Feuille de route 2024-2027 pour le renforcement de l'inclusion des réfugiés dans le système national de santé en Mauritanie

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
Honneur - Fraternité - Justice

وزارة الصحة
Ministère de la santé

Décembre 2023

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

- Cette feuille de route vise à poursuivre et achever l'intégration de la prise en charge sanitaire des réfugiés dans le système national de santé mauritanien. Elle s'inscrit dans le cadre de l'engagement de la Mauritanie d'assurer l'accès des réfugiés au système de santé (Forum mondial sur les réfugiés, décembre 2019) et conforte la Stratégie 2021-2025 du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) en Mauritanie.
- Le HCR a pour mandat de faciliter et coordonner les efforts de la communauté internationale pour appuyer les pays hôtes afin qu'ils puissent assurer la protection et l'assistance multisectorielle des populations réfugiées.
- Cette feuille de route définit un objectif général, les objectifs spécifiques et les résultats à atteindre pendant la période établie. Elle définit également la manière dont le Ministère de la Santé (MS), avec l'appui du HCR, des agences des Nations Unies et des autres partenaires, faciliteront l'accès aux services de soins de santé essentiels de qualité aux populations réfugiées et d'accueil en Mauritanie.
- Le But de cette feuille de route est d'améliorer la santé des réfugiés et des communautés hôtes, conformément aux Objectifs pour le Développement Durable (ODD), à la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) et au Plan National de Développement Sanitaire 2021-2030 de la Mauritanie, par des interventions efficaces et durables dans les domaines de la santé publique, la nutrition, la santé de la reproduction, la santé mentale et le VHI/ SIDA permettant à la population réfugiée et hôte d'avoir un accès équitable aux services de soins de santé primaires de qualité et d'un système de référence aux soins secondaires et tertiaires.
- Le processus d'intégration commencé en 2020 pourra être mené à terme en sept années, soit une fin prévue en 2027.
- Cette feuille de route se concentre sur les approches suivantes :

1. **Poursuivre le processus d'harmonisation des services de santé** du camp de réfugiés de Mbera avec les programmes de santé du Ministère de la Santé en Mauritanie. L'intégration complète des formations sanitaires du camp s'appuie sur (1) le renforcement de la collaboration existante entre le HCR, les partenaires et le MS (dont Inaya), (2) la complémentarité mutuelle, (3) le renforcement des capacités de gestion et supervision au niveau de la Moughataa ainsi que (4) le renforcement progressif des ressources techniques et matérielles de ces formations sanitaires (FOSA) pour leur permettre de fournir des services de soins de santé de qualité pour les populations locales et les réfugiés.

2. **Achever le processus de transfert de la gestion des services de santé du camp** aux partenaires nationaux sous la direction technique de l'unité de santé publique du HCR, pour une gestion plus autonome selon le schéma suivant : national, régional, local, district, aire de santé communautaire. Il s'agit également d'appuyer la structure communautaire (COSA) afin qu'elle prenne davantage de responsabilités dans la mobilisation sociale des communautés de réfugiés pour une réponse adéquate aux besoins de santé propres à la communauté.

3. **Garantir la durabilité des services de santé** grâce à une stratégie de diversification des sources potentielles de financement, notamment à travers l'instauration progressive de la contribution des bénéficiaires réfugiés, du renforcement de la contribution du MS à ces FOSA ainsi que de la participation d'autres acteurs de développement, y compris la Banque Mondiale (BM) avec Inaya, etc.

4. **Assurer le renforcement du partenariat** avec les agences des Nations Unies et les partenaires de développement afin d'accroitre les activités complémentaires aux efforts du MS et du HCR.

I. CONTEXTE GÉNÉRAL

I.1. Situation démographique

Carte administrative de la République Islamique de Mauritanie avec les wilayas

La République Islamique de Mauritanie est limitée à l'ouest par l'océan Atlantique, au sud par le fleuve Sénégal, à l'est et au sud-est par le Mali, au nord et au nord-ouest par l'Algérie et le Sahara occidental. Le pays a une superficie totale de 1 030 700 km², et est composé de vastes étendues de terres pastorales et de seulement 0,5 % de terres arables. Le climat est généralement chaud et sec, avec quatre mois de saison des pluies de juin à septembre.

Sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), effectué en 2013, la population totale de la Mauritanie est estimée en 2020 à 4 173 0771 habitants avec un taux d'accroissement de 2,4% et une densité de 4,5 habitants par kilomètre carré, ce qui en fait le quatrième pays le moins densément peuplé d'Afrique. La population est très inégalement répartie. Elle est faible au niveau des wilayas du nord avec des densités inférieures à 0,5 habitants/km², tandis que les zones du sud et du sud-est sont les plus peuplées avec des densités pouvant dépasser 10 habitants/km².

I.2. Organisation du système de santé

Le système de santé est de type pyramidal. Il comprend le niveau central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central du Ministère de la Santé (MS) est chargé de la formulation des politiques sanitaires, de la planification stratégique, de la définition des normes et des standards, de la coordination et de la régulation. Le niveau intermédiaire consiste en 15 délégations régionales de santé qui ont pour rôle l'appui technique et la supervision des districts de santé. Le niveau périphérique est constitué de 57 districts de santé, comprenant chacun un hôpital de district et une constellation de centres de santé (CDS) et de postes de santé (PS).

Nombre de FOSA en 2023

Tableau 1 : FOSA du secteur public

Wilaya	CH	CS	PS	Total FOSA	%
Adrar	2	6	30	38	4%
Assaba	1	8	113	122	12%
Brakna	2	12	107	121	12%
Dakhlet Nouadhibou	2	10	9	21	2%
Gorgol	1	7	77	85	8%
GUI	1	7	64	72	7%
HEC	2	12	191	205	20%
HEG	1	9	110	120	12%
Inchiri	1	2	6	9	1%
Nouakchott Nord	1	10	13	24	2%
Nouakchott Ouest	6	7	6	19	2%
Nouakchott Sud	1	9	12	22	2%
Tagant	1	8	34	43	4%
Tiris Zemmour	1	3	4	8	1%
Trarza	2	14	107	123	12%
Total général	26	124	883	1032	100%

Tableau 2 : FOSA du secteur privé

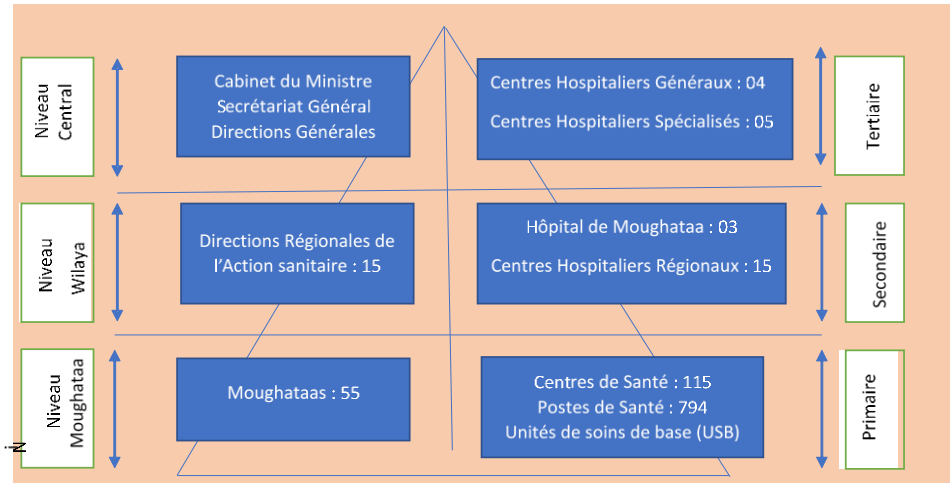
Région	Cliniques	Cabinets médicaux	Cabinets dentaires	Cabinets de soins	Total
HEC	0	3	4	23	30
HEG	0	4	4	7	15

[1] Sur la base des projections de l'Office National de la Statistique (ONS) et du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2031 en Mauritanie.

