



Organisation
internationale
du Travail



JOINT SDG FUND 

► Rapport final

Étude de faisabilité d'un projet d'assurance maladie pour les populations de l'économie informelle au Guidimakha.

▶ Étude de faisabilité d'un projet d'assurance maladie pour les populations de l'économie informelle au Guidimakha.

Copyright © Organisation international du Travail 2021

Août 2021

Elaboré par :

Bureau Mauritanien d'Études en Santé Publique (BUMESP)

Mise en page :

María Legaristi Royo

► Table de matières

Sigles et abréviations	5
Liste des tableaux	7
1. Contexte et justification	8
2. Objectifs de l'étude et résultats attendus	12
3. Méthodologie	14
3.1. Type et période d'étude	15
3.2. Population d'étude	15
3.3. Méthodes d'investigation et procédés d'échantillonnage	15
3.3.1. Entretiens structurés avec les chefs de ménage	15
3.3.2. Entretiens structurés avec les responsables des structures de soins	16
3.3.3. Entretiens semi-structurés avec les autorités sanitaires, les responsables de la CNAM et les partenaires internationaux (BIT, ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.)	16
3.3.4. Discussions de groupe avec les responsables des organisations communautaires locales, organisations préexistantes et groupes socio-professionnels	16
3.4. Collecte des données et outils	17
3.5. Traitement et analyse des données	18
4. Profils du pays et de la Wilaya de Guidimakha	19
4.1. Profil géographique, démographique et administratif	20
4.2. Profil de pauvreté, développement humain durable et protection sociale	20
4.3. Profil économique et structures de dépenses des ménages	21
4.4. Profil sanitaire	22
4.5. La wilaya de Guidimakha	23
5. Pertinence de l'assurance maladie des populations informelles et conditions de faisabilité	25
6. Résultats de l'étude	28
6.1. Synthèse des résultats de la collecte des données	29
6.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population cible	30
6.3. Eléments de faisabilité du système d'assurance maladie des populations du secteur de Guidimakha	32
6.3.1. Situation sanitaire	32
6.3.2. Situation de la demande	34
6.3.3. Assurance maladie – propension d'adhésion – capacité contributive	36
7. Système de couverture proposé	38
7.1. Contexte politique et institutionnel	39
7.2. Couverture, montants d'adhésion et cotisation	40
7.3. Paquet d'interventions couvert et autres modalités	43

8. Gouvernance – Organigramme du système	44
8.1. Mise en place d'un Comité d'Initiative	45
8.2. Textes règlementaires	45
8.3. Organisation d'une Assemblée Générale Constitutive (AGC)	45
8.4. Missions et rôles des organes statutaires	46
9. Règles de fonctionnement	48
10. Suivi-évaluation / Cadre de performance	50
10.1. Dispositif et outils de S/E	51
10.2. Suivi par le Conseil de Surveillance	51
10.3. Réunions statutaires	51
10.4. Assemblées générales ordinaires (AGO) et extraordinaires (AGE)	51
11. Viabilité du système d'assurance-maladie proposé	52
11.1. Viabilité économique	53
11.2. Viabilité institutionnelle	53
11.3. Viabilité liée à l'environnement	53
11.4. Viabilité socio-culturelle	53
12. Plan de mise en œuvre	55
13. Références	57
14. Annexes	59
Annexe 1. Critères de sélection des populations ciblées de l'étude	60
Annexe 2. Outils	61
Annexe 3. Liste des structures de soins visitées	75
Annexe 4. Annexe 4 : Liste des listes personnes ressources rencontrées par structure (Autorités sanitaires, Responsables de la CNAM, MASEF, MFSEEC) et Partenaires internationaux.	76
Annexe 5. Mode de détermination des cotisations	77

► Sigles et abréviations

AG	Assemblée Générale
AGC	Assemblée Générale Constitutive
AGE	Assemblées Générales Extraordinaires
AGO	Assemblées Générales Ordinaires extraordinaires
AGR	Activité Génératrice de revenus
AM	Assurance Maladie
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
BIT	Bureau International du Travail
BUMESP	Bureau Mauritanien d'Etudes en Santé Publique
CA	Conseil d'Administration
CGTM	Confédération Générale des Travailleurs de Mauritanie
CHR	Centre Hospitalier Régional
CI	Comité d'Initiative
CLTM	Confédération Libre des Travailleurs de Mauritanie
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTM	Confédération Nationale des Travailleurs de Mauritanie
CPN	Consultation Pré Natale
CPON	Consultation Post Natale
CS	Centre de santé
CSU	Couverture Santé Universelle
DTS	Dépenses Totales de Santé
ENABEL	Agence Belge de Développement
IDH	Indice de Développement Humain
MAEPSP	Ministère des Affaires Economiques et de la Promotion des Secteurs Productifs
MASEF	Ministre des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille
MFSEEC	Mutuelle Féminine de Solidarité, d'Entraide, d'Epargne et de Crédit
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
ODD	Objectifs de Développement Durable
ODK	Open Data Kit
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONMT	Office National de la Médecine du Travail
PA	Plan d'Actions
PAM	Programme Alimentaire Mondial

PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PS	Poste de santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAM	Système d'Assurance Maladie
SCAPP	Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée
SNPS	Stratégie nationale de protection sociale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STEP	Stratégies et Techniques de lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNPM	Union Nationale du Patronat Mauritanien
UTM	Union des Travailleurs de Mauritanie

► Liste de figures

Tableau 1. Eléments de pertinence de mise en place du système d'assurance maladie pour les populations du secteur informel

Tableau 2. Synthèse des unités statistiques et l'effectif maximum par population cible

Tableau 3. Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage dans la Wilaya de Guidimakha

Tableau 4. Types de prestations offertes par catégorie de structure de soins et tarifs

Tableau 5. Types de prestations et quote part du système d'assurance maladie

Tableau 6. Plan de mise en œuvre

Tableau 7. Populations de l'étude et critères de sélection

Tableau 8. Liste des listes personnes ressources rencontrées par structure (Autorités sanitaires, Responsables de la CNAM, MASEF, MFSEEC) et Partenaires internationaux

Tableau 9. Types de prestations et système de la tarification (MRU) de PEC adopté

Graphique 1. Répartition des chefs de ménage selon le niveau d'instruction complété

Graphique 2. Répartition des chefs de ménage selon la catégorie socio-professionnelle

Graphique 3. Nombre moyen de personne par ménage et par Moughataa

Graphique 4. Perception des répondants sur les compétences du personnel soignant

Graphique 5. Temps d'attente pour l'obtention du dernier rendez-vous dans une structure de santé

Graphique 6. Temps d'attente dans une structure de santé avant de recevoir les soins

Graphique 7. Types de services utilisés lors du dernier épisode de maladie

Graphique 8. Répartition des ménages enquêtés selon les raisons de non achat des médicaments prescrits par un médecin lors de la dernière visite

Graphique 9. Sources de financement des soins lors de la dernière visite médicale

Graphique 10. Répartition des chefs de ménage enquêtés selon les services manqués par défaut d'argent

Graphique 11. Montant de dépenses médicales entraînant le recours à une aide extérieure (prêt, don, crédit) ou à la vente d'un bien

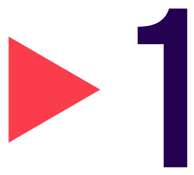
Graphique 12. Attentes des ménages en d'assurance maladie

Graphique 13. Connaissance de l'assurance maladie

Graphique 14. Volonté d'adhérer à un système d'assurance maladie

Graphique 15. Périodicité de la cotisation

Schéma 1. Configuration de la mutuelle de santé du secteur informel a Guidimakha



Contexte et justification

À l'échelle mondiale, environ deux milliards (61 %) de la population en âge de travailler (femmes et hommes), contribuent à l'économie informelle.

En Afrique subsaharienne, l'emploi informel représente ainsi 86 % de l'emploi total des hommes et 92 % de celui des femmes (OIT, 2018c). Si tous les travailleurs de l'économie informelle ne sont pas pauvres, la plupart d'entre eux vivent dans la pauvreté, ne percevant que des revenus faibles et irréguliers et ne bénéficiant d'aucune protection sociale ni d'aucune protection des travailleurs (OIT, 2018c). L'Organisation International du Travail (OIT) estime que 82 % des habitants d'Afrique subsaharienne n'ont pas accès à un système de protection sociale (OIT, 2017b).

L'universalisation de la couverture de la protection sociale constitue donc un objectif de plus en plus prioritaire pour les gouvernements comme pour les organismes multilatéraux. Des efforts considérables ont été accomplis en matière de recherche, d'élaboration de politiques et d'investissement pour mettre à l'essai et institutionnaliser des régimes d'assistance sociale destinés à protéger les personnes qui ne peuvent pas tirer parti du marché pour subvenir à leurs propres besoins – il s'agit notamment des enfants vulnérables et pauvres, des personnes en situation de handicap et des personnes âgées (Banque mondiale, 2018 ; Barrientos, 2013).

L'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle a fait l'objet de recherches et d'investissements en Afrique et ailleurs.

Selon le rapport de l'étude de faisabilité relative à l'extension de la couverture maladie universelle aux maraîchers du Togo : Cas de la région Maritime, réalisé en 2019, seulement 8% savaient qu'il existe des mutuelles de santé dont 13% sont inscrits à ces mutuelles. Mais 87% des maraîchers enquêtés sont favorables à adhérer une mutuelle de santé pour réduire les dépenses de santé. L'adhésion pourrait se faire moyennant une cotisation moyenne mensuelle de 2416 FCFA pour l'ensemble du ménage avec un revenu moyen annuel de maraîchage de 718 735 FCFA soit 59 895 FCFA par mois. Par ailleurs les 2/3 des maraîchers souhaiteraient cotiser entre 1500 et 2000 FCFA par mois contre 17% qui souhaitent cotiser moins de 1000 FCFA et 20% plus de 2000 FCFA. Une contribution fixée à 1000 FCFA permettrait à plus de 75% de maraîchers d'adhérer les mutuelles. L'analyse de la stratégie pour intégrer les maraîchers dans l'assurance maladie serait de les inscrire dans les mutuelles de santé. Hengjin Dong et al. ont étudié la disposition à payer pour un projet de régime d'assurance maladie communautaire. Les résultats ont montré que l'individu moyen était prêt à payer 2384 (obtenu par le TIOLI) ou 3191 (obtenu par le jeu d'enchères) CFA (3,17 dollars américains ou 4,25 dollars américains) pour lui-même. Le chef de ménage a accepté de payer à partir de 6448 (sollicité par la TIOLI) ou 9769 (sollicité par le jeu d'enchères) CFA (8,6 dollars US ou 13,03 dollars US) pour adhérer au régime d'assurance maladie de son ménage. Ogundéji et al. ont étudié les facteurs influençant la volonté et la capacité de payer pour l'assurance maladie sociale au Nigéria et trouvé qu'environ 82% des chefs de ménage étaient disposés à payer des primes d'assurance pour leur ménage, qui s'élevaient à une moyenne de 513 nairas (1,68 USD) par mois et par personne. Ces résultats ont été influencés par la taille du ménage, le niveau de scolarité, la profession et le revenu du ménage. Au Kenya, dans une approche à méthode mixte, Vincent Okungu et al. ont documenté les points de vue des travailleurs du secteur informel concernant les différents mécanismes de prépaiement pour de la couverture maladie. Ils ont noté que plus de 70% des travailleurs du secteur informel des zones rurales ont préféré un mécanisme contributif

pour le financement de la CSU tandis que 58% des zones urbaines ont préféré un système contributif.

En Mauritanie, dans le cadre de recherche de stratégie d'extension de la protection sociale le Gouvernement a adopté en 2012 une stratégie nationale de protection sociale avec pour objectif global de contribuer à l'atténuation de la vulnérabilité des groupes défavorisés et d'aider les populations à faire face aux risques les plus importants de la vie. Suite à l'adoption de la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) en 2013, le Gouvernement mauritanien a développé une série d'outils et de programmes de protection sociale pour lutter contre les vulnérabilités profondément enracinées, la pauvreté chronique et l'insécurité alimentaire et la malnutrition liées aux chocs. Il s'agit notamment de filets sociaux réguliers et sensibles aux chocs (par exemple, les transferts en espèces Tekavoul et El Maouna, EMEL, les programmes d'alimentation scolaire), la création d'actifs, le déploiement du registre social national, le renforcement de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), ainsi que toute une série d'interventions de promotion sociale et de services sociaux de base, notamment la santé, la nutrition, l'éducation, l'eau et l'assainissement.

Cependant, ces interventions restent fragmentées et des lacunes critiques subsistent. Dans l'ensemble, les différentes interventions ne sont pas encore conçues comme des éléments complémentaires d'une même réponse cohérente d'un système du paquet de protection sociale. Le programme conjoint financé par le Fonds ODD (SDG Fund) s'attaquera à ces problèmes en améliorant l'articulation entre les programmes de protection sociale contributifs et non contributifs et en soutenant le développement des éléments manquants essentiels d'un système de protection sociale pour la Mauritanie.


Selon le rapport 2017 des comptes de la santé (2012 – 2015) de la Mauritanie, les dépenses totales de santé (DTS) ont évolué de 53,5 milliards en 2012 (MRO courante) à 83,1 milliards en 2015 soit une variation annuelle moyenne de 16%. Les DTS per capita en \$ (Monnaie courante) a enregistré aussi une évolution positive durant cette période avec une augmentation moyenne annuelle de 12%. Elles ont évolué de 54 USD en 2012 à 74 USD en 2014 puis 69 USD en 2015. Cette DTS par habitant est inférieure de 2 fois à celle du Maroc et 4 fois à celle de la Tunisie ; elle se situe en dessous de celle de la Côte d'Ivoire mais représente une fois et demie celle du Sénégal.

Bien que l'Etat mauritanien avec ses partenaires continuent d'accroître régulièrement le financement pour la santé, l'accès aux services de santé et leur utilisation par les populations, particulièrement les catégories défavorisées, restent très en deçà des attentes des autorités nationales. La majorité de la population est dans le secteur informel et supporte lourdement la charge financière des soins de santé à travers le paiement direct : ce paiement direct est en diminution de 61% en 2010 à 51% en 2016 (contre 38 pour le Mali et 49% pour le Sénégal).

C'est dans ce cadre, que depuis 2006, une Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à travers la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) couvrant le personnel du secteur formel, a été mise en place. La volonté de l'Etat d'améliorer la couverture des populations vulnérables est palpable à travers le Programme TAZZOUR qui a déjà pris en charge l'assurance maladie de 100 000 ménages démunies en vertu d'un accord de partenariat aux termes duquel 100 000 familles issues de milieux pauvres seraient intégrées dans le cadre du système d'assurance maladie universelle promu par la Caisse nationale d'assurance maladie. Cet accord permettra à environ 620 000 citoyens d'accéder gratuitement aux services de santé. Actuellement, la CNAM touche 15% de la population et environ 20% de la population est couverte par un système assurantiel.

Notons qu'à côté de l'extension régulière du champ de couverture de l'assurance maladie à travers la CNAM sur la voie de la couverture santé universelle (CSU), existent des systèmes de gratuité des soins pour la prise en charge des tuberculeux, des lépreux, des personnes vivants avec le VIH/SIDA, des dialysés en plus des principales activités préventives de vaccination, consultations prénatales, des moyens contraceptifs etc.

Cette étude devrait permettre d'examiner les différentes options pour augmenter le niveau de couverture de protection fourni par le système d'assurance sociale actuel afin d'éclairer l'extension de l'accès aux soins de santé et à l'assurance sociale dans la Wilaya Guidimakha.



