

Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique
Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ, PHRplus, AIM, RAMUS, UNMS, MFP, MGEN et AWARE/RH

Suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest et du centre

Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique Rapport du Cameroun

Octobre 2003

GUISSET AHMADOU TIDJANE

Avant propos

Le développement des mutuelles de santé est un sujet d'une importance capitale dans le contexte notamment de la mobilisation de plusieurs types de structures qui interviennent dans le secteur. Il est en effet important que ce développement se mesure régulièrement pour apprécier la contribution effective du mouvement à l'accès aux soins de santé de qualité pour les populations, particulièrement celles qui n'ont aucune forme de protection dans le domaine de la santé.

Depuis quelques années, les populations sont de plus en plus informées de cette alternative qui leur permet, par une organisation propre, à garantir leur propre prise en charge des soins de santé. Aussi, des innovations sont apportées dans les approches et stratégies pour mettre en oeuvre ces programmes. Des partenariats se nouent et les autorités étatiques sont de plus en plus intéressées à accompagner de telles initiatives.

La concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique est entre autre un réseau de partage d'informations et expériences sur les mutuelles. Une de ses principales activités est le suivi du développement des mutuelles de santé. Par des études de cas, des inventaires, recueil et diffusion des pratiques, la Concertation se positionne notamment comme un observatoire utile au mouvement mutualiste, à ses partenaires et structures d'appui. Les informations éditées du *système de suivi du développement des mutuelles de santé* sont compilées et diffusées tous les trois ans.

Ce document présente les principaux résultats du deuxième inventaire réalisé par la Concertation en 2003 au Bénin (les résultats du premier inventaire [2000]). L'enquête elle-même contient plus de 568 variables autour de 67 questions. La base de données complète des mutuelles de santé inventoriées est disponible sur demande à la Concertation.

Il est évident qu'un tel travail a le mérite, à côté d'autres initiatives, de participer à la compréhension du comportement des mutuelles de santé. On se rend compte, après lecture de ce rapport, de l'évidence qu'il y a encore beaucoup de travail à faire auprès de mutuelles. La Concertation encourage les acteurs nationaux à étudier les modalités d'un système d'information systématique sur les mutuelles pour en faciliter la compilation.

La Concertation se félicite de la contribution à ses travaux d'un grand nombre de partenaires. Elle tient à exprimer sa sincère gratitude :

- aux chercheurs et enquêteurs qui ont réussi à collecter cette masse importante d'informations dans des conditions difficiles ;
- aux organisations qui ont co-financé la réalisation de l'inventaire ;
- aux points focaux qui ont encadré l'activité dans les pays ;
- aux promoteurs de la Concertation qui ont financé et accompagné techniquement tout le processus ;
- aux mutuelles de santé et autres systèmes d'assurance maladie qui se sont prêtés volontiers à l'enquête.

La Concertation est la concrétisation d'une des principales recommandations de l'atelier organisé à Abidjan en juin 1998, sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé. Ses activités ont démarré en avril 1999 et concernent : (i) l'animation d'un site Internet (www.concertation.org), (ii) la diffusion d'une lettre d'information le «*Courrier de la Concertation*», (iii) le suivi du développement des mutuelles (synthèse tous les trois ans), et (iv) l'organisation d'ateliers thématiques tous les deux ans.

Les activités de la Concertation touchent 11 pays africains : Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo, Cameroun, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Mali et Niger. Plusieurs autres pays africains, notamment central et anglophone souhaitent intégrer le réseau. La Concertation est également partenaire de plusieurs organisations nationales et internationales.

Dans chaque pays, un point focal joue un rôle clé dans le fonctionnement en facilitant la communication avec la Cellule de coordination des activités et en servant d'interface entre les membres nationaux, les acteurs locaux et leurs partenaires régionaux et internationaux. Des cadres nationaux de concertation sont également mis en place.

La Concertation

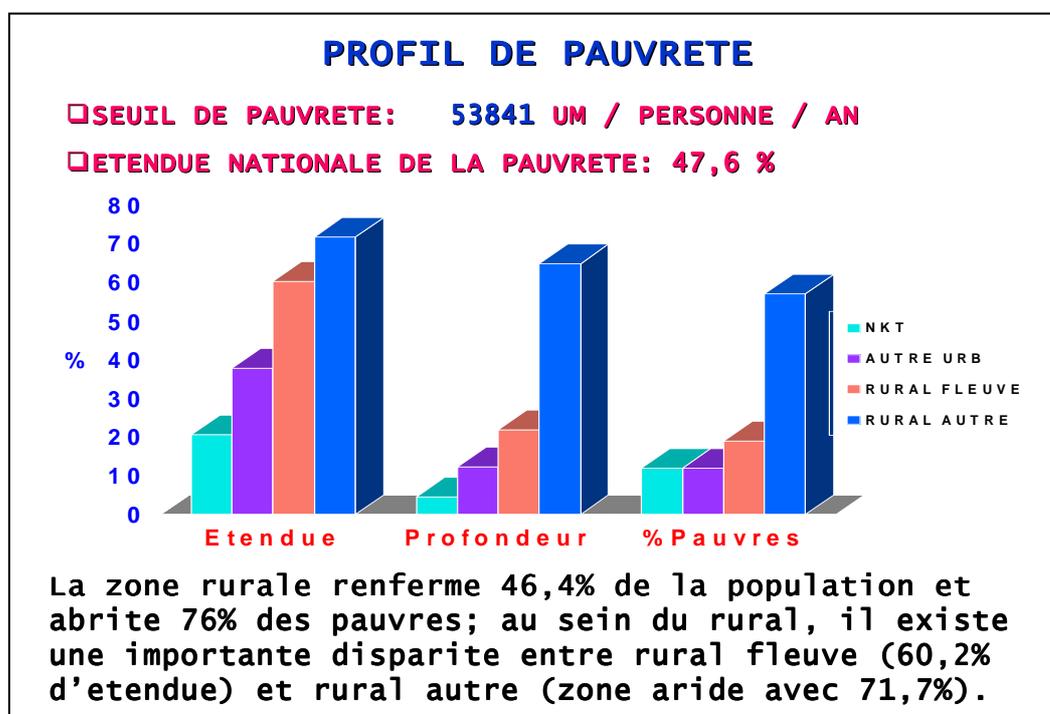
Les publications de la Concertation sont disponibles gratuitement pour tout acteur intéressé par le développement des mutuelles de santé en Afrique. Toutefois, la référence au contenu des documents de la Concertation doit dûment mentionner la source. Les publications éditées par La Concertation n'entraînent pas que tous les promoteurs de l'organisation souscrivent systématiquement aux propos contenus dans l'ouvrage. Toute demande de reproduction ou de traduction devra être adressée à :

La Concertation,
BP 414, Dakar - Fann
Sénégal

© La Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique
Mars 2004

I. SITUATION SOCIOECONOMIQUE DU PAYS

Pays désertique, la Mauritanie avec une population de 2.600.000 h, est limitée au nord-ouest par le Sahara Occidental, au nord-est par l'Algérie, au sud-est par le Mali, et au sud-ouest par le Sénégal. La densité de la population est de 2,4 habitants au km² avec un taux d'accroissement moyen de 2,6%¹. L'espace désertique saharien couvre les trois quarts du pays, le dernier quart appartenant à la zone sahélienne. Selon l' EPCV- enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages initiées en 2000 46,3% de la population vit au dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire avec moins de 67.316 UM (approximativement 260 dollars US) par adulte et par an. En outre, l'enquête qualitative sur la population réalisée en 2001 a révélé que 72% des chefs de ménages se considéraient comme pauvres, un pourcentage de loin supérieur au taux officiel de 46,3%. Avec un PIB par habitant de 380 US\$ et 50,5% de la population vivant avec moins de un dollar par jour, la Mauritanie appartient au groupe des Pays les Moins Avancés (PMA)².



Au plan national, un consensus est clairement établi sur la priorité essentielle que constitue la lutte contre la pauvreté. Parmi les éléments favorables qui ont contribué à ce consensus figure la mise en place d'un Commissariat aux Droits de l'homme, à la lutte contre la pauvreté et à l'Insertion (CDHLCPI) en faveur d'une interdépendance de l'ensemble des droits de l'homme et des progrès politique et économique. Le Commissariat joue de fait un rôle stratégique et transversal dans le dispositif institutionnel de promotion et de protection des droits de l'homme, en même temps que dans le domaine de la lutte contre la pauvreté. Par ailleurs, la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) suite à l'éligibilité de la Mauritanie à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) pour l'allégement de la dette, constitue un facteur favorable pour la poursuite de cette dynamique.

¹ Résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitat 2000.

² D'après le dernier profil de pauvreté établi en 1996

Parmi les défis qui se posent à la Mauritanie, l'accès de la population aux services sociaux de base constitue un obstacle majeure dans le cadre de la politique de lutte contre la pauvreté. Parmi ces services sociaux de base, la santé demeure une préoccupation majeure. A ce niveau, l'accès de la population aux services de protection sociale est encore très faible et limité surtout au secteur formel de l'économie. Le processus de désengagement de l'Etat a entraîné un transfert des coûts de soins de santé vers les populations qui les supportent de plus en plus difficilement. La prise en charge individuelle des besoins en matière de santé devient de plus en plus difficile pour une grande frange de la population. Cette situation les rend vulnérable face aux risques de maladie dont la probabilité croît avec la dégradation de l'environnement et du cadre de vie.

Dépenses de santé par habitant en dollar international³

	Mauritanie	Burkina Faso	Guinée C.	Madagascar	Mali	Côte d'Ivoire	Ghana
Dépense/hab	73	37	52	18	14	57	45
% PIB	5,6%	4,2%	3,5%	2,1%	4,2%	3,2%	4,1%

Le tableau ci dessus démontre qu'en Mauritanie on dépense plus d'argent pour se soigner que dans les autres pays de l'Afrique.