ASSABA	4	4	5	5	18
GORGOL	0	3	1	2	6
BRAKNA	2	3	1	5	11
TRARZA	1	6	8	5	20
ADRAR	0	2	0	0	2
NDB	2	10	10	5	27
TAGANT	0	0	0	0	0
GUIDIMAGHA	0	1	0	0	1
TIRIS ZEMOUR	1	1	1	3	6
INCHIRI	0	0	0	1	1
NKTT OUEST	20	53	78	15	166
NKTT NORD	3	15	17	16	51
NKTT SUD	14	13	41	28	95
Total	47	118	170	115	449

Sur le plan des ressources humaines, on note un ratio de 1 médecin pour 10 000 habitants (norme OMS : 1 médecin/10 000 hbts), 1 infirmier pour 3157 habitants (norme OMS : 1 infirmier/3000 hbts).
Le financement du secteur de la santé est soutenu par les ménages à hauteur 45% et 31% de la part du Gouvernement.

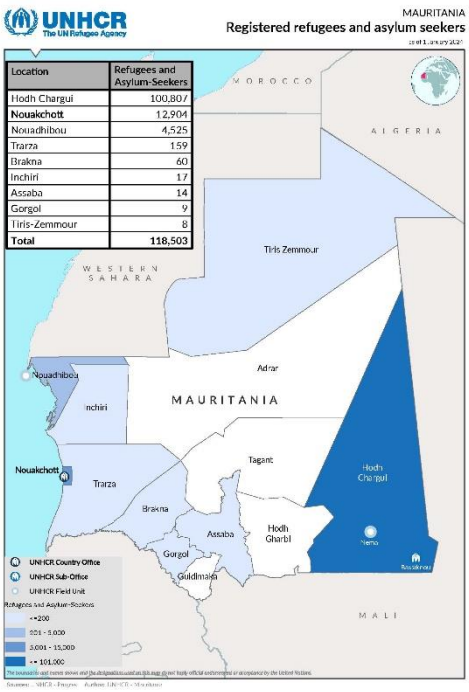
Pyramide administrative de santé et de FOSA publiques



I.3. Données contextuelles sur les réfugiés en Mauritanie

I.3.a. Introduction générale

Carte administrative présentant la situation des réfugiés en Mauritanie



Location	Refugees and Asylum-Seekers
Hodh Chargui	100,807
Nouakchott	12,904
Nouadhibou	4,525
Trarza	159
Brakna	60
Inchiri	17
Assaba	14
Gorgol	9
Tiris-Zemmour	8
Total	**118,503**

Au 31 décembre 2023, la Mauritanie accueillait 118 503 réfugiés sur son territoire, la grande majorité provenant du Mali. 17 696 sont installés dans les zones urbaines de Nouakchott et de Nouadhibou, ainsi que dans certaines zones urbaines du pays.
100,807 réfugiés vivent dans la région du Hodh Chargui, à la frontière avec le Mali, où se situe le camp de Mbera qui accueille 92,375 personnes. Entre 2022 et 2023, le HCR et ses partenaires ont également enregistré plus de 8,432 réfugiés dans les communautés hôtes du Hodh Chargui, 1,313 personnes dans les villages hôtes autour du camp de Mbera, et 7,119 dans la ville de Nema et les départements environnants. La situation sécuritaire au Mali continue de s'éroder. Plusieurs dizaines de milliers de maliens arrivés en 2023 dans les communautés du Hodh Chargui et au camp de Mbera sont en cours ou en attente d'enregistrement.

Le gouvernement mauritanien a toujours maintenu une politique de porte ouverte à ses frontières. Il a ratifié la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, le Protocole de 1957 ainsi que la Convention de l'OUA de 1969 régissant les aspects spécifiques des problèmes des réfugiés en Afrique. En décembre 2019, lors du Forum mondial sur les réfugiés, la Mauritanie s'est par ailleurs engagée à adopter une législation nationale sur l'asile ainsi qu'à garantir l'accès des réfugiés à la documentation, au système national de santé ainsi qu'au marché du travail sous les mêmes conditions que les Mauritaniens.

Afin d'appuyer la réalisation de ces objectifs, la Mauritanie bénéficie de financements du *Sous-guichet régional d'IDA-18 pour l'aide aux réfugiés et aux communautés d'accueil* de la Banque mondiale dans le cadre de quatre projets soutenant le processus d'inclusion des réfugiés dans les dispositifs nationaux : Moudoun (décentralisation et villes intermédiaires productives), PSEA (eau et assainissement), Filets sociaux de sécurité (Tekavoul/ElMaouna) et Inaya (santé)[2].

A ce jour, l'inclusion socio-économique des réfugiés en Mauritanie est préoccupante. Une enquête de ciblage menée par le Registre Social en 2021 dans le camp de Mbera a montré que 53% des ménages réfugiés du camp sont « extrêmement vulnérables » et 43% « modérément vulnérables ». Seul 4% des ménages réfugiés sont considérés comme « moins vulnérables », tandis que le taux d'occupation de la population du camp au cours des sept derniers jours était de seulement 14%. Les réfugiés du camp restent donc fortement dépendants de l'aide humanitaire et bénéficient d'une assistance dans les secteurs essentiels tels que l'eau, la santé, la nutrition, l'éducation et la protection internationale. Les partenaires de développement conduisent également des activités soutenant l'autonomisation socio-économique des réfugiés.
La recherche de solutions durables aux problèmes des réfugiés, notamment à travers leur inclusion dans les systèmes nationaux de protection et le renforcement de leur autonomisation socio-économique, est au cœur du mandat et de la stratégie du HCR en Mauritanie.