2

Objectifs de l'étude et résultats attendus


De façon générale, cette étude visait à analyser la faisabilité d'un projet d'assurance maladie pour les populations de l'économie informelle, en Mauritanie avec comme pilote la Wilaya Guidimakha.

Plus spécifiquement :

- ▶ Analyser le risque financier associé à la maladie et ses différentes composantes au niveau local (niveaux de fréquentation des différents prestataires de soins) ;
- ▶ Analyser les conditions de la mise en place de la couverture de santé en fonction de la dynamique socio- économique locale (capacités contributives), les infrastructures et l'offre de soins existante (paquet de soins disponible) et l'environnement politique (structures institutionnelles de portage du risque, plan de développement de l'offre de soins) ;
- ▶ Préciser l'architecture d'un mécanisme de couverture viable (portage du risque, gestion, prestations) alliant les efforts d'extension menés par la CNAM et un mode d'identification, d'affiliation et de prestation innovant à même de répondre aux besoins en couverture de soins de santé des travailleurs du secteur informel et de leurs familles de façon durable.
- ▶ Proposer un plan de mise en œuvre négocié avec les différentes parties prenantes.

Afin d'atteindre ces objectifs, les résultats suivants étaient visés par l'étude.

- > **Produit 1** : Analyse qualitative et étude quantitative de : i) la population cible en termes de capacité contributive, comportements en matière de consommation de soins de santé et attentes en matière d'assurance maladie, ii) l'offre de soins et ses coûts, sur la base des initiatives en cours et iii) les mécanismes de portage du risque.
- > **Produit 2** : Architecture du nouveau système de couverture incluant l'ensemble des paramètres de couverture, l'architecture institutionnelle, y compris les conventions cadres entre les différents acteurs impliqués (porteur de risque, délégataire de gestion, prestataires de soins) et la gouvernance approuvée par les parties prenantes via un processus participatif.
- > **Produit 3** : Définition du mécanisme de financement et proposition du plan de mise en œuvre détaillé et des outils de suivi-évaluation.



3

Méthodologie

▶ 3.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive employant des méthodes qualitatives et quantitatives allant du 21 juin au 03 juillet 2021.

▶ 3.2. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée de :

- > Chefs de ménage de la Wilaya de Guidimakha, âgés de plus de 18 ans au moment de la collecte des données et évoluant dans le secteur informel.
- > Responsables des structures de soins publiques comme privées ayant une bonne connaissance des questions de la CSU.
- > Autorités sanitaires et locales ayant une bonne connaissance des questions de la CSU.
- > Responsables de la CNAM.
- > ONG/Partenaires internationaux (BIT, ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.) œuvrant dans la CSU.
- > Responsables des organisations communautaires locales et organisations préexistantes ayant une bonne connaissance des questions de la CSU.
- > Groupes socio-professionnels ayant une bonne connaissance des questions de la CSU.

Le détail des critères de sélection est présenté en annexe 1.

▶ 3.3. Méthodes d'investigation et procédés d'échantillonnage

3.3.1. Entretiens structurés avec les chefs de ménage

Dans le cadre de cette étude, l'approche d'échantillonnage en grappe à trois degrés a été utilisée pour une meilleure représentation de l'échantillon. La sélection était proportionnelle à la population de Guidimakha et des trois Moughataas (Sélibabi, Ould Yengé et Ghabou) sur la base de l'estimation de la population du recensement général de la population et de l'habitat de 2013.

- ▶ La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule statistique suivante :

$$n = Nz^2 P(1-P) / d^2 (N-1) + z^2 P(1-P)$$

435 personnes à enquêter pour la wilaya (une personne par ménages, chef de ménage)

N = population de la wilaya de Guidimakha

P = proportion attendue dans la population, ici 50%

Z = Valeur z correspondant au niveau de confiance, ici 5%

d = la précision absolue, ici 5%

Au total nous avons obtenu une taille de 435 personnes à enquêter dans la wilaya de Guidimakha répartie comme suit à travers les trois moughataas :

- > Sélibabi : 225 chefs de ménages.
- > Ould Yengé : 120 chefs de ménages.
- > Ghabou : 90 chefs de ménages.

3.3.2. Entretiens structurés avec les responsables des structures de soins

Un échantillonnage de commodité a été fait en fonction de l'accessibilité et disponibilité des responsables des structures de soins ou des informateurs clés lors des visites.

Au total, 23 structures de PEC réparties dans les trois Moughataas étaient ciblées :

- > Sélibabi : 01 centre hospitalier régional (CHR), 03 centres de santé (CS), 07 postes de santé (PS) et 02 structures privées.
- > Ould Yengé : 02 CS, 03 PS et 01 structure privée.
- > Ghabou : 01 CS, 02 PS et 01 structure privée.

3.3.3. Entretiens semi-structurés avec les autorités sanitaires, les responsables de la CNAM et les partenaires internationaux

(BIT, ENABEL, Union européenne, OMS, etc.)

Un échantillonnage de convenance a été fait en fonction de la disponibilité des autorités sanitaires, des responsables de la CNAM et des partenaires internationaux (BIT, ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.) lors des visites pour limiter le nombre maximum de :

- > Autorités sanitaires nationales et locales à enquêter à 03.
- > Responsables de la CNAM à 02.
- > Partenaires internationaux (BIT, ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.) à 10.

3.3.4. Discussions de groupe avec les responsables des organisations communautaires locales, organisations préexistantes et groupes socio-professionnels

L'échantillonnage des participants pour les groupes de discussion a été réalisé également par convenance, selon leur disponibilité et leur volonté, en collaboration avec les premiers responsables de chaque partie. La taille souhaitée des échantillons pour les groupes de discussion était fixée à 12.

▶ 3.4. Collecte des données et outils

La collecte des données s'est déroulée dans les trois Moughataas de Guidimakha : Ghabou, Ould Yengé et Sélibabi comme planifiée. Chaque participant éligible avait reçu l'information sur les objectifs et les procédures clés ainsi que les risques et bénéfices de l'étude et nous donnait par la même occasion son consentement libre et éclairé.

Pour réaliser l'étude, des outils de collecte (annexe 2) ont été développés.

- ▶ **Un questionnaire structuré** à visée quantitative a été utilisé lors des entretiens avec les chefs de ménage et les prestataires de soins pour collecter les données sociodémographiques, les antécédents médicaux, le régime de couverture et d'assurance maladie, les éléments de coûts liés à la prise en charge au traitement et les informations sur le risque financier associé à la maladie et ses différentes composantes au niveau local.

La collecte des données quantitatives s'est réalisée à l'aide d'outil électronique open (tablette ou smartphone) avec l'utilisation de « ODK (Open Data Kit) Collect » qui est une application spécialisée dans la collecte et la gestion des données. Son caractère open n'a pas entravé la sécurité des données du fait qu'un compte privé payant est ouvert dans le serveur qui a été utilisé pour la centralisation des données collectées.

- ▶ **Un guide d'entretien semi-structuré** à visée qualitative a été utilisé lors des entretiens avec les autorités sanitaires, les responsables de la CNAM et les ONG/partenaires internationaux (BIT, ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.) pour collecter les données sur les conditions de la mise en place de la couverture de santé en fonction de la dynamique socioéconomique locale (capacités contributives), les infrastructures et l'offre de soins existante (paquet de soins disponible) et l'environnement politique (structures institutionnelles de portage du risque, plan de développement de l'offre de soins).
- ▶ **Un guide d'entretien pour les groupes de discussion** avec les responsables des organisations communautaires locales, organisations préexistantes et groupes socio-professionnels pour analyser les conditions de la mise en place de la couverture de santé en fonction de la dynamique socioéconomique locale (capacités contributives), les infrastructures et l'offre de soins existante (paquet de soins disponible) et l'environnement politique (structures institutionnelles de portage du risque, plan de développement de l'offre de soins) et préciser l'architecture d'un mécanisme de couverture viable (portage du risque, gestion, prestations) alliant les efforts d'extension menés par la CNAM et un mode d'identification, d'affiliation et de prestation innovant à même de répondre aux besoins en couverture de soins de santé des travailleurs de l'économie informelle et de leurs familles de façon durable.

Pour la collecte des données qualitatives, des dictaphones ont été utilisés pour la réalisation des groupes de discussion et des entretiens semi-structurés.

▶ 3.5. Collecte des données et outils

Le traitement et l'analyse des données ont été faits en utilisant les techniques d'analyses statistiques appropriées.

Les données quantitatives ont été transférées du serveur sur une base de données Excel, ensuite nettoyées puis exportées vers le logiciel statistique SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) pour traitement et analyse. Une analyse descriptive a été faite en calculant, selon le type de variable, les effectifs (fréquences) et les mesures de tendance centrale (moyenne, écart type).

Les entretiens semi-structurés et groupes de discussions enregistrés sur des supports numériques ont été rendus anonymes avant d'être retranscrits. Après codification et traitement des données, une analyse par mot-clé a été effectuée pour identifier les thématiques structurantes avant l'analyse thématique des données.

▶ 4

Profils du pays et de la Wilaya de Guidimakha

► 4.1. Profil géographique, démographique et administratif

La République Islamique de Mauritanie est un Etat d'Afrique du Nord-Ouest qui s'étend sur une superficie de 1 030 700 km² avec une faible densité humaine de l'ordre de 3,87 habitants / km² et de fortes disparités selon les régions. La population de la capitale, Nouakchott, est de plus de 900 000 habitants, soit 27 % de la population globale. Le pays est limité au Sud par le Sénégal, au Sud-Est par le Mali, au Nord-Est par l'Algérie et au Nord par le Sahara Occidental. A l'Ouest, l'Océan Atlantique forme un littoral long d'environ 700 km.

En 2020, la population de la Mauritanie était estimée à 4 173 077 d'habitants dont plus de 51% de femmes (RGPHS 2013). Elle se caractérise par sa jeunesse : 44% de la population à moins de 15 ans et la tranche 15-59 ans représentent 50% de la population. La croissance démographique est sensiblement rapide avec un taux d'accroissement intercensitaire de 2,8% avec de fortes disparités entre les wilayas (régions).

Le pays est subdivisé, en 15 wilayas, 57 moughataas et 218 communes, dirigées respectivement par des walis (gouverneurs), des hakems (préfets) et des maires. La décentralisation est une option politique nationale, caractérisée par l'élection au suffrage universel des Conseils régionaux en 2017, ainsi que l'adoption d'une loi organique relative à l'organisation et la compétence de ces entités, en 2018. Ladite loi accorde aux régions des compétences en matière de développement économique, social, culturel et scientifique sur leur territoire.

► 4.2. Profil de pauvreté, développement humain durable et protection sociale

Entre 2008 (42%) et 2014 (31%), le taux de pauvreté a baissé de 11 points, avec un taux national moyen annuel de 1,8%. Cette réduction a été plus forte dans le milieu rural avec un taux moyen annuel de 2,5% contre seulement 0,7% en milieu urbain. Ce taux de pauvreté est basé sur un seuil de pauvreté estimé en termes réels à 169 445 Ouguiyas aux prix harmonisés en 2014.

Au niveau national, selon l'Enquête ENESI 2017, le taux de chômage a augmenté de 1,7 point de pourcentage passant de 10,1% en 2012 à 11,8% en 2017. La répartition du chômage par wilaya montre que les jeunes de 20-24 ans sont touchés à des proportions importantes, dans les grands centres urbains (15%) tels que : Inchiri (24,2%), Tiris Zemour (18,9%), Nouadhibou (16,7%) et Nouakchott (15,9%). Par rapport au sexe, le chômage des jeunes filles (20,5%) est plus important que celui des jeunes garçons (15,6%). La vulnérabilité de l'emploi urbain concerne 54,62% en 2014 contre 54,1% en 2012 et touche paradoxalement les urbains (51,58%) plus que les ruraux (48,42%).

L'indice de développement humain (IDH) a évolué de 0,347 (1980) ; 0,506 (2014) et à 0,546 (Rapport sur le développement humain 2020) faisant passer le pays de la 161^{ème} place en 2013 à la 156^{ème} en 2015 puis à la 157^{ème} en 2019. Le développement du capital humain est au centre de la protection sociale et affecte en plus de la consommation, la production elle-même. L'accès aux services sociaux de base constitue un facteur essentiel pour la réalisation

d'un meilleur développement durable et a un effet direct sur la qualité de la vie et l'équité devant les offres d'opportunités économiques. Composante essentielle de la protection sociale, la santé devrait garantir à tout individu en fonction de ses besoins sanitaires et de ses droits aux soins - plus que de sa capacité de payer - l'accès à un paquet adéquat de soins. Elle doit s'ancrer dans un cadre politique et programmatique dont l'augmentation de l'accès à des soins de santé de qualité pour toute la population et le renforcement de l'équité sociale sont des priorités.

La protection sociale a connu au cours des cinq dernières années une évolution institutionnelle favorable à travers l'adoption en 2013 de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) et son opérationnalisation. Ce qui a permis de poser les jalons d'une vision à long terme et d'une feuille de route pour la création d'un système de protection sociale intégrée, notamment à travers un registre social en cours d'élaboration, et qui servira comme base aux différentes interventions de protection sociale axées sur l'identification des indigents, des extrêmes pauvres et des pauvres.

► 4.3. Profil économique et structures de dépenses de ménages

L'économie mauritanienne est restée longtemps tributaire des industries extractives traditionnelles (fer, or, cuivre), l'agriculture et la pêche. Elle s'est diversifiée, par la suite, à travers la mise en exploitation de nouvelles ressources (pétrole et gaz), et le développement de nouveaux secteurs, à l'instar des télécommunications, entraînant une croissance économique qui est passée de 3,6% en 2018 à 6,7% en 2019, soutenue également par une demande intérieure vigoureuse (Diagnostic Financement de la santé en Mauritanie).

La capacité de l'État à dépenser est fondamentale pour la santé comme pour tous les secteurs sociaux. Elle est illustrée aujourd'hui par la part des dépenses de l'État sur le PIB. Quant à l'évolution de cette capacité, elle est liée à la croissance du revenu de l'État (ressources) et à la dette du gouvernement.

L'amélioration des termes de l'échange suite à l'augmentation des prix des produits de base et l'exploitation en 2021 du grand champ gazier Hmeyim ont prêté des perspectives favorables pour le développement de l'activité économique du pays et l'amélioration significative du bien-être de la population; cependant, l'avènement de la pandémie de la COVID-19 en 2020 et son impact sur l'économie mondiale et mauritanienne, en particulier, risquent de changer les données et d'imposer de nouveaux regards.

La structure de la dépense totale moyenne par ménage dans l'ensemble du pays a sensiblement changé. En effet, la part de la dépense alimentaire (y compris l'autoconsommation) a chuté entre 2008 et 2014 passants de 57,8% à 47,9% après une augmentation entre 2004 et 2008 d'environ 6 points de pourcentage. Cette chute peut être expliquée en partie par la subvention de l'état aux prix des denrées alimentaires plus consommées par les ménages.

Cependant, la part des dépenses allouée aux deux secteurs sociaux, l'éducation et la santé, a augmenté en 2014 malgré une baisse enregistrée en 2008 par rapport à 2004. Ces parts

sont respectivement de 5,4% et 4,8% en 2014 contre 1% et 3,8% en 2008. Cette situation pourrait s'expliquer par une chute considérable de la part de la dépense alimentaire (environ 10 points).

► 4.4. Profil sanitaire

D'une manière générale, les progrès étaient satisfaisants et encourageants. Cependant, certains indicateurs n'ont pas évolué positivement, d'autres ont régressés, et concernent principalement l'offre de santé.

