



Rapport d'évaluation intermédiaire du Programme MEMISA en
Mauritanie
(Programme commun DGD 2017-2021)



Belgique

partenaire du développement



Table des matières

Avant-propos	5
1. Contexte de l'évaluation	6
1.1. Objectifs du Programme	6
1.2. Objectifs de l'évaluation.....	6
1.3. Autres objectifs de l'évaluation.....	6
1.2. Déroulement de la mission	7
1.2.1. Programme de la mission	7
1.2.2. Activités menées.....	8
1.2.3. Méthodologie.....	9
2. Analyse des composantes du Programme	12
2.1. Cadre conceptuel : La Théorie de changement	12
2.2. Le projet Santé Dar Naïm; Analyse des composantes du Programme	14
2.2.1. Composante 1 : Les structures de soins de santé primaires.....	15
2.2.2. Conclusions sur les structures de soins de santé primaires	21
2.2.3. Composante 2. Les Mutuelles de Santé de Dar Naïm et Bababé	22
2.2.4. Composante 3. Le Fonds d'Équité de Dar Naïm.....	27
3. Analyse des Risques associés à la Mauritanie.....	29
4. Évaluation de l'intervention.....	30
3.1. Pertinence	30
3.2. Efficacité.....	32
3.2.1. Mesure de l'efficacité à travers des indicateurs du cadre logique.....	32
3.2.2. Analyse	35
3.3. Efficience.....	36
3.3.1. L'efficience dans l'utilisation du budget.....	36
3.4 Durabilité	37
3.4.1. Durabilité financière	38
3.4.2. Durabilité sociale.....	39
4. Conclusions et Recommandations	40
5.1. Concernant le Partenariat.....	40
5.2. Concernant le Programme	40
5.2.1. Points forts.....	40
5.2.2. Opportunités	40

5.2.3. Faiblesses	41
5.2.4. Menaces	41
5.3. Sur la pertinence du Programme	41
5.4. Sur l'efficacité	42
5.5. Sur l'efficience	42
5.6. Sur la durabilité	43
Annexes	44
Annexe 1. Termes de référence	44
1. Objectifs de l'évaluation	46
2. Objectifs du Programme	46
3. Approche Méthodologique	47
3.1. Stratégie proposée pour conduire et mettre en œuvre la démarche évaluative ...	47
3.2. Étapes de l'évaluation sur site	47
3.2.1. Réunion de cadrage avec le responsable	47
3.2.2. Réaliser l'évaluation sur site.....	48
3.2.3. Analyse des données et rédaction du rapport	48
3.2.4. Techniques d'analyse à utiliser qui reposent sur la méthodologie qualitative	48
3.2.5. Techniques qui reposent sur la méthodologie quantitative	49
3.2.6. Validation et contrôle de qualité de l'information.....	49
3.2.7. Méthodes de mesure: élaboration d'indicateurs.....	49
4. Critères d'évaluation.....	51
4.1. Autres critères d'évaluation.....	51
5. Questions Évaluatives	52
6. Programme de Travail Mauritanie	55

Liste des abréviations

APA Accouchements Professionnellement Assistés
APSDN Association de Promotion de la Santé à Dar Naïm
CA Conseil d'administration
CPN Consultation prénatale
CPON Consultation postnatale
CPS Centre de protection sociale
CS Centre de santé
FED Fonds européen de développement
FMN Faculté de médecine de Nouakchott
FOSA Formation sanitaire
ICP Infirmier chef de poste
IMT Institut de médecine tropicale
IST Infection sexuellement transmissible
MCM Médecin chef de Moughataa
MCSB Mutuelle de santé communautaire de Bababé
MCSDN Mutuelle communautaire de santé de Dar Naïm
OBC Organisations à base Communautaire
ONG Organisation non gouvernementale
OS Objectif spécifique
OSC Organisation de la société civile
PF Planification familiale
PS Poste de santé
PTF Partenaire technique et financier
RGPH Recensement général de la population et l'habitat
RHS Ressources humaines en santé
TSD Tab Salam Diam
UE Union européenne

Avant-propos

Cette mission d'évaluation du Programme MEMISA en Mauritanie a été réalisée du 09 au 15 septembre de 2019 (Programme en annexe).

Elle a permis de visiter les structures de santé et les Mutuelles de Dar Naïm et Bababé, en collaboration étroite avec l'Association pour la Promotion de la Santé à Dar Naïm (APSDN).

Cette mission d'évaluation intermédiaire confirme le plein déroulement du programme dans toutes les structures/équipes appuyées.

Nous voudrions remercier Memisa et les équipes de l'APSDN, ainsi que toutes les équipes et partenaires rencontrés, pour leur disponibilité et leur intense collaboration.

Le bon déroulement de cette mission a été favorisé entre autres, par les moyens logistiques mis en œuvre par l'APSDN.

***Ce rapport a été rédigé par des experts externes indépendants.
Les opinions exprimées dans ce document représentent les points de vue des auteurs et ne sont pas nécessairement partagées par Memisa, APSDN, les partenaires ou les autorités du pays concerné.***

1. Contexte de l'évaluation

1.1. Objectifs du Programme

Objectif spécifique 1 : Renforcer le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre.

R1. Le développement de partenariats effectifs avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et les partenaires de la société civile renforce le système local de santé.

R2. Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé.

R3. Un système de protection sociale performant ciblant la santé est disponible à un prix abordable pour la population cible

Le programme vise le développement d'un système local de santé intégré avec trois composantes que sont les structures de soins de santé primaires, les mutuelles de santé et les mécanismes de fonds d'équité.

L'approche proposée met un accent particulier sur la protection sociale pour la santé et sur l'autonomisation du partenaire de la société civile. La collaboration avec l'IMT Anvers est maintenue et renforcée.

L'APSDN est l'organisation partenaire de Memisa en Mauritanie depuis le début de l'intervention (au début comme projet de Caritas Mauritanie). Elle coordonne et met en oeuvre toutes les interventions de Memisa en Mauritanie. Le partenariat est basé sur des valeurs partagées, une compréhension mutuelle des priorités et des stratégies pour atteindre l'objectif.

1.2. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation intermédiaire est une évaluation formative et d'aide à la prise de décisions. L'objectif principal est de fournir un regard externe sur le programme MEMISA en Mauritanie afin de pouvoir l'améliorer et apporter les éventuelles corrections nécessaires dans une vision d'optimisation continue.

- Vérifier globalement et de manière indépendante les résultats du projet/programme (produits, effets, impact) et apprécier l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la durabilité du programme en matière de développement.
- Analyser le lien et la cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans les résultats attendus du programme et dans les indicateurs utilisés,
- Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques concernant le suivi des interventions
- D'après les appréciations évaluatives, signaler des pistes d'orientation pour le prochain Programme

1.3. Autres objectifs de l'évaluation

- Apprécier la capacité de gestion de l'APSDN et évaluer les stratégies utilisées pour l'accomplissement des objectifs.
- Évaluer la suffisance de ressources de l'APSDN pour la réalisation de sa mission.

- Définir comment peut-on aborder les prochains défis pour accompagner le processus de transformation de cette expérience dans un système national de sécurité sociale.
- Évaluer la possibilité d'établir un fond de protection sociale

1.2. Déroulement de la mission

Cette mission d'évaluation a tenu compte des recommandations de MEMISA de mettre en place une démarche participative et mobilisatrice de l'ensemble des acteurs concernés par le Programme. Pour cela, un plan de déroulement initial a été élaboré dans une réunion tenue à Bruxelles le 5 septembre avec Elies Van Belle, Isabelle De Mûelenaere (MEMISA) et l'évaluateur, puis réajusté en cours de mission en Mauritanie.

L'évaluation sur le terrain s'est parfaitement déroulée avec l'aide précieuse de tous les collaborateurs de l'APSDN.

A partir d'une mission de 7 jours sur le terrain, l'expert évaluateur a rencontré l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention des différents contextes. On a procédé à réaliser une évaluation au niveau des résultats atteints dans l'intervention, sur base du cadre logique, ainsi que l'analyse de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; les produits et livrables atteints ont été vérifiés. L'efficacité et l'efficience des activités, la mise en place de mesures garantissant la viabilité de l'intervention ont également été prises en considération.

1.2.1. Programme de la mission

Date		Activités
Lun	09/09	Rencontre avec l'équipe de l'APSDN Entretiens avec les responsables de la Mutuelle et du Fond d'Équité Visite au Centre de santé Tab Salam Diam. Entretien avec la responsable. Rencontre avec Dieng Abdellahi. ATN /ENABEL. Dar Naïm
Ma	10/09	Entretien avec M. Abdoulaye Ba, Directeur APSDN Visite aux postes de santé El AVIA, Tab el Khaïr et Tab Teïsir Entretiens avec les responsables concernées : Habibeta Moustapha Boi (EL Avia), Hapsatou Abdoulaye Sow (El Khaïr) et Fatou Kolle (Tab Teïsir).
Me	11/09	Visite Mutuelle de Santé. Entretien avec les responsables de la Mutuelle Entretien avec Verónica Trasancos Buitrago. Responsable du Programme AI-PASS Feed Back avec le Staff de l'APSDN
Jeu	12/09	Déplacement à Bababé Reunion avec le Conseil d'Administration de la Mutuelle de santé
Ven	13/09	Visite au Centre de santé de Bababé. Entretien avec Dr. Abdeljalil Cheith Zeiri. Directeur Entretien avec la Visite au Poste de santé Aéré Golléré. Entretien avec l'infirmière Kadidiatou Sow

		Visite au poste de santé de Nouara. Entretien avec le chef de poste Cheikani Med Mahmoud Retour à Nouakchott
Sam	14/09	Restitution équipe APSDN
Dim	15/09	Retour en Espagne

1.2.2. Activités menées

Dans un premier temps, l'évaluateur a pu s'entretenir avec les responsables techniques du Projet Memisa à Bruxelles.

Sur le terrain, l'évaluateur, après une validation du programme d'ensemble de la mission lors de la première journée, a entamé une série de visites et d'entretiens. Ainsi un nombre élevé de visites et de rencontres a pu être fait aussi bien avec les opérateurs du projet, les autorités administratives et avec les responsables des centres et postes de santé.

Ces déplacements ont également permis de visiter deux mutuelles de santé, un centre de santé et trois postes de santé à Dar Naïm et un centre de santé et deux postes de santé à Bababé.

A travers les visites et rencontres avec les acteurs clés, l'opérationnalisation des axes stratégiques du Programme a pu être évaluée.

Une restitution des premières conclusions a été faite à la fin de la mission à l'équipe de l'APSDN.

Partenaires / Institutions rencontré(e)s :

- MEMISA
- APSDN
- Centre de santé Tab Salam Diam
- Poste de santé EL AVIA
- Poste de santé Tab el Khair
- Poste de santé Tab Teisir
- Mutuelle de santé de Dar Naïm
- Fonds d'équité de Dar Naïm
- Centre de santé de Bababé
- Poste de santé Aéré Golléré
- Mutuelle de santé de Bababé

Personnes rencontrées :

MEMISA

Elies Van Belle
Isabelle De Mûelenaere

APSDN

Ba Abdoulaye Samba. Directeur

Fatimata Kane. Responsable du fonds d'équité et présidente de l'association.

Fatimata Oumar Diop. Responsable des postes de santé, de la santé reproductive et de la Mutuelle de santé.

N'Gam Hamidou. Responsable de la formation continue.

Aissata Sowgaye. Sage-femme et surveillante TsD

Kane Hamedine. Médecin

Hamady Cissoko. Responsable administratif et financier

ATN

Dr. Dieng Abdellahi. Assistant Technique National du Programme AI PASS. Dar Naim

Dr. Gnokane Yahya. ATN du Programme AI-PASS. Bababé

MUTUELLES DE SANTÉ

Houssein Saloum Vice- président Mutuelle de santé Nouakchott

Souvi Fall. Gestionnaire administrative Mutuelle de santé Nouakchott

Yaya Demba Adama Ndiaye. Président Mutuelle de santé de Bababé

Alhousseynou ALPHA Komé. Gestionnaire de la Mutuelle de santé de Bababé

Fatimata Sall. Superviseur APSDN Bababé

DAR NAÏM

Habibeta Moustapha Boi Poste de santé. EL Avia

Hapsatou Abdoulaye Sow. Poste de santé El Khair

Fatou Kolle. Poste de santé Tab Teisir.

BABABÉ

Dr. Abdeljalil Cheith Zeiri. Directeur du Centre de santé

Kadidiatou Sow. Infirmière. Poste de santé Aéré Golléré.

Cheikani Med Mahmoud. Infirmier. Poste de santé de Nouara

ENABEL

Verónica Trasancos Buitrago. Responsable du Programme AI-PASS

1.2.3. Méthodologie

La stratégie principale de l'évaluation a été basée sur la participation d'un nombre considérable d'acteurs appartenant à différentes instances et niveaux de responsabilité ; à travers leurs différentes expériences et sensibilités, nous avons pu obtenir une vision globale de l'intervention et des secteurs touchés.

Nous avons utilisé une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. La méthodologie qualitative utilisée a reposé sur deux piliers : les entretiens avec les informateurs clés et les

focus- groupes avec les professionnels (Conseil d'administration des Mutuelles, Dar-Naïm et Bababé).

Les principaux fournisseurs d'informations ont été :

- Direction de MEMISA
- Direction et équipe cadre de l'APSDN;
- Assistants technics nationaux;
- Directeurs des Centres et postes de santé de Dar Naïm et Bababé ;
- Infirmiers des postes de santé ;
- Infirmier du CS.
- Responsable du Programme AI-PASS

Concernant la méthodologie quantitative, nous l'avons utilisée pour analyser les résultats des indicateurs du cadre logique par rapport aux objectifs à atteindre. Ces résultats sont présentés dans le rapport annuel 2018 Programme Memisa MSV.

Nous avons analysé aussi les résultats économiques des mutuelles de Dar-Naïm et Bababé.