[2] *Decentralization and Productive Intermediate Cities, Water and Sanitation, Social Safety Net System II* et *Health System Support.*

Tableau 2 : Répartition des réfugiés et demandeurs d'asile en Mauritanie

Catégorie	Région	Nombre de personnes
Réfugiés camp et hors camp	Hodh Chargui	100,807
Réfugiés urbains	Nouakchott & Nouadhibou	11,757
Demandeurs d'asile	Nouakchott & Nouadhibou	5,939
TOTAL		**118,503**[3]

I.3.b. Processus d'inclusion des réfugiés dans le système national de santé

Le gouvernement de la Mauritanie, à travers le Ministère de la Santé, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, les autres agences onusiennes présentes dans le pays et les Organisations Non-Gouvernementales (ONGs) soutenues par les bailleurs de fonds, ont fourni des efforts louables pour assurer la protection juridique, physique et l'assistance humanitaire aux réfugiés. L'assistance humanitaire en phase d'urgence avait mobilisé les efforts de la communauté internationale pour soutenir la Mauritanie dans sa mission régalienne de protection des réfugiés. C'est dans ce contexte que les opérations de distribution de vivres ainsi que de construction d'abris, d'écoles, de centres et postes de santé, d'infrastructures hydrauliques, etc. ont vu le jour, principalement dans le camp de Mbera. Des infrastructures ont également été réhabilitées au sein des communautés hôtes où vivent des réfugiés en Mauritanie. Le HCR et ses partenaires mettent par ailleurs en œuvre des activités liées à la résilience afin de promouvoir l'autonomisation des populations réfugiées.

Le processus d'inclusion des réfugiés dans le système national de santé a commencé mi-2020 avec le lancement du projet INAYA dans le Hodh Chargui, qui a permis le transfert de quatre FOSA (1 centre de santé, 3 postes de santé) du camp de Mbera au Ministère de la Santé. L'offre de soins du camp a de plus évolué afin de respecter la pyramide sanitaire. Depuis lors, le Ministère de la Santé et ses PTF ont permis le renforcement de la pyramide sanitaire à travers l'approche 'financement basé sur la performance' (PBF), notamment via :

- Le renforcement des plateaux techniques des structures sanitaires en ressources humaines, équipements et matériels médicaux au camp et au centre de santé de Bassikounou ;
- La mise en place d'un CRENI à Bassikounou.

Ce processus est achevé par la transformation du centre de santé de Bassikounou en hôpital de district.

Les défis pour l'accès des populations hôtes et réfugiées aux soins de qualité restent cependant importants. Dans la majorité des cas, les FOSA souffrent notamment d'une insuffisance en ressources humaines. Le recrutement de personnel additionnel est effectué avec l'appui financier du HCR ainsi que des partenaires opérationnels ou de mise en œuvre. Ce personnel est sous la responsabilité des chefs de centres ou des directeurs d'hôpitaux, ce qui permet une organisation rationnelle des services. Les besoins en ressources humaines additionnelles sont estimés à plus de 8 médecins, 49 infirmiers, 18 sage-femmes et des laborantins, etc. Il est donc nécessaire de recruter du personnel additionnel afin de garantir un meilleur accès aux soins aux populations hôtes et réfugiées, tout en contribuant à l'amélioration de la qualité de soins et à la réduction du temps d'attente.

[3] https://data.unhcr.org/en/documents/details/106382

II. FEUILLE DE ROUTE POUR L'INCLUSION DES RÉFUGIÉS

II.1. Vision et justification

La vision de cette feuille de route est de poursuivre l'intégration de la prise en charge sanitaire des réfugiés dans le système national de santé afin de permettre aux communautés réfugiées et hôtes d'avoir accès à des services de santé renforcés et de qualité.

II.2. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé ainsi qu'à la diminution de la morbidité et de la mortalité au sein des populations réfugiées et hôtes dans les zones d'accueil à travers un accès équitable aux services nationaux de soins de santé primaires de qualité, et d'un système de référence aux soins secondaires avec leur participation.

II.3. Objectifs spécifiques

- Renforcer les capacités des formations sanitaires dans les zones d'accueil des réfugiés en infrastructures, matériels, équipements et ressources humaines ;
- Renforcer le circuit d'approvisionnement en médicaments essentiels des structures sanitaires dans les zones d'accueil des réfugiés ;
- Effectuer un plaidoyer auprès des bailleurs de fonds pour la recherche active de financements afin de soutenir le système de santé dans les zones concernées ;
- Introduire progressivement la participation financière des réfugiés au système de recouvrement des coûts des formations sanitaires ;
- Faciliter l'accès des réfugiés aux soins de santé dans les formations sanitaires au même titre que la population hôte ;
- Intégrer progressivement les réfugiés dans le système national d'assurance maladie et de couverture sanitaire universelle au même titre que la population hôte ;
- Améliorer le système de référence et contre-référence dans les zones d'accueil ;
- Renforcer les capacités des organisations nationales impliquées dans l'assistance sanitaire des réfugiés.

II.4. Résultats attendus

- Les capacités de formations sanitaires spécifiques situées dans les zones d'accueil des réfugiés en infrastructures, matériels, équipements et ressources humaines sont renforcées ;
- Le circuit d'approvisionnement en médicaments essentiels des structures sanitaires prenant en charge les réfugiés est renforcé ;
- Le plaidoyer auprès des bailleurs de fonds pour la recherche active de financements afin de soutenir le système de santé dans les zones concernées est effectif ;
- La participation financière des réfugiés au système de recouvrement des coûts des formations sanitaires est introduite de manière progressive ;
- Les réfugiés ont accès aux soins de santé dans les formations sanitaires au même titre que la population hôte ;
- Les services gratuits fournis à la population hôte le sont aussi pour les réfugiés ;
- Les réfugiés sont intégrés dans le système national d'assurance maladie et de couverture sanitaire universelle ;
- Le système de référence et contre-référence dans les régions d'accueil est renforcé.

II.5. Principes directeurs

Pour atteindre cet objectif, la feuille de route pour l'inclusion s'appuiera sur les principes directeurs suivants :

- **L'Appropriation par le Ministère de la Santé** : La feuille de route est mise en œuvre par le Ministère de la Santé en concordance avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le Ministère de la Santé finance autant que possible les activités de soin des populations réfugiées, conformément à la politique nationale de santé.
- **Le Partenariat :** Les partenariats avec les agences du système des Nations Unies, la Banque Mondiale et d'autres organisations humanitaires et de développement actives dans le secteur de la santé (AFD, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, GIZ, etc.) sont renforcés et diversifiés afin de soutenir la mise en œuvre de la feuille de route, qui est directement mise en œuvre par le Ministère de la Santé et le HCR en coordination avec les autres membres du GTSR. La feuille de route servira de base pour la programmation et la planification du Ministère de la Santé, du HCR et des autres acteurs pertinents au cours des trois prochaines années.
- **La Participation communautaire** : La durabilité de l'accès aux services de santé est assurée à travers le renforcement des capacités économiques des réfugiés. La mise en œuvre des approches visant à la création des moyens de subsistance et d'autonomisation des réfugiés est indispensable afin que ces derniers contribuent au financement dans un système de recouvrement des coûts. Ceci permettra aux réfugiés de prendre davantage de responsabilités dans la gestion de leur propre santé.
- **La Mobilisation des ressources :** Les partenaires, notamment le HCR et la Banque mondiale (BM) à travers le projet Inaya, apportent l'appui technique, opérationnel et financier nécessaire tout au long du processus d'intégration. Le Ministère de la Santé compte sur le soutien des bailleurs de fonds, des agences du Système des Nations Unies et de tous les autres partenaires (organismes de développement, ONGs internationales et nationales). Ce soutien permettra au Ministère de mobiliser les ressources nécessaires pour le renforcement du système de santé et la coordination des activités en faveur des populations hôtes et réfugiées.