Selon les données de la stratégie nationale de croissance accélérée et de prospérité partagée (SCAPP) 2016-2030, le taux moyen d'accès aux services de santé est de l'ordre de 33,6% par rapport à la disponibilité des services essentiels au développement du capital humain et l'espérance de vie à la naissance est de 60,3 ans.

Le taux de mortalité néonatale a diminué en passant de 34 décès pour 1 000 naissances vivantes à 29 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2011 et 2015, ce taux est de 22 pour 1000 selon l'EDS de 2019. Si cette tendance est maintenue, le niveau de mortalité néonatale à l'horizon 2030 se situera autour de 25 décès pour 1000 naissances vivantes, loin du taux de 12 décès pour 1000 naissances vivantes fixé comme objectif à atteindre dans le cadre des ODD.

Selon l'enquête MICS, la mortalité infanto-juvénile a été réduite en Mauritanie (de 122 en 2007 à 54 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015) passant en dessous de la moyenne de l'Afrique Subsaharienne qui se chiffrait à 86 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015 (OMD-Rapport 2015). Les niveaux de décès infanto-juvénile est selon l'EDS 2019-2020 de 41 pour 1000. La proportion des enfants de moins de cinq ans souffrant de retard croissance a augmenté et celle de ceux qui sont traités pour la diarrhée a stagné ; ce qui serait probablement lié, d'une part à des carences en micronutriments dans la nutrition de ces enfants, des pratiques inadéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de meilleures capacités de dépistage, et d'autre part à de meilleures pratiques familiales essentielles.

Le taux de mortalité maternelle a connu des évolutions positives en termes de baisse au cours des 30 dernières années, cependant le niveau actuel n'est toujours pas satisfaisant. En effet, de 930 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990, le taux de mortalité maternelle est passé à 747 pour cent mille en 2000 et 582 pour 100 000 naissances vivantes en 2013 (RGPH 1988, 2000 et 2013). La cible des ODD d'ici 2030 est d'arriver à un niveau inférieur à 140 décès pour 100000 naissances vivantes. Il y a donc encore beaucoup d'efforts à fournir.

Selon les données du MICS, la prévalence de femmes de 15 à 49 ans utilisant n'importe quelle méthode contraceptive en Mauritanie a gagné quelques points passant de 9,3% en 2007 à 11,4% en 2011 pour atteindre 17,8% en 2015. Elle est plus élevée en milieu urbain (25,8%) qu'en milieu rural (10,6%). La disparité régionale de cette prévalence est relativement importante.

En 2018, la prévalence de la malnutrition aiguë globale au niveau national a atteint 11,6% et celle de la malnutrition aiguë sévère est de 2,35% dépassant le seuil d'urgence (2%)

(Enquête SMART 2018). Près de la moitié des wilayas (07 Wilayas sur 15) sont en situation critique avec une prévalence de la malnutrition aiguë globale supérieure à 15% et/ou une prévalence de cas sévères supérieure à 2% (Hodh El Chargui, Hodh El Gharbi, Assaba, Gorgol, Brakna, Guidimakha et Tagant).

► 4.5. La Wilaya de Guidimakha

Avec une superficie d'environ 10 300 km², la wilaya de Guidimakha est la plus petite et celle qui est située le plus au Sud du pays à environ 640 km de la capitale (Nouakchott). Elle est limitée à l'Ouest par la région du Gorgol et au Nord-Est par celle de l'Assaba ; au Sud le fleuve Sénégal la sépare du Sénégal et l'un de ses affluents, le Karakoro, du Mali.

Elle comptait 267 029 habitants en 2020 (RGPH 2013) dont la plupart sont des agriculteurs et des fermiers. Elle est caractérisée par un taux de croissance annuel de la population d'environ 3,53 % entre 1988 et 2013, un peu plus du taux national situé à 2,77% et elle représente 7,5% de la population totale selon le dernier recensement de la population de 2013.

Sur le plan administratif, Guidimakha regroupe 18 communes réparties entre trois moughataas à savoir : Sélibabi (chef-lieu de la wilaya) avec 08 communes, Ghabou avec 03 communes et Ould Yengé avec 07 communes.

Selon l'analyse de l'incidence de la pauvreté, Guidimakha fait partie des wilayas très pauvres avec un taux de pauvreté supérieur à 40%.

Il s'agit d'une wilaya Agro-Sylvo-pastorale connue comme un carrefour de transhumance durant la période de soudure. Sa capitale est Sélibabi. Elle constitue habituellement la dernière réserve pastorale du pays, et ce en dépit de sa petite superficie. C'est une région où 75% de sa population est organisée ce qui constitue un grand avantage en termes de planification. L'économie de la commune repose sur l'agriculture (différents types de culture), l'élevage et la foresterie. Le commerce y occupe également une place importante du fait que la commune constitue le centre de ravitaillement et de commercialisation de la région. Traditionnellement, Sélibaby est une commune à vocation agro-pastorale.

Les activités liées au secteur agricole demeurent la principale source de revenus pour une grande majorité de la population. Les principales spéculations concernées sont : le sorgho, le mil, le maïs, et le petit mil. Des légumineuses comme le niébé et des oléagineux comme les arachides y sont également cultivées.

L'élevage occupe également une place importante dans le tissu économique de la commune. En effet, Sélibaby est située dans une région à tradition agropastorale où la pratique de l'élevage reste traditionnelle. En effet, cette région dispose de la meilleure pluviométrie annuelle nationale, permettant aux pâturages et aux nappes phréatiques de se régénérer annuellement, deux ressources indispensables pour la pratique de l'élevage. La possession de bétail est appréciée comme étant un symbole de prestige sans lien direct avec des opportunités de commercialisation. Le secteur de l'élevage génère 63,7% de la richesse créée au Guidimakha, ce qui constitue en fait le principal secteur d'activité de la région. Le secteur de l'élevage est également le secteur où les mécanismes de solidarité sociale sont très présents. Les sociétés traditionnelles mauritaniennes sont en effet

profondément marquées par l'islam et intègrent de nombreux mécanismes de redistribution de la richesse et d'appui aux plus pauvres : la « Zakat » et la « Mniha ».

Concernant l'agriculture, les récoltes pourrissent dans les greniers. Malgré le peu d'intérêt accordé jusqu'à présent à l'agriculture au Guidimakha, la région figure parmi les plus importantes régions agricoles du pays. On l'appelle d'ailleurs aimablement le grenier de la Mauritanie grâce à la diversité de ses produits et de ses unités cultivables. Mais l'écoulement de ces produits demeure défavorisé par les lourdes charges de transport liées essentiellement au grand enclavement de la wilaya. La commercialisation des produits, dont les quantités dépassent largement les besoins vivriers, constitue donc une contrainte majeure dans la région. Aujourd'hui, les potentialités agricoles sont en train de diminuer à cause notamment de la dégradation des sols. En effet, l'érosion hydrique est particulièrement accentuée au Guidimakha. Cependant, les cultures pratiquées demeurent très variées : culture sous-pluie (sorgho, mil, arachide, maïs, niébé), culture de décrue (sorgho, riz pluvial), phéniculture (palmeraies dans la moughataa de Ould Yengé), l'irrigué, le maraîchage, etc.



5

**Pertinence de l'assurance
maladie des populations
informelles et conditions
de faisabilité**

Une analyse des mécanismes et schémas existants de système d'assurance maladie en Mauritanie et particulièrement à Guidimakha a démontré l'inexistence de mécanismes dédiés et appropriés aux populations informelles. Le tableau ci-dessous présente quelques éléments du gap de couverture de ces populations.


Tableau 1 : Éléments de pertinence de mise en place du système d'assurance maladie pour les populations du secteur informel

Programmes existants	Axes d'actions	Couverture des populations informelles
ENABEL	Après l'étude de faisabilité, il a été choisi le régime contributif : <ul style="list-style-type: none"> > 500 MRU retenu pour la cotisation dont 150 MRU par l'adhérent et 350 MRU en subvention. > En l'absence de dispositif législatif et réglementaire il y a eu un accord de principe avec le gouvernement pour la mise en œuvre de cette phase pilote. 	Pas encore pris en compte
CNAM	La CNAM prévoit une extension progressive au secteur privé est en cours ainsi que la mise en œuvre d'une assurance volontaire ouverte à tous les mauritaniens dont le secteur informel.	Faible couverture nationale (15%) et mécanisme insuffisant pour secteur informel
CNSS	Etablissement public à caractère industriel et commercial (EPIC), doté de la personnalité morale et jouissant de l'autonomie financière est en charge, sous la tutelle du ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Modernisation de l'Administration, de la gestion des branches suivantes : <ul style="list-style-type: none"> > pension de vieillesse, d'invalidité et de décès (survivants), > accidents du travail - maladies professionnelles, > prestations familiales. Elle gère un Fonds d'action sanitaire et sociale (FASS) qui sert des subventions aux organismes nationaux dont l'activité est en adéquation avec sa mission sociale. <p>Par ailleurs, elle dispose de 9 agences régionales situées à : Aioun, Akjoujt, Atar, Kaédi, Kiffa, NDB, Rosso, Sélibabi, Zouerate.</p> Personnes couvertes <ul style="list-style-type: none"> > Pour la pension de vieillesse, d'invalidité et de décès : tous les travailleurs salariés, y compris les travailleurs temporaires et occasionnels > Pour les accidents du travail et maladies professionnelles: Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts pour les risques accidents du travail - maladies professionnelles. > Pour les prestations familiales : Les travailleurs indépendants n'ouvrent pas de droit aux prestations familiales. 	<ul style="list-style-type: none"> > Entreprises non affiliées > Pas de couvertures en AM
L'Office National de la Médecine du Travail	Chargé de la médecine du travail, il supervise le programme des services médicaux d'entreprises ou d'inter-entreprises fournit aux employés de toutes entreprises soumises au code du travail.	
TAAZOUR (Délégation)	<ul style="list-style-type: none"> > Faciliter l'accès aux services de base > Développer la promotion et l'inclusion économiques > Améliorer le cadre de vie > Renforcer l'efficacité des filets sociaux et l'amélioration du pouvoir d'achat > Assurer la sécurité alimentaire et la défense du pouvoir d'achat Populations pauvres estimées à 200.000 ménages dans le registre social. <p>100% frais médicaux 1800 MRU En raison de 6.2pers/ménage</p>	Populations informelles hors liste registre social sans couverture

TEKAAVOUL	Sur la base des 200.000 ménages du RS, TEKAAVOUL cible des populations sensibles aux chocs en période de soudure	
MASEF	- Handicapés = personnes très vulnérables qui ont besoin d'une protection sociale -350 enfants bénéficient de 2000 MRU/enfant handicapés Toutes les prestations ne sont pas prises en charge et tous les hôpitaux ne considèrent pas les handicapés come des indigents.	Pourrait toucher les sous-groupes des handicapés du secteur informel, mais une faible couverture

À travers la revue de la littérature, il est présenté un certain nombre de conditions préalables requises pour la mise en place d'un système d'assurance maladie efficace et fonctionnel. Nous avons :

- ▶ Existence d'un besoin prioritaire de protection sociale face au risque financier lié à la maladie et la maternité dans la willaya de Guidimakha.
- ▶ Disponibilité d'une offre de soins de qualité acceptable.
- ▶ Existence de liens solidarité, d'entraide au sein de la population.
- ▶ Confiance aux promoteurs et autres personnes impliquées.
- ▶ Dynamique de développement socioéconomique.
- ▶ Nombre suffisant de personnes potentiellement couvertes dès la première année.



6

Résultats de l'étude

▶ 6.1. Synthèse des résultats de la collecte des données

Comme le montre le tableau ci-dessous, durant la période de l'étude :

- ▶ Un total de 435 chefs de ménages a été interrogé les trois moughataas (51,7% à Selibabi, 27,6% à Ould Yengé et 20,7% à Ghabou) de la Wilaya de Guidimakha.
- ▶ Vingt-trois (23) interviews avec les responsables des structures de soins publiques et privées dans les trois moughataas. Le tableau en annexe 3 présente la liste des structures de soins visitées.
- ▶ Dix-sept (17) interviews avec les autorités sanitaires, les responsables de la CNAM, MASEF, MFSEEC et les partenaires internationaux (BIT, ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.). Le tableau en annexe 4 présente la liste des personnes ressources effectivement rencontrées par structure.
- ▶ Et 04 groupes de discussions dont 02 dans à Selibabi, 01 à Ould Yengé et 01 à Ghabou.

Tableau 2 : Synthèse des unités statistiques et l'effectif maximum par population cible

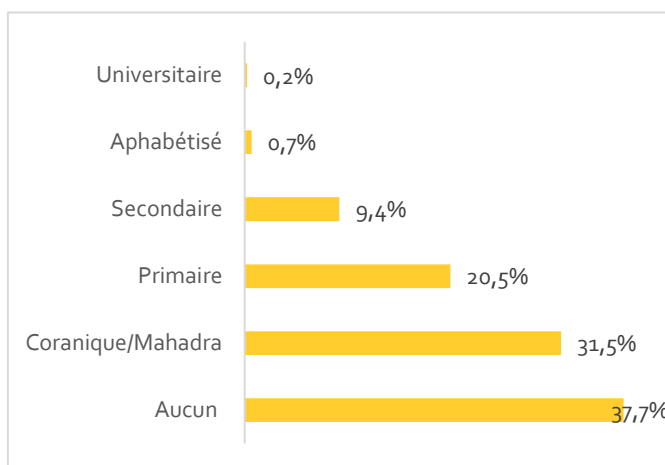
	Niveau national	Ghabou	Ould Yengé	Sélibabi	Total
Nombre de chefs de ménages pour les entretiens structurés	-	90	120	225	435
Nombre des responsables des structures de soins pour les entretiens structurés	-	04	06	13	23
Nombre d'entretiens semi-structurés avec les autorités sanitaires et administratives		04			04
Nombre d'entretiens semi-structurés avec les responsables d'organisations de protection sociale et d'assurance maladie (CNAM, CNSS, etc.) et mutuelles de santé	05	-	-	-	05
Nombre d'entretiens semi-structurés avec les partenaires internationaux (BIT, ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.)		05			05
Autres entretiens semi-structurés (microfinances, groupes socio-professionnels)		03			03
Nombre de groupe de discussion avec les responsables des organisations communautaires locales, organisations préexistantes et groupes socio-professionnels	-	01	01	02	04
Nombre de participants touchés par les groupes de discussion	-	20	20	25	65

► 6.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population cible

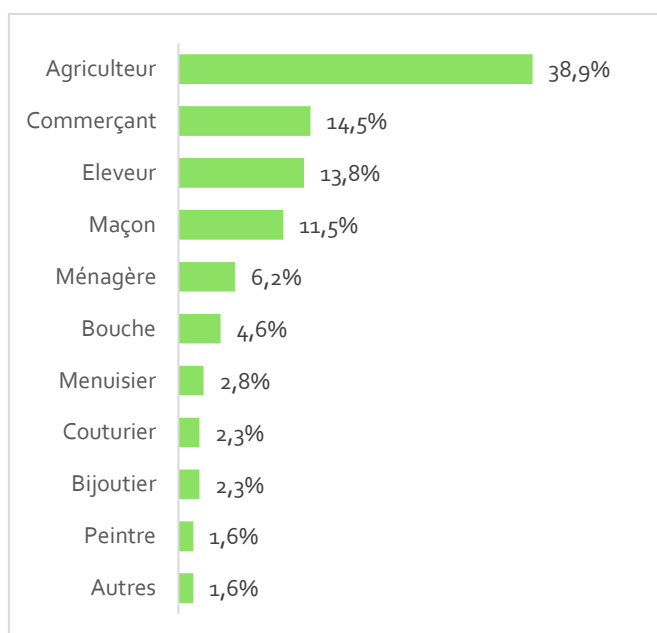
L'âge moyen des chefs de ménage était de 45,4 ans avec un écart type de 12,7 ans et des extrêmes de 19 et 80 ans. Sur l'ensemble de l'échantillon, la population vivant en milieu rural était la plus représentée avec 72,4%. Les hommes étaient les plus représentés avec 63%, mais l'analyse selon la Moughataa montre que, plus de deux tiers (69,2%) de ménages enquêtés à Ould Yengé sont dirigés par les femmes et que ces proportions varient entre 29,3% et 13,3% respectivement à Selibabi et Ghabou.