La structure de dépense varie comme le montre le tableau suivant d'une région à l'autre :

Tableau 1.1 : Structure des dépenses moyennes par ménage (%)

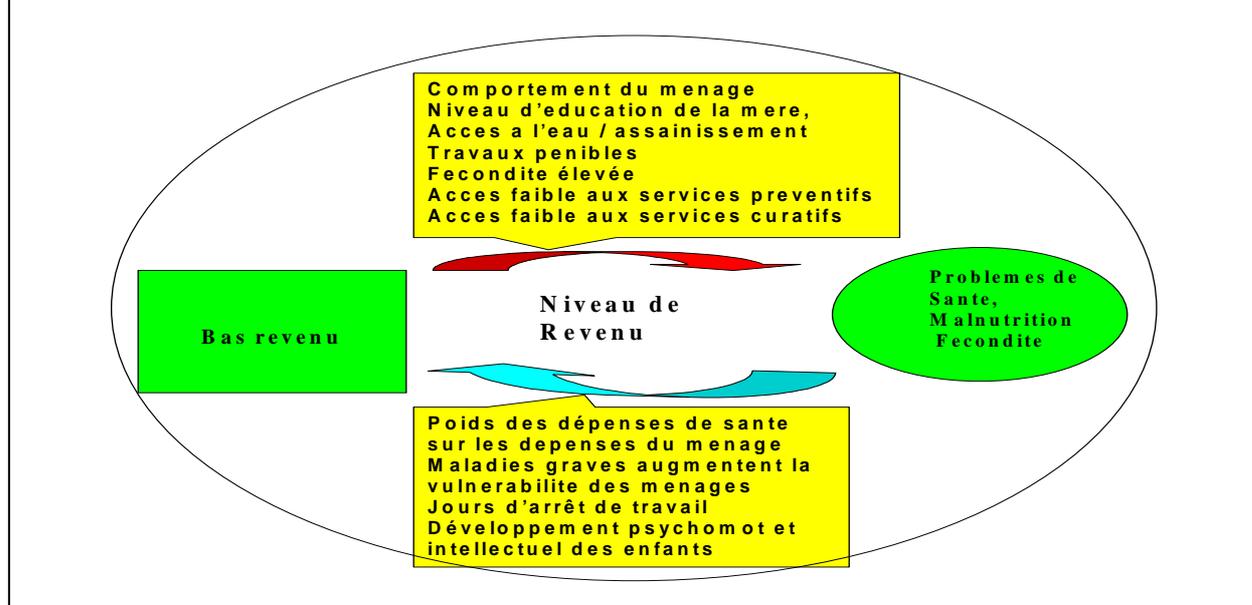
(Dépenses totales exprimées en milliers d'ouguiyas)

Dépenses moyennes	Hodh		Assa ba	Gorg ol	Brakn a	Trarz a	Adrar	NDB	Taga	Guidi		NK	Ensemble	
	Chargh i	Ghar bi								-	T. Zem-			
Auto-consommation	10	13	7,8	16	10	3,4	0,2	0,4	9,2	8,8	0,1	3,7	0	5,3
Alimentation	44,3	44,6	53	49	54,8	49,6	57	45,5	45,4	67,1	68,9	53,1	4	50,8
Auto-cons. & Alimentation	54,3	57,6	60,8	65	64,8	53	57,2	45,9	54,6	75,9	69	56,8	4	56,1
Education	0,5	0,6	0,8	0,6	1,1	0,9	0,7	1,3	0,8	0,5	0,5	0,9	1,2	0,9
Santé	11,0	9,0	3,4	6,8	2,2	12,0	6,0	2,2	5,4	1,8	1,7	8,1	4,1	5,9
Logement	6,4	5,9	12,9	9,5	5,8	7,4	12,9	17,1	19,0	8,1	10,4	13,5	6	11,1
Autres	27,8	27,0	22,	18,2	26,1	26,6	23,3	33,5	30,2	13,6	18,4	20,8	6	26,1
Dépenses totales	759	419	450	422	518	502	618	0	560	436	952	765	789	615

En zone péri urbaine et rurale, les populations vivent une situation particulière, caractérisée par la faiblesse des dépenses de santé. Cette situation résulte en partie du fait que la maladie étant considérée comme une situation imprévisible, fait rarement l'objet de provision au sein des ménages, mais aussi de la précarité dans laquelle ils vivent.

³ Source: Rapport OMS 2000

INTERRELATION ENTRE SANTE ET PAUVRETE



Dans ce contexte, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales est engagé depuis quelques années dans un vaste effort de revitalisation de son système de santé, avec une priorité affichée pour les soins de santé primaires et la décentralisation de la gestion dans les services de santé. Cette volonté traduite à travers l'application de l'initiative de Bamako depuis plus de 15 ans est aujourd'hui généralisée à travers la base de la pyramide sanitaire. Cette nouvelle politique reconnaît (i) la participation de la communauté à la gestion des services de santé primaire et (ii) le recouvrement des coûts pour améliorer l'approvisionnement en médicaments et (iii) la décentralisation. Ces trois concepts convergent vers l'implication effective de la société civile dans la gestion de leur problème de santé.

L'initiative de Bamako en Mauritanie

L'Initiative de Bamako vise l'amélioration des performances des services par l'intégration et la disponibilité des services essentiels, la réduction des coûts à travers une politique de médicaments essentiels sous forme générique, une standardisation des traitements, et la mise en place en place d'un système d'information permettant la gestion au niveau périphérique et l'assurance de la pérennité par le financement communautaire des frais de fonctionnement locaux, et la participation communautaire à la gestion et au contrôle. La Mauritanie a commencé ses premières expériences en 1989 au niveau des zones expérimentales de Ouad Naga, Kankossa, Gorgol et Tagant pour le généraliser à partir de 1993 à l'ensemble du pays. Cette expérience a permis de mettre en place un système

participatif sur tout le territoire basé sur la vente des prestations et des médicaments comme source de revenu et des comités et conseils comme organe de réflexion et de décision. Même si ce système n'a pas atteint tous les objectifs fixés au départ, il a tout de même assuré la revitalisation des structures de santé et restauré une nette amélioration de l'accessibilité de la population aux soins de santé. Le système a été évalué en 1996 pour ce qui est des centres et postes de santé, complété par l'étude sur les USB en 2000. Cette évaluation a mis en exergue, la non généralisation du système à cause d'une part des ruptures de stocks des médicaments génériques dans les centres ou les postes de santé, et d'autre part à cause de l'accroissement des coûts de médicaments en particulier au niveau des hôpitaux. La facturation directe aux patients, conjuguée avec les ruptures des médicaments et le coût élevé des analyses ont eu pour effet de créer une importante barrière financière d'accès aux soins de santé, notamment des plus démunies. En plus, la qualité des services n'est pas partout optimale, ce qui réduit inéluctablement le niveau des recours par les usagers. Par ailleurs la mise en œuvre a porté davantage sur les aspects du financement que sur la qualité des soins, dont c'était un des buts principaux. La revue de juillet 2000 a porté sur les principaux problèmes de gestion, le rôle des représentants communautaires, le paquet minimum d'activités et les médicaments. Un document visant à opérationnaliser les principales recommandations est en cours d'élaboration, ainsi qu'une étude de l'impact du système de recouvrement des coûts sur l'accessibilité des populations pauvres aux services de santé, dont les résultats seront pris en compte dans l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté.

Le recouvrement des coûts est en marche au niveau tertiaire depuis 1999, et devrait également être évalué afin d'améliorer l'utilisation des recettes. Sa mise en place dans les hôpitaux régionaux est le dernier maillon du système, mais le délai et les mesures envisagées à cet effet ne sont pas encore définis.

Pour la majorité, c'est à dire environ 90% de la population active dans le monde rural et le secteur informel, il n'existe aucun mécanisme de financement collectif de soins de santé. Il s'ensuit inéluctablement, une baisse généralisée de la fréquentation des centres de santé et des hôpitaux, malgré les efforts faits par les pouvoirs publics pour rationaliser les soins et rendre les médicaments essentiels disponibles.

Pour faire face à ces problèmes, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales tente d'explorer d'autres alternatives, parallèlement, et en complémentarité avec l'Initiative de Bamako pour répondre au triple défi de l'amélioration de la santé, du financement durable des soins de santé et de la mise en place d'un système d'assurance santé qui copte une grande majorité des populations. Ces nouvelles voies puisent leur inspiration principalement des pratiques traditionnelles d'entraide et de solidarité mutuelle dans le pays, tout en invitant les populations à participer à l'effort de santé par le partage de risque et par la prévention du risque maladie.

Ces initiatives tentent d'organiser les communautés de façon solidaire à prendre en charge les événements morbides pouvant subvenir chez une partie de la population à travers des mutuelles. Ce mode de financement est encouragé par l'Etat à travers le cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté (CSLP) adopté par le gouvernement depuis l'an 2000⁴. Le CSLP s'est investi à ce titre, trois objectifs majeurs :

- Améliorer les indicateurs de santé de la population, en particulier pour les groupes les plus pauvres (mortalité infantile et infanto-juvénile, mortalité maternelle, contrôle des maladies transmissibles, amélioration de l'état nutritionnel avec l'accès au milieu rural) ;

⁴ Cf CSLP, points 236 et 237 (stratégie santé 5.2). Le CSLP est le fruit des échanges entre l'administration, la société civile et les agences. Il constitue le seul cadre de référence sur lequel vont se greffer les actions de lutte contre la pauvreté à l'horizon 2015.

- Limiter l'impact des dépenses de santé sur les revenus des plus pauvres ;
- Améliorer la participation des pauvres dans la gestion du système de santé

Dans cette lancée, le MSAS a élaboré une étude prospective⁵ qui a mis en exergue toutes les potentialités pour mettre en œuvre les systèmes de MAS dans le pays ;

1.2 Objectifs de l'inventaire

L'objectif principal de cette recherche est de participer à la mise à disposition des acteurs opérant dans le cadre des systèmes des MAS, une base de données actualisée.

Plus spécifiquement l'inventaire vise à :

- Apprécier la situation sanitaire du pays et les atouts pour un meilleur développement de la mutualité ;
- Inventorier les mutuelles fonctionnelles, naissantes ou en cours de mise en place en Mauritanie ;
- Analyser l'évolution des mutuelles, en partant de l'inventaire de 2000 et études de cas et inventaires précédents.