Le HCR travaillera en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé aux niveaux national, régional et du district ainsi qu'avec les partenaires et les bailleurs de fonds à travers des mécanismes de consultation et de coordination.

II.6. Axes stratégiques

Afin de faciliter le processus d'intégration de la prise en charge des réfugiés dans le système national de santé, ce plan stratégique s'articulera autour des axes suivants :

Axe stratégique N°1 : Promotion de la santé

- Redynamiser les comités de santé avec la participation des réfugiés, conformément à la politique nationale ;
- Poursuivre cette redynamisation et l'étendre à toutes les formations sanitaires ;
- Impliquer les comités de santé dans la gestion des FOSA ainsi que dans le suivi de la santé des populations.

Axe stratégique N°2 : Prévention de la maladie

- Garantir un travail collaboratif entre le HCR, les autres agences du SNU, le Ministère de la Santé/Inaya et les autres partenaires dans le cadre de la surveillance épidémiologique et de la prévention des maladies évitables par la vaccination.

Axe stratégique N°3 : Accès et prise en charge

- Intégrer les réfugiés dans la Caisse Nationale de Solidarité en Santé (CNASS), ce qui leur permettra de bénéficier d'un accès aux soins de qualité à moindre coût à travers une assurance santé ;

- Renforcer les structures communautaires (redynamisation des comités de santé), ce qui permettra d'identifier les indigents afin qu'ils aient gratuitement accès aux soins de santé primaires ;
- Inclure les réfugiés dans les dispositifs de gratuité (évacuation et prise en charge d'urgence, oncologie, forfait obstétrical, etc.) et garantir leur accès effectif aux soins (paludisme, VIH, TB, PEV, etc.) ainsi qu'un approvisionnement en médicaments et intrants adapté à leurs besoins ;
- Intégrer la prise en charge sanitaire des réfugiés dans les quatre formations sanitaires du camp de Mbera et dans les autres formations sanitaires des zones d'accueil des réfugiés en Mauritanie.

Axe stratégique N°4 : Renforcement du système de santé

- Renforcer les capacités des formations sanitaires en infrastructures et en plateaux techniques ;
- Améliorer le système de référence vers les structures de prise en charge secondaires et spécialisées ;
- Achever la transformation du centre de santé de Bassikounou en centre hospitalier sur le plan plateau technique et capacité ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge dans la zone de Bassikounou, à Nema et au camp de Mbera par la mise en place de la télémédecine avec l'appui de la GIZ ;
- Améliorer l'offre de soins dans les zones d'accueil des réfugiés ;
- Renforcer le système d'approvisionnement en médicaments, en particulier par la construction de l'antenne de la CAMEC à Bassikounou ;
- Garantir la supervision des structures sanitaires du camp de Mbera par l'Equipe Cadre de District, la région et le niveau national.

Axe stratégique N°5 : Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé

- Mise en place des groupes GTSR aux niveaux régionaux et de district comme cela est le cas au niveau central sous la supervision du Ministère de la Santé avec l'appui de HCR. Au niveau régional, la supervision sera assurée par le Délégué régional de santé avec l'appui du HCR et la participation des agences des Nations Unies et des partenaires pertinents dans le secteur de la santé ;
- Mise en place d'une stratégie d'information, discussion et sensibilisation des bénéficiaires (réfugiés et populations hôtes) sur l'intégration dans le système national de santé et ses implications ;
- Rechercher de façon active des financements afin de soutenir le système de santé dans les régions concernées ;
- Identifier (Ministère de la Santé - HCR) les organisations nationales intervenant dans le domaine de la santé en rapport avec les réfugiés et procéder au renforcement de leurs capacités.

Axe stratégique N°6 : Recouvrement progressif

- Amener progressivement les réfugiés du camp de Mbera à participer financièrement à leur prise en charge en tenant compte de leur niveau d'autonomisation et de vulnérabilité (participation envisagée des catégories 2 et 3, la catégorie 1 étant considérée comme indigente). Cette participation sera étalée sur une période de 4 ans selon les prévisions suivantes : 25% en 2024, 50% en 2025, 75% en 2026 et 100% en 2027. Les indigents et les personnes à besoins spécifiques ne seront pas concernés par ces dispositifs ;
- Analyse progressive des capacités de la participation des réfugiés de Nouakchott et Nouadhibou dans le système de recouvrement en fonction des données du Registre Social et de leur intégration dans la CNASS ;
  Le recouvrement progressif concernera les carnets de consultation, les consultations, les actes, les examens de laboratoire, les produits/matériels renouvelables, les certificats médicaux, les médicaments, etc. ;
- Améliorer les moyens de subsistance des réfugiés afin de les rendre autonomes.

III. CADRE LOGIQUE

OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS/COMMENTAIRES
Contribuer à l'amélioration de l'état de santé ainsi qu'à la diminution de la morbidité et de la mortalité au sein des populations réfugiées et hôtes dans les zones d'accueil à travers un accès équitable aux services nationaux de soins de santé primaires de qualité, et d'un système de référence et contre -référence aux soins secondaires et tertiaires avec leur participation.	- Taux de fréquentation : taux d'occupation de lits Hop/Tx d'utilisation de services CS - Taux brut de mortalité inférieur à 24h et supérieur à 24h - Taux de mortalité infantile - Taux brut de mortalité des enfants de moins de 5 ans	- Rapports mensuels du Système national d'Information Sanitaire (SNIS) /DHIS - Enquêtes	Le MINSANTE et les partenaires d'appui mobilisent tous les moyens disponibles pour assurer une intégration effective des réfugiés dans le système national de santé.
BUT	**INDICATEURS VERIFIABLES**	**SOURCES DE VERIFICATION**	**OBSERVATIONS/COMMENTAIRES**
Promouvoir, protéger et améliorer le bien-être des réfugiés par des interventions efficaces, durables et économiques dans le domaine de la santé publique, la santé de la reproduction, la vaccination, la santé mentale et le soutien psycho-social, les maladies transmissibles (VIH/SIDA,TB, paludisme) et la nutrition permettant à la population réfugiée et hôte d'avoir un accès équitable aux services de soins de santé primaires de qualité et d'un système de référence et contre-référence aux soins secondaires et tertiaires.	- Taux d'utilisation des services de santé par les réfugiés (Proportion de la population des réfugiés qui consulte >1 fois par an) - % Proportion des femmes qui ont bénéficié d'un accouchement assisté par un agent qualifié - Taux de prévalence de la malnutrition aigüe globale	- SNIS - Compte rendu des réunions des Comités de Suivi - Rapports narratifs périodiques des partenaires - Enquêtes nutritionnelles (SENS et SMART)	Le MINSANTE et les partenaires d'appui mobilisent tous les moyens disponibles pour assurer une intégration effective des réfugiés dans le système national de santé.

OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS/COMMENTAIRES
	- Taux de couverture vaccinale en différents antigènes (BCG, Penta 3, RR, etc.) - Proportion des patients sous ARV - Taux de guérison TB - Proportion de personnes souffrant d'un trouble mental sévère (psychose, trouble affectif bipolaire, dépression modérée à sévère) et utilisant les services		

RESULTATS	INDICATEURS	MOYEN DE VERIFICATION	OBSERVATIONS/COMMENTAIRES
1. L'implication, le support et la supervision du MINSANTE sont conformes au Plan National de développement Sanitaire (PNDS) dans les zones d'accueil des réfugiés et des populations hôtes.	- Nb de réunions du Comité de Suivi présidées par le MINSANTE aux niveaux national (à fréquence semestrielle), régional (fréquence trimestrielle) et de district (fréquence mensuelle) - Nb de missions de supervision intégrées et conjointes réalisées par niveaux (central, régional et district) - % des FOSA ayant un staff qualifié assigné par le MINSANTE au	- Comptes rendus des réunions des Comités de Suivi avec liste de présence émargées - Rapports narratifs périodiques des partenaires - Rapport des missions de supervision conjointes du MINSANTE	Le MINSANTE et les partenaires d'appui mobilisent tous les moyens disponibles pour assurer une intégration effective des réfugiés dans le système national de santé.

	cours de la première année d'intégration		
2. L'accompagnement technique, opérationnel et financier du processus d'intégration par les partenaires est maintenu.	- % des FOSA ayant bénéficié d'un appui technique et financier	- Rapports d'activités et d'audit	Le MINSANTE et les partenaires mobilisent tous les moyens disponibles pour assurer le suivi et l'évaluation de cette activité.
3. La durabilité des services de santé au camp de Mbera est assurée à travers la mise en place d'un système de financement (recouvrement des coûts) avec la contribution et l'implication des bénéficiaires.	- % des FOSA qui fonctionnent grâce au système de financement mis en place (recouvrement des coûts)	- Comptes rendus avec liste de présence émargées des réunions des COGES et COSA et Conseil d'administration - Rapports des évaluations	
4. Le partenariat avec les agences des Nations Unies et les organisations de développement dans le secteur de la santé est renforcé, en appui au processus d'intégration.	- % des rapports des rencontres tenues avec les partenaires	- Comptes rendus avec liste de présence émargées des réunions de coordination aux niveaux du district, régional et national	Le MINSANTE et les partenaires mobilisent tous les moyens disponibles pour assurer le suivi et l'évaluation de cette activité.

ACTIVITÉS	INPUTS	COÛTS	INDICATEURS DE PERFOMANCE
I. Appropriation du MINSANTE 1.1. Plaidoyer auprès du **MINSANTE** (pour une affectation des ressources humaines qualifiées aux FOSA en fonction des gaps identifiés par niveau).	- Plan de plaidoyer (FDR) disponible - Plan de supervision et suivi disponible - Matériel disponible (véhicule) et carburant pour les missions de		-% de réunions du Comité de Suivi présidées par le MINSANTE par niveau : national (fréquence semestrielle), régional, (fréquence trimestrielle) et

ACTIVITÉS	INPUTS	COÛTS	INDICATEURS DE PERFOMANCE
1.2. Le **MINSANTE** accompagne activement le GTSR aux niveaux central, régional et du district. 1.3. L**'état Mauritanien** assigne et assure la prise en charge de personnel qualifié dans chaque FOSA. 1.4. Le **MINSANTE** aménage une antenne de la CAMEC et des bureaux pour l'équipe cadre au niveau du district de Bassikounou. 1.5. Le **MINSANTE** approvisionne régulièrement les FOSA en médicaments d'urgence, médicaments essentiels et en médicaments pour les programmes gratuits (HIV&SIDA, paludisme, tuberculose, PEV, nutrition), en réactifs de laboratoire pour les examens de routine et la banque de sang (centrifugeuse pour l'extraction des produits sanguins). 1.6. Le **MINSANTE** fait des visites régulières de supervision intégrées et conjointes. 1.7 Le **MINSANTE** mobilise les partenaires techniques et financiers pour redynamiser la santé mentale à tous les niveaux. 1.8 Le **MINSANTE** met en place un système informatisé de gestion opérationnelle et financière des FOSA. 1.9 Le **MINSANTE** actualise régulièrement les protocoles et directives en matière de santé mentale, MNT. 1.9. Le **MINSANTE** veille à une gestion transparente et correcte des ressources générées par le système financier mis en place.	supervision intégrées et conjointes - Locaux disponibles (magasin d'entreposage, bureaux) - Connexion internet et matériel de visioconférence disponibles - Personnel qualifié disponible - Disponibilité des médicaments, réactifs et intrants de laboratoire - Disponibilité et bonne gestion des médicaments d'urgence - Disponibilité logistique et bonne gestion des stocks d'intrants pour les programmes nationaux - SOP et directives actualisées disponibles - Système de gestion informatique disponible - Centrifugeuse pour l'extraction des produits sanguins disponible		de district (fréquence mensuelle) -% des FOSA n'ayant pas connu de ruptures de stock en items critiques -% FOSA avec le ratio requis en professionnels de santé -% des missions intégrées et conjointes -Nb de prestataires formés dans la prise en charge de la santé mentale -Nb de médecins psychiatres par région -Nb de SOP actualisés

ACTIVITÉS	INPUTS	COÛTS	INDICATEURS DE PERFOMANCE
II. L'accompagnement technique, opérationnel et financier est amélioré par les partenaires d'appui durant le processus d'intégration 2.1. Appui continu à la mobilisation des ressources (financières, matérielles, expertise technique, etc.). 2.2 Appui opérationnel de la prise en charge du personnel qualifié et des médicaments par les partenaires durant le processus d'intégration. 2.3. Appui à la coordination du **MINSANTE** à tous les niveaux (central, régional et du district). 2.4. Appui au renforcement du système de santé au niveau de la région d'accueil.	- MINSANTE et partenaires		-% FOSA réhabilités et dotés en équipements (région) -% personnels formés -% d'évaluation de qualité des soins réalisées au cours d'une année -Taux de fréquentation et d'utilisation des structures appuyées