Graphique 1 : Répartition des chefs de ménage selon le niveau d'instruction complété

Concernant le niveau d'instruction complété, plus de deux tiers (69,2%) des enquêtés n'avaient jamais fréquenté l'école (aucun niveau d'instruction) ou avait une instruction coranique contre seulement 0,2% qui avaient un niveau universitaire (le plus élevé). Le détail selon le niveau d'instruction atteint est présenté dans le graphique suivant.



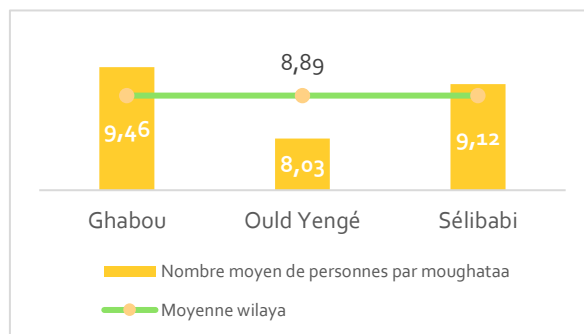
Graphique 2 : Répartition des chefs de ménage selon la catégorie socio-professionnelle



L'analyse selon la catégorie socio-professionnelle révèle que plus de 38% des chefs de ménage enquêtés étaient des agriculteurs, suivis des commerçants (14,5%) et des éleveurs (13,8%). Cela confirme bien la situation selon laquelle la willaya est considérée comme étant le grenier de la Mauritanie. Les autres catégories très variables étaient représentés par : la maçonnerie, la boulangerie, la restauration, la Mécanique, l'électricité, etc. Le graphique 2 présente la répartition des chefs de ménage selon la catégorie socio-professionnelle.

Graphique 3 : Nombre moyen de personne par ménage et par Moughataa

Concernant la composition des ménages dans la Wilaya de Guidimakha, sur l'ensemble de l'échantillon, le nombre moyen de personne par ménage est de 8,89. Comme le montre le graphique 3, il n'existe pas une disparité significative entre les moughataas : Ghabou (09,46), Ould Yengé (08,03) et Sélibabi (09,12).



Le tableau suivant présente le récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage dans la Wilaya de Guidimagha.

Tableau 3 : Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage dans la Wilaya de Guidimakha

Variables	Modalités	Effectif	Fréquence relative
Tranche d'âge des chefs de ménage	15 - 24	07	01,6
	25 - 34	46	10,6
	35 - 44	175	40,2
	45 - 54	88	20,2
	55 - 64	74	17,0
	65 et plus	45	10,3
Sexe	Féminin	161	37,0
	Masculin	274	63,0
Milieu de résidence	Urbain	120	27,6
	Rural	315	72,4
Niveau d'instruction	Aucun	164	37,7
	Alphabétisé	03	0,7
	Coranique/Mahadra	137	31,5
	Primaire	89	20,5
	Secondaire	41	09,4
	Universitaire	01	0,2
Catégorie socio-professionnelle	Agriculteur	169	38,9
	Commerçant	63	14,5
	Eleveur	60	13,8
	Maçon	50	11,5
	Ménagère	27	06,2
	Boucher	20	04,6
	Menuisier	12	02,8
	Bijoutier	10	02,3
	Couturier	10	02,3
	Peintre	07	01,6
	Autres	07	01,6
Nombre d'homme par ménage	0	18	04,1
	1 - 5	401	92,2
	6 - 10	15	03,4
	11 et plus	01	00,2
Nombre de femme par ménage	0	01	0,2
	1 - 5	420	96,6
	6 - 10	12	02,8
Nombre d'enfants < 15 ans par ménage	0	16	03,7

1 – 5	299	68,7
6 – 10	111	25,5
11 et plus	09	02,1

► 6.3. Éléments de faisabilité du système d'assurance maladie des populations du secteur informel de Guidimakha

Pour mettre en place un système d'assurance maladie viable au profit des populations de l'économie informelle, il est indispensable d'appréhender les conditions et situations socio-sanitaires qu'elles traversent et de recueillir leur avis sur la problématique. En outre, il s'agit de s'assurer si le programme à mettre en place répond à leurs besoins et comment ils peuvent contribuer à sa réussite.

6.3.1. Situation sanitaire

► Principaux problèmes de santé et maladies les plus fréquemment rencontrés

Selon les responsables et membres des organisations communautaires locales et groupes socio-professionnels, les principaux problèmes ou faiblesses du système de soins rencontrés dans la Wilaya de Guidimakha sont :

- > Manque de médecins spécialistes, sages-femmes, techniciens en radiologie.
- > Manque d'équipements comme les réactifs de laboratoire, lits d'hospitalisation.
- > Manque d'ambulance pour les évacuations.
- > Besoins non satisfaits en produits sanguins labiles.

Quant aux maladies les plus fréquemment rencontrées, nous avons :

- > Le paludisme
- > Les maladies diarrhéiques
- > L'hypertension artérielle
- > La malnutrition.

► Offre de soins et tarifs

Les différents types de prestations offertes par les structures de santé visitées et leur tarif sont présentés dans le tableau suivant.

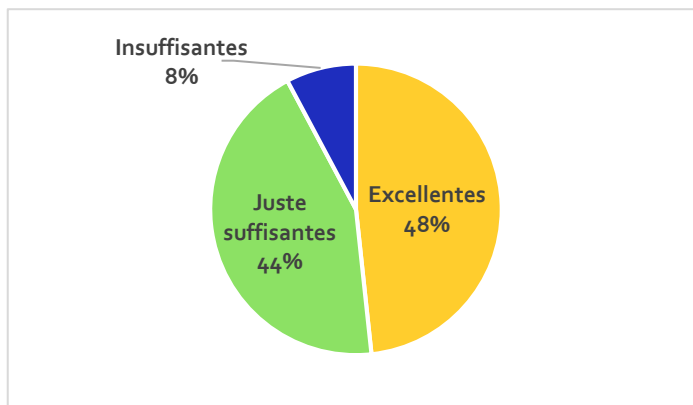
Tableau 4 : Types de prestations offertes par catégorie de structure de soins et tarifs

N°	Types de prestations	Poste de santé et centre de santé (Tarif moyen en MRU)	Centre Hospitalier Régional (Tarif en MRU)
1. Soins ambulatoires			
	Consultation médecin généraliste	30	100
	Consultation médecin spécialiste	50	200
	Consultation tri /primaire curative ICP	20	
	Soins divers (extraction, soins dentaires amalgame.)	40	Chaque acte 100, sauf extraction 200
2. Maternité			
	Consultation prénatale et postnatale	50	100
	Accouchement	200	1 000
	Vaccination PEV/SNP/PF	50	-
3. Hospitalisation			
	Hospitalisation	140	400
4. Laboratoire			
	Examen de laboratoire	150	200
5. Imagerie, Radiographie, Echographie			
	Radiographie	2 50	350
	Echographie	200	300
6. Références			
	Références	350	1 500

► Utilisation des services et qualité perçue

Concernant l'utilisation des services de santé, tous les répondants ont déclaré avoir déjà utilisé au moins une fois les services de santé.

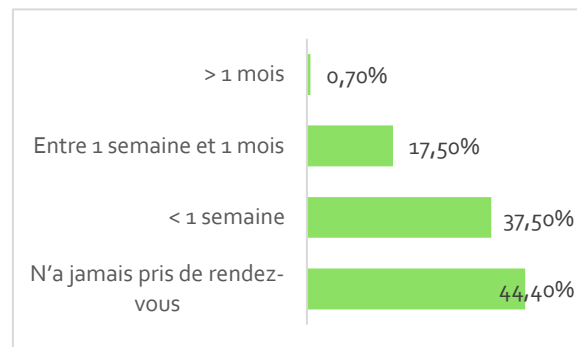
Graphique 4 : Perception des répondants sur les compétences du personnel soignant



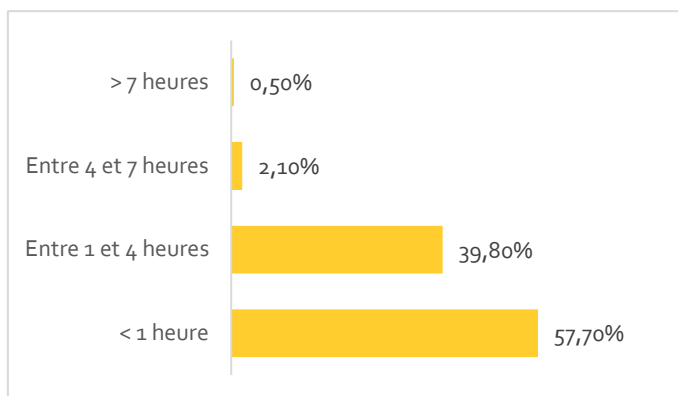
Sur l'ensemble de l'échantillon, 48,3% ont jugé « excellentes » les compétences du personnel soignant. Le graphique ci-dessous présente les avis des répondants sur les compétences du personnel soignant.

Graphique 5 : Temps d'attente pour l'obtention du dernier rendez-vous dans une structure de santé

Quarante-quatre pour cent des répondants n'avaient jamais pris de rendez-vous pour leur dernière consultation dans une structure de santé contre seulement 0,7% qui avaient attendu plus d'un mois pour leur dernier rendez-vous. La répartition de la durée d'attente pour l'obtention du dernier rendez-vous dans une structure de santé est présentée dans le graphique suivant.



Graphique 6 : Temps d'attente dans une structure de santé avant de recevoir les soins



Plus de la majorité des enquêtés avait attendu moins d'une heure dans une structure de santé pour se faire soigner contre seulement 0,5% qui avait attendu plus de 7 heures. La répartition du temps d'attente dans une structure de santé avant de recevoir les soins est présentée dans le graphique 6.

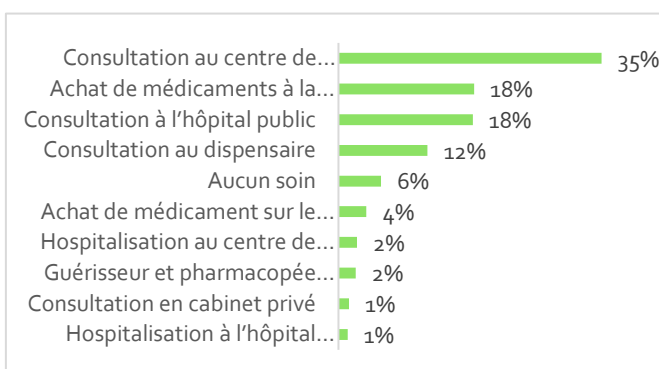
Lors de leur dernière consultation/hospitalisation, 17,5% des répondants ont déclaré avoir payé un pourboire moyen de 71,73 MRU \pm 44,94 avec des extrêmes de 10 et 200 MRU à certains membres du personnel. Au niveau des moughataas, le montant le plus élevé a été payé dans la moughataa de Sélibabi (94,1 MRU) et le moins élevé a été payé dans la Moughataa de Ould Yengé (40,7 MRU).

6.3.2. Situation de la demande

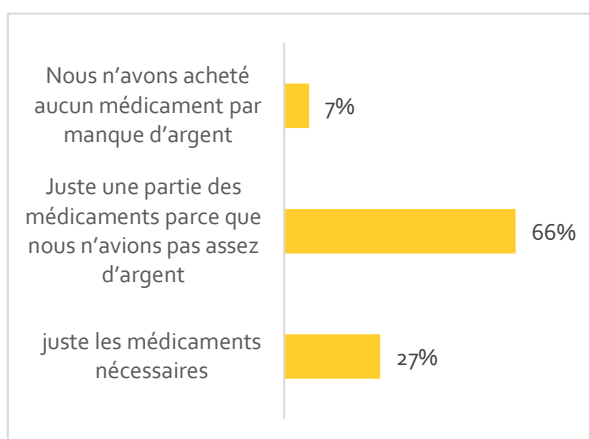
► Comportements en matière de consommation de soins de santé

Graphique 7 : Types de services utilisés lors du dernier épisode de maladie

Lors du dernier épisode de maladie, les trois types de services les plus utilisés étaient la consultation au centre de santé (35%), l'achat de médicaments à la pharmacie (18%) et la consultation à l'hôpital (18%). Environ 6% ont déclaré n'avoir pas eu recours aux soins par manque d'argent.



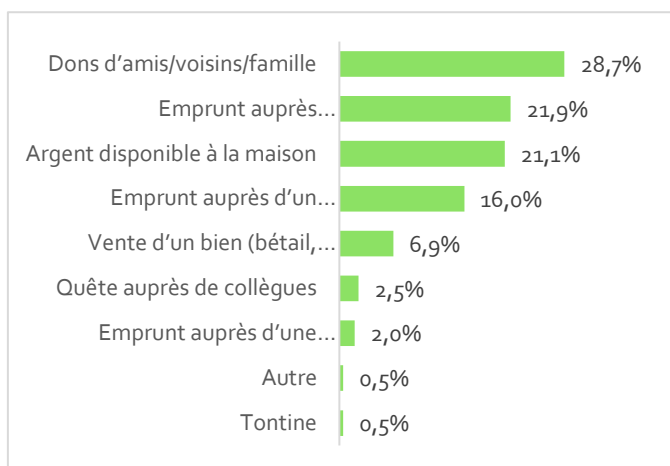
Graphique 8 : Répartition des ménages enquêtés selon les raisons de non achat des médicaments prescrits par un médecin lors de la dernière visite



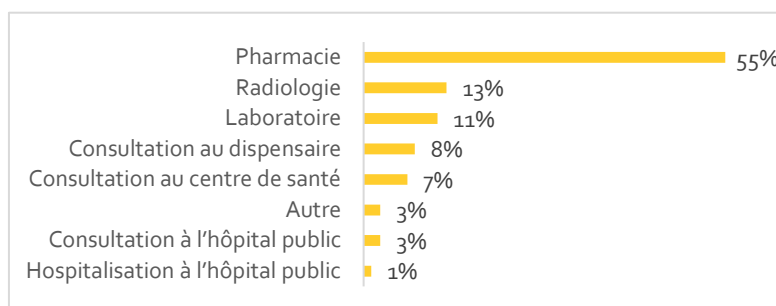
Environ 66% des enquêtés ont acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance lors de la dernière prescription d'un médecin. La majorité de ceux qui n'ont pas pu acheter tous les médicaments (66%) ont évoqué le manque d'argent. Le graphique ci-contre présente la répartition des ménages enquêtés selon les raisons de non achat de médicaments prescrits par un médecin lors de la dernière visite.

Graphique 9 : Sources de financement des soins lors de la dernière visite médicale

Afin de pouvoir payer les soins lors de la dernière visite médicale, les chefs de ménages enquêtés ont dû bénéficier essentiellement de dons d'amis/voisins/famille dans 28,7% des cas, d'un emprunt auprès d'amis/voisins/famille (21,9%) et de l'épargne (21,1%). Les détails des sources de financement des soins lors de la dernière visite médicale sont présentés dans le graphique 9.