Les étapes de l'évaluation ont été :

a) Réunion de cadrage en Bruxelles avec les responsables du Programme

Cet échange avait pour but :

- De préciser le cadre et le projet évaluatif en prenant en compte les questions spécifiques que la direction du Programme et l'évaluateur souhaitaient approfondir, dans le respect des éléments attendus de l'évaluation externe.
- De recueillir les documents et rapports à analyser.
- De décider des modalités de recueil et de participation (entretiens avec l'ensemble des parties prenantes, observation).
- De préparer et d'organiser concrètement l'évaluation sur site : identification des acteurs à rencontrer/planification/information.

b) Étude documentaire

Documents consultés :

- Programme Memisa-MSV-DGD 2017-2021 7. Mauritanie mars 2017
- Convention Memisa-CM- APSDN
- Rapport évaluation externe à mi-parcours du Programme DGD-Memisa 2014-2016 Mauritanie
- Programme triennal Memisa-MSV-DGD 2014-2016
- Tableaux de bord 2018/2019 Mutuelles
- Subventions 2017/2018 fonds d'équité
- Scores de performance

c) Réalisation de l'évaluation sur site

L'évaluation sur chaque site a été organisée selon la démarche suivante :

- Entretien avec l’infirmier(e) responsable du poste ou centre de santé ;
- Demande d’informations d’activité du Programme, caractéristiques de la demande etc. ;
- Observation du fonctionnement. Analyse des installations et de l’équipement.

Pour les mutuelles de santé :

- Réunion avec l’équipe de gestion de chaque mutuelle.

d) Analyse des données et rédaction du rapport

L’analyse des informations recueillies a été effectuée à la suite de la mission de terrain. Cette analyse a été suivie d’un travail d’écriture du pré-rapport.

e) Validation et contrôle de qualité de l’information

Suite aux discussions avec les responsables du programme, les appréciations évaluatives réitérées ont été prises en considération en suivant le critère de saturation qui consiste à analyser progressivement l’information collectée et d’arriver à une conclusion quand les données se répètent.

On a travaillé sur base de la stratégie de triangulation, c’est-à-dire que nous avons observé une même dimension du problème à partir de plusieurs points de vue, en utilisant diverses méthodes, techniques et sources d’information (informateurs clés, informations des focus-groupes, observation, etc.), en confrontant les différents points de vue.

2. Analyse des composantes du Programme

2.1. Cadre conceptuel : La Théorie de changement

Le Programme présente une théorie de changement comme "cadre conceptuel" de l'intervention, et pose des hypothèses en termes de conditions préalables et de stratégies déployées.

Ce cadre théorique est plutôt une "Théorie de programme" qui pourrait être divisée en théorie du changement (comment le changement est supposé se produire au niveau individuel, organisationnel, ou institutionnel ?) et théorie de programme (comment l'intervention ou programme est-il conçu pour aboutir au changement ?)

Une théorie de programme doit en effet exprimer comment on s'attend à ce que survienne un changement hypothétique (prédiction des effets bénéfiques liés à une levée des contraintes de l'environnement).

« La théorie de programme « résume » les mécanismes par lesquels l'intervention est supposée produire des résultats. Dans les systèmes complexes, les interventions ne produisent pas leurs résultats selon une chaîne de causalité linéaire. Pour concevoir une intervention, il est toutefois intéressant de « penser » l'intervention comme une série de mécanismes supposés produire des résultats. Tenir compte ensuite de la complexité signifie utiliser la théorie de programme pour ce qu'elle est : non pas comme une référence ou un but en soi, mais comme une évolution possible et souhaitée du système, un outil pour la réflexion. Elle devra pouvoir être repensée à différents moments de l'intervention (par exemple un succès initial qui crée les conditions pour un autre succès). » (extrait thèse Dr Nathalie Ribesse).

La théorie de changement identifie les acteurs du système de santé, de la société civile et de la communauté. Toutes ces parties prenantes devraient être "actives" dans le Programme.

Le Programme prend en compte les conditions préalables qui doivent être remplies pour atteindre les résultats. Si celles-ci sont toutes importantes dans le cadre conceptuel, elles ne sont pas toutes réunies. Les centres et postes de santé en général ne remplissent pas les conditions préalables pour assurer un bon fonctionnement (parfois manque d'électricité, absence de chaîne du froid, manque de climatisation sauf dans les salles d'accouchement, manque de médicaments.).

De la théorie de changements se déclinent différentes hypothèses qui peuvent être partiellement répondues.

H1 : Les compétences individuelles du personnel des structures de santé seront améliorées, si des stages et des formations professionnelles sont organisés.

Tous les mercredis, l'APSDN organise une séance de formation théorique pour le personnel des centres/postes de santé. Néanmoins, ces séances de formation ne sont pas suffisantes pour améliorer la compétence des professionnels s'ils n'ont pas une formation de base solide. Néanmoins toutes les RH qui passent par l'APSDN ont de meilleures capacités que la moyenne. Elles sont recrutées car elles ont acquis des compétences à l'APSDN. En fait, l'APSDN a renforcé un nombre important de Ressources Humaines. Une possibilité d'améliorer serait de demander aux RH sur lesquelles on a investi de s'engager à rester au sein de l'APSDN. Il faut aussi améliorer les rapports avec le ministère (nommer du Personnel à l'APSDN public/privé) en améliorant les conditions.

Cette hypothèse est le fondement des changements des pratiques. Cependant, sans cadre de référence, de suivi et d'évaluation de l'évolution des capacités et compétences, et sans tableau de bord de suivi d'indicateurs au sein des services appuyés, il sera impossible de la confirmer.

H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives.

S'il y a un cadre de référence pour les compétences collectives de l'institution ou des équipes, il n'existe pas de référentiels de compétences pour les différents métiers renforcés dans les services.

H3 Pour qu'un individu présente un comportement effectif et mette les compétences acquises en pratique, la motivation intrinsèque et extrinsèque et la redevabilité sont indispensables.

Le Programme aborde deux aspects de la motivation intrinsèque (renforcement des capacités environnement de travail et le Fonds social propre aux membres de l'APSDN). D'autre part l'Association valorise aussi certains aspects comme l'appartenance à un groupe ou la participation aux événements heureux ou malheureux.

H4 : Si les compétences d'analyser et de documenter sont améliorées, les acteurs cibles ont l'opportunité d'apprendre des pratiques et d'influencer le niveau décisionnel.

A ce stade du Programme, l'APSDN a participé dans des nombreuses concertations et forums pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Néanmoins, la documentation et la capitalisation doivent s'améliorer.

H5 : Si les acteurs du système de santé assument leurs rôles dans le système de santé, la qualité des soins sera améliorée.

La plupart des structures sont fonctionnelles et la qualité des soins est améliorée dans les postes et centres de santé de Dar Naïm. La situation de Bababé est différente.

H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population aura un meilleur accès aux services sanitaires.

Dans le cas de la Mauritanie, l'existence des mutuelles de santé liées au fonds d'équité de Dar-Naïm ont une influence très importante sur l'accessibilité financière des groupes de population les plus vulnérables. L'acceptabilité passe par l'amélioration de la qualité des soins qui est insuffisamment documentée. Certains postes de santé sont malheureusement peu fréquentés. Par exemple le poste de Tab el Kheir attend la reconstruction de l'infrastructure et l'installation d'une sage-femme pour reprendre les accouchements.

H7 Si le leadership local des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des équipes de gestion des hôpitaux, ainsi que la Participation Communautaire sont renforcés, alors le fonctionnement du système local de santé sera amélioré.

Le renforcement de leadership passe essentiellement par des formations et des supervisions formatives. Ces actions sont insuffisantes, même si tous les mercredis une action formative est organisée et tous les 15 jours une supervision est exécutée. A bababé, le MCM passe tous les 3 mois avec la sage femme de l'APSDN qui passe 1 fois par mois

D'autres actions sont nécessaires pour renforcer le management, l'esprit critique, la motivation, etc.

Ces hypothèses sont donc intéressantes mais soit incomplètes, soit impossibles à mesurer. Pour chaque hypothèse, il aurait fallu identifier d'abord les « connaissances disponibles ». Ensuite, en fonction des connaissances manquantes, le Programme devrait faire émerger des objectifs de recherche et proposer des méthodes de collecte et d'analyse de données à mettre en œuvre.

Conclusion : la théorie de changement apporte une vision théorique à l'intervention. Elle n'est pas ou peu appropriée par les partenaires et n'est actuellement pas un guide pour l'action. A ce stade et pour servir de cadre de référence, elle pourrait être complétée par certaines actions peu prises en compte dans le Programme et par la mise en place d'un "cadre de recherche" permettant de documenter ses hypothèses.

2.2. Le projet Santé Dar Naïm; Analyse des composantes du Programme

Le projet Santé Dar Naïm a démarré dans les années 1989 par Caritas Mauritanie en réponse à un appel du Ministère pour faire face au manque de structures de santé dans les nouvelles banlieues de Nouakchott dont la population augmentait rapidement suite à l'exode rural. Il a commencé par créer un poste de santé et s'est progressivement développé jusqu'à en créer 3 dans les années 90 à 97. Le dernier a été créé en 1998.

L'objectif du projet était double :

- 1) faciliter l'accès aux soins dans une double perspective : financière et géographique. Compte tenu des caractéristiques du quartier, d'une longueur de 15 km, un poste de santé a été lancé tous les 3 km.
- 2) Mettre en œuvre un modèle de qualité de soins, à l'aide d'un instrument principal : la formation.

L'IMT d'Anvers a joué un rôle important dans l'accompagnement et la documentation de ces expériences.

Tout au long des années 90-2003, Caritas et MEMISA ont entamé une réflexion qui s'est concrétisée en 2013 en créant une association (l'APSDN) à partir du projet Santé, qui bénéficie du soutien du Ministère de la Santé.(convention)

Pendant ces années, 4 structures de santé offrant des soins de santé primaires ont été créées, puis une mutuelle communautaire et un fonds d'équité pour assurer l'accès financier des populations très pauvres. L'expérience de la mise en place d'une mutuelle a inspiré la réplique de l'initiative en milieu rural (Bababé).

Selon Dr. Dieng Abdellahi, assistant technique national du projet AI PASS à Dar Naïm, l'APSDN effectue 60% du travail de la Moughataa et ses centres et postes de santé jouent un rôle délégué de l'État dans le système de santé. Son modèle organisationnel est le modèle que le Ministère veut adopter ailleurs. Ils appliquent un modèle d'intégration des soins et font tout ce qui doit être fait. Ils ont une approche communautaire et tout ce qu'ils font, il n'est pas nécessaire de changer quoi que ce soit. C'est une organisation très efficace. S'ils fermaient leurs centres, les Moughataa seraient privés de tout service. L'APSDN propose aux patients un parcours que le ministère veut imiter. « Les soins proposés sont des soins complets et la collaboration établie dans un système d'action public-privé est une approche très positive. »

Le Ministère assume les coûts de l'électricité, de l'eau, des vaccins, de certains salaires, et, en général, de tout ce qui est marqué par la politique nationale de santé. Les centres APSDN utilisent les mêmes modèles d'enregistrement du Ministère de la santé

Depuis 2014 le projet est devenu autonome, la coopérative « Association pour la promotion de la Santé Dar Naïm » (APSDN) et reconnu au niveau national comme projet pilote d'apprentissage et de recherche action.

Le programme vise le développement d'un système local de santé intégré avec trois composantes que sont :

- **Les structures de soins de santé primaires**
- **Les mutuelles de santé**
- **Le fonds d'équité.**

L'approche proposée met un accent particulier sur la protection sociale pour la santé et sur l'autonomisation du partenaire de la société civile.¹

Le partenaire local

L'APSDN est l'organisation partenaire de Memisa en Mauritanie depuis le début de l'intervention (au début comme projet de Caritas Mauritanie, mais avec la même équipe). Elle coordonne et met en oeuvre toutes les interventions de Memisa en Mauritanie. Le partenariat est basé sur des valeurs partagées, une compréhension mutuelle des priorités et des stratégies pour atteindre l'objectif. Les relations partenariales avec le projet de Caritas ont débuté le 01 janvier 1998 avec un appui technique et financier au projet Santé Dar Naïm (PSDN), devenu une association autonome en 2013 (APSDN)

2.2.1. Composante 1 : Les structures de soins de santé primaires

2.2.1.1. Centre de santé Tab Salam Diam

Il s'agit d'un centre de structure distribuée en pavillons, avec un mauvais état de conservation et qui nécessiterait des investissements. Le centre appartient à l'APSDN.

Le centre de santé emploie environ 15 personnes :

- 4 sages-femmes
- 5 infirmières
- 7 auxiliaires
- 2 médecin 1 cardiologue volontaire et 1 généraliste 3 jours

L'offre de services est la suivante :

- Consultations générales

¹ Programme commun DGD 2017-2021

- Consultation prénatale et postnatale
- Accouchement
- Suivi des patients
- Examens de laboratoire
- Pharmacie
- Soins aux malades chroniques.
- PF
- Vaccination
- Gynéco
- Suivi nutritionnel
- Echographie

Fonctionnement

Les consultations sont réalisées par les infirmiers et les sages-femmes. Lorsque l'intervention d'un médecin est demandée, l'infirmier et la sage-femme transfèrent la responsabilité des soins à un médecin, qui joue le rôle de référent pour tous les infirmiers. Les cas où des complications sont prévues sont référés vers l'hôpital.

Apparemment, il y a une bonne organisation du personnel et une correcte répartition des activités, bien que compte tenu de l'importance de l'activité qui est effectuée, il serait conseillé de prioriser l'accueil des patients en améliorant l'habitabilité des installations, en augmentant les espaces d'attente et de soins de santé. Il paraît aussi indispensable de mettre en place un système de climatisation capable de réduire la température dans certains espaces pour améliorer le confort de l'attente des femmes et des nourrissons qui passent de longues heures exposés à la chaleur insupportable la plupart de l'année.

Les problèmes fondamentaux sont:

- Le prix des médicaments, très élevé pour la capacité économique de la population (en raison de la décision d'acheter des médicaments génériques destinés au marché européen)
- Le turn-over du personnel : Des investissements sont faits dans la formation, puis les professionnels partent et ces investissements n'ont aucun effet sur la qualité des soins.
- L'état de l'infrastructure et le manque de qualité de l'accueil.