ACTIVITÉS	INPUTS	COÛTS	INDICATEURS DE PERFOMANCE
III. La durabilité des services de santé est assurée par le système de financement à travers le recouvrement des coûts par les bénéficiaires (réfugiés et communautés hôtes). 3.1. Actualisation du ciblage des populations réfugiées pour l'identification des catégories socio-économiques. 3.2. Stratégie de sensibilisation et d'information de la population réfugiée sur le besoin de participation à la gestion et à la contribution financière pour assurer la durabilité des services de santé. 3.3. Mise en place du système de recouvrement des coûts pour la population bénéficiaire (réfugiée). 3.4. Mise en place d'un système informatisé de recouvrement de fonds.	- Enquêtes du Registre social - Plan de communication et sensibilisation - Personnel disponible - Plan de plaidoyer (fiche technique, notes) - Système Informatisé - Ordinateurs, modems internet		-Volume des recettes mobilisées par le système de recouvrement -Nb de business plan réalisés grâce aux recettes mobilisées -Nb de séances de sensibilisation organisées auprès des populations -Système informatique de recouvrement de fonds fonctionnel
IV. Partenariat Le partenariat entre le **MINSANTE** et les partenaires est solide et renforcé durant le processus d'intégration. 4.1. Renforcement des cadres de concertations inclusifs et multiples. 4.2. Sensibilisation et mobilisation des parties prenantes.	- Ateliers - Documents		Nb de réunions GTSR tenues aux niveaux national, régional et du district

IV. STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE

IV.1. Responsabilités du Gouvernement dans le processus d'intégration

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs de la présente feuille de route d'inclusion des réfugiés dans le système de santé en Mauritanie. Il valide, adopte et assure sa mise en œuvre *via* le Ministère de la Santé. Il donne les orientations générales pour la mise en œuvre et doit mobiliser les financements internes et externes annuels nécessaires à la mise en œuvre de ce plan stratégique.

Le Ministère de la Santé assure la gestion des ressources mises à sa disposition pour l'atteinte des objectifs du Plan Stratégique d'Intégration des Réfugiés dans le Système de Santé en Mauritanie en liaison avec le Ministère des Affaires Etrangères, de Coopération et des Mauritaniens de l'Extérieur, le Ministère des Finances, le Ministère des Affaires Economiques et de la Promotion des Secteurs Productifs, le Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille et les autres ministères partenaires, les bureaux locaux des agences d'aide au développement et les autres parties prenantes. Le Ministère de la Santé, dans son rôle de régulateur et de leader dans le secteur, coordonne toutes les interventions de ce plan stratégique.

Le Ministre de la Santé tiendra le Gouvernement informé de l'évolution de la mise en œuvre de la feuille de route à travers le Rapport Annuel de Performance du Comité de Pilotage.

IV.2. Responsabilités du HCR dans le contexte du processus d'intégration

Le HCR s'engage à contribuer à l'atteinte des objectifs de la feuille de route en menant les actions suivantes :

- Participer activement aux Comités de Suivi aux niveaux national, régional et du district ;
- Soutenir la stratégie de sensibilisation et de communication communautaire ;
- Compléter les moyens humains, financiers et matériels nécessaires afin d'assurer les services de santé au bénéfice des populations cibles (réfugiées et hôtes) en fonction des ressources disponibles ;
- Ajuster ses apports en maintenant un appui complémentaire à celui fourni par le Ministère de la Santé pour assurer la prise en charge des populations les plus vulnérables et à besoins spécifiques ;
- Faire un plaidoyer auprès des agences des Nations Unies et d'autres acteurs de développement aux niveaux national, régional et du district pour leur participation et collaboration dans leurs secteurs respectifs ;
- Appuyer le Ministère de la Santé dans la mobilisation des ressources financières et la recherche de fonds ;
- Promouvoir à l'international les efforts et progrès d'inclusion des réfugiés dans le système national de santé en Mauritanie.

IV.3. Stratégie pour un recouvrement progressif des coûts

- Le recouvrement progressif concernera les carnets de consultation, les consultations, les actes, les examens de laboratoires, les produits/matériels renouvelables, les certificats médicaux, les médicaments, etc.
- La même stratégie sera appliquée de manière progressive à tous les réfugiés des catégories 2 et 3 suivant le contexte, la capacité économique et la date d'arrivée.
- Les réfugiés seront membres des structures communautaires qui détermineront les tarifs.

Le HCR travaille avec le Ministère de la Santé et les partenaires de développement pour faire progresser les paquets minimum et complémentaires d'activités ainsi que les soins complémentaires. Le HCR finance dans un premier temps la plupart des paquets pour les catégories 2 et 3 (en prônant l'accès aux

programmes nationaux déjà en place (PEV, Palu, VIH, TB, forfait obstétrical, hémodialyse, etc.), puis le Ministère de la Santé et les partenaires prennent progressivement le relais. A l'issue d'un processus graduel, l'objectif est que les réfugiés participent également au recouvrement des coûts de leur prise en charge.
Le HCR assurera à cet effet la référence médicale des urgences vitales des réfugiés au camp de Mbera durant deux années, puis les réfugiés commenceront à contribuer à partir de la 3ème année. Les réfugiés localisés dans les villages hôtes continueront à prendre intégralement leurs soins en charge. Si les PMA, PCA et soins complémentaires sont rendus disponibles et financés par les partenaires de développement, les réfugiés pourront en bénéficier. Dans le cas contraire, les réfugiés devront prendre en charge ces soins par leurs propres moyens.

V. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation, un mécanisme de coordination et de suivi du niveau de mise en œuvre des activités d'intégration sera fait par le Ministère de la Santé et le HCR. Ce cadre sera composé des représentants du Ministère de la Santé et des ministères impliqués, du HCR et des autres agences des Nations Unies ainsi que des partenaires de développement concernés.

Un plan de suivi des activités d'intégration comportant des indicateurs spécifiques sera élaboré et comportera notamment les volets suivants :

- Mener des missions de supervision conjointes (Ministère de la Santé/HCR/partenaires) et de suivi des activités menées sur le terrain par les acteurs de santé ;
- Organiser des réunions des groupes de discussion avec les populations réfugiées et hôtes ;
- Organiser des réunions bilatérales régulières avec les partenaires d'exécution et opérationnels ;
- Réaliser une évaluation semestrielle pour faire le point sur les leçons apprises et effectuer les ajustements nécessaires.

(Voir annexe 4)

VI. PARTENARIAT ET COORDINATION

Le rôle de l'Etat (Ministère de la santé) reste central dans le processus d'intégration de la prise en charge médicale des réfugiés dans le système national de santé. Dans cette optique, ce rôle doit être réaffirmé vis-à-vis de toutes les populations sous sa responsabilité. Cela passe notamment par la prise en compte des réfugiés dans les planifications nationales et locales.

Dans le même sens, la collaboration entre les agences spécialisées des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, PAM, HCR, PNUD, etc.) est essentielle, notamment pour accroitre l'intérêt des donateurs et maximiser l'efficacité des actions.

Le HCR poursuivra ses actions en partenariat et en collaboration avec un large éventail d'acteurs gouvernementaux, les agences des Nations Unies, les ONG internationales et nationales. Le HCR renforcera également sa coopération avec des partenaires spécialisés dans le domaine de la couverture de santé universelle (CSU).

Les plateformes et les mécanismes de coordination déjà en place seront utilisés.