II. SITUATION GENERALE DU SYSTEME DE SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE DU PAYS

Le pays est divisé sur le plan administratif en 13 wilayas (Régions), 53 moughataas (départements) et 208 communes.

Le système de santé en RIM respecte une organisation pyramidale calquée sur l'organisation administrative du pays.

2.1. LE SYSTEME DE SANTE EN MAURITANIE

2.1.1 Le système sanitaire

Niveau central

- Le centre Hospitalier National (CNH): 450 lits
- Le centre Neuro Psychiatrique (CNP) : 60 lits
- Le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation fonctionnelle (CNORF),
- Le centre National d'Hygiène (CNH) ;
- Le centre hospitalier de cheikh zaid (CHZ) : 100 lits

Niveau régional (wilaya) ;

Il existe 10 hôpitaux régionaux présentant des situations et des potentialités très variées :

- Certains disposent d'infrastructures et d'équipements leur permettant de jouer le rôle de référence inter régionale (Kaédi, Nema) ;
- D'autres peuvent jouer le rôle de référence sous-régional (Aioun, Kiffa, Tigjikja, Sélibaby, Atar, Nouadhibou, Rosso);

⁵ Etude sur la promotion des systèmes de micro-assurance en Mauritanie (2001)

Niveau Départemental (moughataa)

Le centre de santé, composé d'une unité de soins curatifs et d'une unité de soins préventifs, est la référence au niveau de la Moughataa. Ces centres de santé sont classés en type A (plus de 10 lits d'hospitalisation, un laboratoire, un service de radiologie et un service de chirurgie dentaire) et de type B (10 lits d'hospitalisation dont 4 lits pour la maternité et un laboratoire).

Il y a actuellement 13 centres de santé (dont 3 à Nouakchott) et 10 centres de type B.

Niveau communal ;

A la base de la pyramide on retrouve les postes de santé (225) qui comprennent des PMI/maternités rurales au niveau de certaines agglomérations (1000) dirigées par des infirmiers et des Unités de santé de base au niveau des localités de plus de 300 habitants (497) dirigés par des agents de santé communautaire.

A coté des structures sanitaires publiques, on trouve d'autres structures privées peu développées, elles se limitent à la capitale et à la ville portuaire de Nouadhibou. On dénombre 22 cliniques dont 12 à Nouakchott et 4 seulement sont équipées de blocs opératoires, 33 cabinets médicaux dont 23 dans la capitale.

Le secteur pharmaceutique a connu un développement très rapide qui frise l'anarchie. Un nombre approximatif de 600 officines et dépôts autorisés dont 285 fonctionnels avec 116 pour la seule ville de Nouakchott.

Certaines ONG gèrent des formations sanitaires de base à Nouakchott (cas de CARITAS, TERRE DES HOMMES et L'AMPF).

Le secteur parapublic comprend la Caisse Nationale de Sécurité Sociale qui possède quatre centres de santé (1 à Nouadhibou et 3 à Nouakchott), la Société Nationale Industrielle et Minière (SNIM) qui possède 2 polycliniques, une à Nouadhibou et une à Zouerate, toutes équipées d'un bloc opératoire.

2.1.2. Médecine traditionnelle

En complément des structures précitées, la population recourt fréquemment à la médecine traditionnelle. Environ 15% de la population y a recours. A coté des tradipraticiens dont l'art et le savoir-faire sont éprouvés, il existe beaucoup de charlatans.

2.1.3 . Accessibilité, Utilisation, Approvisionnement

La vaste étendue et la nature désertique du territoire, les moyens financiers ainsi que les distances souvent importantes pour atteindre les formations sanitaires sont les principaux facteurs à l'origine des faibles taux d'utilisation constatés.

L'accessibilité financière aux médicaments essentiels est évaluée par un certain nombre d'indicateurs que sont l'accessibilité et le coût moyen du traitement.

L'accessibilité au traitement est de 80% dans un rayon de 5 km; Il est important de souligner que les populations les moins couvertes sont celles qui sont dans les zones enclavées (15%).

Le coût moyen du traitement, qui était de 120 UM dans les zones d'expérimentation, est très variable selon les régions. Ce coût marque une tendance à la hausse dans la plupart des régions, qui s'établit aux alentours de 165 UM.

La mise en place de l'initiative de Bamako a permis d'augmenter considérablement la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels. Elle était appliquée en 1996 par 92% des structures de santé de base. En 1995, l'accessibilité moyenne aux médicaments essentiels serait de 75% pour un rayon de 10 Km des formations sanitaires de base, avec des variations régionales importantes d'une région à l'autre. Ce taux est actuellement de 80%⁶. En réalité, vu les barrières culturelles et financières, la situation est de loin reluisante. En effet, la couverture est encore inégalement répartie en fonction des régions. Quant au secteur privé, qui s'est développé de façon anarchique, il n'existe pas d'informations suffisantes et ses prestations sont peu accessibles financièrement. Il faut noter enfin que les politiques de participation communautaire et de recouvrement des coûts menés depuis le début 1992 ont permis une amélioration de l'accessibilité, mais la qualité des services rendus reste souvent trop faible.

Les activités des formations sanitaires sont encore essentiellement des activités curatives. Le niveau très réduit des prestations préventives, mais également la faible qualité des services, le paquet minimum d'activités insuffisant dans beaucoup de service périphérique du fait du manque de personnel qualifié, de la vétusté ou de la non fonctionnalité de nombreux équipements rend le taux d'utilisation des services faible. Les résultats d'une enquête menée en 1996 ont montré que les taux d'utilisation sont en général bas, s'établissant à : 0,3 contacts/ habitant/an pour les soins curatifs, 35% pour la couverture prénatale et 22% pour l'accouchement dans les structures appliquant le PMA de soins de santé primaires.

III. PROTECTION SOCIALE EN MATIERE DE SANTE

3.1 le système officiel

La Mauritanie a mis en place un établissement public à caractère industriel et commercial chargé de gérer le régime de sécurité sociale (CNSS) institué par la loi 67 039 du 3 février 1967.

Sont affiliés obligatoirement à ce régime tous les travailleurs soumis aux dispositions du code de travail et de la marine marchande occupés principalement sur le territoire de la Mauritanie et les salariés de l'Etat qui ne bénéficient pas d'un régime particulier de sécurité sociale.

Le financement de cette sécurité est assuré par un prélèvement de 14% sur la masse salariale plafonnée à 50.000 UM par mois (192 \$) dont 13% à la charge de l'employeur et 1% à la charge du travailleur. Il faut également rajouter 2% de participation à la médecine de travail à la charge de l'employeur.

En raison de la maturité du régime et du vieillissement de la population caractérisé par un accroissement continu des charges techniques, le régime a commencé à faire apparaître des signes de dysfonctionnement sérieux. Ceux-ci ont été sérieusement aggravés par les augmentations successives des différentes prestations et le tassement des taux de cotisations qui n'ont pas été revu à la hausse depuis 1974, rectifié en 2002 ;

Face à la progression des charges, la sonnette d'alarme a été tirée depuis 1990 à travers plusieurs études qui mettent en exergue, la nécessité d'adapter les ressources au volume des charges.

⁶ Cc CSLP : page 10

Il faut surtout noter que la CNSS couvre moins de 10% de la population de la Mauritanie, ce qui fait que la majorité des mauritaniens n'est pas couverte par une quelconque assurance.

3.2 le système de solidarité en Mauritanie

A l'instar des autres pays de l'Afrique, il existe une forte solidarité en Mauritanie, dans la gestion des communautés à travers un système d'entraide mis en place depuis des siècles.

Il se forme de façon informelle une chaîne de solidarité pour venir en aide à la personne malade ; le problème réside dans le fait que souvent ces initiatives arrivent en retard, alors que la maladie s'est bien installée.

Le système de solidarité Mauritanien pourrait être subdivisé en deux grandes catégories : celle relevant des solidarités sociales traditionnelles et celle se conformant aux réglementations et aux lois de la république Islamique de Mauritanie. Ces deux formes de mouvement associatif mauritanien sont très liées, agissent, réciproquement, l'une sur l'autre et constituent des composantes essentielles de la société civile.

3.2.1 la solidarité traditionnelle en Mauritanie

La solidarité sociale traditionnelle Mauritanienne puise ses racines dans les coutumes très anciennes, lesquelles pourraient s'expliquer, entre autres par un environnement physique très austère et par les incessantes violences liées aux diverses luttes qui opposaient fréquemment les clans et les factions sociales.

Cette solidarité traditionnelle, bien que tendant à diminuer, se manifeste encore de nos jours par un soutien actif (moral et/ou financier). Plus particulièrement elle prend forme à l'occasion d'importants événements survenus dans les familles tels des accidents, des décès, des naissances, des maladies, etc. Plus le groupe social est minoritaire plus fortes sont les manifestations de cette solidarité sociale. Celle-ci se développe, tant dans les zones rurales que dans les centres urbains et périurbains. L'influence des Mauritaniens de l'étranger est très importante : soutien financier régulier ; conseils écoutés ; interventions multiples à travers les fréquentes interventions ; forte influence dans les activités quotidiennes ; etc. Les femmes et les personnes âgées en constituent les vecteurs les plus dynamiques. Depuis quelques décennies s'amplifie un phénomène de regroupement des ressortissants des terroirs et des villages. Ces mouvements, souvent composés de jeunes (filles et garçons) se constituent en réseaux ; ceux-ci prennent, généralement, en charge, moyennant des cotisations et diverses autres contributions, un certain nombre de prestations leurs adhérents bénéficient ainsi de diverses aides : participations aux frais d'hospitalisation ; organisation des cérémonies (mariages, baptêmes, décès, retours de la Mecque ...) réalisations d'infrastructures communautaires villageoises (mosquées, clôtures de cimetières, écoles, dispensaires, puits, moulin...) ; etc.