Prix des soins:

- 20 ouguiyas de ticket modérateur pour toutes les consultations hors celles qui sont gratuites suivi nutri, PF, vaccination
- 4 ouguiyas pour acheter un carnet
- 450 ouguiyas pour l'accouchement (forfait obstétrical) payé à l'arrivée pour l'accouchement, et indépendant du besoin (eutocique, dystocique, césarienne)

Activité janvier-juillet 2019

Tab salam diam	
Consultations externes	12368
Suivi de la grossesse	3043
Total Accouchements	798
Accouchements assistés	797
Accouchements eutociques	327
Accouchements / ventouse	4
Accouchements/4CPN	149
Femmes non suivis	14
Accouchements/VAT à jour	246
Accouchée avec bilan fait	303
Avortements	3
Complications référées	290
Prématurés	27
Nnés avec 1ers soins d'urgence en salle	29
Nnés poids <2500g	39
Mort-né Frais	3
Mort-né Macéré	3
Planification familiale	3139

L'activité réalisée par ce centre de santé est très importante à Dar Naïm. Plus de 12000 consultations en 7 mois, près de 800 naissances et 290 complications référées en même temps ont un impact énorme sur le niveau de santé de la population du quartier. Le centre de santé est une structure intermédiaire, essentielle dans un système de santé très faible dans lequel l'APSDN a assumé une part importante du rôle de l'État, fournissant des services de qualité apparemment acceptables qui atteignent un grand nombre de personnes.

2.2.1.2. Poste de Santé "TAB EL AVIA "

Ce poste de santé a un bâtiment avec une mauvaise habitabilité et en général est assez détérioré. Il y a un problème généralisé de manque de confort dans l'accueil. Par rapport au confort, il n'y a que la climatisation de la salle d'accouchement et les femmes qui participent au programme de vaccination, par exemple, restent à l'extérieur, avec des nouveau-nés sous des températures extrêmes.

Offre de services

Le poste de santé a une action polyvalente :

- Consultations curatifs
- consultations prénatales et postnatales.
- Accouchements
- PF

Dans ce poste de santé environ 40-50 accouchements par mois sont assistés, mais comme perçu par la sage-femme responsable du poste, les résultats en termes généraux ne sont pas toujours bons. Certaines femmes accouchent à domicile et des complications surviennent.

Pour éviter cela, des campagnes de sensibilisation sont menées, à la fois pour ceux qui viennent au poste de santé et par le biais de visites à domicile.

Ces visites de sensibilisation se font en équipes de deux professionnels pour une zone géographique bien définie du quartier. Ils font 4 visites par mois et visitent 4 ménages à chaque mission, de sorte que chaque mois 16 familles ou personnes sont visitées. Ces visites encouragent l'acquisition de modes de vie sains, encouragent les femmes à utiliser les services du poste de santé et donnent des conseils généraux aux malades chroniques.

Parfois, ils trouvent des pathologies qui doivent être référées à un niveau plus élevé.

Les problèmes rencontrés par la population sont:

1. Le prix des médicaments, très élevé pour la capacité économique de la population.
2. Le prix des services : Une grande partie de la population ne peut payer ni le prix des médicaments ni la cotisation d'une mutuelle. La famille verse à la mutuelle une prime annuelle de 480 Ouguiyas et 40 par mois par personne ce qui est une quantité extrêmement élevée pour eux. Dans ces cas, ils se dirigent au fond d'équité.
3. Problèmes de qualité des soins

Activité janvier-juillet 2019

Tab el Avia	
Consultations externes	4664
Suivi de la grossesse	1228
Total Accouchements	278
Accouchements assistés	270
Accouchements eutociques	209
Accouchements / ventouse	0
Accouchements/4CPN	71
Femmes non suivis	21
Accouchements/VAT à jour	163
Accouchée avec bilan fait	142
Avortements	3
Complications référées	110
Prématurés	5
Nnés avec 1ers soins d'urgence en salle	1
Nnés poids <2500g	14
Mort-né Frais	2
Mort-né Macéré	0
Planification familiale	1636

L'activité de ce poste de santé est également importante. 4664 consultations en 7 mois, 278 naissances dans la même période reflètent l'impact fort de son offre de service sur la santé de la population du quartier.

Le responsable du service de santé a clairement mis en évidence les problèmes de qualité des soins à cause du manque de moyens ou de capacitation et d'autre part, la difficulté qu'une partie de la population a pour assumer les coûts des soins de santé. Les deux aspects doivent être pris en compte lors de l'énoncé des priorités d'action.

Il est nécessaire de mettre en évidence le nombre élevé de complications référées au centre de santé.

2.2.1.3. Poste de santé El Khaïr

Ce poste de santé est un autre centre avec de très mauvaises installations et avec un niveau zéro de confort. Les personnes en attente de soins de santé restent entassées et allongées par terre avec leurs bébés, sous des températures extrêmes.

Il y a aussi une structure en démolition totale, qui doit être transformée en maternité. Les gens réclament une maternité où les femmes puissent faire des visites prénatales et postnatales et recevoir des soins d'accouchement

Selon le chef du service de santé, Hapsatou Abdoulaye, le plus gros problème est qu'une grande partie de la population n'a pas les moyens de payer les soins.

Trois grandes priorités sont mises en évidence :

1. Accès aux médicaments. Ces derniers temps, les génériques n'ont cessé d'augmenter leur prix. C'est un problème que l'État doit résoudre, en fournissant des médicaments abordables, puisque la population n'a pas les moyens de les payer.
2. La construction de la maternité. La population appelle à la mise en place d'une structure dotée avec des moyens acceptables, où les consultations prénatales et postnatales et les soins à l'accouchement peuvent avoir lieu.
3. Réhabilitation du poste de santé, de sorte que des installations acceptables soient offertes avec des ressources minimales pour les soins aux patients.

TAB EL KHAIR	
Consultations externes	1961
Suivi de la grossesse	474
Total Accouchements	0
Planification familiale	1267

TAB TAÏSSYR	
Consultations externes	2063
Suivi de la grossesse	227
Total Accouchements	0
Planification familiale	1125

2.2.1.4. Tab Taïssir

Comme dans les autres postes de santé, l'infrastructure du centre est très détériorée, les malades ont un vrai problème avec la chaleur, les gens supportent de longues attentes à des températures extrêmement élevées sans aucun confort dans l'accueil.

Les problèmes rencontrés par la population sont:

- Manque d'accessibilité aux médicaments
- Impossibilité de maintien de la chaîne du froid avec l'effet conséquent sur les vaccins.
- Il y a une demande importante de la population pour que la maternité soit re-ouverte. Elle est fermée depuis fin 2017 sur obligation des autorités sanitaires. Pour ce faire il est nécessaire d'embaucher une sage-femme.

Janvier-juillet 2019 APSDN	
Consultations externes	21683
Suivi de la grossesse	5108
Total Accouchements	1108
Accouchements assistés	1099
Accouchements eutociques	564
Accouchements / ventouse	4
Accouchements/4CPN	228
Femmes non suivis	37
Accouchements/VAT à jour	437
Accouchée avec bilan fait	473
Avortements	7
Complications référées	418
Prématurés	32
Nnés avec 1ers soins d'urgence en salle	30
Nnés poids <2500g	57

Mort-né Frais	5
Mort-né Macéré	3
Planification familiale	7249

2.2.1.5. Centre de Santé de Bababé

Directeur: Dr Abdeljalil Cheith Zeiri

Le centre est situé dans un bâtiment aux nombreuses déficiences, les principaux problèmes du centre de santé sont : le manque de matériel (tensiomètres, équipement de laboratoire, matériel d'hygiène tel qu'un incinérateur, du matériel de stérilisation, etc.), manque de personnel, turn-over du personnel, manque de formation. Le centre a très peu de capacité de résolution de problèmes

Par ailleurs, les professionnels ne souhaitent pas vivre dans les villages, et par conséquent les postes de santé restent entre les mains d'auxiliaires de santé qui n'ont pas une formation suffisante.

Sur les 13 postes de santé existants, seuls 5 peuvent vacciner car ils maintiennent la chaîne du froid pour la conservation des vaccins. Les 8 autres ne peuvent pas garder les vaccins. L'appui du programme est orienté vers la formation et la supervision

2.2.1.6. Poste de santé Aéré Golléré'

Kadidiatou Sow: infirmière médico-sociale

Ce poste propose une offre de service générale, des accouchements, un dépistage du cancer. L'infirmière valorise les supervisions de formation car elles corrigent les mauvaises indications et améliorent la qualité des soins.

Il y a un problème de manque d'électricité qui affecte la chaîne du froid. Quand il y a un accouchement la nuit, sans lumière, l'attention devient très compliquée. Ils effectuent entre 8 et 15 consultations / jour.

2.2.1.7. Poste de Santé de Nouara

Chikhani Med Mahmoud: Infirmier diplômé

Ce poste est une structure très récente, mais avec une baisse activité. Le poste n'a pas d'électricité, pas de stérilisation, il n'y a pas d'accouchements et très peu de consultations. La chaîne du froid est maintenue par une source d'énergie de panneau solaire. L'infirmier demande formation sur la malnutrition, santé des nouveaux-nés et SIS.

2.2.2. Conclusions sur les structures de soins de santé primaires

2.2.2.1. Structures de soins de Dar Naïm

Le centre de santé et les postes de santé décrits appartiennent à l'APSDN. Ces centres, dans leur quartier, jouent le même rôle que les centres d'État, ils fonctionnent avec les mêmes responsabilités et se voient attribuer une population précise. Comme on peut le voir, ils développent une activité quantitative très importante. Plus de 21000 consultations externes au cours des 7 premiers mois de 2019, 1108 accouchements, 7249 consultations de planification familiale, etc.

L'équipe technique qui coordonne et gère le centre de santé est une équipe puissante et multidisciplinaire, très engagée et avec un bon niveau de qualification professionnelle. D'autre part, en principe, il semble que les professionnels existants disposent d'une organisation et de méthodes de travail capables d'assurer de bons soins de santé à la population.

Il existe de grandes différences entre la qualité des soins offerts à Dar Naïm et la qualité de la prise en charge offerte à la population de Bababé. La qualité des soins à Nouakchott est beaucoup plus élevée, parce qu'elle a des RH plus qualifiés, il y a une meilleure organisation et une offre de services beaucoup plus large.

Cependant, la structure de soins primaires Dar Naïm a également des lacunes importantes ; Toutes les structures ont une grande détérioration. Les conditions pour l'accueil et la prise en charge de la population sont franchement mauvaises. La plupart des espaces d'attente pour la vaccination ou pour la visite maternelle et infantile n'ont pas de climatisation et les personnes en attente résistent à des températures très élevées pendant des heures, dans des conditions incompatibles avec une prise en charge de qualité.

Cette situation se répète à tous les postes de santé, y compris le centre de santé. Tous auraient besoin d'une action de réhabilitation urgente avec un élargissement de l'espace et la mise en fonctionnement de la climatisation.

D'autre part, la population demande la prise des mesures urgentes pour ouvrir deux maternités, améliorer l'accès aux médicaments et améliorer la qualité des soins. Une meilleure compréhension de toutes les facettes de la qualité dans la prise en charge et de leurs corrélations pourrait contribuer à augmenter l'accès aux interventions sanitaires essentielles.

2.2.2.2. Structures de soins de Bababé

L'APSDN n'intervient que dans la supervision des activités et dans la formation continue, puisque les centres appartiennent au Ministère de la Santé. La raison de l'intervention dans la supervision est qu'en tant que centre vers lequel les adhérents de la mutuelle sont dirigés, ils doivent veiller à ce que l'offre de services soit de la meilleure qualité possible. La supervision est effectuée sur l'organisation, l'existence de matériel, les ressources humaines, etc.

Concernant la formation continue, les actions organisées par l'APSDN la dernière année sont :

- Les mutilations génitales féminines. 3 jours.

- Les cancers chez la femme. 1 jour.
- Le diabète. 1 jour
- Les infections respiratoires aiguës. 2 jours
- Les IST. 3 jours
- Gestion des médicaments .3 jours

On peut compter en moyenne 20 participants par session

Pour la supervision, la responsable de l'APSDN réalise 1 supervision mensuelle par structure.

D'autre part, l'ATN Gnokane Yahya de AI-PASS assiste le district dans l'analyse des besoins de santé locaux en appliquant le modèle de l'OMS, en plus du diagnostic communautaire, en utilisant des entretiens et des groupes de discussion avec les patients.

Problèmes principaux de l'offre de soins primaires à Bababé :

- Structures insuffisantes. Manque d'électricité.
- Manque d'équipements basics
- Manque de climatisation
- Manque de formation du personnel
- La prestation de services est de mauvaise qualité.
- Seulement 8 postes sont gérés par des infirmières (les autres par des accoucheuses/auxiliaires)
- Souvent il n'y a pas de médicaments disponibles
- Il y a une mauvaise hygiène dans les postes.
- Dans certains postes, la demande de soins est très limitée, ce qui implique un manque de confiance de la population dans la qualité des soins.
- Le niveau d'effort de l'APSDN sur les programmes de formation + supervision semble avoir un effet très limité pour l'amélioration des compétences du personnel de santé.
- L'offre des soins primaires disponible pour la population (Inclus les adhérents de la mutuelle), est d'un niveau très bas.

2.2.3. Composante 2. Les Mutuelles de Santé de Dar Naïm et Bababé

Introduction²

« Les mutuelles de santé sont des associations autonomes à but non lucratif, fondées sur la solidarité et la participation démocratique. Elles fonctionnent selon un mécanisme assurantiel de partage de risque entre les adhérents, qui se traduit par la prise en charge par l'ensemble des assurés des dépenses de santé de chaque individu. L'assurance est fondée sur trois principes essentiels: (1) le partage des risques entre adhérents; (2) le paiement régulier de cotisations pour garantir la viabilité du système; (3) la garantie pour les assurés que les dépenses liées aux risques déterminés seront couverts.

² Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie Bart Criel, Abdoulaye Samba Bâ, Fatimatou Kane, Mathieu Noirhomme et Maria-Pia Waelkens

La comparaison entre fonds d'équité et mutuelles de santé est éclairante. Tous deux partagent les mêmes objectifs : améliorer l'accès aux soins de santé et améliorer la protection sociale (prévenir que les ménages tombent dans la pauvreté extrême suite à des dépenses de santé catastrophiques).