VII. ANALYSE DES RISQUES

	RISQUE	DESCRIPTION	MESURES D'ATTENUATION	Responsables et date butoir
		INTERNES		
1.1	**Insuffisance quantitative et qualitative du personnel qualifié dans les FOSA.**	-Le personnel qualifié est insuffisant au sein des hôpitaux de référence, ce qui met en danger la qualité des soins ainsi que le système de référence au niveau secondaire. -Le personnel qualifié est insuffisant au sein des postes et centres de santé pour mener à terme des services de qualité.	-Le MINSANTE assurera la présence effective du personnel. -Plaidoyer pour l'appui des bailleurs et agences de développement. -Recruter et affecter le personnel qualifié en nombre suffisant par le HCR et MSP. -Assurer le paiement régulier de leurs primes de prestation.	MINSANTE et partenaires T1 2024 Continue
1.2	**Insuffisance de supervision et d'appui logistiques des délégations et districts concernés.**	-Les visites de supervision sont irrégulières et ne permettent pas d'encourager le personnel de santé ainsi que d'améliorer les services de santé.	-Appui financier pour renforcer le système de supervision formatif par le MINSANTE. -Assurer la disponibilité des moyens logistiques. -Elaborer un calendrier de supervision.	Régulateurs locaux du MINSANTE T4 2023
1.3	**Retard et/ou insuffisances dans la distribution des médicaments pour assurer la gratuité (paludisme et autres intrants) des soins pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans, ainsi que pour les urgences.**	L'approvisionnement des médicaments pour la prise en charge du paludisme et les soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans n'est pas régulier, ni en quantité suffisante pour couvrir les besoins de la population (autochtone et réfugiée), ce qui crée des ruptures de stock et donc la remise en question de la qualité des services de santé pour les urgences et pour les populations.	-Les partenaires offriront leur appui au MINSANTE pour améliorer les estimations des besoins ainsi que pour le transport des intrants aux centres de santé concernés. -Trouver les mécanismes pour faciliter l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments issus des programmes.	MINSANTE et partenaires T4 2023
1.4	**Faible fréquentation des services de santé.**	La population concernée n'a pas recours aux services de santé des formations sanitaires quand ils en ont besoin.	-Investigation des raisons de la faible fréquentation par le MINSANTE et les partenaires pour adresser les facteurs déterminants et apporter des solutions idoines. -Renforcement des services sociaux pour les indigents. -Sensibilisation des bénéficiaires sur l'importance de l'utilisation des services de santé	MINSANTE et partenaires T2 2024 Continue
1.5	**Appui insuffisant des donateurs et autres acteurs de la santé.**	L'appui est insuffisant pour assurer des services de qualité couvrant les besoins des populations concernées.	-Renforcement du plaidoyer mené de façon concertée par le MINSANTE et les agences des Nations Unies	MINSANTE et agences UN Continue

	RISQUE	DESCRIPTION	MESURES D'ATTENUATION	Responsables et date butoir
1.6	**Mauvaise compréhension de la stratégie d'inclusion par les communautés.**	Les communautés concernées refusent de collaborer à la mise en œuvre de la feuille de route d'inclusion des réfugiés par manque de compréhension.	-Une stratégie d'information et communication devra être mise en place par le MINSANTE et les partenaires. -Impliquer les deux communautés dans le processus d'inclusion.	MINSANTE et partenaires Continue
1.7	**Dépassement de la capacité d'accueil.**	L'intégration des populations réfugiées parmi la population autochtone dans les villages aura comme conséquence une augmentation de la population cible dans les programmes de santé.	-Réévaluation de la capacité d'accueil de chaque formation sanitaire. -Construire des nouvelles et/ou réhabiliter les structures existantes.	MINSANTE et partenaires Continue
1.8	**Non-respect des engagements des parties prenantes.**	L'intégration a besoin d'une bonne collaboration et d'un appui mutuel entre le MSP, le HCR et les autres partenaires.	-Mise en place de comités de suivi des engagements des parties prenantes.	MINSANTE et partenaires T4 2023
1.9	**Mauvaise gestion financière ou détournement des fonds du système de recouvrement des coûts.**	Une mauvaise gestion des fonds générés par le système de recouvrement des coûts entrainera une diminution de la confiance des bénéficiaires et de la durabilité des services.	-Renforcer la capacité du staff/ COGES sur la gestion financière. -Mise en place de mesures de contrôle et sanctions.	MINSANTE et partenaires Continue
1.10	**Manque de logement du personnel de santé.**	La motivation du personnel assigné aux postes de santé diminue car elle était en partie liée au logement.	-Construire des logements du personnel.	MINSANTE et partenaires Continue
1.11	**Les recettes du système de recouvrement des coûts ne suffisent pas à couvrir les besoins des formations sanitaires.**	La participation financière des réfugiés au fonctionnement des FOSA est mise en place de façon progressive en fonction de leurs capacités socio-économiques.	-Actualiser la classification socio-économique des ménages. -Revoir la contribution des bénéficiaires.	MINSANTE et partenaires Continue
1.12	**La population réfugiée refuse le système de recouvrement des coûts.**	L'intégration et le bon fonctionnement demande une acceptation des populations bénéficiaires.	-Le MINSANTE publie un arrêté qui oblige la mise en place du système de recouvrement des coûts pour toute la population réfugiée ne répondant pas aux critères d'indigence définis par le Registre social. -Renforcement de la communication, sensibilisation et information envers les populations concernées.	MINSANTE et partenaires Continue
		EXTERNES		
2.1	**Un afflux important de nouveaux réfugiés s'installe dans les camps de Mbera.**	L'arrivée d'un afflux de nouveaux réfugiés met en danger le système de fonctionnement des formations sanitaires intégrées.	Un plan de contingence est prévu pour préparer les ressources nécessaires afin d'assurer le maintien des services de santé de qualité.	MINSANTE, HCR et partenaires

	RISQUE	DESCRIPTION	MESURES D'ATTENUATION	Responsables et date butoir
	avec des structures de santé intégrées.			
2.2	**Les agences des NU n'arrivent pas à mobiliser des ressources pour compléter les efforts du MINSANTE et du HCR afin de couvrir les besoins de la population cible (hôte et réfugiée).**	Le manque de mobilisation de ressources financières additionnelles met en danger le processus d'inclusion et a des conséquences négatives sur l'état de santé de la population.	-Renforcement du plaidoyer. -Elaboration de plans de mobilisation des ressources. -Appropriation budgétaire (budget national) accrue de la Mauritanie.	MINSANTE, HCR et partenaires

VIII. ANNEXES

VIII.1 Annexe 1 : Liste indicative des activités clés

Tableau 3 : Résumé des activités

10 volets principaux d'intervention		
	Activités	**Explication**
1. Leadership HCR	Se renseigner	Être au courant de toute la planification étatique et de celle faite par les bailleurs concernant les zones de convergence.
	Planification & coordination	*Aux niveaux national, régional et du district avec le MINSANTE, INAYA, les bailleurs, UNDAF, le SNU et les agences.* Consolider le GTSR avec la planification étatique pour les zones de convergence. Rationaliser l'effectif des partenaires.
	Plaidoyer	Renforcement des FOSA dans les zones de convergence en ressources humaines, équipements et infrastructures par le MINSANTE avec l'appui des partenaires. Renforcer le financement du PMA et PCA.
2.Infrastructures – construction, réhabilitation, équipement	Cartographie et construction/réhabilitation	Faire une cartographie détaillée des interventions planifiées dans chaque district afin d'éviter les doublons et de combler les lacunes. Identifier les FOSA à construire et réhabiliter dans les zones de convergence.
	PMA, PCA	Le MINSANTE, les délégations, les bailleurs, les agences et hôpitaux privés renforcent les paquets minimum et complémentaires d'activités pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes.
	Soins complémentaires	Le MINSANTE, les délégations, les bailleurs, les agences et hôpitaux privés renforcent les services complémentaires : soins ophtalmologiques, soins buccodentaires, prise en charge des maladies chroniques, santé mentale, chirurgie et urgences. Introduire des paquets minimums d'activités pour la prise en charge des maladies mentales et des maladies chroniques.