Des tontines ou caisses d'épargne et de crédit traditionnel existent depuis environ 40 ans. Elles regroupent fréquemment des femmes, appartenant à une même famille ou travaillant ensemble. Les montants affectés à tour de rôle à chacune des membres servent plus particulièrement, soit, à financer un petit commerce, soit à un investissement dans l'immobilier, voire pour payer les frais de scolarisation des enfants, ou encore pour faire face à d'autres dépenses. Parmi celles-ci il convient de mentionner, entre autres : les prises en charge des soins de santé ; les cérémonies liées à des événements sociaux : mariages, baptêmes, décès, etc.

La solidarité sociale traditionnelle en Mauritanie vise à resserrer des liens entre parents ou à entretenir de bonnes relations avec d'autres groupes sociaux. Ainsi se créent et se

renforcent des réseaux aux multiples ramifications dont plusieurs fonctions peuvent être identifiées : regroupements familiaux ; base sociale élargie ; électeurs fidélisés ; groupes de pression.

3.2.2 les organisations modernes réglementées

Depuis le début des années 60 de très nombreuses associations à but non lucratif ont vu le jour. Actuellement leur nombre serait estimé à près 7.000. Elles interviennent dans plusieurs secteurs : développement rural, santé, promotion féminine, activités sportives et culturelles, enfance secours d'urgence, etc. les plus actives parmi elles se trouvent à Nouakchott et dans les capitales régionales.

Leur réussite dépend, très souvent des compétences de leurs dirigeants et des ressources mobilisées. Bien que ces associations s'appuient, en partie, sur les réseaux de solidarité traditionnelle elles s'en distinguent par différents éléments : membres originaires de différentes régions du pays ; élargissement du champ des activités menées ; partenariat avec les autorités nationales et locales ; Collecte des fonds auprès de la communauté internationale ; faible influence des immigrés mauritaniens qui vivent à l'étranger...

Ces associations, en principe à but non lucratif, permettent à un grand nombre de familles de se procurer des revenus réguliers et ainsi faire face à certains de leurs besoins.

Ces organisations présentent un certain nombre de caractéristiques favorables : très forte motivation de ses membres ; présence massive de femmes et de jeunes ; reconnaissance des bénéficiaires ; soutien de l'opinion publique ; sympathie de la presse indépendante ; aide des autorités administratives ; contributions ; contributions régulières des opérateurs économiques ; assistance de la communauté internationale ; etc.

En résumé, ces organisations sont en pleine mutation : essor considérable du nombre d'intervenants ; multiples secteurs dynamisés ; engagement déterminé des leaders de ce mouvement ; enseignements puisés dans les traditions locales de solidarité sociale ; appui des autorités et de communauté internationale ; inexpérience de manque de professionnalisme ; dispersion des efforts ; forte dépendance des institutions étatiques ; faibles ressources locales mobilisées ; concentration des moyens dans les grandes villes et surtout à Nouakchott.

3.3 implication des organisations dans le système sanitaire

Cette implication s'est faite de façon progressive, contrastée, empruntant des enseignements les unes aux autres :

- Avant l'indépendance prévalait surtout le mouvement associatif traditionnel caractérisé par des liens familiaux et des activités très localisées ;
- Au début des années 60 s'est constitué le premier embryon des associations à but non lucratif ayant pour but d'appuyer les efforts de la jeune administration ;
- Avec les sécheresses des années 70 cette dynamique associative visait les secours d'urgence et la sécurité alimentaire ;
- A partir des années 80 la grande vogue des coopératives a vu le jour ciblant des activités agropastorales ;
- Depuis 1990 ont surgi les ONG s'orientant vers de vastes secteurs socioéconomiques et privilégiant les méthodes participatives ;
- Après 1995 se développent des mutuelles et des institutions de la micro finance relayant les tontines plus anciennes et à l'impact plus limité.

Parmi les secteurs d'intervention le développement social constitue, sans aucun doute, une priorité. Plus particulièrement est ciblée la santé de la mère et de l'enfant. Ce choix s'explique par différents facteurs élargissement de la pauvreté dont ces deux groupes vulnérables constituent la très grande majorité, penchant prononcé des Mauritaniens à secourir les femmes et les enfants, si fragiles et si exposés ; politique volontariste des gouvernements successifs ; aide importante de la communauté internationale ; thèmes pouvant mobiliser et faire intervenir la grande majorité des nationaux ;

D'autres activités sont entreprises dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA.....

Toutes ces activités de prise en charge des soins de santé connaissent des contraintes lourdes. Elles ont lieu, le plus souvent à Nouakchott et à Nouadhibou, mais, plus rarement dans les autres villes secondaires. L'enclavement de certaines régions (Tagant, confins orientaux du pays, villages de la façade maritime atlantique...) ne facilite pas l'implication permanente dans ces programmes santé. Les populations des zones rurales et les nomades reçoivent peu d'informations fiables. En plus, il faut noter que les financements sont surtout mobilisés auprès de la capitale, ce qui explique leur concentration à Nouakchott. Les femmes participent, certes, à ces campagnes de sensibilisation mais ne jouent pas un rôle important dans les médias nationaux ne couvrant pas toute l'étendue du pays. Des lourdeurs sociologiques freinent des animateurs et animatrices qui ne peuvent pas, face un public comprenant des personnes âgées, aborder des éléments fondamentaux concernant la santé de la reproduction.

3.4. Politiques et Stratégies en matière de santé

3.4.1 Historique

L'objectif "Santé pour tous les Mauritaniens", poursuivi depuis 1981, s'est manifesté par la mise en place d'une série de mesures destinées à améliorer les conditions socio-sanitaires des populations⁷. A partir de 1992, le Document Cadre de Politique Economique (DCPE) a renforcé les priorités données au secteur socio-sanitaire à travers les lettres de politique de santé, avec un fort accent mis sur l'investissement⁸. L'évaluation du plan directeur 91-94 qui a glissé jusqu'en 1997 a permis de mettre en exergue l'amélioration du fonctionnement du système de santé et du niveau sanitaire de la population, tout en pointant certaines insuffisances. Sur cette base, des priorités ont été dégagées et adoptées dans le nouveau plan directeur 1998-2002.

3.4.2. Plan National Directeur de Santé 1998-2002

Adopté en février 1997, l'actuel Plan Directeur a pour principaux objectifs:

- Mettre à la disposition d'au moins 80% de la population des services de santé de base accessibles géographiquement et financièrement.
- Réduire de moitié d'ici 2002 la morbidité et la mortalité des enfants de moins de 5 ans ainsi que la mortalité néonatale, et d'un tiers la mortalité maternelle. Le taux de mortalité infantile passera de 118/1000 à 80/1000;
- Accroître le financement et l'amélioration de la performance du secteur.

⁷ à travers notamment le IVe Plan Sanitaire (1981-1985), le Programme de redressement économique et financier (PREF) (1985-88) et le Plan de consolidation et de relance (PCR) 1989-92).

⁸ Les dépenses d'équipement dans le budget de la santé sont passées de 29% en 1990 à près de 45% en 1996.

- Renforcer l'action sociale et la création d'un environnement favorable à la santé.

3.4.3 Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS) :1988-2001

Le Projet d'Appui au Secteur de la Santé, qui soutient la Politique nationale de santé, s'inscrit dans une perspective d'approche sectorielle. Appuyé par la Banque mondiale et les partenaires au développement, il vise la restructuration stratégique et organisationnelle du secteur, la poursuite de la politique de décentralisation des responsabilités et des ressources du secteur; et le renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux.

Les principaux instruments de mise en œuvre et de suivi technique sont le Plan national directeur de santé, traduit en Plan triennal à Horizon Glissant (PTHG), ainsi qu'un Plan annuel d'opération proposé en fonction des intentions des différents intervenants. L'adhésion des partenaires externes aux objectifs et stratégies du plan directeur et leur participation financière et technique à sa mise en œuvre, suivi et évalué à travers une revue annuelle des indicateurs relatifs aux caractéristiques des dépenses du secteur et à la performance des services, témoigne d'un engagement concerté pour la réussite de ce processus.

Sur le plan organisationnel et administratif, le PASS s'intègre dans l'organigramme du MSAS tout en renforçant les structures et les fonctions clés de gestion du secteur. Il s'appuie sur une meilleure coordination des interventions à travers une planification et une budgétisation annuelle et vise à terme l'harmonisation des procédures administratives de gestion des projets et programmes. Des structures de coordination des partenaires sont mises en place dans une acception concertée de développement sectoriel, qui au-delà de l'harmonisation des procédures ou du suivi des performances et de la gestion financière, induit la nécessité d'une responsabilité collective de gestion afin de garantir une affectation des fonds conformes aux objectifs. Le groupe thématique Santé, fonctionnel depuis 1998, est depuis le 24 octobre 2000 dirigé par le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales. Ainsi, sous le leadership du MSAS, le PASS augure une nouvelle voie de partenariat entre les agences de développement, le gouvernement et la société civile pour améliorer l'état de santé des populations.

3.4.4 Cadre budgétaire à moyen terme (2002-2004)

Le budget programme répond à trois objectifs :

- améliorer les indicateurs de santé de la population Mauritanienne, avec un accent particulier sur l'amélioration des indicateurs pour les groupes les plus pauvres ;
- limiter l'impact des dépenses de santé sur le revenu des plus pauvres ;
- améliorer la participation des pauvres ;

3.5 Potentialités pour développer les systèmes de micro assurance santé

La Mauritanie a mis en place plusieurs textes favorables à l'émergence des organisations coopératives et mutualistes qui a permis depuis une véritable explosion de coopératives, d'associations et pour une moindre proportion de GIE et syndicats et enfin plus récemment de mutuelles d'épargne et de crédit.

Ces organisations qui peuvent être classées selon cinq types :

- associations : loi n° 64-098 relative aux associations du 9 juin 1964, révisé par la loi 73.007 du 23 janvier 1973 et la 73-157 du 2 juillet 1973 modifiant certains articles de cette loi ;

- Coopératives : loi n°67-171 du 18 juillet 1967 portant statut de la coopération, complétée par la loi n°93-15 du 21 janvier 1993 ;
- Syndicats : loi n° 61-033 sur la contribution et le fonctionnement des syndicats professionnels et la loi n°93-028 du 20 juillet 1993 ;
- Groupement d'intérêt Economique (GIE) : loi n°97-009 du 21 janvier 1997 ;
- Institutions Mutualistes ou Coopératives d'Epargne et de Crédit : loi n° 98-008 du 28 janvier 1998.