L'assurance est souvent présentée comme un mécanisme financier privilégié pour atteindre ces objectifs. Mais c'est un mécanisme exclusif: les plus pauvres parmi les pauvres n'ont pas les moyens financiers pour assumer la cotisation. Leur inclusion demande donc subvention. Les fonds d'équité, eux, se concentrent exclusivement sur les plus pauvres, en endossant un rôle supplémentaire d'identification. Cette fonction est particulièrement délicate quand on traite de soins de santé hospitaliers. D'une part, le fonds d'équité pourrait être amené à supporter des ménages qui seraient capables de payer une prime d'assurance (erreur d'inclusion). D'autre part, les frais élevés d'une hospitalisation peuvent entraîner les ménages dans la pauvreté extrême, même s'ils n'ont initialement pas été jugés éligibles pour l'assistance sociale (erreur d'exclusion). Établir une mutuelle de santé et y greffer un fonds d'équité, dans cette séquence chronologique, semble donc répondre à plusieurs arguments. D'un point de vue d'efficacité, le fonds d'équité peut cibler plus particulièrement les plus démunis, puisque ceux qui peuvent payer la prime d'assurance sont (théoriquement) déjà couverts. D'un point de vue opérationnel, la mutuelle de santé, lorsqu'elle est une institution communautaire crédible qui est communautaire démocratiquement contrôlée, peut-être l'agent qui véhicule des subventions pour les plus pauvres dans le système de santé. Cette idée est conforme au plaidoyer de l'OMS pour canaliser le financement international vers les systèmes naissants de prépaiement et de mise en commun des cotisations et les institutions qui en ont la charge plutôt que de le consacrer à des projets ou à des programmes (OMS 2008). Une articulation entre systèmes mutualistes et fonds d'équité peut aussi faciliter l'identification des plus démunis, vu la proximité sociale et l'ancrage communautaire de beaucoup de mutuelles de santé. Du point de vue du bénéficiaire, l'intégration du fonds d'équité dans la mutuelle est socialement plus inclusive et moins stigmatisant, et elle va à l'encontre d'une plus grande fragmentation du système de santé local ».

2.2.3.1. Mutuelle de DAR NAÏM

Souvi Fall: Gestionnaire administratif.
Houssein Saloum Vice-président mutuelle

L'objectif de la mutuelle est d'aider les familles que n'ont pas les moyens d'accéder à la santé. Il s'agit d'introduire une culture de prévoyance tout au long de la vie afin de faire face aux risques qui affectent la santé lorsqu'elle est perdue. La mutuelle nous oblige à penser à l'avenir, à prévenir. Dans les familles aux moyens limités, lorsque la maladie arrive, elle peut conduire à la catastrophe, surtout lorsque le père tombe malade.

Prestations de la mutuelle de Dar Naïm

Consultation: la mutuelle prend en charge 100% des frais plus médicaments.

Analyses :100%.

Accouchements: 100%

Soins dentaires (extraction plombage): 50%

Hospitalisation: la mutuelle couvre un forfait de 3000 Ouguiyas

Soins ambulatoires à l'Hôpital: forfait de 500 Ouguiyas

Il y a une convention avec l'Hôpital Cheick Zayed mais dans le cas d'avoir besoin d'hospitalisation, il est possible d'aller à n'importe quel hôpital public parce que dans tous les cas, la mutuelle paiera le forfait d'hospitalisation.

Conditions d'adhésion.

Pour adhérer : 30 ouguiyas par famille

Cotisation mensuelle : 40 ouguiyas par personne par mois avec une période d'observation (sans droits) d'4 mois.(cotisation annuelle 480 par pers et 3 mois d'observation)

La mutuelle a conventionné tous les postes de santé et centres de la Moughataa. Lorsqu'il y a une rupture des stocks de médicaments, ils peuvent être achetés à la pharmacie et remboursés 150 ouguiyas sur présentation de la facture.

La mutuelle a 1049 bénéficiaires au mois d'août 2019 (le nombre de bénéficiaires est toujours supérieur au nombre de bénéficiaires à jour de cotisation).

Facteurs déterminants de la situation financière

Certains facteurs clés sont déterminants dans la situation financière de la mutuelle :

- Le prix élevé des médicaments génériques
- L'absence d'une culture de la prévision des risques
- Le manque de ressources économiques d'une grande partie de la population pour payer les cotisations de la mutuelle, excessives pour les familles nombreuses.
- La réticence de l'État et d'autres institutions ou d'acteurs sociaux à soutenir une initiative qui améliore considérablement l'accessibilité aux soins de santé.
- La faible capacité financière du fonds d'équité pour assumer le paiement de la mutuelle de tous les indigents. Les indigents du fonds d'équité sont des mutualistes financés par le fonds.

Le prix des médicaments génériques augmente régulièrement. Considérant que la mutuelle assume les soins primaires y compris les médicaments, elle est souvent obligée d'augmenter les cotisations des adhérents afin de ne pas faire faillite.

Beaucoup de familles nombreuses n'ont pas les moyens de se payer 40 ouguiyas par personne et par mois et le nombre de familles adhérentes a diminué. À l'heure actuelle, seules les petites familles de trois ou quatre membres maintiennent l'adhésion et par conséquent la mutuelle ne peut donc pas équilibrer les comptes. Ce n'est que lorsqu'il y a beaucoup d'adhérents que la mutuelle peut avoir une amélioration financière, bien que l'élément essentiel du déséquilibre financier est la hausse des prix des médicaments. Ces derniers temps, les cotisations ont doublé parce qu'il y avait un déficit extraordinaire pour cette cause.

Pour lutter contre le manque de culture de prévision des risques de la maladie, des campagnes de sensibilisation sont menées pour le recrutement des membres.

La sensibilisation se fait à deux niveaux. Le premier, porte-à-porte. Les bénévoles vont de maison en maison pour sensibiliser les adhérents et recruter.

La deuxième est la sensibilisation du groupe. La Mugathaa a été divisé en plusieurs zones géographiques et dans chacun d'eux, ils tiennent des réunions avec des groupes de personnes pour parler des avantages d'être adhérent de la mutuelle.

Nous présentons dans le tableau suivant le nombre de bénéficiaires de cette mutuelle qui sont à jour dans le paiement de leurs cotisations chaque mois au cours de 2017. Comme on peut le constater, chaque mois, il y a de personnes et de familles qui perdent le droit aux soins de santé

parce qu'elles n'ont pas été en mesure de payer les frais pour ce mois-là, ce qui entraîne des situations dramatiques que nous pouvons imaginer.

Beneficiaires à jour. 31/12/2017

	janvier	fevrier	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
<i>Dar Barka</i>	19	10	20	20	12	12	12	12	9	2	2	2
<i>Darsalam</i>	590	615	526	528	500	458	460	510	466	442	420	377
<i>Eolienne</i>	197	211	211	193	190	191	186	193	182	178	169	159
<i>Hay Saken</i>	248	253	237	175	187	157	98	178	156	129	122	86
<i>Maison des jeunes</i>	563	563	581	570	571	561	562	583	569	387	381	397
<i>Tab Salam Diam</i>	772	813	849	784	784	770	779	806	195	720	728	691
<i>Tensoueilem</i>	75	67	56	56	56	23	25	25	23	18	22	27
<i>Zaatar</i>	312	302	296	317	322	274	270	250	247	241	240	238
<i>Sebkha Elmina Tab Italia</i>	-	-	-	-	-	600	-	-	-	-	-	
Total	2.776	2.834	2.776	2.643	2.622	3.046	2.392	2.557	1.847	2.117	2.084	1.977

2.2.3.2. Mutuelle de Bababé

Yaya Demba Adama Ndiaye. Président
 Alhousseynou Alpha Komé. Gestionnaire
 Fatimata Sall. Superviseur APSDN Bababé

La mutuelle de Bababé a été créée par le projet Santé de Caritas (PSDN) en 2009. L'objectif de la mutuelle est le même que pour la mutuelle de Dar Naïm : Aider les familles qui n'ont pas les moyens d'accéder à la santé.

Ses organes de gestion sont :

- un bureau exécutif
- un comité de contrôle indépendant
- un conseil d'administration (7 membres élus par l'AG) et
- un groupe de délégués qui composent l'AG (1 délégué pour 10 adhérents).

Prestations de la Mutuelle de Bababé

L'offre complète des Services de la Mughataa est gratuite (pas de ticket modérateur) pour le prix mensuel ou annuel de l'adhésion sauf:

Soins hospitaliers: plafond de 3000 ouguiyas (qui couvre jusqu'à maintenant toujours la totalité des frais)

Soins prénatales, postnatales et accouchement. Forfait obstétrique : 900 Ouguiyas payés par la mutuelle

Il y a une convention avec l'hôpital régional.

S'il n'y a pas de médicaments à l'hôpital, dans le cas où il faut acheter le médicament à la pharmacie, la mutuelle remboursera 50% de la quantité du médicament. (idem PS/ CS)

L'ambulance est payée par la mutuelle.

Conditions d'adhésion

Cotisation adhésion: 30 Ouguiyas /famille

Au choix :

Cotisation annuelle :160 ouguiyas/personne+ subvention de la diaspora

Cotisation mensuel : 16 Ouguiyas/mois par personne

La mutuelle de Bababé compte 587 familles ce qui signifie 2560 bénéficiaires.

Les problèmes de la mutuelle

Les deux mutuelles ont pas mal d'éléments communs, tels que le type de problèmes qu'elles subissent, la nécessité d'attirer les mutualistes par le biais de campagnes de sensibilisation de la population non impliquée, la tendance au déséquilibre financier dû à la hausse des prix des médicaments, la nécessité d'augmenter les cotisations pour éviter la faillite, le manque de soutien des maires et des autorités...

En général, les problèmes de la Mutuelle de Bababé sont les mêmes qu'à Dar Naïm, cependant la situation ne peut être comparée parce que le contexte est différent. Les soins dans la capitale sont plus chers parce qu'il y a plus de spécialités, à Bababé il y eut un temps où personne ne voulait adhérer à la mutuelle parce qu'il n'y avait pas d'offre de soins. Il existe aujourd'hui un centre de santé et 12 postes, quoique l'offre de services ne soit pas comparable à celle de Nouakchott.

En revanche, à Bababé, 40% des familles sont subventionnées par la diaspora. La diaspora englobe toutes les personnes qui, à un certain moment, ont émigré vers d'autres pays comme les États-Unis ou le Canada et maintiennent encore un lien émotionnel avec Bababé et se sentent redevables pour aider ceux qui se trouvent dans des situations d'extrême difficulté, subventionnant les cotisations de la mutuelle des plus pauvres.

L'aide de la diaspora n'est pas possible à Nouakchott, car dans sa grande majorité elle n'est pas originaire de la capitale et par conséquent, il n'y a pas un tel engagement émotionnel envers le lieu d'origine.

Contrairement aux cotisations de Nouakchott, si on regarde les cotisations de la Mutuelle de Bababé, elles sont assez linéaires, il n'y a pas de baisses importantes car elles sont limitées par les subventions de la diaspora.

Mutuelle de Bababé. Beneficiaires à jour. 2018	
JANVIER	1152
FEVRIER	1103
MARS	1199
AVRIL	1087
MAI	1105
JUIN	1068
JUILLET	1041
AOÛT	1070
SEPTEMBRE	1029
OCTOBRE	1004
NOVEMBRE	965
DECEMBRE	1028

2.2.4. Composante 3. Le Fonds d'Équité de Dar Naïm

L'objectif du fond d'équité est la prise en charge des populations les plus vulnérables, en particulier les indigents. Au delà de la difficulté d'identifier les vrais indigents, le fond d'équité vient au secours des personnes qui ne peuvent pas payer la mutuelle. A niveau de Dar Naïm, le fonctionnement de la mutuelle et du fond d'équité est assez bon et il a un impact très positif sur l'accessibilité aux soins d'une partie de la population, malgré les problèmes de déséquilibre financier de la mutuelle. Il est évident aussi que le budget disponible pour nourrir le fond d'équité est insuffisant.

Initialement le fonds d'équité était prévu pour favoriser l'accès aux soins, mais le système s'est progressivement élargi aux autres problèmes auxquels les ménages font face : logement, nourriture, éducation des enfants, formation professionnelle, etc.

etc.

Les mutuelles et le fonds d'équité ont des missions complémentaires. Lorsqu'une famille ou une personne ne peut pas payer la cotisation comme adhérent (comme c'est le cas des personnes indigentes), ils peuvent se rendre au fonds d'équité pour solliciter le paiement de ces cotisations.

2.2.4.1. Identification des bénéficiaires du fonds d'équité

Au début, une approche communautaire a été utilisée pour identifier qui répondait à la condition d'indigent et qui ne l'était pas. Les critères utilisés ont donné des problèmes en soulignant une grande partie de la population comme des indigents. Les critères utilisés étaient les suivants : famille nombreuse, sans emploi, orphelins, malades mentaux.

Les critères suivants sont actuellement utilisés :

- Logement
- Enfants scolarisés
- Travail des parents
- Nombre d'enfants en charge
- Maison de location, empruntée, occupée

Il y a une personne de l'APSDN en charge du fonds d'équité qui suit les familles à travers une fiche de ciblage des indigents. Cette personne a des compétences acquises en assistance sociale et assure un accompagnement individualisé et de proximité à ses clients. Elle dépasse le cadre des soins de santé et aborde la problématique multidimensionnelle du bien-être des personnes. Chaque proposition est évaluée par une commission dans laquelle sont représentées l'APSDN, la mutuelle, la commune, l'hôpital de référence et les ONG. Le comité examine chaque cas en fonction de l'accomplissement des critères et décide de l'entrée de la famille ou de la personne sur la liste des indigents.

Pérennité du fond d'équité

La situation idéale serait de créer un centre de protection sociale avec la participation de l'État, les ONG, la commune et des volontaires locaux.

Dans ce contexte, chacun va apporter son appui à partir d'une planification initiale. Finalement sera l'État qui devra prendre la responsabilité du financement à partir des différentes sources de financement.

2.2.4.2. Comment faire évoluer la mutuelle vers un système de protection sociale

Le rapport 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé précise que le développement de la couverture universelle implique une extension de cette couverture à trois niveaux. Le premier est celui de la largeur de la couverture, c'est-à-dire la proportion de la population qui bénéficie d'une forme de protection sociale ; le deuxième est celui de la profondeur de la couverture, c'est-à-dire la gamme des prestations et services qui sont effectivement couverts par le système de protection sociale; et troisième il y a le niveau de la hauteur de la couverture, c'est-à-dire la proportion du coût des soins de santé qui est couverte par le système (OMS 2008).