3. Personnel	Sage femmes, infirmiers, médecins, laborantins et pharmaciens assistants	Renforcer les FOSA en ressources humaines étatiques qualifiées – MINSANTE, INAYA, délégations, Ministère de la Fonction Publique.
4. Financement des soins	Tarification	Plaidoyer pour une prise en charge gratuite des enfants de moins de 5 ans et des femmes.
	Soutien des personnes à besoins spécifiques/ indigents	Actualisation du ciblage des populations réfugiées pour l'identification des catégories socio-économiques.
	Moyens de subsistance	Renforcement des AGRs, formation, fonds de démarrage, études supérieures.
5. Médicaments	Prescription rationnelle	Formation aux districts et suivi - Réduire les dépenses en médicaments du HCR et des réfugiés.
	Gestion de la chaine d'approvisionnement	Formation, outils de gestion, suivi (Discussion en cours avec l'OMS pour le renforcement des capacités en gestion et suivi des stocks et de consommation).
	Stock en médicaments	Soutenir la gestion de médicaments (la chaine d'approvisionnement) pour éviter les ruptures. Assurer que tous les médicaments pour les paquets minimum et complémentaires sont disponibles. Renforcer le modèle d'approvisionnement en intrants et médicaments pour les programmes de gratuité.
6. Référence médicale	Système de référence & contre-référence	Élaborer un système robuste de référence du district.
	Transport	Transfert des intrants (ambulances, carburant) en assurant la gestion par les districts. Elaborer des SOP claires pour éviter tout débordement.
	Soins & suivi	Soins en hôpital, soins exceptionnels.
7. Renforcement des capacités étatiques	Gestion aux niveaux du district et de la région	Formation et soutien, renforcement de capacités.
	Supervision réalisée par le district	Supervision conjointe des partenaires et du MINSANTE.

	Gestion des HD et CSI	Formation et soutien.
	Fonction des COGE - COSA	Formation et soutien.
	Groupe de femmes	Formation et soutien.
8.Augmentation du recours à et promotion de la santé	Promotion de la santé	Formation et suivi des agents de santé.
	Mobiliser la demande	Incitations aux mamans - maternité sans risque. Groupe de femmes.
9.Information sanitaire	Données médicales et nutritionnelles	Renforcer le iRHIS au camp de Mbera et transfert au SNIS.
	Enquête SENS, enquête accès aux soins	Enquêtes ponctuelles pour vérifier l'état nutritionnel et pour assurer que l'accès aux soins soit maintenu.
	Transfert au SNIS national	Renforcer le SNIS dans les districts et formations sanitaires avec l'appui des partenaires/ bailleurs.
10.Contingence - nouveaux réfugiés	Absorption des soins de santé des nouveaux réfugiés	Assurer que le système soutenu par les partenaires actuels (IP du HCR) a la capacité à répondre aux nouvelles arrivées sans recours à l'assistance des partenaires supplémentaires du HCR (IPs).
	Mobilisation de nouvelles ressources	En cas de nouvelles arrivées importantes.
	Contingence épidémie	Renforcer la capacité des districts et des délégations à surveiller les risques d'épidémie, à se préparer et à répondre (OMS).

VIII.2 Annexe 2 : Budget indicatif

Principaux volets d'intervention	Activités	Budget global en MRU	Budget global USD	Budget quinquennal désagrégé par année				
			2024-2028	2024	2025	2026	2027	2028
Infrastructures et équipements								
	Construction & réhabilitation	115 800 000	3 047 368	2 437 895	304 737	304 737		
	Equipement	17 000 000	447 368	223 684	223 684			
	Sous total	**132 800 000**	**3 494 737**	**2 661 579**	**528 421**	**304 737**	**-**	**-**
Achat stratégique (PBF et assurances)								
	FOSA et niveau communautaire	78 000 000	2 052 632	410 526	410 526	410 526	410 526	410 526
	Sous total	**78 000 000**	**2 052 632**	**410 526**	**410 526**	**410 526**	**410 526**	**410 526**
Formation et mobilisation de RH								
	Mobilisation du Personnel soignant en cas de crise	1 200 000	31 579	6 316	6 316	6 316	6 316	6 316
	Formation/ capacitation	4 338 075	114 160	22 832	22 832	22 832	22 832	22 832
	Sous total	**5 538 075**	**145 739**	**29 148**	**29 148**	**29 148**	**29 148**	**29 148**
Surveillance				**-**				
	Suivi de routine	10 000 000	263 158	52 632	52 632	52 632	52 632	52 632
	Actions de riposte /événements	9 000 000	236 842					
	Sous total	**19 000 000**	**500 000**	**52 632**	**52 632**	**52 632**	**52 632**	**52 632**
5. Référence médicale								
	Transport (Ambulances, frais de transport des référés , etc.)	5 334 560	140 383	28 077	28 077	28 077	28 077	28 077
	Soins (Prise en charge des cas spéciaux cardio, cancer, etc.)	24 248 000	638 105	127 621	127 621	127 621	127 621	127 621

	Subsistance des cas référés	2 424 800	63 811	12 762	12 762	12 762	12 762	12 762
	Sous total	**32 007 360**	**842 299**	**168 460**	**168 460**	**168 460**	**168 460**	**168 460**
6. Renforcement des aspects managérial du système de santé régional								
	Soutenir la gestion et supervision aux niveaux du district et de la région y compris la mobilisation communautaire	3 671 980	96 631	19 326	19 326	19 326	19 326	19 326
	Etude et recherche opérationnelle sur l'accès aux soins pour les réfugiés	3 575 000	94 079	18 816	18 816	18 816	18 816	18 816
	Sous total	**7 246 980**	**190 710**	**38 142**	**38 142**	**38 142**	**38 142**	**38 142**
TOTAL		**274 592 415**	**7 226 116**	**3 360 486**	**1 227 329**	**1 003 644**	**698 907**	**698 907**

VIII.2.1 Mobilisation des ressources

a) Mise en place d'une Task force ;
b) Elaboration d'un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources (présentation de la stratégie, budget, etc.) ;
c) Inventaire des bailleurs actuels et potentiels ;
d) Organisation de réunions avec les bailleurs pour présenter la stratégie et solliciter l'appui des bailleurs.