obtention de ses résultats (Produits et réalisations directes) mesurés par les indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique.

L'outil d'évaluation de l'impact distributionnel (DIA) pourrait être utilisé comme source de données chaque fois que d'autres sources (données nationales, régionales, locales) ne sont pas disponibles pour vérifier si les résultats attendus (liste-référence au cadre logique) ont, dans une large mesure, ont profité aux 40 % de revenus ou de richesse les plus pauvres, ou aux groupes, ménages et individus socio-économiquement défavorisés. La DIA peut également être réalisée au début de la phase de mise en œuvre pour a) localiser où vivent les plus vulnérables et les cibler géographiquement ; b) identifier les principaux facteurs d'inégalités (par exemple les raisons pour lesquelles vous n'avez pas accès à certains services) c) dévoiler les intersectionnalités (par exemple les 40 personnes les plus pauvres en revenus qui sont des femmes, des enfants, etc.)

La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

Rôles et responsabilités en matière de collecte, d'analyse et de suivi des données : le ministère de la Santé a la responsabilité de fournir les données nécessaires ainsi que de procéder à la publication de l'annuaire statistique sanitaire. La collecte et le traitement primaire des données reviennent aux structures sanitaires ainsi que à l'entité en charge de la mise en place du mécanisme d'assurance maladie volontaire. Le service spécifique au sein du ministère de la Santé en charge du système d'information national sanitaire sera le responsable de la compilation et du traitement final des données.

5.2. Évaluation

Compte tenu de l'importance de l'action, des évaluations à mi-parcours, finale et ex-post pourront être effectuées pour la présente action, ou une de ses composantes par des consultants indépendants, dans le cadre d'un contrat avec la Commission. En tout cas, cette action fera l'objet d'au moins une évaluation. Une évaluation pour évaluer l'impact des services de santé et la couverture du mécanisme d'assurance sur les groupes vulnérables pourrait avoir lieu.

Dans le cas d'une évaluation à mi-parcours : Elle sera réalisée à des fins de résolution des problèmes et d'apprentissage, en particulier en ce qui concerne la mise en place de toutes les activités, la mobilisation du financement, etc.

Dans le cas d'une évaluation finale ou ex post : Elle sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris la révision des politiques), en tenant compte en particulier du fait que cette action soutient une stratégie sectorielle et que l'appui de l'Union européenne pour le secteur de la santé a démarré depuis 2017.

La Commission informera le partenaire de mise en œuvre au moins 2 mois avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le partenaire chargé de la mise en œuvre collabore de manière efficace et effective avec les experts chargés de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et des documents nécessaires et en leur assurant l'accès aux locaux et aux activités du projet.

Les rapports d'évaluation peuvent être communiqués aux partenaires et aux autres principales parties prenantes, en application des bonnes pratiques en matière de communication des évaluations. Le partenaire chargé de la mise en œuvre et la Commission analysent les conclusions et les recommandations des évaluations et, le cas échéant, apportent les adaptations nécessaires.

Un ou plusieurs marchés de services d'évaluation peuvent être conclus au titre d'un contrat-cadre.

Le plan d'évaluation (ou la composante de l'évaluation prévue) doit évaluer l'impact distributif des activités entreprises pour les individus, ménages ou groupes socio-économiquement défavorisés. Cela peut être fait grâce à l'outil d'évaluation de l'impact sur la distribution (DIA). L'analyse DIA examine le ciblage efficace des bénéficiaires des interventions de développement, en identifiant si plus de 40 pour cent des bénéficiaires se situent dans les deux quintiles inférieurs de la répartition des revenus ou des richesses. Cela permet également d'évaluer si un ciblage efficace a été effectué en direction des femmes, des enfants et des jeunes ou d'autres groupes défavorisés (par exemple les minorités ethniques) ou au niveau territorial. Une expertise en matière de réduction des inégalités sera assurée au sein des équipes d'évaluation.

5.3. Audit et vérifications

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

6. COMMUNICATION STRATÉGIQUE ET DIPLOMATIE PUBLIQUE

Pour le cycle de programmation 2021-2027, une nouvelle approche pour la mise en commun, la programmation et le déploiement des ressources en matière de communication stratégique et de diplomatie publique sera adoptée.

Conformément au document «[Communiquer et accroître la visibilité de l'UE –Orientations relatives aux actions extérieures](#)», publié en 2022, la communication et la visibilité de l'UE reste une obligation juridique pour toutes les actions extérieures financées par l'Union, afin de faire connaître le soutien de l'Union européenne à leur travail auprès des publics concernés, notamment en utilisant l'emblème de l'Union et une brève déclaration de financement, sur tous les supports de communication liés aux actions concernées. Cette obligation s'applique de la même manière, que les actions concernées soient mises en œuvre par la Commission, des pays partenaires, des contractants, des bénéficiaires de subventions ou des entités chargées de l'exécution telles que les agences des Nations unies, les institutions financières internationales et les agences des États membres de l'Union.

Cependant, les documents d'action des programmes sectoriels spécifiques ne sont en principe plus tenus de prévoir des activités de communication et de visibilité sur les programmes concernés. Ces ressources seront prévues dans des facilités de coopération établies par des documents d'action de mesures d'accompagnement, permettant aux délégations de planifier et mettre en œuvre des activités de communication stratégique et de diplomatie publique pluriannuelles avec une masse critique suffisante pour être efficaces à l'échelle nationale.