Ainsi, dans le cas de la mutuelle de santé de Dar-Naïm, la largeur de la couverture est faible (moins de 5% de la population cible) ; la profondeur est relativement grande pour les soins au niveau de la première ligne, bien moins en ce qui concerne les soins hospitaliers où beaucoup de services ne sont pas encore couverts ; et finalement la hauteur de la couverture reste limitée. En effet, le niveau des co-paiements à payer par les mutualistes au lieu et au moment de l'utilisation des services de santé reste considérable³.

a) Progresser sur la voie d'une mutuelle professionnelle

Activités à mettre en place

1. Mesurer la capacité contributive des différents groupes de population
2. Évaluer le coût des soins
3. Évaluer le coût des structures de santé
4. Transformer le fonds d'équité en un centre de protection sociale.

b) Avancer vers un système de Sécurité Sociale

Il s'agit de mettre en place un projet de transformation, c'est à dire, à partir d'une initiative réussie à niveau local, le pari est de mettre en place la base pour développer un vrai système de sécurité sociale à niveau de la santé avec les caractéristiques suivantes :

- Être basé sous un principe d'universalité : Atteindre la couverture universelle avec un financement basé dans les cotisations et les impôts.
- Être orienté pour assurer l'accès des groupes de population les plus vulnérables.
- Le système de santé devra souffrir une transformation en parallèle, en augmentant la qualité des soins. Personne ne va payer pour des prestations qui n'ont pas un niveau de qualité suffisante.
- Un contrôle sur le prix des médicaments de la part de l'État
- Coordination horizontale entre l'assurance maladie et le système de santé
- Intersectorialité : Tous les secteurs concernés doivent être impliqués.

De nombreux pays considèrent la sécurité sociale comme un outil efficace pour avancer vers les Objectifs de développement durable (ODD), les Objectifs du millénaire pour le développement

³ Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie Bart Criel, Abdoulaye Samba Bâ, Fatimatou Kane, Mathieu Noirhomme et Maria-Pia Waelkens

(OMD) et d'éradication de la pauvreté, d'égalité des sexes et d'amélioration de la santé, parce que la Sécurité Sociale augmente la couverture et offre des prestations qui répondent aux besoins de la population.

Dans les cas où les systèmes de santé ont été formalisés et la couverture améliorée, les coûts de santé payés par le patient ont été considérablement réduits. Les frais de santé payés par les patients créent non seulement des obstacles à l'accès, mais un retard dans la prestation des soins qui peut aggraver les problèmes de santé et augmenter le coût du traitement. La formalisation de la couverture par la mise en œuvre d'un cadre de sécurité sociale a permis de réduire considérablement les frais payés par les patients, d'améliorer les résultats en matière de santé et de renforcer la capacité de fonctionnement d'une économie.

c) Un modèle à suivre: Le Projet AI-PASS d'Assurance Maladie

La création d'un Centre de Protection sociale n'a pas été possible par manque de moyens. Il serait comme un pas intermédiaire vers un système d'assurance maladie.

Le projet AI-PASS, financé par l'UE, ambitionne d'expérimenter dans trois wilayas de la Mauritanie (Nouakchott Nord, Nouakchott Ouest et Brakhna), un système d'assurance maladie à grande échelle professionnalisé, **agréé et subventionné** qui soutient les principales fonctions de l'assurance santé :

- Prévention des risques financiers liés à la maladie ;
- Stimulation à l'amélioration de la qualité des soins ;
- Participation aux activités de promotion et d'éducation à la santé.

Par la mise en place d'un dispositif pérenne et de proximité d'accès aux soins de santé en faveur des populations, y compris les personnes vulnérables, l'Assurance Maladie à Grande Échelle permettra d'atteindre cet objectif. Avec le paiement d'une cotisation modique annuelle, les populations vont recourir plus tôt et plus souvent aux soins de santé. Cette meilleure accessibilité financière mènera à des traitements plus précoces et diminuera le taux de mortalité dans les familles adhérentes en général et les taux de mortalité maternelle et infantile en particulier car, les femmes et les enfants sont les premières victimes des maladies dans les régions identifiées pour la mise en œuvre du projet.

3. Analyse des Risques associés à la Mauritanie

1. Pas de collaboration des services déconcentrés du Ministère de la santé.

La convention de collaboration a été renouvelée en 2018 et la collaboration, dans l'ensemble, ne présente pas des problèmes

2. Les autorités politico sanitaires ne jouent pas leur rôle de piloter le développement du système de santé.

On a développé une collaboration de renforcement du système local de santé à travers du Programme AI-PASS

3. Des institutions académiques ne sont pas intéressées ou n'ont pas la possibilité de collaborer.

- IMT Anvers travaille avec l'APSDN- Memisa et AI-PASS dans la recherche action.
- L'École Nationale de Santé est engagée dans un Programme de formation continue (à commencer) avec Memisa et AI-PASS.
- La Faculté de Médecine de Nouakchott est responsable d'un programme de formation pour les gestionnaires.

4. Pas de volonté de collaboration de la DRAS, du médecin chef de Mougathaa et des autorités.

Ils collaborent dans l'élaboration du programme de formation et dans la formation continue. Ils apportent aussi intrants de vaccination et associent l'APSDN pour assister aux formations.

5. Collaboration des responsables des mutuelles.

Il existe une bonne collaboration avec les mutuelles et un partage d'expériences permanent, même s'il y a des problèmes structurels de difficile solution.

6. Collaboration de la société civil

On a planifié des lignes de collaboration avec des groupes de jeunes, concernant la lutte contre la violence sur les femmes, la lutte contre l'excision, etc

4. Évaluation de l'intervention

3.1. Pertinence

Elle est jugée très bonne (A).

La Pertinence est la mesure selon laquelle les objectifs du Programme correspondent aux attentes des bénéficiaires et aux besoins du territoire. La pertinence concerne l'adéquation du projet avec les problèmes à résoudre à deux moments donnés : lors de sa conception et lors de son évaluation.

D'une part, les orientations stratégiques du PNDS 2017-2020 sont :

- Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire par une gestion efficace et efficiente des ressources, effectivement axée sur les résultats à tous les niveaux
- Accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale, infanto juvénile, de l'adolescent et des jeunes.
- Contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles par la surveillance, la recherche, la prévention, la prise en charge des cas et par une gestion multisectorielle efficace des évènements de santé publique.
- Renforcement du système de santé à travers ses piliers traditionnels en dehors de la gouvernance, en particulier le financement de la santé en vue d'une couverture santé universelle.

D'autre part, les Objectifs de Développement Durable (ODD) sont :

- Assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins.
- Renforcer le partenariat pour la santé.
- Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

Le programme commun DGD de Memisa est pertinent parce qu'il s'inscrit dans les Objectifs pour le Développement Durable et il correspond aux orientations stratégiques du Plan National de Développement de la Santé de la Mauritanie (PNDS) 2017-2020.

L'appui à la demande, c'est-à-dire l'amélioration de l'accessibilité économique des plus vulnérables aux services de santé, est la meilleure expression du niveau d'équité de la politique de santé et peut se mesurer par l'augmentation de la fréquentation de la population des indigents aux soins de santé.

En effet, la pleine pertinence de la stratégie choisie pour mener à bien le Programme doit être soulignée, puisqu'une synergie importante est établie entre ses trois composantes. D'une part, il y a un objectif de contribuer à l'amélioration de la santé de la population en fournissant des soins de qualité primaires, en particulier à Dar Naim. Ce volet fonctionne différemment à Bababé, où le soutien est fourni à la formation et à la supervision des centres de soins étatiques. Deuxièmement, le soutien à la mise en œuvre et au développement des mutuelles vise à faciliter l'accès régulier aux services de santé par le biais de contributions volontaires dans le cadre d'un plan complet de prévision des risques. L'existence des mutuelles complète l'offre de services de soins primaires parce qu'elle vise à assurer la stabilité de l'accès à ces services.

Enfin, le troisième volet, le fonds d'équité, s'adresse aux populations les plus vulnérables, les indigents, et vise pleinement à faciliter l'accès aux prestations offertes par les mutuelles. Pour ce faire, il faut disposer d'un fonds économique pour financer la cotisation de la mutuelle pour ce groupe de personnes.

Les domaines prioritaires de l'intervention ont été bien choisis. Ils agissent simultanément sur l'offre de services pour améliorer leur disponibilité et leur qualité et aussi sur la demande pour améliorer l'accessibilité. En même temps, ils essaient d'améliorer la gouvernance à travers la concertation à tous les niveaux.

Le Programme MEMISA répond clairement aux objectifs énoncés par la Politique nationale de santé de la Mauritanie, s'adapte totalement aux grandes orientations stratégiques du PNDS et s'inscrit ainsi dans les domaines indicatifs d'appui de la Coopération Belge.

Toutes les activités réalisées visent à atteindre les objectifs de développement durables (ODD), aussi bien celles qui ont une incidence sur l'accessibilité, comme l'adhérence aux mutuelles et le fonds d'équité, que celles qui ont une incidence sur l'amélioration de la qualité.

Nous pensons qu'il est tout à fait pertinent de poursuivre l'intervention en intégrant certains ajustements, comme n'est pas limiter l'intervention de l'APSDN à la formation et la supervision à Bababé, même si ces structures sont étatiques. Le Programme va continuer à ajouter de la valeur au système de santé de la Mauritanie.

D'après les appréciations évaluatives effectuées, on a donc constaté :

- La concordance avec les finalités de la politique nationale du pays ;
- La correspondance avec les besoins et les demandes des bénéficiaires ;
- La conformité avec les orientations générales du Ministère de la Santé publique.

3.2. Efficacité

L'efficacité décrit la réalisation des objectifs. C'est la comparaison entre les objectifs fixés au départ et les résultats atteints. Elle est jugée assez bonne (B).

3.2.1. Mesure de l'efficacité à travers des indicateurs du cadre logique

Pour évaluer les indicateurs du cadre logique il faut tenir compte que les indicateurs sont formulés seulement pour les années premier (2017), troisième (2019) et cinquième (2021). Les résultats des indicateurs du cadre logique que nous avons évalués correspondent à l'année 2018, année pour lequel il n'y avait pas d'objectifs définis. Les objectifs pour 2019 sont les seuls disponibles pour une année complète. L'évaluation a été réalisée en septembre 2019 (Année 3 du programme) et les informations existantes de l'année 2019 ne couvraient que les 7 premiers mois, de sorte que leur interprétation aurait pu entraîner des erreurs si elle avait été utilisée, étant donné que certaines activités peuvent avoir des variations saisonnières. Il a fallu comparer les résultats de 2018 avec les objectifs pour 2019 pour avoir une idée approximative de l'état des lieux du Programme.

MAURITANIE. INDICATEURS DU CADRE LOGIQUE	Baseline	Résultats 2018	Objectifs 2019	An 5	Sources de vérification
Objectif Global	Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité pour tous				
Outcome / Objectif spécifique	Le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé est renforcé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre				
Hypothèses	Collaboration des services déconcentrés du Ministère de la Santé (Direction de la pharmacie, CAMEC, DRAS, écoles et instituts de santé...)				
Ind 1 : taux d'utilisation des consultations curatives	0.6	0,69	0.8	1.0	Rapports mensuels Registres de consultations
Ind 2 : Tx d'Accouchements Professionnellement Assistés	89%	86%	92%	95%	Rapports mensuels Registres d'accouchement
Ind 3 : Taux de satisfaction des utilisateurs (genre spécifique)	20%		60%	80%	Enquêtes communautaires de satisfaction sur un échantillon (évaluations externes)
Résultat 1	Le développement de partenariats effectifs avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et les partenaires de la société civile renforcent le système local de santé.				
Hypothèses	les autorités politico-sanitaires jouent leur rôle de piloter le développement du système de santé ; des institutions académiques sont intéressées et ont la possibilité de collaborer.				
Ind 4 : proportion de RHS de l'APSDN impliqué dans des initiatives de l'état (formations, affectations, stages, supervisions) – indicateur composé	100%	76%	30%	33%	Rapports des formations/ stages/ supervisions ; liste du personnel ; calcul : nombre d'initiatives par catégorie/ nombre du personnel cible :
					initiative cible réalisé
					Formations 25 pers 11
					affectations 1/3 31%
					stages 5/an 12
					supervisions 2/an 3
Ind 5 : nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective	02	0	02	04	publication; rapport officiel; rapport institution académique; ...
Résultat 2	Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé.				
Hypothèses	Il y a un renforcement des ressources humaines et du système d'approvisionnement en médicaments par une meilleure collaboration avec le Ministère de la Santé (DRH; DSSBN; Direction de la pharmacie, CAMEC, DRAS, MCM, etc.)				
Ind 6 : Proportion d'Accouchements Professionnellement Assistés avec 4 CPN (continuité)	64%	51%	70%	75%	Rapports mensuels Registres de consultations Registres accouchement
Ind 7 : proportion des médicaments traceurs en rupture à la fin du mois, dans l'ensemble des structures	33%	22%	15%	5%	Rapports mensuels
Résultat 3	Un système de protection sociale performant ciblant la santé est disponible à un prix abordable pour la population cible				
Hypothèses	Volonté de collaboration de la Direction régionale de l'action sanitaire (DRAS), du Médecin chef de Mougathaa et des autorités. Des acteurs locaux tels que les OBC, la population et les autres acteurs de développement se mobilisent en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.				
Ind 8 : Un centre de protection sociale (CPS) est mis en place et utilisé, en concertation avec un réseau de partenaires institutionnels	FE géré par une salariée de l'Etat	Financement à rechercher	Le CPS est mis en place	Le CPS est opérationnel	Rapports mensuels
Ind 9 : Proportion de ménages ayant connu des dépenses catastrophiques liées à un accouchement (genre spécifique)	Inconnu		-50%	- 75%	Enquêtes communautaires sur un échantillon dans les aires de santé de l'APSDN (évaluations externes)

Résultats

OS. Le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé est renforcé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre

Indicateur 1 : Taux d'utilisation de consultations curatives. Prévu pour 2019 : 0,80. Résultat 2018 : 0,69.

Ce résultat est cohérent avec une tendance qui permettra d'atteindre en 2019 le chiffre de 0,80.