3.6 Dynamique participative et décentralisation

Le cadre juridique de la décentralisation et de la participation communautaire a été achevé et mis en place en 1992 et s'est amélioré au fur et à mesure de la mise en œuvre du système de recouvrement des coûts.

Les principaux textes régissant cette participation sont les suivants :

TEXTES	CONTENU
1. Décret b89.064 du 17 mai 1989	Fixant l'organisation des formations sanitaires régionales
2. Décret 92 027 du 6 juillet 92	Instituant un système de recouvrement des coûts et portant généralisation de la gestion participative des services de santé
3. Arrêté N°R051 MSAS du 25 juillet 92	Fixant les modalités de l'approvisionnement de la distribution des produits pharmaceutiques et du recouvrement des coûts essentiels
4. Arrêté N°R052 MSAS du 25 juillet 92	Portant création d'une commission nationale de coordination des soins de santé primaire
5. Arrêté N°R053 MF/MSAS du 25 juillet 92	Portant création d'un comité chargé du suivi des fonds de roulement destinés à l'acquisition des médicaments et matériel médical essentiel.
6. Arrêté N°R387 MSAS du 24/08/93	Réglementant le fonctionnement des comités de gestion de recouvrement des coûts.

IV .DEVELOPPEMENT DES NOUVEAUX MECANISMES DE PRISE EN CHARGE. SANTE

4.1 Les systèmes de micro-assurance santé

4.1.1 l'Initiative « *Stronger Voices* » en Mauritanie

Méconnues du public et de certains professionnels de la santé en Mauritanie, les micro-assurances sont entrain de tisser progressivement leur toile grâce à l'appui apporté par le projet « stronger Voices » et le BIT/STEP dans le cadre du processus de leur mise en place.

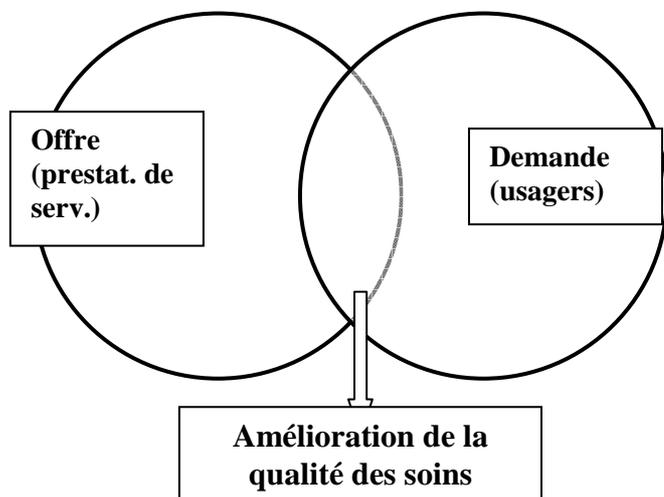
En 2001, la Mauritanie avait été choisie pour faire partie d'un projet novateur regroupant 6 pays⁹ et dont l'objectif était de tester de nouvelles approches pour l'amélioration des soins de santé de la reproduction. Chapeauté par le FNUAP, l'organe des Nations Unies spécialisé dans les questions de population et la santé de la reproduction, cette initiative avait bénéficié d'un financement de la part de la Fondation des Nations Unies.

Dans cette phase du projet qui a duré deux ans, l'objectif était de favoriser une meilleure compréhension des dynamiques de partenariat entre les prestataires et les bénéficiaires et

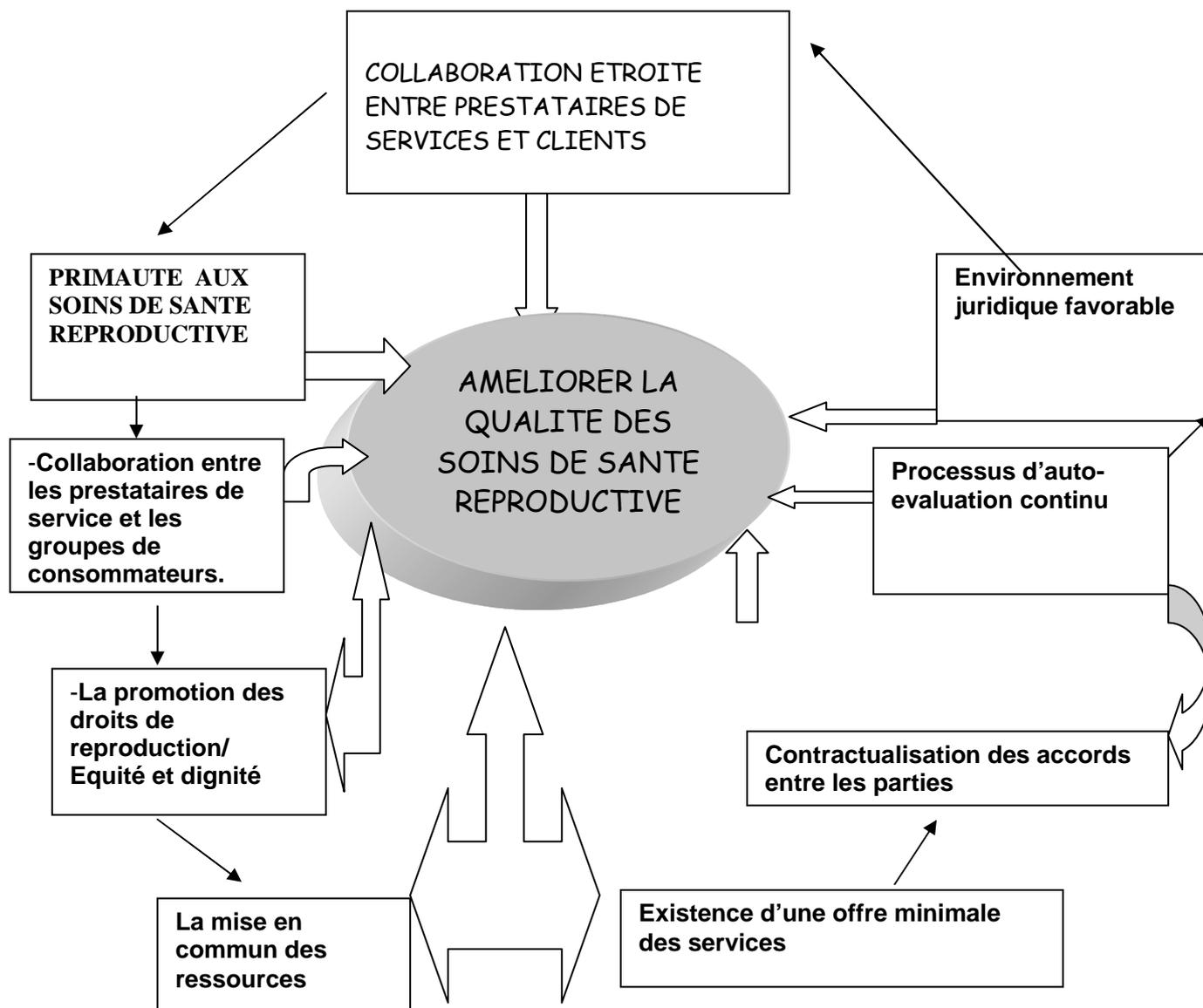
⁹ Les cinq autres pays sont le Kirghizstan, l'Inde, le Népal, le Pérou et la Tanzanie

de tester l'hypothèse qu'un tel partenariat conduit à une amélioration de la qualité de soins de santé sexuelle et reproductive.

Le processus de partenariat évoqué constitue la clef de voûte du projet et invite partenaires à réfléchir sur la véracité ou non de cette vision pourrrait aboutir à une meilleure qualité des soins de santé sexuelle et de reproduction.



L'intervention proposée repose sur l'idée que le renforcement du partenariat entre prestataires et clients est un levier efficace qui peut potentiellement avoir un impact positif sur l'offre et la demande de soins. Ce partenariat sera d'autant plus tangible et efficace, s'il est poursuivi dans un contexte (i) de promotion des principes universels de l'équité et de la dignité (ii) du processus de décentralisation et de l'implication effective des usagers aussi bien en amont qu'en aval, (iii) de la mise en commun de ressources pour réduire les risques liés aux dépenses de santé et, pour augmenter la capacité de négociation des bénéficiaires autour des systèmes de micro-assurance santé, (iv) du renforcement de la capacité organisationnel à travers la mise en place d'outils d'auto-évaluation participatifs et de mécanismes de concertation pour un dialogue structuré entre les partis à partir des accords cadre de partenariat ; et, du (v) soutien conjoint des agences du système des Nations Unies au niveau de la santé.



L'un des problèmes majeure auxquels est confronté la Mauritanie est le problème d'accessibilité aux soins de santé surtout les soins secondaires et tertiaires qui se pose avec acuité surtout au niveau des SOU. Cette situation se reflète au niveau de la situation sanitaire de la population. L'Enquête Démographique et sociale - EDS réalisée en 2000 a mis en lumière le fort taux de mortalité maternelle (747 mortalités maternelles sur 100.000 naissances)

Les consultations, les évaluations et les premières activités pilotes menées au cours des deux dernières années ont permis de faire le choix d'une approche stratégique mettant l'accent sur l'expérimentation et le développement de la micro-assurance santé comme mécanisme d'amélioration de l'accès aux soins de santé, pour les femmes surtout, et de réduction de la mortalité maternelle.