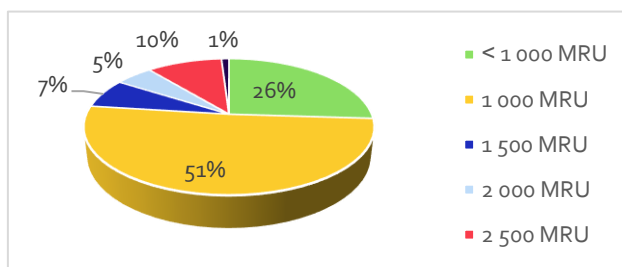
Graphique 10 : Répartition des chefs de ménage enquêtés selon les services manqués par défaut d'argent



Plus de la moitié des ménages concernés par la morbidité ont déclaré avoir manqué les services de pharmacie (55%), de radiologie (13%) et de laboratoire (11%) par défaut d'argent.

Graphique 11 : Montant de dépenses médicales entraînant le recours à une aide extérieure (prêt, don, crédit) ou à la vente d'un bien

Plus des trois quarts des enquêtés (77%) ont déclaré qu'à partir de dépenses médicales ≤ 1 000 MRU, ils ont besoin de recourir à une aide extérieure (prêt, don, crédit) ou à la vente d'un bien pour faire face aux dépenses de santé de leur famille.



► Attentes des ménages en matière d'assurance maladie

D'après les résultats de l'enquête auprès des ménages, les services prioritaires sur la base de la combinaison de plusieurs critères (utilité exprimée par les ménages, difficultés financières d'accès à ces services et utilisation actuelle) seraient :

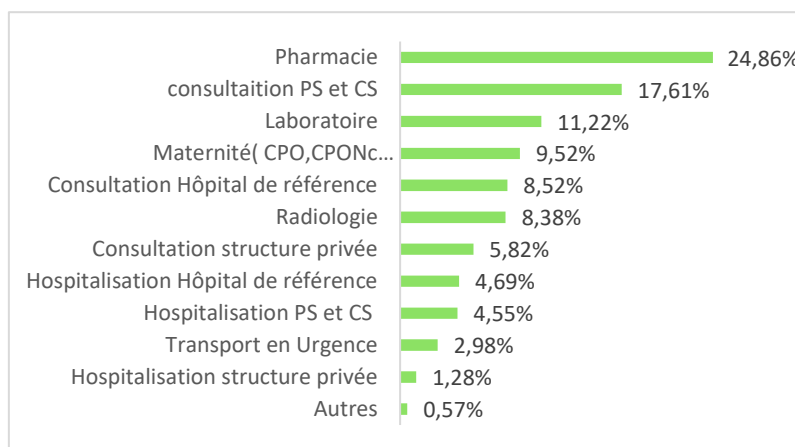
- > Accès aux médicaments dans les structures sanitaires publiques et pharmacies privées.

Et, dans une moindre mesure,

- > Consultations (PS CS ; dispensaire) ;
- > Services laboratoires ;
- > Maternités (CPN, CPON, Accouchements) ;
- > Laboratoire ;
- > Hospitalisations (structures publiques, structures privées).

Le graphique suivant présente les attentes des ménages en matière d'assurance maladie.

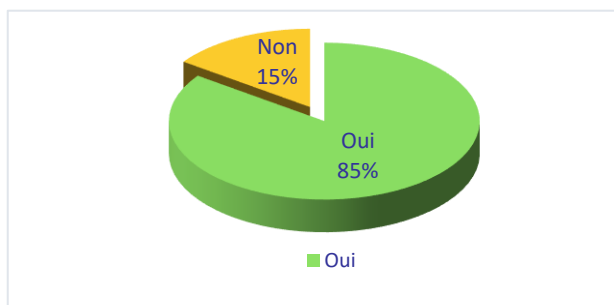
Graphique 12 : Attentes des ménages en matière d'assurance maladie.



6.3.3. Assurance maladie – propension d'adhésion – capacité contributive

► Connaissance de l'assurance maladie

Graphique 13 : Connaissance de l'assurance maladie

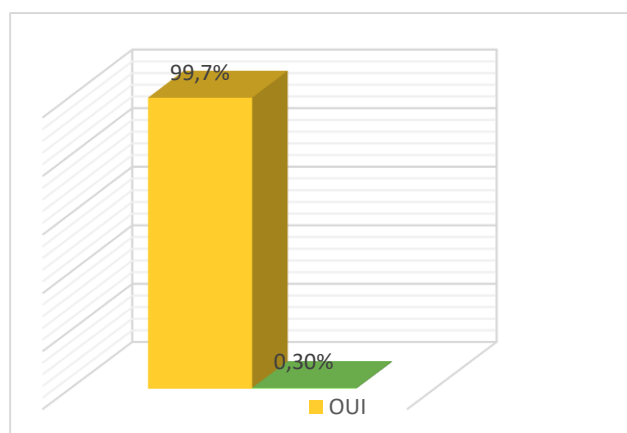


Les entretiens ont montré qu'environ 85% des personnes interrogées ont une notion ou ont déjà entendu parler de l'assurance maladie.

► Propension d'adhésion

Graphique 14 : Volonté d'adhérer à un système d'assurance maladie

En ce qui concerne la volonté d'adhérer à un système d'assurance maladie, 99,7% de la population rencontrée ont répondu favorablement contre 0,03% d'abstention. Il faut rappeler que toutes les personnes enquêtées affirment être les responsables dans le choix de l'adhésion de leur famille au système d'assurance maladie. Cette forte propension d'adhésion s'explique par les difficultés financières qu'éprouvent les ménages lors des différents épisodes de maladie rencontrés par les membres de leur famille.



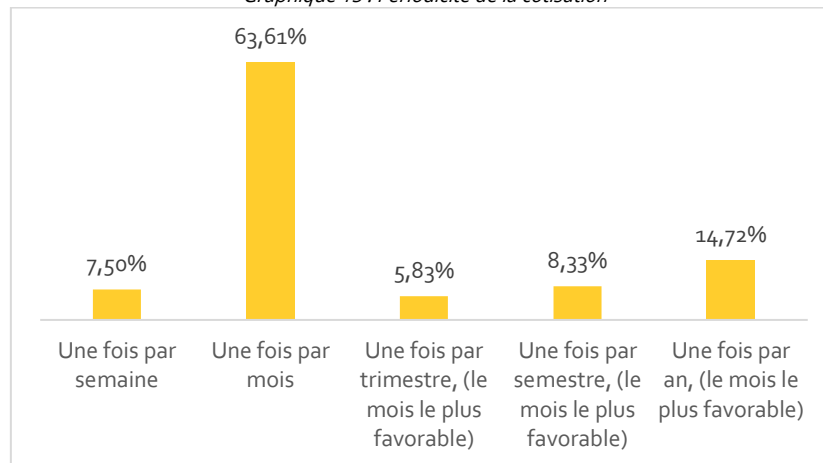
► Capacité contributive

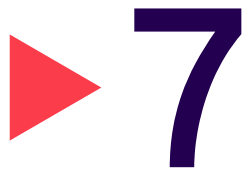
Après avoir analysé la volonté des ménages à adhérer au système d'assurance maladie des populations de l'économie informelle, l'étude s'est intéressée au montant et à la périodicité des cotisations à payer par chaque adhérent pour assurer sa prise en charge par ledit système.

Le montant moyen de la cotisation proposé dans l'ensemble est 58,2 MRU parmi les enquêtes, 76,3% se disent prêtes à payer moins de 50 MRU.

La population interrogée a indiqué avoir un revenu saisonnier qui se voit augmenter dans l'année entre le mois d'octobre de l'année en cours et celui de janvier de l'année suivante. Les périodicités hebdomadaires, mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle sont souhaitées pour les cotisations. Mais le choix d'une mensualisation des cotisations est largement prédominant. En effet, c'est le choix de près de 63,61 % des ménages observés. Par ordre d'importance suivent la cotisation annuelle (le mois favorable) avec 14,75% des observations et d'une cotisation semestrielle (8,33%).

Graphique 15 : Périodicité de la cotisation





Systeme de couverture proposé

► 7.1. Contexte politique et institutionnel

Suite à l'adoption de la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) en 2013, le Gouvernement mauritanien a développé une série d'outils et de programmes de protection sociale pour lutter contre les vulnérabilités profondément enracinées, la pauvreté chronique et l'insécurité alimentaire et la malnutrition liées aux chocs. Cependant, des interventions fragmentées et des lacunes critiques subsistent d'où une couverture limitée affectant la couverture et la qualité des programmes mis en œuvre.

Le gouvernement nouvellement élu (2019) s'engage à étendre la couverture de la protection sociale et à augmenter les attributions et le budget de la nouvelle Délégation Générale à la Solidarité Nationale et la Lutte Contre l'Exclusion (TAAZOUR).

La protection sociale est un droit ancien qui relève d'une succession de textes. Du point de vue légal, la Mauritanie a ratifié la Convention de l'OIT n°102 de 1952 relative à la Sécurité Sociale « norme minimum » en 1968. Le pays dispose de trois régimes de sécurité sociale : celui qui est géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) en faveur des travailleurs salariés du Code du Travail et du Code de la Marine Marchande ; (ii) celui qui est géré par la Caisse des Retraites de l'Etat en faveur des fonctionnaires et, enfin, (iii) celui de l'assurance maladie qui est géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladies (CNAM) et qui bénéficie les fonctionnaires, les militaires et les parlementaires.

Ce dernier a été créé par l'ordonnance N° 2005-006 portant institution d'un régime d'assurance maladie et a été récemment étendu à tous les établissements publics. Il y a également l'Office National de la Médecine du Travail (ONMT), régi par la loi 2004/017 du 6 juillet 2004 portant code du travail en son article 255, chargé de promouvoir et maintenir le bien-être physique, mental et social de tous les travailleurs.

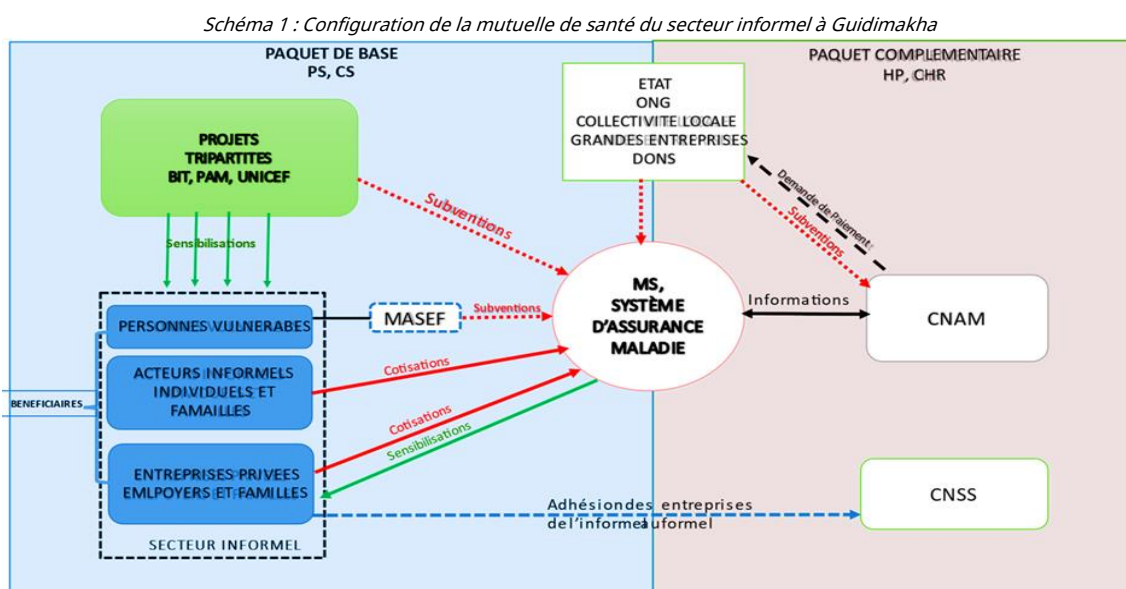
Le développement d'un modèle de protection sociale intégré dans la willaya de Guidimakha s'appuie sur une vision commune du gouvernement, des nations unies, la Banque Mondiale et des acteurs de la société civile en vue de soutenir le dialogue sur la protection sociale en Mauritanie.

Le cadre institutionnel implique les institutions de mise en œuvre des politiques de protection sociale. Les institutions au niveau stratégique et opérationnels sont (i) le ministère en charge des Affaires sociales de l'Enfance et de la Famille ;(ii) Ministère de la Santé ; (iii) Ministère de la Travail ; (iv) Ministère de l'Education nationale e ; (v) Ministère des Affaires Sociales de l'Enfance et de la Famille ; (vi) Ministère de l'Eau et de l'Assainissement ; (vii) Conseil Régional du Guidimakha ; (viii) Délégation Générale à la Solidarité Nationale et à la Lutte Contre l'Exclusion « TAAZOUR » ; (ix) Commissariat à la sécurité alimentaire ; (x) Caisse nationale de sécurité sociale ; (xi) Caisse nationale d'assurance maladie ; (xii) Organisations de travailleurs (UTM, CGTM, CLTM, CNTM) ; (xiii) Organisations patronales (UNPM) ; (xiv) Organisations de la société civile.

Bien qu'ayant adopté la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) en 2013, et développé une série d'outils et de programmes de protection sociale pour lutter contre les vulnérabilités profondément enracinées, la pauvreté chronique et l'insécurité alimentaire et la malnutrition liées aux chocs, le Gouvernement mauritanien n'a pas encore mis en place un mécanisme de protection sociale pour les populations vivant dans l'informel, une législation par rapport à l'assurance maladie ou la pérennité d'un système d'assurance maladie, nécessite un portage garanti par des textes et règlements.

► 7.2. Mécanisme de portage du risque

Le schéma suivant présente la configuration du **Système d'assurance** santé du secteur informel à Guidimakha.



Dans le schéma proposé, il y a 02 types de prestations : celles qui sont prises en charge dans le « paquet de base » et ceux du « paquet complémentaire ».

Un certain nombre d'acteurs sont impliqués dans le schéma de portage du risque selon le niveau de prise en charge. Nous avons : le système d'assurance-maladie proposé, les adhérents à ce système, les directions et services étatiques en charge des questions de protection sociale en général et d'Assurance-maladie en particulier, les partenaires techniques et financiers (PTF), ONG, etc.

Ces acteurs sont sollicités pour : le versement de subventions, la collecte de cotisations qui serviront à alimenter la trésorerie du système d'assurance-maladie devant assurer la prise en charge des prestations de soins

Les prestataires de soins seront les principaux acteurs de la prise en charge médicale dans la wilaya (Postes de santé, Centres de santé, Hôpitaux).

Pour la prise en charge du « paquet de base », des conventions de prestations seront signées entre le système d'assurance proposé et les prestataires de soins au niveau des

postes de santé et les Centres de santé de niveau 01. Ces conventions impliqueront également les organismes et projets/programmes qui accompagnent l'Etat mauritanien dans la mise en œuvre de sa politique de « Protection Sociale (Projet tripartite BIT, PAM, UNICEF) et qui accompagnent les populations dans l'amélioration de l'accès à l'assurance-maladie.