Indicateur 2. Taux d'accouchements professionnellement assistés. Prévu pour 2019 : 92%. Résultat 2018 : 86%.

Le chiffre de 86% est un bon résultat si on tient compte qu'il y a des postes de santé comme Tab el Khaïr, Tab Taïssir et Nouara ou les accouchements ne sont pas pris en charge⁴.

Indicateur 3 : Taux de satisfaction des utilisateurs : (Inconnue) Les enquêtes sont apparemment le moyen de mesurer la satisfaction des bénéficiaires. Les bénéficiaires étant dans une situation de grande faiblesse, ils sont plus susceptibles de reconnaître la valeur des soins reçus. Ce principe justifie que les enquêtes menées auprès des patients à cette fin donnent presque toujours des résultats très positifs (également dans notre environnement) utiles en général pour augmenter la complaisance des gestionnaires et néfastes à la fois car ils retardent la réponse institutionnelle à des problèmes que les patients subissent. En tout état de cause, la vraie satisfaction des bénéficiaires s'exprime généralement par une augmentation de la fréquentation des soins primaires par la population.

R1. Le développement de partenariats effectifs avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et partenaires de la société civile renforcent le système local de santé.

Indicateur 4. Proportion des Ressources Humaines de l'APSDN impliqués dans des initiatives de l'État. Prévu pour 2019 : 30%. Résultat 2018 : 70%

Ce résultat montre une implication importante des professionnels de l'APSDN dans ce type d'initiatives qui renforcent le partenariat avec le système de santé de l'État.

Indicateur 5. Nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective. Le résultat est 0⁵, mais en tout cas, pour renforcer le partenariat, il serait intéressant de proposer des activités concrètes ayant un impact direct sur la qualité des soins.

R2. Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé.

Indicateur 6. Proportion d'accouchements professionnellement assistés avec 4 CPN. Objectif 2019 : 70%. Résultat 2018 : 51%.

Cet objectif n'a pas été atteint. Le résultat exprime les difficultés existantes pour contrôler les risques de la grossesse à travers des consultations prénatales

Indicateur 7. Proportion des médicaments traceurs en rupture à la fin du mois dans l'ensemble des structures. Objectif : 15%. Résultat : 22%.

Malheureusement, l'objectif de 15% n'est pas atteint mais la solution de ce problème n'est pas à la portée des responsables du Programme.

R3. Un système de protection sociale performant ciblant la santé est disponible à un prix abordable pour la population cible.

Indicateur 8. Un centre de protection sociale est mis en place et utilisé, en concertation avec un réseau de partenaires institutionnels.

Malheureusement il n'a pas été possible d'obtenir le financement indispensable pour créer un centre de protection sociale à cause du manque de ressources et aussi à cause de la basse implication des partenaires institutionnels.

⁴ Selon déclaration de l'infirmier responsable du poste

⁵ 0 est le chiffre indiqué comme résultat dans le cadre logique 2018 (page 32)

Indicateur 9. Proportion de ménages ayant connu des dépenses catastrophiques liées à un accouchement.

Une dépense catastrophique pour la santé survient lorsque le total des paiements directs des soins de santé pour un ménage est égal ou supérieur à 40% de la capacité financière du ménage ou de ses dépenses autres que celles de subsistance.

Nous pensons que le Programme n'a pas la capacité de contrôler d'un indicateur qui touche directement le pouvoir d'achat des ménages.

Cette information est inconnue et reste très difficile à obtenir. Les responsables du Programme et les membres du conseil d'administration des mutuelles de santé connaissent des cas des familles avec un niveau de revenus très bas qui ont réalisé des dépenses catastrophiques à l'occasion d'un accouchement ou d'une maladie, mais il n'existe pas un système d'information capable de fournir une information fiable de l'ampleur du problème. Cette situation s'étend aussi au Bénin et à la Guinée.

3.2.2. Analyse

Les objectifs du programme ont été partiellement atteints. L'évaluateur considère que plusieurs des objectifs proposés ont été atteints, principalement grâce au choix adéquat de la stratégie choisie d'offrir des soins de santé d'une certaine qualité et en même temps d'appuyer l'accessibilité aux soins. L'impact produit par différentes actions menées simultanément sur plusieurs fronts a eu des effets notables.

D'autre part, l'efficacité du programme ne peut être mesurée seulement par les indicateurs du cadre logique. Une activité à grande échelle dans le domaine des consultations générales et des actions de soutien à la maternité (naissances, visites prénatales et postnatales, planification familiale, etc.) est menée tous les jours dans les centres primaires de Dar Naïm, avec une qualité technique assez acceptable malgré la situation grave de l'accueil des patients.

Néanmoins, concernant l'efficacité du système de soins à Bababé, l'évaluateur n'a pas eu suffisamment de preuves pour faire une évaluation rigoureuse, mais, comme nous l'avons mentionné, il ne semble pas que la formation et la surveillance exercées par la APSDN soient suffisantes pour améliorer la qualité des postes de santé aux nombreuses lacunes et les services effectués par des professionnels à la faible formation.

Il existe également des facteurs qui justifient la difficulté d'atteindre certains objectifs. Il est évident qu'une partie importante de la population éprouve de grandes difficultés pour avoir un accès économique aux soins de santé.

Pour cette raison il est nécessaire de souligner l'impact positif des mutuelles de Dar Naïm et Bababé, ainsi que le fond d'équité de Dar Naïm. De nombreuses familles qui ont actuellement accès à des soins primaires ne l'auraient pas sans l'existence de ces initiatives. Tout cela est une conséquence du haut niveau d'engagement que l'équipe de l'APSDN a sur cette question.

Outre d'autres considérations, il convient également de noter la contribution que les mutuelles et le fonds d'équité font au changement culturel afin de sensibiliser à la nécessité d'un système de prévision des risques qui pourrait à l'avenir se transformer en un système de sécurité sociale.

En outre, il existe un problème généralisé de manque de formation professionnelle pour assurer les soins de santé de base. La plupart des professionnels exercent des fonctions sans la formation adéquate.

En revanche, il n'existe pas de cadre permettant de mesurer les résultats des actions menées. Il n'existe pas non plus un véritable système d'information du système public permettant de comparer les résultats et de progresser dans un cycle d'amélioration continue de la qualité.

3.3. Efficience

L'efficience est la capacité de parvenir à un maximum de résultats avec un minimum de ressources. L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel).

Elle est jugée très bonne (A).

3.3.1. L'efficience dans l'utilisation du budget

Programme - Budget 2017-2021 - horsCSC1 - OSS1						
Programme commun - Memisa						
	2017	2018	2019	2020	2021	Grand Total
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	€ 199.999	€ 200.001	€ 199.999	€ 200.002	€ 200.002	€ 1.000.003
I. Investissement	€ 5.730	€ 18.542	€ 10.432	€ 24.339	€ 2.717	€ 61.760
I.1 Aspirateur Nouveau-nés	€ 541	€ 541	€ 541	€ 541	€ 541	
I.2 Matériel informatique	€ 1.081	-	€ 1.081	-	-	
I.3 Moto	€ 2.162	€ 2.162	€ 2.432	-	-	
I.4 Véhicule	-	€ 13.514	-	€ 21.622	-	
I.5 Climatiseur	€ 351	€ 703	€ 351	€ 351	€ 351	
I.6 Mobilier de bureau	€ 541	€ 541	€ 541	€ 541	€ 541	
I.7 Autoclave	-	€ 1.081	-	€ 1.081	€ 1.081	
I.8 Matériel non médical	€ 1.054	-	€ 81	€ 203	€ 203	
I.9 Echographie	-	-	€ 5.405	-	-	
F. Fonctionnement	€ 119.750	€ 111.580	€ 115.264	€ 109.320	€ 118.133	€ 574.047
F.1 Missions et voyages	€ 4.486	€ 4.054	€ 4.054	€ 4.054	€ 4.595	
F.2 Transport local	€ 15.730	€ 16.085	€ 16.085	€ 16.085	€ 16.085	
F.3 Coûts des locaux	€ 13.070	€ 12.243	€ 12.259	€ 11.016	€ 12.962	
F.4 Charge et fonctionnement des structures de soins et des bureaux	€ 23.216	€ 21.730	€ 22.270	€ 21.357	€ 23.622	
F.5 Formation et mobilisation sociale	€ 16.703	€ 13.784	€ 13.784	€ 13.514	€ 13.514	
F.6 Protection sociale	€ 38.437	€ 35.576	€ 38.163	€ 35.186	€ 39.247	
F.7 Formation et encadrement APSDN	€ 8.108	€ 8.108	€ 8.649	€ 8.108	€ 8.108	
P. Personnel	€ 74.519	€ 69.879	€ 74.303	€ 66.343	€ 79.152	€ 364.196
P.1 Equipe de direction	€ 24.324	€ 24.324	€ 25.035	€ 25.035	€ 25.035	
P.2 Personnel soignant	€ 31.915	€ 27.275	€ 30.676	€ 22.716	€ 35.525	
P.3 Personnel de soutien	€ 18.280	€ 18.280	€ 18.592	€ 18.592	€ 18.592	
2. Collaborations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Investissement						0,00
Fonctionnement						0,00
Personnel						0,00
3. Bureau local	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Investissement						0,00
Fonctionnement						0,00
Personnel						0,00
4. Siège	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Investissement						0,00
Fonctionnement						0,00
Personnel						0,00
Total CO :	199.999,00	200.001,00	199.999,00	200.002,00	200.002,00	1.000.003,00
Investissement	5.730,00	18.542,00	10.432,00	24.339,00	2.717,00	61.760,00
Fonctionnement	119.750,00	111.580,00	115.264,00	109.320,00	118.133,00	574.047,00
Personnel	74.519,00	69.879,00	74.303,00	66.343,00	79.152,00	364.196,00

APSDN Budget CPAS 2019-2021		Euro			
Libellé	2.019	2.020	2.021	Total	
Achats et investissements bénéficiaires	17.196	18.839	16.339	52.374	
Produits alimentaires (malades indigents)	541	541	541	1.623	
Soins aux malades indigents	3.649	3.649	3.649	10.946	
Réinsertion sociale des indigents	405	405	405	1.216	
Aides aux indigents					
Réinsertion sociale des indigents (formation bénéficiaires)	365	365	365	1.095	
Réinsertion sociale des indigents (financement AGR)	1.216	1.216	1.216	3.649	
Réinsertion sociale des indigents (téléphone)	290	290	290	870	
Kane Fatimetou					
Responsable FE (Ciblage et suivi des usagers)	5.100	5.100	5.100	15.300	
A recruter					
Assistant social	1.900	3.800	3.800	9.500	
Atelier national pour la création du CPS	3.730	-	-	3.730	
Création du CPS	-	2.500	-	2.500	
Implication des experts du vécu		973	973	1.946	
Transport	1.000	1.200	1.500	3.700	
Formation	576	576	500	1.652	
Frais généraux	500	750	921	2.171	
Fournitures de bureau	300	450	541	1.291	
Accueil & réceptions	200	300	380	880	
Total	19.272	21.365	19.260	59.897	

Il n'est pas facile d'évaluer l'efficacité dans l'utilisation du budget mais, par rapport à l'observation de l'état des infrastructures, il est évident pour l'évaluateur l'insuffisance des investissements dans la réhabilitation des bâtiments et dans la qualité de l'accueil (climatisation). Étant donné le mauvais état des structures, un budget pour les investissements de 61.760 Euros sur 5 années est clairement insuffisant.

D'autre part, l'efficacité des actions d'appui aux soins primaires de Bababé est relative. Il s'agit des actions avec un coût limité (quelques jours de formation théorique et de supervision) et avec un impact aussi très limité.

Néanmoins, l'appui prêté par l'APSDN au fonds d'équité dans tout le processus de l'identification à l'inclusion de la population d'indigents, est vraiment remarquable, même si le budget attribué au fond d'équité (aides aux indigents= 11566 € chaque année) reste insuffisant. Concernant les mutuelles, l'APSDN a une mission d'appui pour conduire les mutuelles vers une autonomie totale. L'APSDN donne un appui pour la mobilisation de la population et les partenaires locaux, accompagne l'audit financier et les procédures de gestion et réalise une supervision régulière en appui du conseil d'administration.

Si on considère le rapport entre l'effort employé par le Programme et les résultats en termes d'amélioration de l'accessibilité de la population aux soins, le Programme est très efficace.

3.4 Durabilité

La durabilité vise à savoir si les effets du programme perdureront après son arrêt. C'est l'analyse des possibilités que les effets positifs de l'action se poursuivent lorsque le Programme aura pris fin. La viabilité, permet de déterminer si les résultats positifs du projet (au niveau de l'objectif spécifique) sont susceptibles de perdurer une fois le terme des financements externes. Dans sa forme actuelle la mutuelle et le FE ne sont pas durables, raisons pour laquelle le projet s'inscrit dans la logique d'intégration dans l'assurance maladie prévu dans le cadre de l'AI PASS → acquis durables: transformation des mutuelles en AM professionnelle + volet complémentaire de centre de protection sociale intégrée au système.

Elle est jugée à améliorer (C).

La stratégie d'intervention du programme à Dar Naïm repose sur trois piliers. L'organisation de l'offre de soins intégrée au système local de santé, l'appui à la conduite des mutuelles et l'appui au fonctionnement du fonds d'équité. Concernant l'action de l'APSDN à Bababé, l'appui

est organisé autour de la formation et supervision du personnel des soins primaires et l'appui à la mutuelle de Bababé.

Jusqu'au présent, la gestion du Programme est responsabilité d'une équipe de l'APSDN constitué de 5 personnes clés qui sont à la base de la création de l'intervention. Ils profitent de façon continue d'un accompagnement technique de Caritas Mauritanie, Memisa et de l'IMT Anvers, d'échanges à l'extérieur du pays et des formations.

L'équipe APSDN est une équipe bien organisée avec des fonctions bien définies. Assurer sa permanence peut renforcer la durabilité et consolider les acquis du Programme.

L'implication de la Société civile à l'exécution du programme est un autre facteur favorisant le développement des ressources humaines locales et la durabilité du programme.