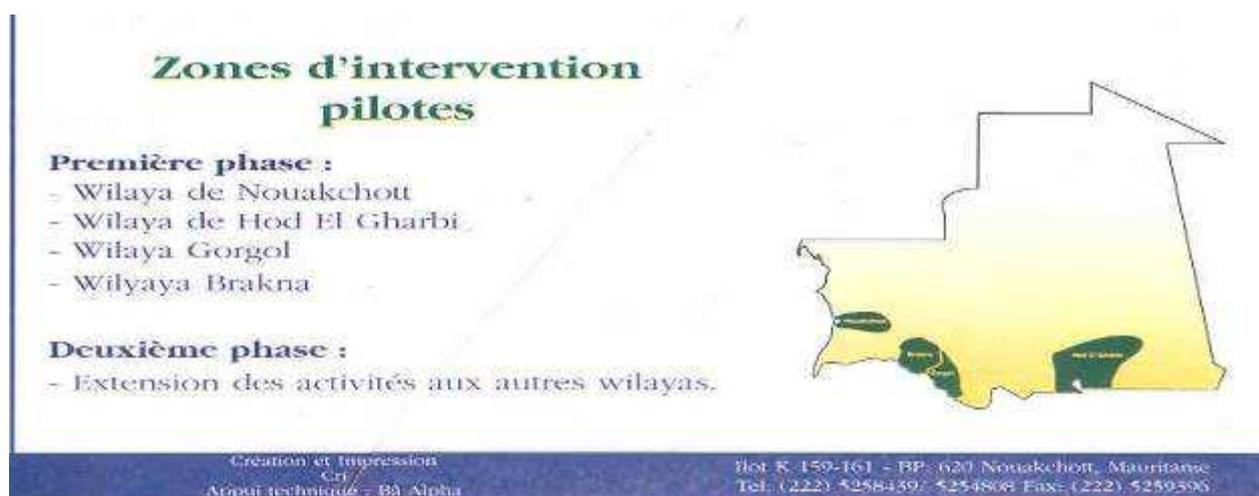
Cette approche a d'abord été mise en œuvre dans 8 zones pilotes à partir de 2001, et c'est en novembre 2002 que le Ministère de la Santé a adopté officiellement l'approche lors d'un atelier auquel avaient participé les Directeurs de la Santé au niveau national, régional et des districts, les représentants des autres ministères clés, à l'image du Ministère de la Condition

Féminine, les Gouverneurs de région et les autorités des districts, les ONG d'appui aux structures naissantes, les représentants de ces mêmes structures et des agences des Nations Unies.

En 2003, le développement de la micro-assurance santé a été officiellement intégré au nouveau plan quinquennal stratégique du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), de la Direction des Affaires Sociales(DAS) et de la Direction de la Planification, Coopération et statistiques (DPCS) du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

4.1.2 SITUATION ACTUELLE DU PROCESSUS¹⁰

Dans sa phase test, les partenaires ont identifiés des zones d'interventions qui devaient servir de « laboratoire » pour l'implantation des mutuelles de santé. Ainsi les zones de Hodh el gharbi, Gorgol, Brakna et Nouakchott ont été choisies selon des critères pertinents liés entre autres, à la pauvreté, à la forte vulnérabilité des populations cibles, et à la présence d'ONGs ayant des connaissances en SR et susceptibles d'accompagner le processus. A cette liste a été rajoutée l'assaba en tant que zone de concentration des agences des Nations Unies ;



Huit projets sont soit opérationnels soit en voie d'être installés dans les cinq régions choisies en Mauritanie. Le nombre de bénéficiaires ayant commencé à collecter des contributions va de près de 9.000 (en zone périurbaine de Nouakchott) à environ 2.000 (dans un village de la région du Brakna).

Les différentes mutuelles en cours n'ont pas toutes la même vitesse de croisière compte tenu des dates de démarrage différentes.

La spécificité de toutes ces mutuelles c'est d'avoir mis en avant la réduction de la mortalité maternelle comme axe principal d'intervention. **Cette orientation se traduit par l'identification d'un comité d'initiative qui comprend des sages femmes ou des infirmières travaillant dans le cadre de la santé de reproduction ;**

Les mutuelles les plus avancées et qui seront traitées de façon exhaustive ont moins de deux ans d'existence, il s'agit de la mutuelle de DAR NAIM et celles de Wothié et Dioudé Diéri

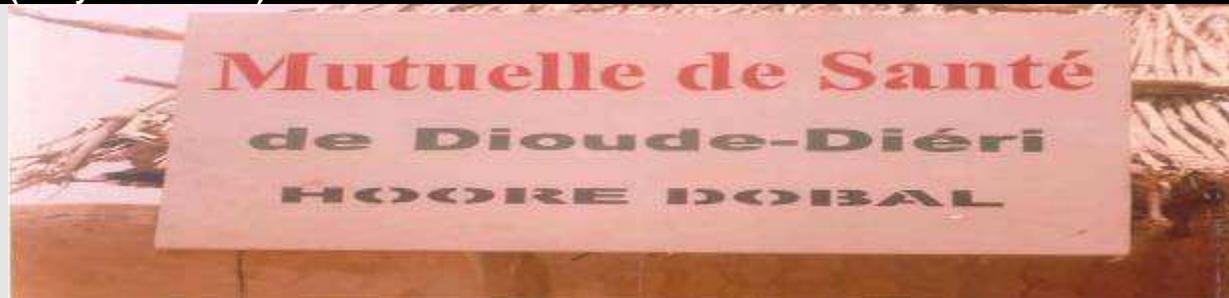
¹⁰ Cf tableau

Principales caractéristiques des mutuelles en Mauritanie

Nom de la Mutuelle	Zone Date Création	Groupes cibles	Bénéficiaires	Initiateurs	Mécanismes financement	Prestations
1. wothié	Wothié 2001	Village de wothié	109 adhérents 550 bénéficiaires ;	ONG AMAD Projet Acopam, puis Projet stronger Voices »	Cotisations 50UM/personne	-consultations curatives(50%) -prénatales(50%) -accouchements simples(100%) -maladies chroniques(50%) hospitalisation(forfait 10.000 UM)
2. Dioudé	Dioudé 2001	Village de dioudé 2000 habitants	136 adhérents 1225 bénéficiaires	ONG AMAD Projet »stronger Voices »	<u>Cotisations</u> 50UM/personne	-consultations curatives(50%) -prénatales(50%) -accouchements simples(100%) -maladies chroniques(50%) hospitalisation(forfait 10.000 UM)
3.Dar Naïm	Dar Naim 2002	Moughatta de dar naim 64 686 habitants	création :8700 Aujourd'hui : 11920	Caritas Projet stronger Voices »	Cotisations 50UM/personne	-consultations curatives(50%) -prénatales(50%) -accouchements simples(75%) hospitalisation(forfait 10.000 UM) -accouchement 5000 UM - cotisation 50 UM/personne
4.Assaba espoir	Kankossa 2003	commune de kankossa 11.083 habitants		ONG Assaba Espoir Projet stronger Voices	Cotisations	<u>Etude de faisabilité finalisée</u> <u>Attente assemblée générale</u>
5.mutuelle de sebkha	SEBkha 2003	Coopérative de sebkha 702 habitants	A la création 296 adhérents 2072 membres	ONG Naître et grandir Projet stronger Voices	Cotisations 75UM/personne	-consultations curatives(50%) - Forfait obstétrical (50% hospitalisation(forfait 5.000 UM)
6. Bata yakharé	Kaédi 2003	Quartiers de jeddida, Latin et gattaga 12.000 personnes	Groupements organisés de kaedi	ONG Bata yakharé Projet stronger Voices	Cotisations	- <u>Etude de faisabilité finalisée</u> <u>Attente assemblée générale</u>
7.Espoir des dames	Aioun 2003	Commune de aioun	Groupements organisés de Aioun 7000 membres	ONG espoir des Dames Projet stronger Voices	Cotisations	<u>Etude de faisabilité en cours</u>
8Mutuelle el Mina		Moughatta d'el mina 95 011 habitants		<u>ONG ACP</u> Projet »stronger Voices	Cotisations	-consultations curatives(100%) -prénatales(100%) -accouchements simples(100%) -maladies chroniques(100%) <u>Toutes les prestations sont fournies au niveau primaire et secondaire</u>
9.mutuelle de la CLTM	Nouakchott 2003			<u>ODESTA</u> Projet »stronger Voices	Cotisations	<u>Etude de faisabilité en cours</u>

Expérience de Wothié et Dioudé en zone rural

La Mutuelle de wothié et de Dioudé Diéry (wilaya du brakna)



Premières expériences en Mauritanie dans le domaine de la mutualisation, les mutuelles de Dioudé et de wothié ont été implantées à partir de 2001 à partir du modèle développé par le BIT/ACOPAM dans la sous région. Progressivement avec l'implantation du projet « stronger Voices », le personnel d'appui de l'ONG AMAD (association mauritanienne pour l'auto-développement a été formé et appuyé (BIT/STEP) aussi techniquement que financièrement (FNUAP/UNICEF) dans le cadre du processus l'appropriation de l'approche ;

A mi chemin entre le campement d'Abary situé au nord est de Bababé, se dresse la ville de Dioudé à 80 à Km du fleuve du Sénégal. La population est d'environ 2000 personnes et le taux de couverture actuelle est de 85%

Le village compte 9 associations communautaires. L'adhésion au sein de Dioudé est familiale et vaut 200 UM. Au niveau des cotisations, l'adhérent principal paie 100 UM/mois et 20 UM pour les personnes à charge. Le taux de prise en charge est de 100% pour les soins de reproduction et de 50% pour les autres soins curatifs y compris l'évacuation; Le taux de couverture est 85%. La spécificité de Dioudé c'est d'avoir un comité des sages qui est en fait garant de la « moralité » et de la régularité des cotisations. En cas de non paiement lié à des difficultés passagères, le comité des sages peut saisir les notables ou les ressortissants (immigrés) qui font des contributions pour colmater les manques à gagner de la mutuelle ;

En ce qui concerne wothié, la situation est sensiblement similaire, il faut préciser que wothié est accessible sur une piste de 2,5 km du goudrou de boghé ; 250 familles composent cette population de 2200 habitants ; Différentes associations qui oeuvrent dans le domaine du maraîchage, petit commerce, tontine, artisanat existent dans le village ; Au niveau sanitaire, il y'a un dispensaire récemment équipé. Pour les urgences sérieuses, les évacuations se font à Boghé(18km) ou plus fréquemment à l'hôpital régional de Kaédi (75 km) ;

Les deux mutuelles sont nées à partir de avril et Août 2001 (assemblées générales) et compte 136 adhérents pour 1225 bénéficiaires (Dioudé). Celle de wothié 109 adhérents pour 550 bénéficiaires ;

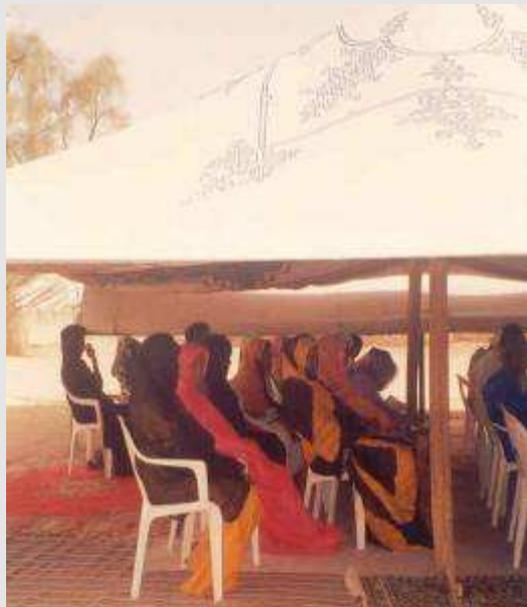
La répartition par sexe fait apparaître 645 femmes à Dioudé et 291 femmes à wothié ; Les prestations ouvertes de octobre 02 à juin 03 font apparaître 165 cas dont 19 accouchements et 5 évacuations en SOU.