Pour le « paquet complémentaire » qui prend en charge les soins dits « lourds » surtout liés aux maladies chroniques, des conventions seront signées entre le SAM, les structures étatiques en charge des questions de protection sanitaire et sociale (CNAM et CNSS), les ONG qui interviennent dans l'assurance-maladie et les prestataires des Centres de Santé de niveau 02 et les hôpitaux.

Ces conventions, tant au niveau du « paquet de base » qu'au niveau du « paquet complémentaire » préciseront, entre autres :

- > Les types de prestations retenues.
- > Les quotes-parts de chaque partie prenante.
- > Le mécanisme de remboursement des frais de PEC.

Un important travail de plaidoyer devra être fait pour amener aussi bien les grandes entreprises, les collectivités locales, les PTF, les ONG, et l'Etat (CNAM, TEKKAVOUL) les dépositaires de la mise en œuvre de la politique d'extension de la couverture-maladie de prendre en charge des assurés dans le système d'assurance-maladie proposé à travers des subventions au niveau du « paquet complémentaire », quand bien même ceux-ci n'auraient pas « cotisé » à la CNAM ou ne seraient pas bénéficiaires des filets sociaux (cash transfert). Un plan progressif de dévotion totale à l'Etat qui sera élaboré de commun accord avec les différentes parties. Une mobilisation adéquate des ressources à travers ce vaste plaidoyer permettra de couvrir les charges du paquet complémentaire à au moins 80%.

Le système de co-paiement des soins proposé est le « Tiers-payant » à l'image des systèmes existant tels que la caisse de sécurité régionale mis en place par ENABEL. Ce système du tiers payant de l'Assurance Maladie présente de nombreux avantages et évite notamment à l'assuré (sous certaines conditions) de faire l'avance d'une partie de ses frais médicaux. Dans ce cas, l'assuré ne règle au professionnel de santé (médecin, pharmacien, établissement de soins, etc.) que la part des soins ou des médicaments non remboursés par l'Assurance Maladie (le ticket modérateur).

Le taux de quote-part pour chaque type de prestation est évalué dans l'étude de faisabilité après le test de plusieurs scénarii.

Le système proposé, surtout au niveau du paquet complémentaire, s'il est adopté après négociation et plaidoyer auprès des différentes parties prenantes visées, sera une véritable ajoutée par rapport au système général d'assurance-maladie en ce qu'il va réduire la quote-part qui devait revenir à la CNAM surtout en ce qui concerne la PEC des maladies chroniques et les soins lourds.

7.2.1. Adhésion au système d'assurance maladie

La qualité de membre est assujettie au paiement de droits d'adhésions dont le montant pourra faire référence aux autres systèmes existants dans le pays tel que les Caisses Régionales de Solidarité Santé, et dans les pays de la sous-région (Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Burkina Faso, etc.) compris entre 1 000 et 2 000 F CFA, soit environ 65,5 et 130 MRU. Le montant moyen d'adhésion par ménage proposé est de 100 MRU pour ce système d'assurance maladie du secteur informel.

Une fois devenu membre, l'adhérent achète un livret de membre dans lequel sont identifiés l'ensemble de ses ayants droits et le suivi de toutes ses cotisations mensuelles.

S'étant acquitté de ces obligations, l'adhérent est membre de facto de l'Assemblée Générale du système de micro-assurance maladie.

Dans le système proposé les adhérents ciblés sont :

- > Les acteurs du secteur informel et leurs familles.
- > Les entreprises du secteur informel, leur personnel et leurs familles.
- > Les personnes vulnérables du secteur informel, principalement les handicapés de toute catégorie.

Pour les organisations professionnelles, les entreprises du secteur informel et les organisations communautaires de base, un système d'adhésion collective (ou groupée) est envisagé.

Un accent particulier sera mis sur le plaidoyer pour la formalisation des entreprises de l'informel qui ne seraient pas en « règle » avec les institutions de l'Etat (CNSS entre autres).

7.2.2. Cotisations

Le mode de détermination de la cotisation est inspiré de celui du STEP BIT présenté en annexe 5 du rapport. Cette détermination de la cotisation s'est faite sur la base de deux paquets de prestations qui seront couverts dans le cadre ce mécanisme d'assurance maladie à savoir d'une part un paquet de base délivré au niveau des postes et centres de santé et d'autre part le paquet complémentaire au niveau de l'hôpital régional de la Willaya.

En ce qui concerne les cotisations, les montants calculés s'élèvent à 35,8 MRU pour le paquet de base et 18,3 MRU pour le paquet complémentaire, ce qui revient à un total de 54,1 MRU par personne et par mois pour bénéficiaire du paquet complet. Ces montants ne sont pas éloignés des estimations et des paramètres de mise en œuvre de la caisse de solidarités régional dans le cadre du projet ENABEL.


► 7.3. Paquet d'interventions couvert et autres modalités

Le scénario proposé prend en compte autant le paquet de base que le paquet complémentaire avec les quotes-parts de prises en charge par le système d'assurance maladie qui vont de 80 à 100% pour une cotisation mensuelle de 54 MRU. Ce paquet est très attractif si on le compare aux systèmes en vigueur en Mauritanie.

Il est joint en annexe 6, le scénario qui a été retenu en lien avec les types de prestations retenus et les cotisations qui devraient permettre la prise en charge de ces prestations.

Tableau 5 : Types de prestations et quote part du système d'assurance maladie

N°	Types de prestations	Taux de Prise en charge par le système d'assurance maladie
PAQUET DE BASE (PS, CS1 et CS2)		
1	Soins ambulatoires	
	Consultation médecin généraliste	100%
	Consultation médecin spécialiste	80%
	Consultation tri /primaire curative ICP	80%
	Soins divers (extraction, soins dentaires etc.)	80%
2	Maternité	
	Consultation (prénatale et post natale)	100%
	Accouchement	-
	Vaccination PEV/SNP/PF	100%
3	Hospitalisation	
	Hospitalisation	80%
4	Laboratoire	
	Examens de laboratoire	80%
5	Dépenses moyennes de médicaments par cas	
	Médicaments IB/ Génériques	100%
N°	Types de prestations	Taux de Prise en charge par le système d'assurance maladie, ETAT, Collectivités locales, ONG...
PAQUET COMPLEMENTAIRE (CS2 et Hôpitaux)		
1	Soins ambulatoires	
	Consultation médecin spécialiste	80%
2	Hospitalisation	
	Hospitalisation	80%
3	Laboratoire	
	Examens de laboratoire	80%
4	Imagerie, Radiographie, Echographie, Scanner, IRM	
	Radio simple	80%
	Echographie	80%
	Scanner	80%
5	Références	
	Références	-
6	Dépenses moyennes de médicaments par cas	
	Médicaments de spécialité par cas	80%
7	Intervention chirurgicale	
	Césarienne	-
	Autres interventions chirurgicales	80%



8

Gouvernance - organigramme du système

► 8.1. Mise en place d'un Comité d'Initiative

A la suite de la démonstration de la faisabilité du système d'assurance-maladie, un comité d'initiative sera mis en place. Il est composé des représentants :

- > Des populations locales à travers les responsables des communautés de base et les autorités coutumières et religieuses.
- > Des entrepreneurs et des travailleurs de l'économie informelle.
- > Des responsables des formations sanitaires

Ce comité d'initiative avec à sa tête un Coordonnateur, a pour rôle et mission de conduire le processus devant aboutir à l'organisation de l'Assemblée Générale Constitutive (AGC) du système d'AM. A ce titre elle aura en charge l'élaboration d'un Plan d'Action (PA) comprenant.

- > Des activités de sensibilisation.
- > L'organisation et la mise en œuvre de la collecte des adhésions (fiches d'adhérent et de collecte des cotisations...).
- > La préparation des textes statutaires et réglementaires du SAM.
- > La préparation et l'organisation de l'AGC.

► 8.2. Textes réglementaires

Le système d'assurance maladie à mettre en place devra se doter de textes statutaires et réglementaires en l'occurrence : des statuts et un règlement intérieur. Ceux-ci seront élaborés par le comité d'initiative et devront être approuvés lors de l'Assemblée Générale Constitutive du SMA.

► 8.3. Organisation d'une Assemblée Générale Constitutive

Selon le délai prescrit par le plan d'action, une AGC sera convoquée et à laquelle ne participeront que les personnes s'étant acquitté de leurs droits d'adhésion. L'ordre du jour de cette AGC sera précisé dans les convocations.

Lors de cette AGC, le Coordonnateur du Comité d'Initiative fera un rapport d'activités et le trésorier un rapport financier sur l'état des adhésions. Les textes statutaires et réglementaires seront portés à la connaissance et à l'approbation de l'AGC.

Les organes statutaires autres que l'AG seront constitués. Il s'agit du Conseil d'Administration (CA) et du Conseil de Surveillance.

Un Bureau Exécutif (ou Comité Directeur) sera issu du CA.

► 8.4. Missions et rôles des organes statutaires

Les organes statutaires d'un SAM sont au nombre de 03. Il s'agit :

- > De l'Assemblée Générale.
- > Du Conseil d'Administration duquel est issu le Bureau Exécutif (ou Comité Directeur).
- > Du Conseil de Surveillance.

Leurs rôles et missions seront déclinés dans les statuts et règlement intérieur du SAM.

Généralement, l'Assemblée Générale (AG) est définie comme instance suprême du SAM. Elle a comme compétence :

- > La définition des orientations fondamentales du SAM.
- > De contrôler la saine administration du système.
- > De modifier les statuts et règlement intérieur.
- > D'élire les membres des organes de délibération et de fixer leurs pouvoirs.
- > D'approuver le choix des administrateurs du SAM.
- > D'adopter le budget.
- > De définir le paquet des prestations.
- > De déterminer le taux de la cotisation
- > Etc.

Le Conseil d'Administration (CA) a pour mandat de veiller au bon fonctionnement et à la bonne gestion du SAM. Généralement il est chargé :

- > De veiller à l'application des délibérations de l'AG.
- > D'assurer le respect des prescriptions légales, statutaires et réglementaires.
- > De définir la politique de gestion des ressources du SAM et de rendre compte périodiquement de son mandat à l'AG dans les conditions fixées par les statuts et RI

Le CA a également compétence pour examiner et se prononcer sur les différents que peut soumettre, le cas échéant, le Conseil de Surveillance. Le CA adopte aussi les budgets prévisionnels annuels du SAM

Le Bureau Exécutif (ou Comité Directeur) qui tire sa légitimité du CA et dont les membres sont élus par le CA, a pour fonction de :

- > S'occuper de l'administration quotidienne du SAM.
- > Préparer le budget et de veiller à sa bonne exécution une fois approuvé.
- > Présenter l'exécution budgétaire et les comptes annuels du système au CA.
- > Faire toute proposition utile au CA en vue d'une meilleure atteinte des objectifs du système.
- > Négocier des conventions et accords après les avoir soumis au CA.
- > Gérer les biens et les fonds du système.
- > Assurer les liaisons entre les membres du système et son administration.
- > Négocier avec les prestataires de soins et défendre les intérêts des membres du système.

Le Conseil de Surveillance, élu par l'AG est chargé de la surveillance de la régularité des opérations du SAM et du contrôle de la gestion administrative et financière. Il a en charge de :

- > Contrôler l'exécution des décisions prises par l'AG.
- > Proposer des améliorations du système de gestion.
- > Garantir le fonctionnement efficient des divers organes du SAM autres que l'AG.
- > Contrôler l'exactitude de la comptabilité.
- > Veiller au respect du RI.
- > Recueillir les plaintes des membres concernant les services offerts.
- > Requérir la personne de l'organe compétent pour effectuer une tâche non accomplie et lui enjoindre de d'appliquer les procédures requises.
- > Examiner et de décider de l'éligibilité des membres devant participer à l'AG.



9

Règles de fonctionnement

Les ressources d'un SAM proviennent principalement des droits d'adhésion et des cotisations de ses membres. Les montants de ces droits d'adhésion et cotisations sont fixés par l'AG et inscrits dans les statuts et RI du SAM.

Un tel système peut aussi recevoir des dons, legs de particuliers et de subventions de l'Etat. De plus il peut mettre en œuvre des activités génératrices de revenus (AGR) pour améliorer ses ressources propres.

Dans le système proposé, il est beaucoup attendu de la part de l'Etat mauritanien à travers ses programmes d'extension de la couverture d'assurance-maladie et ses projets/programmes de « Filets sociaux » dans le domaine de la Protection Sociale...

Ces subventions seront importantes surtout pour la prise en charge du « paquet complémentaire » qui comprend les maladies chroniques dont la prise en charge pèserait beaucoup sur les ressources du SAM.



10

Suivi - Évaluation

Cadre de performance



▶ 10.1. Dispositif et outils de S/E

Un dispositif de Suivi/Evaluation (S/E) sera mis en place et comprendra la méthodologie, les outils et les ressources humaines nécessaires à sa mise en œuvre.

En l'absence d'un logiciel de S/E, un support en « Excel » sera mis à disposition de l'initiative et permet de déterminer et de suivre les principaux indicateurs de performance : taux de pénétration, nombre d'adhérents/bénéficiaires à jour, taux de recouvrement des cotisations, taux de sinistralité, taux de couverture des charges techniques par les produits....

La ressource humaine chargée de la gestion quotidienne du SAM sera capacitée sur l'exploitation de l'outil de S/E.

Un rapport de S/E sera produit chaque trimestre est soumis au Bureau Exécutif qui après étude le soumettra au CA.

▶ 10.2. Suivi par le Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance a un rôle important dans le suivi autant des activités que des opérations comptables et financières du SAM. Aussi, il organisera des missions de contrôle mensuelles auprès du (de la) gestionnaire.

Le Conseil suivra aussi l'effectivité de la mise en œuvre du plan d'action approuvé lors de l'AG.


▶ 10.3. Réunions statutaires

Les statuts et le règlement intérieur du SAM, prévoient des rencontres dites statutaires périodiques (généralement mensuelles pour le Bureau Exécutif et trimestrielles pour le CA). Ces rencontres sont l'occasion d'échanger sur les rapports produits et de faire la situation du SAM).

▶ 10.4. Assemblées générales ordinaires et extraordinaires

Elles sont tenues tous les ans pour les AGO et en cas d'urgence pour les AGE. Elles sont l'occasion, pour les AGO de communiquer avec les adhérents et de porter à leur connaissance tout ce qui a été réalisé au cours de l'année. Ainsi, les résultats de l'exercice sont exposés : le montant des droits d'adhésion et des cotisations collectées, les montants des charges techniques, des charges administratives, le nombre de rencontres statutaires tenues, les indicateurs de performances.

Ce sont des moments importants dans la vie d'un SAM dès lors qu'ils permettent aux responsables de communiquer avec les membres et sont l'occasion pour ceux-ci de mesurer le degré d'exécution du plan d'action qu'ils ont validé lors de la précédente AG.



11

Viabilité du système d'assurance-maladie proposé

▶ 11.1. Viabilité économique

Renforcement des ressources hors cotisations et adhésion des SAM.

- ▶ La mise en place de fonds d'appui des capacités économiques des mutualistes. En effet pour soutenir la régularité de la cotisation, les adhérents ont besoin d'avoir des ressources stables que peut leur assurer la mise en œuvre d'activités génératrices de revenus. La régularité des cotisations a pour effet d'améliorer le taux de recouvrement desdites cotisations et donc de stabiliser la situation financière des SAM.
- ▶ La mise en œuvre d'AGR par les mutuelles de santé elles-mêmes : après atteint d'un certain niveau de réserves, la Mutuelle pourra en utiliser une partie.