Néanmoins, le durabilité peut être affecté par certains facteurs; Il est indéniable que le programme a fait de grands progrès dans les deux axes mentionnés ci-dessus : la qualité des soins primaires et l'amélioration de l'accessibilité financière au système de soins primaires. L'évaluateur estime qu'une stratégie pour assurer la durée des résultats est de faire de plus grands progrès dans le renforcement institutionnel, l'amélioration des infrastructures de ses propres centres et l'amélioration des compétences techniques des professionnels. Le soutien apporté aux institutions de l'Etat de Bababé soulève davantage de doutes, notamment du point de vue de leur efficacité. Il ne faut pas oublier que l'inefficacité d'une action influence aussi sa durabilité.

3.4.1. Durabilité financière

En ce qui concerne la durabilité financière, le défi consiste à réduire la dépendance à des subventions extérieures. Nous avons pu constater l'effet pernicieux qui joue la hausse des prix des médicaments sur les cotisations des adhérents aux mutuelles. Les mutuelles ne sont pas viables si elles doivent se financer uniquement à partir des cotisations des adhérents. Il est nécessaire une grande concertation, à niveau national, avec la participation de l'État, la commune, la société civile, la coopération extérieure, pour mettre en place des politiques de protection sociale qui devront aboutir à posteriori à la création d'un système de Sécurité Sociale universel (en cours avec le projet AI PASS)

MUTUELLE DE DAR NAIM			
ANNEES	TOTAL BENEFICIAIRES ENREGISTRES	BENEFICIAIRES AYANT COTISES	
2016	10143	2817	
2017	11624	2586	
2018	12039	2473	
2019 (janvier à juin)	1099	1099	

Dans ce tableau, on peut voir qu'au cours des 4 dernières années, les bénéficiaires de la mutuelle de Dar Naïm ont augmenté progressivement, alors qu'au cours de la même période (2016-2018), les bénéficiaires qui avaient payé les cotisations étaient de moins en moins nombreux.

La mutuelle n'a pas procédé à la radiation des bénéficiaires inscrits dans ses registres et qui n'étaient pas à jour de paiement de leurs cotisations pendant 03 années en espérant que certaines familles allaient régulariser leurs situations financières. C'est en 2019 que le principe de radiation a été appliqué. Il stipule qu'un retard de 06 mois dans le paiement des cotisations entraîne la radiation de la famille. Pour cette raison, les bénéficiaires qui, en 2019, ont droit aux prestations de la mutuelle ont été considérablement réduits. Ces chiffres donnent une idée de la grande pauvreté de la Mughataa.

Fonds d'équité de Dar Nalm	
ANNEES	TOTAL BENEFICIAIRES
2016	827
2017	753
2018	808
2019 (janvier à juin)	868

Par rapport au fonds d'équité, nous pouvons observer une certaine stabilité dans le nombre de bénéficiaires. Plus d'un tiers des cotisations des bénéficiaires de la mutuelle de Dar Naïm ayant cotisés, sont financés par le fonds d'équité.

MUTUELLE DE BABABE	
ANNEES	TOTAL BENEFICIAIRES
2016	4333
2017	1847
2018	2146
2019 (janvier à juin)	2604

La mutuelle de Bababé a appliqué régulièrement le principe de radiation, et les chiffres de bénéficiaires sont plus uniformes. Ces chiffres de bénéficiaires sont dus à l'appui financier de la diaspora (une initiative de mobilisation des ressortissants du pays qui veulent appuyer leur village d'origine, et ont récemment accepté de le faire en payant la cotisation annuelle d'un nombre de familles).

3.4.2. Durabilité sociale

La participation communautaire est essentielle pour valider le modèle d'organisation et la prestation des services de santé et de protection sociale. La communauté est le principal agent du système de santé et sa participation est nécessaire pour définir les priorités et défendre les droits des utilisateurs du système. Une participation communautaire solide garantit la durabilité du Programme.

La durabilité du programme dépend également de son acceptabilité par la population, de l'adaptabilité financière de l'offre de services (dans le cas des mutuelles) pour répondre aux besoins de la population et enfin, de la confiance que la population accorde à l'offre de services de santé.

La stratégie à choisir pour améliorer l'étendue de la prévention du risque est la sensibilisation à grande échelle. La sensibilisation de la population peut renforcer la santé financière des mutuelles si elles peuvent de cette façon recruter plus d'adhérents.

4. Conclusions et Recommandations

5.1. Concernant le Partenariat

L'impact attendu de l'intervention est parfaitement décrit dans la Présentation du Programme que MEMISA a fait dans le programme DGD 2017-2021.

Il s'agit d'une intervention développée depuis plus de 20 ans pour l'organisation de l'offre de soins intégrée au système local de santé, avec une population cible vulnérable.

A partir de 2014, l'APSDN assume la gestion assurée par Caritas jusqu'à la fin 2013, avec la volonté d'apporter des innovations. L'objectif est « d'améliorer l'accès aux soins de qualité pour une population défavorisée, et qu'elle continue à influencer le niveau décisionnel avec des expériences venant du terrain, particulièrement par rapport à la protection sociale ».

L'APSDN profite de l'appui de MEMISA, de Caritas Mauritanie et de l'IMT Anvers. A niveau des soins primaires, le rôle de l'APSDN est la gestion directe d'un centre de santé et trois postes de santé à Dar Naïm et l'appui d'un centre de santé et des postes de santé à Bababé pour la formation continue et la supervision.

Concernant les mutuelles, l'APSDN a une mission d'appui pour les conduire vers une autonomie totale. L'APSDN donne un appui pour la mobilisation de la population et les partenaires locaux, accompagne l'audit financier et les procédures de gestion et réalise une supervision régulière en appui du conseil d'administration. Pour le fonds d'équité de Dar Naïm, l'APSDN est responsable de la gestion et des activités concernant tout le processus de l'identification à l'inclusion de la population d'indigents.

L'impact des activités de l'APSDN est vraiment remarquable. L'équipe de gestion de l'APSDN est constitué de 5 personnes, nombre insuffisant, mais jusqu'au présent, capables d'exécuter toutes les activités du Programme.

5.2. Concernant le Programme

5.2.1. Points forts

- L'appui de Memisa assure la pérennité du Programme
- L'équipe APSDN a une bonne capacité de direction et de gestion du Programme.
- La stratégie choisie de maintenir une offre de soins primaires et en même temps faciliter l'accessibilité financière par la voie des mutuelles produit une synergie positive et améliore l'accessibilité aux soins.
- L'appui à l'accès aux soins de santé pour les groupes de population les plus vulnérables par le biais du fonds d'équité.

5.2.2. Opportunités

- La mise en oeuvre du Programme AI-PASS, qui prévoit la mise en place d'un modèle d'Assurance Maladie, avec participation de tous les agents concernés, et dans lequel Memisa/ APSDN met en oeuvre le volet pilote de la formation continue

5.2.3. Faiblesses

- L'état de la situation des infrastructures et des équipements.
- Manque de formation du personnel de santé
- La faible capacité technique des soins primaires, en particulier à Bababé
- L'appui aux soins primaires qui se réalise à Bababé n'est pas suffisant
- Budget assez limité pour développer un programme d'appui à l'amélioration des soins
- Le manque de médicaments à des prix abordables pour la grande majorité de la population
- Le mécanisme de financement de l'adhésion aux mutuelles qui pénalise les familles nombreuses sans ressources.
- Niveau insuffisant de formation des membres du conseil d'administration de la Mutuelle de Bababé
- Le faible niveau d'implication de certains responsables locaux du conseil d'administration dans le recrutement de nouveaux adhérents pour les mutuelles
- Au delà de la collaboration avec Enabel et avec l'IMT Anvers, les opportunités de complémentarité et synergies avec d'autres organisations sont plutôt limitées.
- Le centre de protection sociale n'est pas encore disponible.

5.2.4. Menaces

- Le manque d'implication de l'Etat dans les projets visant à améliorer l'accessibilité financière de la population
- La faible implication des autorités locales.
- L'absence de contrôle des prix des médicaments génériques
- Le niveau de pauvreté de de la plupart de la population, ce qui ne leur permet pas de payer les cotisations de la mutuelle
- La proximité de l'âge de retraite du directeur de l'APSDN d'Abdoulaye Ba

5.3. Sur la pertinence du Programme

Le cadre logique du Programme a défini comme objectifs et résultats stratégiques :

- *Le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé est renforcé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre.*
- *Un système de protection sociale performant ciblant la santé est disponible à un prix abordable pour la population cible.*

Le Programme MEMISA répond clairement aux objectifs énoncés par la Politique nationale de santé de la Mauritanie, s'adapte totalement aux grandes orientations stratégiques du PNDS et s'inscrit ainsi dans les domaines indicatifs d'appui de la Coopération Belge.

Toutes les activités réalisées visent à contribuer à atteindre les objectifs de développement durable (ODD), aussi bien celles qui ont une incidence sur l'accessibilité comme l'adhérence aux

mutuelles et le fonds d'équité, que celles qui ont une incidence sur l'amélioration de la qualité des soins.

Nous pensons qu'il est tout à fait pertinent de poursuivre l'intervention en intégrant certains ajustements. Le Programme va continuer à ajouter de la valeur au système de santé de la Mauritanie, même s'il existe la possibilité que le projet AI-PASS, qui vise à mettre en place un système d'Assurance Maladie, puisse absorber à moyen terme la composante assurance maladie/ mutuelle de notre Programme ce qui est également cohérent avec l'objectif d'autonomiser et de professionnaliser les mutuelles communautaires.

5.4. Sur l'efficacité

Plusieurs des objectifs proposés ont été atteints, principalement grâce au choix adéquat de la stratégie utilisée. L'objectif de « *renforcer le système de santé des Moughataas par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre* » est accompli par les centres de soins gérés par l'APSDN à Dar Naïm, malgré les problèmes existants au niveau de l'accueil.

Cependant, l'offre de soins de la plupart de postes de santé à Bababé a des forts problèmes de qualité, en raison du manque de formation du personnel. La plupart de postes de santé sont desservis par personnes qui n'ont pas des qualifications suffisantes.

L'appui de l'APSDN en formation et supervision aux centres de soins de Bababé peut-être qui ne soit pas suffisant pour améliorer la qualité des soins de ces postes de santé. Le projet de formation continue qui a démarré cette année (volet de l'AI PASS mis en oeuvre par Memisa-APSDN) est une opportunité de remédier à ce problème. Le projet cible les infirmiers et sages femmes de Bababé et de Dar Naim.

L'évaluateur recommande de faire une réflexion sur le contenu et la durée des programmes de formation (très limitée) et d'approfondir sur les possibilités d'établir un modèle de coopération plus efficace.

Concernant le système de protection sociale, comme on l'a déjà dit, il n'a pas été possible d'atteindre cet objectif, bien que si des progrès ont été réalisés dans le fonctionnement des mutuelles et du FE comme une étape préalable à un système de protection sociale plus large. Ce système de protection sociale n'est pas réalisable sans la participation de l'Etat, des communes et des Subsidés supplémentaires.

L'évaluateur recommande d'établir une ligne de collaboration conjointe avec la direction du programme AI-PASS et les institutions d'État concernées.

5.5. Sur l'efficience

Concernant l'efficience des actions, le Programme dispose d'un budget assez limité. Il souligne que seulement 10,7% est consacré à la réhabilitation et à l'entretien des lieux.

Cependant, avec un budget aussi limité (subvention de 1.000000 euros pour 5 années) on obtient de bons résultats dans l'offre de soins primaires, la mutuelle et le fonds d'équité.

L'évaluateur recommande d'augmenter le budget pour la réhabilitation des structures (qui sont dans un très mauvais état) et l'amélioration de l'accueil des patients.

5.6. Sur la durabilité

Le programme a atteint partiellement les objectifs proposés concernant la qualité des soins primaires et l'amélioration de l'accessibilité financière pour la population. L'évaluateur estime utile de mettre en place une stratégie pour assurer la durabilité des résultats en améliorant les infrastructures des centres.

Un des facteurs qui peut aider à assurer les acquis du programme est la continuité de l'équipe APSDN. Il s'agit d'une équipe bien organisée, avec des fonctions bien définies, avec de l'expérience et de l'engagement pour accomplir la mission.

Par ailleurs, la communauté est un acteur central du système de santé et sa participation est nécessaire pour définir les priorités et défendre les droits des utilisateurs. Une participation communautaire solide garantira la continuité du projet, ce qui n'est pas suffisamment le cas actuellement.

Cependant, le problème le plus important est la durabilité financière des mutuelles. La durabilité financière est le critère qui soulève le plus de doutes et de questionnements. Le défi consiste à réduire la dépendance à des subventions extérieures dans le cas où ça soit possible.

La réalité nous montre que dans la situation actuelle, il est très difficile pour les mutuelles de maintenir une autonomie financière dans un contexte où la majorité de la population ne peut pas payer les cotisations; C'est pourquoi le Programme ne pourra jamais prendre une grande dimension parce que les fondations sur lesquelles il est basé sont trop faibles.

La population n'a pas de ressources, les prix auxquels la mutuelle doit faire face augmentent sans aucun contrôle (médicaments) et par conséquent la mutuelle est obligée de monter les cotisations aux adhérents, lesquels font face à l'impossibilité de payer cotisations toujours plus élevées.

Seulement l'intervention de l'État à travers d'un projet d'Assurance Maladie à grand échelle, avec des cotisations adaptées à la réalité social du pays, pourrait avoir un impact positif considérable sur le droit à la santé de la population.

Nouakchott/Saragosse

Octobre 2019

Carlos MARTIN

Annexes

Annexe 1. Termes de référence



Termes de référence pour l'évaluation intermédiaire
du Programme MEMISA/MSV au Bénin, Guinée et
Mauritanie

(Programme commun DGD 2017-2021)



Belgique

partenaire du développement

SOMMAIRE

1. Objectifs de l'évaluation	6
2. Objectifs du Programme	46
3. Approche Méthodologique	47
3.1. Stratégie proposée pour conduire et mettre en œuvre la démarche évaluative ...	47
3.2. Étapes de l'évaluation sur site	47
3.2.1. Réunion de cadrage avec le responsable	47
3.2.2. Réaliser l'évaluation sur site.....	48
3.2.3. Analyse des données et rédaction du rapport	48
3.2.4. Techniques d'analyse à utiliser qui reposent sur la méthodologie qualitative	48
3.2.5. Techniques qui reposent sur la méthodologie quantitative	49
3.2.6. Validation et contrôle de qualité de l'information.....	49
3.2.7. Méthodes de mesure: élaboration d'indicateurs.....	49
4. Critères d'évaluation.....	51
4.1. Autres critères d'évaluation.....	51
5. Questions Évaluatives	52
6. Programme de Travail Mauritanie	55

Mauritanie

1. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation intermédiaire est une évaluation formative et d'aide à la prise de décisions. Son objectif principal est de fournir un regard externe sur le programme MEMISA en Mauritanie afin de pouvoir l'améliorer et apporter les éventuelles corrections nécessaires dans une vision d'optimisation continue. L'évaluation intermédiaire ne doit pas être exhaustive.