Expérience de DAR/NAIM en zone péri-urbaine

La Mutuelle de Dar Naim

L'Initiative de mettre en place une mutuelle dans la moughatta de Dar Naim est une initiative conjointe entre la population de Dar Naim (zone urbaine de Nouakchott),

CARITAS et le projet « stronger Voices ». Dès le démarrage du processus, une équipe de formateurs de Caritas a bénéficié du cycle de formation du BIT/STEP sur financement du projet. La population effective de Dar Naïm est d'environ 64 686 habitants.



Le projet "Santé Dar Naim" de Caritas Mauritanie a démarré en 1989 sous une tente pour fournir des soins de santé élémentaires aux victimes de l'exode rural peuplant ce quartier de Dar Naim. Les habitants du quartier viennent d'horizons divers et commencent à s'organiser en coopératives, associations, mutuelle d'épargne et de crédit, centre de promotion féminine etc.. Un centre de santé « TAB SALAM DIAM » comprenant un centre de réhabilitation nutritionnelle et une maternité et un laboratoire de base ;

Le projet santé Dar Naim a contribué au renforcement de la capacité des habitants du quartier Pour ce faire, le projet a valorisé le repérage et l'expression de ressources humaines locales pour renforcer la cohésion de la communauté. Les habitants de Dar Naïm ont largement sociale qui a abouti à la création des comités de santé de quartiers (scouts, animatrices, associations de jeunes, mutuelle épargne crédit)

Malgré tous ces efforts, le problème d'accessibilité aux soins de santé se posait avec acuité. La réflexion à cette problématique a conduit caritas et ses partenaires à réfléchir sur un mécanisme qui permettrait de réduire de façon durable l'exclusion de certaines personnes, qui du fait de la faiblesse de leur revenus ont du mal accéder aux soins de santé du centre de santé de TABSALAM DIAM ;

La mutuelle de Dar Naim est née donc à la suite de cette réflexion et une Assemblée générale a été organisée le 11/01/03. Le droit d'adhésion étant fixé à 200 UM et le montant de la cotisation à 50 UM par personne. Le nombre d'adhérents est passé de 1450 à 1820 membres en trois mois. Parallèlement, le nombre de bénéficiaires a connu une progression de 37%.

La mutuelle a signé des accords avec 2 centres de santé et trois postes de santé. La couverture est prise en charge à hauteur de 50%(consultations curatives et prénatales, maladies chroniques, médicaments génériques), de 75%(accouchement simples) et un forfait de 10.000 UM et 5000 UM sont octroyés pour les cas de hospitalisation ou de d'accouchement dystociques ;

Les résultats tirés des documents comptables font apparaître après trois mois de prestations i) un taux de recouvrement de 100% des cotisations pour 2060

bénéficiaires, (ii) 927.400 UM de cotisations, (iii) des adhésions à hauteur de 287.400 UM et (iv) des prestations couvertes à hauteur de 56.986 UM.

Les principaux enseignements à court terme qu'on peut tirer sont que :

- la mutuelle répond à un besoin prioritaire qui est de résoudre le problème d'accessibilité financière
- les femmes enceintes font l'objet d'une attention particulière aussi bien dans la prévention que dans le traitement et l'accouchement ;
- l'existence d'un sentiment d'appartenance à la mutuelle est manifeste malgré qu'elle se situe dans une zone péri-urbaine où la population est sensée venir des quatre coins du pays ;
- La longue période d'observation de 6 mois a permis à la mutuelle de se doter d'un équilibre financier qui lui permet de faire face aux dépenses futures ; le ratio de liquidité immédiate est supérieur à 10. Un examen du plan de trésorerie s'avère nécessaire pour expliquer la sur liquidité de la mutuelle ;
- Le taux de pénétration durant les trois mois de fonctionnement a connu une progression exponentielle, + 12,3% ;

4.1.3 Autres initiatives en cours appuyées par « stronger voices »

La mutuelle de Sebkha

Cette mutuelle a fait son assemblée générale le 8/10/03 et se situe au niveau de la Commune de Sebkha qui est l'un des quartiers les plus populaires de Nouakchott. Elle est située à la limite ouest de la ville et sa population est estimée à 86 454 habitants, les femmes en âge de procréer à 22 997 et les grossesses attendues à 4 409.

Sebkha abrite le plus grand marché de la ville ce qui favorise le développement du secteur informel.

Les habitants du quartier viennent d'horizons divers, mais la commune connaît un développement important du mouvement associatif qui se traduit par la création de coopératives, de groupes de tontine, d'associations de villages etc...

La commune dispose de plusieurs services publics de santé dont un centre de Neuro-psychiatrie, un centre de santé et deux postes de santé. Ces structures assurent des soins de santé curatifs et préventifs.

Le Ministère de la santé et des affaires sociales a initié un programme pour une maternité à moindre risque à Nouakchott. Ce programme objet en 2000 d'un partenariat entre le Ministère de la Santé et Naître & Grandir Mauritanie comportait les volets suivants :

- Equipement des formations sanitaires;
- Formation du personnel de santé;
- Mobilisation sociale pour améliorer la communication entre usagers et prestataires de soins de santé.

L'exécution du programme "maternité sans risque" a contribué à la création de certaines conditions préalables à la mise en œuvre d'une mutuelle de santé dans la commune de Sebkha notamment dans l'amélioration de la qualité des prestations de soins en santé de la reproduction et la restauration de la relation prestataires de soins et usagers.

En effet, la qualité des soins s'est nettement améliorée à la maternité du centre de santé de Sebkha grâce à la formation continue du personnel, l'équipement des unités de soins, la construction d'un bloc opératoire et la création d'un cadre de concertation entre usagers et personnel du centre de santé.

Si les problèmes liés à l'offre de soins sont en partie résolus, ceux relatifs à l'accessibilité financière restent entiers surtout pour les populations pauvres du secteur informel.

Cette difficulté est liée à la faiblesse des revenus mais elle est souvent accentuée par la mauvaise gestion de l'économie familiale.

En réponse à cette préoccupation plusieurs initiatives ont été tentées. D'abord un groupe de femmes avait spontanément constitué à Sebkha un fonds de solidarité pour venir en aide aux personnes malades de leur quartier. Mais les faibles capacités organisationnelles des initiateurs ont été la cause de l'échec de cette action.

Ensuite, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a initié une expérience pilote dénommée "forfait obstétrical" à Sebkha et à El Mina pour atténuer les difficultés liées à l'accessibilité financière aux soins et réduire le taux de mortalité maternelle. Cette expérience a pour but de permettre le partage des dépenses de santé afférentes aux risques liés à la grossesse et à l'accouchement entre toutes les femmes enceintes par le paiement d'un forfait estimé à 5000 UM. Ce forfait couvre toutes les dépenses relatives au suivi de la grossesse et l'accouchement y compris la césarienne.

Le "Forfait obstétrical permet de garantir aux services de santé des ressources suffisantes afin d'offrir aux usagers la qualité des soins.

Toutes ces expériences initiées à Sebkha permettent de supposer que la population de ce quartier est confrontée à de réelles difficultés dans la prise en charge des dépenses de soins.

La mise en place d'une mutuelle de santé en faveur des groupements féminins de Sebkha s'inscrit dans la continuité du programme "Maternité sans risque à Nouakchott". Elle pourrait contribuer aussi à la réussite du "forfait obstétrical" en facilitant l'adhésion des femmes par la réduction des exclusions causées par la faiblesse des revenus.

La mutuelle de bata yakharé

La mutuelle de Bata Yakharé est située à Kaedi, ville du Sud, au bord du fleuve Sénégal et à 575 Km de Nouakchott, une des plus anciennes villes du pays, Kaédi a bénéficié très rapidement d'électricité, eau et téléphone. Malheureusement, trente années après, la ville n'a pas beaucoup changé et pratiquement aucune infrastructure importante n'y a vu le jour. Ces dernières années, la configuration ethnique s'est fortement modifiée. La communauté maure s'est intégrée à travers l'implantation des boutiques et des périmètres agricoles. Le secteur informel occupe une place de choix au sein de la population active.

La ville de Kaédi regorge d'associations et d'organisations de toutes sortes qui s'adonnent à divers types d'activités culturelles, sportives et économiques.

Kaédi est la troisième ville en terme de population et son climat est chaud pendant presque toute l'année avec beaucoup de pluie pendant l'hivernage.

Au niveau sanitaire on note une couverture de la consultation prénatale de 60,16% tandis que celle des accouchements est de 28,88%. Le taux de mortalité maternelle à l'hôpital est de 2,57%.

Le bloc opératoire de Kaédi fonctionne normalement même s'il arrive parfois qu'il y ait un manque de sang qui occasionne souvent des décès ;.