▶ 11.2. Viabilité institutionnelle

Renforcement des capacités des administrateurs, gestionnaires et contrôleurs des SAM, gage d'une bonne gestion d'un mécanisme inclusif et porté par leurs membres. Une bonne gestion c'est aussi une appropriation par les membres des organes statutaires des principes de redevabilité.

Le respect des engagements pris aussi bien envers les membres qu'avec les autres partenaires (prestataires de soins) et des dispositions statutaires et réglementaires sont un élément fondamental qui participe à renforcer la confiance et à fidéliser tous les partenaires.

Renforcement de la volonté politique d'accompagner le système ainsi que la mise en place d'un cadre institutionnel qui favorise la promotion et le développement du système d'assurance.

▶ 11.3. Viabilité liée à l'environnement

Il faudra maintenir la dynamique d'adhésion au système par un effort continu de sensibilisation. Il faudra aussi raffermir les relations avec : les autorités sanitaires, les autorités locales, les prestataires de soins et les structures d'appui.

▶ 11.4. Viabilité socio-culturelle

Il faudra que les responsables fassent sentir la présence de l'Institution par leur implication et leur accompagnement lors d'événements sociaux (heureux comme malheureux). Cela contribue à renforcer le sentiment des membres d'être considérés éléments importants d'une même famille où bonheur et malheur se partagent.

Le système d'assurance devra aussi élargir ses domaines d'intervention dans la « Prévention sanitaire », de « l'Hygiène-assainissement », de la « Nutrition des femmes et des enfants », toutes choses qui contribuent à la baisse des taux de prévalence aux maladies.

▶ 12

Plan de mise en œuvre

Le plan de mise en œuvre fait référence à la suite de la confirmation de la faisabilité de l'initiative.

Tableau 6 : Plan de mise en œuvre

Résultats / Activité	Mois				
	M1	M2	M3	M4	M5
Conception du projet/dispositif d'assurance maladie du secteur informel et le faire adopter par les parties prenantes	X				
R1 : Une structure de mise en œuvre du système d'assurance-maladie est fonctionnelle					
A1.1 : Mise en place d'un comité d'initiative (CI)	X				
A1.2 : Formation de base des membres du CI sur l'assurance maladie	X				
A1.3 : organisation de séances de sensibilisation et de recueil des adhésions	X	X			
A1.4 : Préparation et organisation de l'Assemblée Générale Constitutive			X		
R2 : Le système d'assurance maladie est fonctionnel					
A2.1 : Mise en place des outils de gestion administrative, comptable et financière du SAM			X		
A2.2 : Formation en gestion administrative, comptable et financière de membres des organes statutaires			X		
A2.3 : Formation en techniques de contrôle des membres du Conseil de Surveillance			X		
A2.4 : Réunions statutaires, Suivi/Evaluation			X	X	X



13

Références

1	Dosse Mawussi Djahini-Afawoubo, Atake Esso-Hanam. Extension de l'assurance maladie obligatoire aux travailleurs du secteur informel au Togo. Santé Econ Rev. 17 sept. 2018 ; 8 (1) : 22.	DOI : 10.1186 / s13561-018-0208-4
2	Hengjin Dong, Bocar Kouyate, John Cairns, Frédéric Mugisha, Rainer Sauerborn. Volonté de payer pour l'assurance communautaire au Burkina Faso. Santé Econ 2003 octobre ; 12 (10) : 849-62.	DOI : 10.1002 / hec.771
3	Ileana VILCU, Lilli PROBST, Bayarsaikhan DORJSUREN, Inke MATHAUER. Couverture d'assurance maladie subventionnée des personnes du secteur informel et des groupes de population vulnérables : tendances de la conception institutionnelle en Asie. Int J Equity Health. 2016 Oct 4 ; 15(1) :165.	DOI : 10.1186/s12939-016-0436-3
4	Mireia Jofre-Bonet, Joseph Kamara. Volonté de payer pour l'assurance maladie dans le secteur informel de la Sierra Leone. PLoS One. 16 mai 2018 ; 13 (5) : e0189915.	DOI : 10.1371 / journal.pone.0189915
5	O Sagna, Je suce, À Dia, FL Sall, S Diouf, J Mendy, O Ka, B Kassoka. Etude de la préférence des consommateurs sur la stratégie de développement de la couverture sanitaire universelle à travers la mutuelle de santé dans la région de Ziguinchor, sud-ouest du Sénégal. Bull Soc Pathol Exot. 2016 août ; 109 (3) : 195-206.	DOI : 10.1007 / s13149-016-0508-z
6	Teguh Dartanto, Wahyu Pramono, Alvin Ulido Lumbanraja, Chairina Hanum Siregar, Hamdan Bintara, Nia Kurnia Sholihah, Usman. Inscription des travailleurs du secteur informel dans le système national d'assurance maladie en Indonésie : une étude qualitative. Hélyon. 2 novembre 2020 ; 6 (11) : e05316.	DOI : 10.1016 / j.heliyon.2020.e05316
7	Tsega Hagos Mirach, Getu Debalkie Demissie, Motos Gashaw Andargie. Déterminants de la mise en œuvre de l'assurance maladie à base communautaire dans la zone ouest de Gojjam, nord-ouest de l'Éthiopie : conception d'une étude transversale à base communautaire. BMC Health Serv Res. 2 août 2019 ; 19 (1) : 544.	DOI : 10.1186 / s12913-019-4363-z
8	Vincent Okungu, Jane Chuma, Di McIntyre. Le coût des soins de santé gratuits pour tous les Kenyans : évaluer la viabilité financière des mécanismes de financement contributifs et non contributifs. Int J Equity Health. 27 février 2017 ; 16 (1) : 39.	DOI : 10.1186 / s12939-017-0535-9
9	Vincent Okungu, Jane Chuma, Stephen Mulupi, Diane McIntyre. Extension de la couverture aux populations du secteur informel au Kenya : préférences de conception et implications pour la politique de financement. BMC Health Serv Res. 9 janvier 2018 ; 18 (1) : 13.	DOI : 10.1186 / s12913-017-2805-z
10	Yewande Kofoworola Ogundeji, Babatunde Akomolafe, Kelechi Ohiri, Nuhu Natie Butawa. Facteurs influençant la volonté et la capacité de payer pour l'assurance maladie sociale au Nigéria. PLoS One. 2 août 2019 ; 14 (8) : e0220558.	DOI : 10.1371 / journal.pone.0220558



14

Annexes

ANNEXE 1.

Critères de sélection des populations ciblées dans l'étude

Tableau 7 : Populations de l'étude et critères de sélection

Populations cibles	Critères de sélection
Chefs de ménage	Être chef de ménage et âgé(e) de 18 ans et plus au moment de la collecte des données. Être dans le secteur informel Disponible au moment de la collecte des données Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude
Responsables des structures de soins	Tout professionnel de santé du secteur public comme privé ayant une bonne connaissance des questions de la couverture santé universelle Disponible au moment de la collecte des données Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude
Autorités sanitaires nationales et locales	Toute autorité sanitaire nationale et locale ayant une bonne connaissance des questions de la couverture santé universelle Disponible au moment de la collecte des données Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude
Responsables de la CNAM	Tout responsable de la CNAM disponible au moment de la collecte des données Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude
ONG/Partenaires internationaux (BIT, ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.)	Tout partenaire international œuvrant pour la couverture santé universelle Disponible au moment de la collecte des données Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude
Responsables des organisations communautaires locales et organisations préexistantes	Tout responsable des organisations communautaires locales et organisations préexistantes ayant une bonne connaissance des questions de la couverture santé universelle Disponible au moment de la collecte des données Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude
Groupes socio-professionnels	Tout groupe socio-professionnel ayant une bonne connaissance des questions de la couverture santé universelle Disponible au moment de la collecte des données Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude

ANNEXE 2.

Outils

► Questionnaire pour les chefs de ménage

Code Ménage : ----- Date : ----/ ----/-----

1. Identification (agent de collecte et structure cible)

1. Nom de l'agent de collecte :
2. Veuillez préciser la moughataa :

2. Caractéristiques du chef de ménage

3. Sexe

- Féminin Masculin

4. Quel est votre âge ?

5. Quel est votre plus haut niveau d'instruction que vous avez complété ?

- N'a jamais fréquenté l'école Coranique Primaire
 Secondaire Universitaire Autre
 Refus de répondre

5.1. Si autre niveau d'instruction, veuillez préciser

6. Quels sont vos domaines d'activité ?

- Agriculture Menuiserie Bijouterie
 Sculpture Tissage Couture
 Cordonnerie Peinture Restauration
 Transport urbain Coiffure Réparation mécanique
 Réparation électrique Maçonnerie Elevage
 Commerce Autre Refus de répondre

6.1. Si autre domaine d'activité, veuillez préciser

3. Qualité perçue des structures sanitaires

7. Avez-vous déjà utilisé une structure sanitaire ?
 Oui Non
8. Les compétences du personnel soignant étaient-elles ?
 Excellentes Juste suffisantes Insuffisantes
9. Le personnel soignant avait-il pris le temps de vous écouter ?
 Oui Non
 Refus de répondre
10. Est-ce que les femmes sont soignées par du personnel féminin ?
 Oui Non
 Refus de répondre
11. Lors de votre dernière consultation/hospitalisation avez-vous dû payer des pourboires à certains membres du personnel ?
 Oui Non
 Refus de répondre
- 11.1. Si oui, veuillez préciser le montant payé
12. Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant de vous faire soigner ?
 < 1 heure Entre 1 et 4 heures
 Entre 4 et 7 heures > 7 heures
13. Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant d'avoir un rendez-vous ?
 N'a jamais pris de rendez-vous < 1 semaine
 Entre 1 semaine et 1 mois > 1 mois
14. Est-ce que les heures de démarrage des activités de la formation sanitaire sont compatibles avec votre activité professionnelle ?
 Oui Non
15. Est-ce qu'il arrive que certains membres du personnel de santé soient absents pendant les heures d'ouverture ?
 Oui Non
 Refus de répondre

16. La dernière fois que le médecin de la formation sanitaire vous a prescrit une ordonnance de médicaments :

- Tous les médicaments étaient disponibles à la pharmacie de la FS Certains médicaments prescrits n'étaient pas disponibles

4. Fréquence de recours aux soins

17. Composition de la famille du chef de ménage

	Hommes	Femmes	Enfants (< 15 ans)
Nombre			

18. Est-ce que des personnes ont été malades dans votre famille dans l'année (hors accouchement)

- Oui Non

NB : si des personnes ont été malades plusieurs fois, ne les compter qu'une fois

Si oui, combien de personnes ont été malades au moins 1 fois ?

Enfants : Femmes adultes : Hommes adultes :

19. Est-ce qu'il y a eu des naissances dans votre famille dans l'année ?

- Oui Non

19.1. Si oui, combien d'accouchements ?

20. Lors de la dernière maladie dans votre famille, quel type de soins avez-vous utilisé?
(Plusieurs réponses possibles)

- Aucun soin Achat de médicament sur le trottoir
 Consultation au dispensaire Consultation au centre de santé
 Consultation à l'hôpital public Consultation en cabinet privé
 Consultation en clinique Guérisseur et pharmacopée traditionnelle
 Achat de médicaments à la pharmacie Hospitalisation au centre de santé
 Hospitalisation à l'hôpital public Hospitalisation en clinique
 Autre

20.1. Si « aucun soin », pourquoi ?

20.2. Si autre type de soins, veuillez préciser

21. Comment avez-vous trouvé l'argent pour payer ces soins ?

- Argent disponible à la maison Vente d'un bien (bétail, bijoux, outils de travail...)
 Emprunt auprès d'amis/voisins/famille Emprunt auprès d'une institution financière
 Emprunt auprès d'un commerçant Dons d'amis/voisins/famille
 Quête auprès de collègues Tontine
 Autre

21.1. Si autre source d'argent pour le paiement de ces soins, veuillez préciser

.....

22. La dernière fois qu'un médecin a prescrit une ordonnance de médicaments (à vous ou à un membre de votre famille), avez-vous acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance ?

- Oui Non

22.1. Si non, pourquoi ?

- Nous n'avons acheté que les médicaments nécessaires
 Nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que nous n'avions pas assez d'argent
 Nous n'avons acheté aucun médicament par manque d'argent

23. Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez dû au moins une fois au cours de l'année passée renoncer par manque d'argent à l'un des services suivants ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Pharmacie | <input type="radio"/> Radiologie |
| <input type="radio"/> Laboratoire | <input type="radio"/> Consultation au dispensaire |
| <input type="radio"/> Consultation au centre de santé | <input type="radio"/> Consultation à l'hôpital public |
| <input type="radio"/> Consultation en cabinet privé | <input type="radio"/> Consultation en clinique |
| <input type="radio"/> Hospitalisation au centre de santé | <input type="radio"/> Hospitalisation à l'hôpital public |
| <input type="radio"/> Hospitalisation en clinique | <input type="radio"/> Autre |

23.1. Si autre service, veuillez préciser

24. A partir de quel montant de dépenses médicales avez-vous besoin de recourir à une aide extérieure (prêt, don, crédit) ou à la vente d'un bien ? UM = Unités monétaires

- 10 000 UM
 15 000 UM
 20 000 UM
 25 000 UM
 30 000 UM
 Autre

24.1. Si autre montant de dépenses médicales, veuillez préciser

25. Avez-vous déjà entendu parler de l'assurance santé ?

- Oui Non

26. Est-ce que vous seriez intéressé(e) par un système d'assurance santé ?

- Oui Non

26.1. Si oui, veuillez expliquer brièvement en quoi cela consiste

26.2. Si oui, vous souhaiteriez que ce système couvre quels services de santé en priorité ?

Ne cocher que 04 services au maximum

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Pharmacie | <input type="radio"/> Radiologie |
| <input type="radio"/> Laboratoire | <input type="radio"/> Consultation au dispensaire |
| <input type="radio"/> Consultation au centre de santé | <input type="radio"/> Consultation à l'hôpital public |
| <input type="radio"/> Consultation en cabinet privé | <input type="radio"/> Consultation en clinique |
| <input type="radio"/> Hospitalisation au centre de santé | <input type="radio"/> Hospitalisation à l'hôpital public |
| <input type="radio"/> Hospitalisation en clinique | <input type="radio"/> Maternité (CPO, accouchement, CPON) |
| <input type="radio"/> Transport en urgence | <input type="radio"/> Autre |

26.2.1. Si autre service de santé en priorité, veuillez préciser

26.3. Si non, pourquoi ?

27. Quels sont les mois de l'année durant lesquels vos revenus sont les plus importants?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Janvier | <input type="radio"/> Février |
| <input type="radio"/> Mars | <input type="radio"/> Avril |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> Juin |
| <input type="radio"/> Juillet | <input type="radio"/> Août |
| <input type="radio"/> Septembre | <input type="radio"/> Octobre |
| <input type="radio"/> Novembre | <input type="radio"/> Décembre |

28. Si vous adhérez à un système de micro-assurance santé, selon quelle fréquence et à quelles périodes pourriez-vous cotiser ?

- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Une fois par trimestre, (le mois le plus favorable)
- Une fois par semestre, (le mois le plus favorable)
- Une fois par an, (le mois le plus favorable)

29. Quel montant seriez-vous prêts à cotiser par personne ?

30. Pour combien de personnes souhaiteriez-vous cotiser ?

Nous sommes à la fin de notre entretien, merci de votre participation !!!