Les dépenses de santé des ménages hors structure sanitaire (guérisseurs traditionnels et agent de santé hors structure) restent importantes (37%) dans la commune où souvent on a recours à des amis ou à la famille pour y faire face.

La mutuelle va tenir son assemblée générale dans le courant du mois novembre.

La mutuelle de kankossa

Cette Mutuelle est au même stade de progression que celle de bata Yakharé. Elle est située dans la Wilaya de l'ASSABA qui s'étend sur 38 000 Km², soit 3,5% de la superficie nationale. Elle constitue une zone de convergence des populations en raison de son positionnement géographique et de ses potentialités agro-sylvo-pastorales.

Les années de sécheresse ont davantage accentué cette tendance.

La population est passée de 167 123 habitants en 1988 à 242 265 habitants en 2000. Le taux de sédentarisation est en constante augmentation avec fixation des populations dans les agglomérations ou à proximité, notamment sur le long de la route de l'espoir.

Les échanges de Kankossa se font le long de la piste liant Kiffa au Mali en passant par la commune de Tenaha.

De manière générale, l'essentiel des revenus de la population provient de l'agriculture pluviale et de bas-fonds, de l'élevage extensif et des revenus de l'émigration

Le profil épidémiologique de la Wilaya est dominé par cinq pathologies qui représentent 72,4% du nombre total des consultations.

Ces pathologies sont par ordre d'importance : le paludisme (22%), les infections respiratoires aiguës (19%), les parasitoses intestinales (6,8%) et les diarrhées (6,6%).

Notons en plus que les maladies dont la prévalence n'est pas très importante, mais particulièrement grave sévissent au niveau de cette Wilaya, notamment la tuberculose et le VIH/Sida.

Plus particulièrement, parmi les Moughataas de la Wilaya de l'Assaba, celui de Kankossa est l'un des plus démunies de cette Wilaya.

Selon, l'Enquête de Démographie et de Santé (EDS 2001), 71,2% des accouchements se font à domicile tandis que 61,2% se font sans aucune assistance par le personnel de la santé. Les évacuations venant de l'intérieur de la Moughataa coûtent excessivement chères aux populations, de 10 000 à 15 000 UM pour le transport seulement.

Enfin, 70% de cette moughataa est analphabète.

La Moughataa de Kankossa comprend la commune de Kankossa qui abrite 11 083 habitants dont 52% de femmes. Les autres communes sont Sani (8928 habitants), Blajmil(12 931 habitants), Tenaha (9 255 habitants) et Hamed (20 867 habitants).

La mutuelle d'EI MINA

Créée par décision de l'assemblée générale au mois d'août 2003, la mutuelle d'El Mina opère dans la moughatta du même nom, qui est le résultat de l'immigration des ruraux qui a accentué le déficit de logement et provoqué la formation des quartiers d'habitat sous-intégré.

Situé sur la partie sud-ouest de Nouakchott, la capitale, elle s'étend du nord au sud par la route principale qui passe entre Mina et Sebkhah ; au sud, par l'axe port de l'amitié, route de Rosso ; d'Est en ouest, par la route nord-sud qui limite le marché de la Socim et de la Socogim et à l'ouest par les côtes de l'océan atlantique.

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 1988, la Moughataa d'El Mina comptait 100 454 habitants, faisant d'elle, de loin, la plus peuplée à Nouakchott. Alors que le RGPH 2000 lui attribue 95 011 habitants. Ce qui la place en quatrième position, derrière respectivement Sebkhah et surtout Arafat et Riadh qui ont été créés vers la fin des années 80 et dont la majeure partie des habitants sont d'anciens pensionnaires d'El Mina.

La Moughataa d'El Mina est la plus exposée au fléau du manque d'hygiène. Le ravitaillement de l'eau se fait par charrette et les eaux achetées sont souvent mal conservées, stockées dans des bassins en ciment ou des fûts en plastique ou en fer ; ce qui explique la présence de certaines épidémies telles que la choléra et d'autres maladies diarrhéiques qui causent des décès infanto-juvéniles.

Malgré le flux des populations d'El Mina vers les Moughataas d'Arafat et de Riadh, les périphéries d'El Mina restent très marquées par la présence des bidonvilles (Kebba). Selon le profil de pauvreté 2000, les habitats précaires (tentes, cases et baraques) représentent 25% à Nouakchott. Le pourcentage des ménages qui logent dans des baraques a augmenté par rapport à 1996 en passant de 16,8% à 25,3% en 2000 pour Nouakchott. Ce qui explique la forte concentration des populations dans les quartiers non lotis.

A Nouakchott, une personne sur cinq vit en dessous du seuil de la pauvreté mais le tiers de la population de la Moughataa d'El Mina vit en dessous du seuil de la pauvreté. Malgré cette pauvreté visible dans les Kebba, la population vit en étroite solidarité. On retrouve plusieurs ménages venant d'une seule localité et vivant côte à côte. Plusieurs ONG sont actives dans la zone et on retrouve un nombre important de coopératives.

La Moughataa d'El Mina comprend six (06) formations sanitaires : dispensaire central d'El Mina, le centre –Mère et enfants, les postes de santé de DAR EL BEIDA, OUMOUL KOURA, Chiva, et Marbat.

4.2 Le forfait obstétrical

Conçu en 1997 et validé par le Comité de pilotage du 15 décembre 1998, le programme "Maternité sans risque dans la Wilaya de Nouakchott" a été mis en œuvre depuis 1998, sous l'égide de la Délégation régionale pour la promotion sanitaire et sociale (DRPSS) de Nouakchott et du Centre hospitalier national (CHN), avec le concours du Service de Coopération et d'Action culturelle de l'Ambassade de France et de l'Organisation mondiale de la Santé. Ce programme s'inscrit dans la politique menée par le Ministère de la Santé et des Affaires sociales et le Programme National de Santé de la Reproduction.

Il a pour objectif général la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales par l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et de la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes et aux nouveau-nés.

L'instauration d'un système équitable et transparent de recouvrement des coûts de la grossesse et de l'accouchement peut faciliter l'accès de toutes les femmes enceintes à une prise en charge de qualité. C'est ainsi que depuis septembre 2000, une réflexion est menée sur la mise en place du forfait obstétrical dans la Wilaya de Nouakchott. Des échanges ont eu lieu avec d'autres structures ayant instauré des systèmes plus ou moins comparables (Maternité Guedawaye de Dakar) et avec les consultants de l'OMS, du FNUAP, du STEP (Strategy and Tools against social Exclusion and Poverty) et de la Banque mondiale.

Le forfait obstétrical est une cotisation permettant à toutes les femmes enceintes de Nouakchott de faire suivre la totalité de leur grossesse et d'accoucher dans les structures publiques de la Wilaya (Maternités de la DRPSS,) à un tarif unique abordable quels que soient le déroulement de la grossesse, le mode d'accouchement et les complications immédiates éventuelles.

Cette initiative s'inscrit dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle, qui est très élevée (747/100.000 naissances vivantes) à travers l'accessibilité financières au profit des femmes enceintes ; En effet, la tarification actuelle reste très élevée et coûte à la patiente :

- de 2 825 à 7 375 UM dans les formations sanitaires de la DRPSS,
- de 18 400 à 45 900 UM à l'Hôpital Cheikh Zayed,
- de 13 900 à 40 900 UM au Centre hospitalier national.

Il s'agit là des sommes payées officiellement, sans tenir compte de motivations éventuelles que la patiente doit régler à diverses catégories de personnel. Cette pratique est très habituelle¹¹.

Avant la mise en place d'un système global de prise en charge, quelques conditions ont été remplies.

- ❑ L'affectation du personnel nécessaire à la mise en service du centre de santé de Sebkhia rénové et équipé d'un bloc opératoire fonctionnel, à savoir un obstétricien, un infirmier chef de bloc et un infirmier anesthésiste, tous trois à temps plein, ainsi que le personnel vacataire nécessaire pour assurer les gardes de 24 h (médecins résidents, infirmiers anesthésistes, infirmier de bloc, garçon de salle).
- ❑ La mise à disposition par les partenaires d'un fonds de roulement suffisant pour assurer le fonctionnement en consommables et en médicaments pour une durée de six à douze mois, en prévoyant un réapprovisionnement à la fin du quatrième mois sur les fonds recouverts par le forfait.
- ❑ Le respect du principe : « Pas de garde de maternité sans sage-femme » et de ce fait, la mise à disposition par la DRPSS du nombre de sages-femmes nécessaires qui devront réellement assurer une présence.

Les recettes tirées du forfait sont réparties de la manière suivante :

- reapprovisionnement en médicaments (40%) ;
- fonctionnement (10%)
- Drpss(10%)
- fonds de sécurité (10%)
- primes au personnel (30%)

¹¹ Enquête socio-anthropologique dans les maternités. Mai 2000.

VI perspectives et recommandations

Le projet « stronger Voices » a été le moteur d'une prise de conscience des autorités et des partenaires sur les modes de financement des soins de santé à travers la mise en commun des ressources pour partager les risques liés à la maladie. La mise en œuvre de ce projet constitue une opportunité indéniable pour tester l'approche en conformité avec les priorités du gouvernement Mauritanien et des agences des Nations Unies, tout en s'assurant que la promotion des systèmes de micro-assurance prennent en compte les soins obstétricaux d'urgences ainsi que des accords qui assureront une qualité élevée et durable du système sanitaire.

Le développement et la pérennité de mutuelles qui sont entrain de se créer devront être soutenus tant techniquement, que financièrement car elles constituent un bon levier de lutte contre la pauvreté. Elles permettent de mobiliser les populations autour d'une activité viable, tout en renforçant leur santé. Le fait de vouloir participer au financement des soins est le meilleur indice qui montre leur volonté de s'approprier de l'opération, et constitue un signe évident de leur volonté de vouloir s'organiser, contrôler et participer à la gestion de leur système de santé.

Tant par l'innovation et la pertinence du domaine qu'il couvre que par l'originalité de son approche participative, les mutuelles de santé suscitent un intérêt certain de la part des différents acteurs qui ont manifesté cela plusieurs reprises.

C'est ainsi que des projets de mutuelles sont entrain de prendre forme de plus en plus dans le pays.