► Questionnaire pour les responsables des structures de soins

Date : ----/----/-----

1. Identification (agent de collecte)

1. Nom de l'agent de collecte :

2. Informations sur la structure de soins

Moughataa :

Nom et type de structure sanitaire :

Date de création de la structure :

Nombre de villages/quartiers polarisés :

Population cible :

2. Personnel disponible (Groupe de questions en boucle)

2.1. Catégorie :

2.2. Effectif :

3. Types de prestations, tarifs des actes et cibles

N° ordre	Types de prestations	Tarifs des actes (si applicable)	Cible (Bébé/Enfant/Adulte/Femme enceinte)
1.	Soins ambulatoires		
	Consultation médecin généraliste		
	Consultation médecin spécialiste		
	Consultation tri adulte		
	Consultation tri enfant		
	Consultation primaire curative ICP		
	Consultation heure de garde		
	Consultation dentiste		
	Soins dentaires		
	Extraction de dent		
2.	Maternité		
	Consultation prénatale		
	Consultation postnatale		
	Accouchement		
	Vaccination PEV/SNP		
	Planification familiale		
3.	Hospitalisation		
	Hospitalisation		
4.	Laboratoire		
	Glycémie		
	NFS		
	Goutte épaisse		
	Test d'Emmel		
	Examen de crachat (BAAR)		
	Examen de selles (KAOP)		
	Culot urinaire		
	Vitesse de sédimentation (VS)		

	Groupe sanguin rhésus		
	ECBU		
	Test de grossesse		
	Prélèvement vaginal		
5.	Imagerie, Radiographie, Echographie, Scanner, IRM		
	Imagerie		
	Radiographie		
	Echographie		
	Scanner		
	IRM		
6.	Références		
	Références		
7.	Dépenses moyennes de médicaments par cas		
	Dépenses moyennes de médicaments par cas		

4. Niveau d'utilisation des services (2^{ème} semestre 2020) (Groupe de questions en boucle)

- 4.1. Type de prestation :
- 4.2. Nombre de consultés :
- 4.3. Recettes totales (MRU) :
- 4.4. Pourcentage de motif de consultation :
- 4.5. Population couverte :
- 4.6. Taux de risque :
- 4.7. Coût moyen :

► Guide d'entretien avec la CNAM

Date : ----/----/-----

1. Identification (agent de collecte)

1. Nom de l'agent de collecte :
2. Veuillez préciser la moughataa :

2. Caractéristiques de l'enquêté (e)

3. Sexe
 Féminin Masculin
4. Entité
5. Fonction occupée.....

3. Conditions de mise en place d'un système d'assurance maladie

6. Quels sont les rôles et missions de la CNAM ?
.....
.....
7. Comment est organisé le système d'assurance-maladie en RIM ?
.....
.....
8. Est-il fonctionnel ?
.....
.....
9. Quels sont les principaux problèmes/difficultés rencontrés dans l'opérationnalisation du système ?
.....
.....
10. Y a-t-il eu des expériences d'assurance-maladie communautaire réussies (plus spécifiquement au niveau du secteur informel) ?
.....
.....
11. Selon vous, quels sont les facteurs de réussites ?
.....
.....

12. Avez-vous bénéficié d'appuis de partenaires techniques et financiers ?

.....
.....

13. Quel est votre avis sur le projet d'étude de faisabilité d'un système d'assurance-maladie communautaire à Guidimakha à l'endroit du secteur informel ?

.....
.....

14. Selon vous, quels seraient l'articulation et le lien potentiel entre la CNAM et la nouvelle mutuelle à Guidimakha ?

.....
.....

15. Quels types d'appuis (technique, stratégique, financier, etc.) peuvent-être apportés par votre structure ?

.....
.....

16. Selon vous, quels sont les risques potentiels et les facteurs de non réussite ?

.....
.....

► Guide d'entretien avec les Institutions et Organisations Internationales (ENABEL, Union Européenne, OMS, etc.)

Date : ----/----/-----

1. Identification (agent de collecte)

1. Nom de l'agent de collecte :
2. Veuillez préciser la moughataa :

2. Caractéristiques de l'enquêté (e)

3. Sexe
 Féminin Masculin
4. Entité
5. Fonction occupée.....

3. Conditions de mise en place d'un système d'assurance maladie

6. Quels sont les rôles et de votre Institution/Organisation en RIM ?

.....
.....

7. Votre Institution/Organisation s'intéresse-t-elle aux questions liées à l'assurance-maladie en RIM ?

.....
.....

8. Votre Institution/Organisation appuie-t-elle l'Etat dans ses politiques de promotion et de développement de l'assurance-maladie ?

.....
.....

9. Quelle appréciation faites-vous des politiques nationales d'amélioration de la couverture du risque-maladie ?

.....
.....

10. Comment évolue l'initiative « Caisse régionale de solidarité santé » mise en place par ENABEL ?

.....
.....

- 10.1. Quels sont les organes de gestion et de contrôle ?

.....
.....

10.2. Quelles sont les difficultés rencontrées respect des cotisations par les bénéficiaires?

.....
.....

11. Quel est votre avis sur le projet d'étude de faisabilité d'un système d'assurance-maladie à Guidimakha ?

.....
.....

12. Selon vous, quels seraient l'articulation et le lien potentiel entre votre Institution/ Organisation et la nouvelle mutuelle à Guidimakha ?

.....
.....

13. Quels types d'appuis (technique, stratégique, financier, etc.) peuvent-être apportés par votre structure ?

.....
.....

14. Selon vous, quels sont les risques potentiels et les facteurs de non réussite ?

.....
.....

► Guide d'entretien avec les autorités nationales (MS, etc.) en charge des questions de santé

Date : ----/----/-----

1. Identification (agent de collecte)

1. Nom de l'agent de collecte :
2. Veuillez préciser la moughataa :

2. Caractéristiques de l'enquêté (e)

3. Sexe
 Féminin Masculin
3. Entité
4. Fonction occupée.....

4. Conditions de mise en place d'un système d'assurance maladie

5. Comment est organisé le système de santé en RIM ?
.....
.....
6. Quelle appréciation faites-vous de son opérationnalité ?
.....
.....
7. Quels sont les problèmes principaux au niveau de la santé en RIM ?
.....
.....
8. Quelles sont les difficultés rencontrées par les populations en cas survenance de maladie ou de maternité ?
.....
.....
9. Les populations rencontrent-elles des difficultés financières pour accéder aux soins ?
.....
.....
10. Les structures sanitaires nécessaires sont-elles disponibles ?
.....
.....

11. Existe-il un système d'assurance-maladie communautaire ?

.....
.....

11.1. Si oui, comment est-il structuré et est-il fonctionnel ?

.....
.....

12. L'Etat mauritanien bénéficie-il d'appui de PTF pour la mise en œuvre d'une politique sanitaire efficace ?

.....
.....

13. Quel est votre avis sur le projet d'étude de faisabilité d'un système d'assurance-maladie à Guidimakha ?

.....
.....

► Guide de groupes de discussion avec les responsables et membres des organisations communautaires locales et groupes socio-professionnels

1.	Code d'identification du groupe de discussion	
2.	Code d'identification du facilitateur	
3.	Code d'identification du rapporteur	
4.	Date de discussion (jj/mmm/aaaa)	/ /
5.	Moughataa	
6.	Effectif par tranche d'âge	
7.	Décrivez les caractéristiques d'autres : Effectif Homme et Femme	
8.	Toutes les personnes ont donné leur consentement éclairé pour participer à la discussion de groupe ?	O/ N
9.	Toutes les personnes ont donné leur consentement pour l'enregistrement audio ?	O/ N

Thèmes à aborder	Questions
Profil sanitaire et fréquentation des structures sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> > A votre connaissance, quels sont les principaux problèmes de santé dans votre localité ? > Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans votre localité ? > Que pensez-vous du niveau de fréquentation des structures sanitaires ? > Comment appréciez-vous la qualité des soins dans les structures sanitaires ?
Conditions de la mise en place de la couverture de santé	<ul style="list-style-type: none"> > Avez-vous déjà entendu parler de l'assurance santé ? > Avez-vous souscrit à un régime d'assurance maladie ? > Est-ce que vous seriez intéressé(e) par un système d'assurance santé pour vos collaborateurs ? > Quels services de santé en priorité souhaiteriez-vous que ce système couvre ? > Si vous adhérez à un système de micro-assurance santé, selon quelle fréquence et à quelles périodes pourriez-vous cotiser ? > Quel montant seriez-vous prêts à cotiser par personne ? > Seriez-vous intéressé par un modèle d'adhésion groupé ? > Pour combien de personnes souhaiteriez-vous cotiser ?

ANNEXE 3.

Liste de personnes rencontrées par structure (Autorités sanitaires, Responsables de la CNAM, MASEF, MFSEEC) et Partenaires internationaux

Tableau 8 : Liste des listes personnes ressources rencontrées par structure (Autorités sanitaires, Responsables de la CNAM, MASEF, MFSEEC) et Partenaires internationaux.

Structure/Organisation/Service/Association	Personne contact
Ministère des Affaires Economiques et de la Promotion des Secteurs Productifs (MAEPSP)	Mr Sidaty Ould Sidaty du Comité de Pilotage du Projet SDG Fund, représentant le ministère des Affaires Economiques
Ministère de la Fonction Publique et du travail	M. Mamour DIOP directeur la Prévoyance Sociale et de la Migration
Organisations socioprofessionnelles de la Pêche artisanale	Mr Mathiurin Mbodj en présence de responsables d'organisations professionnelles.
La Caisse Nationale de l'Assurance-Maladie en RIM.	Dr Cheikh Ahmed Sidi BRAHIM. Directeur des prestations
Mutuelle de santé « Tab Salam Diam » (qui a un produit « Épargne-Santé »)	Bâ Abdoulaye Samba, Directeur APSDN
Union Nationale des caisses d'épargne et de Crédit. La mutuelle Djikke	Mr Abou Malick DIAW
Programme Tekaavoul de Taazour (Programme Présidence).	M. Cheikh Mohameden
Ministère de l'Action sociale de l'Enfance et de la Famille/ Direction des personnes handicapées).	M. Aïdara Alioune SHAGHY
Programme Alimentaire Mondial (PAM)	Rencontre en ligne
Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	Mme Aminata KELLY
UNICEF	Mr Mohamed Sidda DAH en charge du cash transfert à la section « politiques sociales »
Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).	Dr Brahim Diakhité, Directeur des prestations
Ministère de la Santé	Dr Cheikh Oumar DIOP, Directeur de la Planification et de la Coopération, en charge du Projet Assurance-maladie du secteur informel
Le projet ENABEL sur l'assurance maladie de l'informel	Mr Mamadou MARIKO, Assistant technique Economie de la Santé et Dr Malal DIOP, Coordonnateur
MFSEEC (institution de microfinance ayant un produit « Epargne-Santé »)	Mme Irina Nikonenko
Groupement National des Associations Pastorales	Mr JEMAL
Syndicat des Services	Mohamed Cheybany / Secrétaire Général

ANNEXE 4.

Mode de détermination des cotisations

► Estimation des coûts moyens et taux de risque

Les taux de risque santé moyens en Afrique de l'Ouest peuvent être exprimés comme suit :

- > Consultations curatives : 150%
- > Accouchement simple : 4,5%
- > Accouchement compliqué : 0,9%
- > Hospitalisation = 6%
- > Evacuation : 10,5%

En ce qui concerne les marges de sécurité et les primes de gestion :

- > La marge de sécurité : 10% des revenus (total des cotisations)
- > La prime de fonctionnement : 10% des revenus (total des cotisations).

► Calcul des coûts par prestation et par bénéficiaire

L'équilibre de la mutuelle exige que le total des activités de la prestation soit couvert par la masse des cotisations des bénéficiaires.

Total activités ou prestations = Total des cotisations

Coût moyen du risque + marge de sécurité + prime de gestion = Cotisation

(Coût de la prestation x taux de risque) + Marge de sécurité + prime de gestion =
Cotisation

$$(A \times B) + C + D = E$$

Donc :

Cotisation annuelle (E) = 1,25 x (coût de la prestation x taux de risque)

A = Coût moyen de la prestation

B = Taux de risque

C = Marge de sécurité

D = Prime de fonctionnement

ANNEXE 5.

Types de prestations et système de la tarification (MRU) de PEC adopté

Tableau 9 : Types de prestations et système de la tarification (MRU) de PEC adopté

N°	Types de prestations	Coût des prestations (A)	Taux de risque (B)	Montant du risque	Taux de marge de sécurité	Marge de sécurité (C)	Taux de prime de fonctionnement	Prime de fonctionnement (D)	Cotisation annuelle totale (100%)	Cotisation mensuelle totale (100%)	Taux de prise en charge	Cotisation annuelle avec côte part	Cotisation mensuelle*(inclus ou non)
PAQUET DE BASE (PS, CS1 et CS2)													
1	Soins ambulatoires												
	Consultation médecin généraliste	30	150%	45	10%	6	10%	6	56	5	100%	56	5
	Consultation médecin spécialiste	50	150%	75	10%	9	10%	9	94	8	80%	75	6
	Consultation tri /primaire curative ICP	20	150%	30	10%	4	10%	4	38	3	80%	30	3
	Soins divers (extraction, soins dentaires etc.)	40	50%	20	10%	3	10%	3	25	2	80%	20	2
	SOUS TOTAL SOINS AMBULANTOIRE								213	18		181	15
2	Maternité												
	Consultation (prénatale et post natale)	50	23%	11,25	10%	1	10%	1	14	1	100%	14	1
	Accouchement	200	4,5%	9	10%	1	10%	1	11	1		0	0
	Vaccination PEV/SNP/PF	50	50%	25	10%	3	10%	3	31	3	100%	31	3
	SOUS TOTAL MATERNITE								57	5		45	4
3	Hospitalisation												
	Hospitalisation	140	6%	8,4	10%	1	10%	1	11	1	80%	8	1
4	Laboratoire												

	Examen labo	150	20%	30	10%	4	10%	4	38	3	80%	30	3
5	Dépenses moyennes de médicaments par cas												
	Médicaments IB/ Génériques	30	300%	90	10%	11	10%	11	113	9	100%	113	9
TOTAL PAQUET DE BASE									430	36		377	31
PAQUET COMPLEMENTAIRE (CS2 et Hôpitaux)													
1	Soins ambulatoires												
	Consultation médecin spécialiste	90	50%	45	10%	6	10%	6	56	5	80%	45	4
2	Hospitalisation												
	Hospitalisation	400	3%	12	10%	2	10%	2	15	1	80%	12	1
3	Laboratoire												
	Examen labo	200	10%	20	10%	3	10%	3	25	2	80%	20	2
4	Imagerie, Radiographie, Echographie, Scanner, IRM												
	Radio simple	350	10%	35	10%	4	10%	4	44	4	80%	35	3
	Echographie	300	14%	40,5	10%	5	10%	5	51	4	80%	41	3
	Scanner	800	1%	8	10%	1	10%	1	10	1	80%	8	1
	IRM		1%	0	10%	0	10%	0	0	0		0	0
5	Références												
	Références	350	1%	3,5	10%	0	10%	0	4	0	N/A		0
6	Dépenses moyennes de médicaments par cas												
	Médicaments de spécialité par cas	74	10%	7,4	10%	1	10%	1	9	1	80%	7	1
7	Intervention chirurgicale												
	Césarienne	500		0	10%	0	10%	0	0	0	N/A		0
	Autres interventions chirurgicales	400	1%	4	10%	1	10%	1	5	0	80%	4	0
TOTAL PAQUET COMPLEMENTAIRE									219	18		172	14

TOTAL PAQUET DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE	0	0	0	0	0	0	0	649	54		549	46
---	---	---	---	---	---	---	---	-----	----	--	-----	----



Organisation
internationale
du Travail



JOINT SDG FUND 



Organisation
internationale
du Travail