- Vérifier globalement et de manière indépendante les résultats du projet/programme (produits, effets, impact) et apprécier l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la durabilité du programme en matière de développement
- Analyser le lien et la cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans les résultats attendus du programme et dans les indicateurs utilisés,
- Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques concernant le suivi des interventions,
- Apprécier l'attention donnée aux thèmes transversaux de genre et environnementaux ainsi qu'à la digitalisation, en tant que priorité politique du bailleur.
- D'après les appréciations évaluatives, signaler des pistes d'orientation pour le prochain Programme

2. Objectifs du Programme

Objectif spécifique 1 : Renforcer le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre.

R1. Le développement de partenariats effectifs avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et les partenaires de la société civile renforce le système local de santé.

R2. Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé.

R3. Un système de protection sociale performant ciblant la santé est disponible à un prix abordable pour la population cible

Le programme vise le développement d'un système local de santé intégré avec trois composantes que **sont les structures de soins de santé primaires, les mutuelles de santé et les mécanismes de fonds d'équité.**

L'approche proposée met un accent particulier sur la protection sociale pour la santé et sur l'autonomisation du partenaire de la société civile. La collaboration avec l'IMT Anvers sera maintenue et renforcée.

L'APSDN est l'organisation partenaire de Memisa en Mauritanie depuis le début de l'intervention (au début comme projet de Caritas Mauritanie, mais avec la même équipe compétente et dynamique). Elle coordonne et met en oeuvre toutes les interventions de Memisa en Mauritanie. Le partenariat est basé sur des valeurs partagées, une compréhension mutuelle des priorités et des stratégies pour atteindre l'objectif.

3. Approche Méthodologique

3.1. Stratégie proposée pour conduire et mettre en oeuvre la démarche évaluative

Le cahier des charges spécifie de façon générale la stratégie d'évaluation. A partir de missions sur le terrain, les experts évaluateurs doivent rencontrer l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention des différents contextes. Ils procéderont à une évaluation du niveau des résultats atteints dans l'intervention, sur base des cadres logiques, ainsi que de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; ils vérifieront les produits et livrables atteints. L'efficacité et l'efficience des activités, la mise en place de mesures garantissant la viabilité de l'intervention seront également prises en considération.

Comme il s'agit de deux évaluations (intermédiaire et finale), la méthodologie du travail devra tenir compte des toutes les étapes du projet. Une grande majorité du travail à réaliser se déroulera sur le terrain.

La stratégie que nous présentons pour la démarche évaluative consiste à obtenir la plus grande participation possible des professionnels, des usagers et des différents acteurs concernés par le processus évaluatif.

Dans cet objectif nous proposons est basée sur la réalisation d'entretiens en profondeur avec des " informateurs clés" et l'organisation d'au moins un focus groupes dans chaque évaluation pour obtenir des informations représentatives des différents acteurs, sans oublier les spécificités socioculturelles des groupes clé du projet (Autorités et Société Civile).

Pour l'implication des différents acteurs, la stratégie mise en oeuvre consistera à leur faire comprendre que l'évaluation intermédiaire a un caractère d'apprentissage qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue des activités.

En ce qui concerne les aspects de confidentialité, le consultant signera un engagement de stricte de confidentialité, concernant l'ensemble des informations recueillies.

3.2. Étapes de l'évaluation sur site

3.2.1. Réunion de cadrage avec le responsable

Cet échange a pour but :

- De préciser le cadre et le projet évaluatif en prenant en compte les questions spécifiques que l'évaluateur souhaite approfondir, dans le respect des éléments attendus de l'évaluation externe.
- De décider des modalités de recueil et de participation (entretiens avec l'ensemble des parties prenantes, observation, examen documentaire sur site).
- De préparer et d'organiser concrètement l'évaluation sur site : identification des acteurs à rencontrer/planification/information).

3.2.2. Réaliser l'évaluation sur site

- Recueil d'information des parties prenantes
- Visite des installations et observation du fonctionnement
- Rencontres organisées avec les différents acteurs pour recueillir leur perception et analyser le fonctionnement du projet

3.2.3. Analyse des données et rédaction du rapport

L'analyse des informations recueillies devra être effectuée à la suite de la mission de terrain.

Cette analyse sera suivie d'un travail d'écriture du pré-rapport.

Le pré-rapport aura été envoyé à la direction du Projet pour relecture.

Le retour des observations sur le document sera suivi d'un échange

3.2.4. Techniques d'analyse à utiliser qui reposent sur la méthodologie qualitative

La méthodologie qualitative à utiliser reposera sur deux piliers : les entretiens avec les informateurs clés et les focus- groupes avec les professionnels et les bénéficiaires.

Les interlocuteurs qui pourront fournir de l'information clé, auront des entretiens individuels puisque l'on considère que c'est la meilleure façon d'obtenir une information suffisante, de même que des indications précises au sujet d'autres personnes devant passer des entretiens. Ces techniques seront utilisées d'une part, afin de solliciter des informations et des renseignements quantitatifs concrets et, d'autre part, afin de contrôler l'évaluation du programme.

Lorsque ce sera possible, des réunions avec des représentants des différents collectifs impliqués seront mises en place. Le grand avantage des focus-groupe consiste en l'interaction entre les participants, ce qui peut produire des réponses plus intéressantes ou de nouvelles idées non détectées au moyen d'autres outils (questionnaire par exemple) et rendre possible une connaissance directe des comportements, attitudes langages et perceptions de groupe.

Tout au long du projet, l'une des stratégies principales de la méthodologie sera la participation d'un nombre considérable d'acteurs appartenant à différentes instances et

niveaux de responsabilité ; et qui à travers leurs différentes expériences et sensibilités, nous permettront d'obtenir une vision globale du secteur.

La collecte de données se fera en continu dès le début de l'évaluation, à mesure que les nouvelles informations seront accessibles aux évaluateurs au cours du processus.

3.2.5. Techniques qui reposent sur la méthodologie quantitative

L'exploitation de l'information existante se fera par des méthodes statistiques descriptives simples. Les données quantitatives seront reportées aussi dans divers tableaux qui serviront de base pour les études ultérieures.

3.2.6. Validation et contrôle de qualité de l'information

Aussi bien les concepts initiaux en ce qui concerne l'objet de l'étude que la méthodologie seront adaptés en suivant le critère de saturation qui consiste à analyser progressivement l'information collectée et d'arriver à une récolte de données la plus complète possible..

On fera appel à la stratégie de triangulation, c'est-à-dire que l'on observera une même dimension du problème à partir de plusieurs points de vue, en utilisant une diversité de méthodes, techniques et sources d'information (information statistique des résultats par activités, informateurs clés, information de focus-groupe, observation, etc.), en confrontant les différents points de vue. Grâce à cette méthodologie on espère obtenir:

- Une plus grande fiabilité de l'information obtenue
- Une meilleure compréhension des interventions examinées
- La réduction des biais de chaque technique
- Une validation des appréciations de l'évaluation

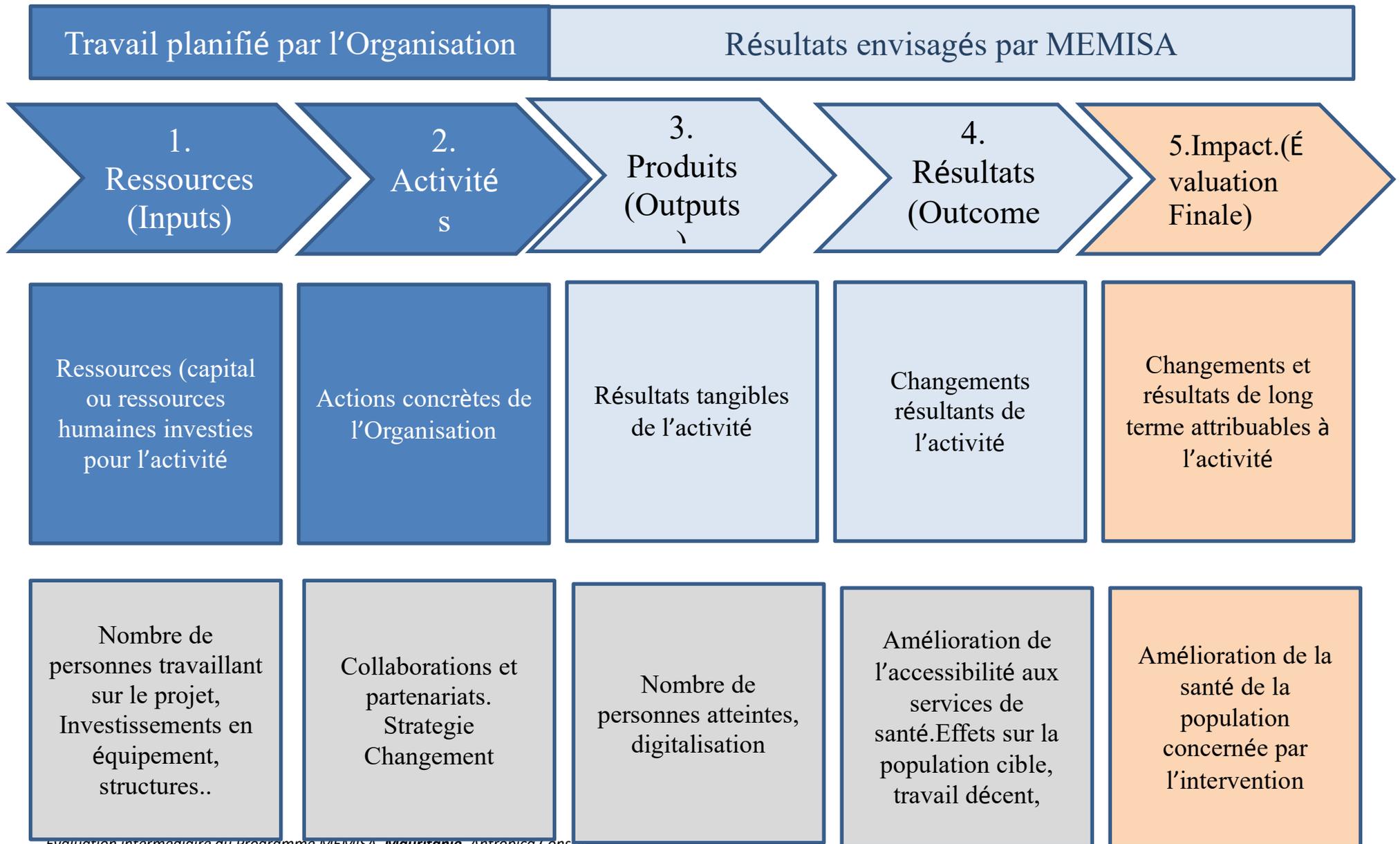
3.2.7. Méthodes de mesure: élaboration d'indicateurs

On utilisera des indicateurs de processus et de résultats qui témoignent de la mise en œuvre effective du Programme et de la réalisation des actions ; ils correspondent notamment à la mesure d'atteinte des objectifs opérationnels ; ils sont surtout utiles au suivi de la mise en œuvre ; ils doivent pouvoir être renseignés assez fréquemment et, par conséquent, leur production ne doit pas être coûteuse.

L'indicateur devra être calibré en répondant aux questions suivantes :

- A quoi va-t-il servir?
- À qui va-t-il être utile?
- Quand en aura-t-on besoin?
- Comment sera-t-il renseigné?

Qu'est- ce qu'on va évaluer ?



4. Critères d'évaluation

Pertinence

La pertinence examine le bien-fondé de l'action au regard des objectifs et des enjeux initialement fixés: adéquation des objectifs de l'action aux besoins et aux demandes des bénéficiaires, conformité avec les orientations définies par les politiques sociales

- Concordance avec les finalités de la politique nationale du pays
- Correspondance avec les besoins et les demandes des bénéficiaires
- Conformité avec les orientations générales du ministère

Effectivité

L'effectivité rend compte de la réalité des actions conduites: mise à disposition des financements nécessaires, respect des délais et du planning, gestion des imprévus.

Efficienne

L'efficience se définit comme l'optimisation du rapport entre les ressources (humaines, financières, environnementales, etc.) dont on dispose et le bien ou le service produit.

Efficacité

L'efficacité apprécie le degré de réalisation des objectifs de l'action ainsi que ses éventuels effets positifs ou négatifs non attendus: écarts entre les résultats attendus et les résultats effectifs de l'action, autres effets non prévus.

Impact

L'impact juge les retombées de l'action, attendus ou non, à moyen et long terme en étudiant les effets de celle-ci dans une perspective élargie.

Viabilité

La viabilité (ou la pérennité, ou encore la durabilité) examine si l'action a engendré une structure ou des pratiques capables de "vivre" et de se développer après la fin de l'intervention.

4.1. Autres critères d'évaluation

Contribution aux cibles stratégiques

Capacité d'autoévaluation

Stratégie de Partenariat

5. Questions Évaluatives

CRITÈRE	QUESTIONS EVALUATIVES
MÉTHODE D'ÉLABORATION ET CONTRIBUTION AUX CIBLES STRATÉGIQUES	Les compétences des intervenants en santé ont amélioré?
	La qualité de la formulation des objectifs (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, déterminés dans le Temps ?).
	Le calendrier d'élaboration du Programme dans ses différentes composantes a-t-il été pertinent ?
	Quels sont les phases de changement plus importants pour améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre ? (TOC)
	Dans quelle mesure le programme a contribué à l'atteinte de ces cibles stratégiques ?
	Quels sont les principaux facteurs qui influencent l'atteinte des cibles stratégiques par le programme ?
CRITÈRE PERTINENCE (Orientations pour un nouveau Programme)	Dans quelle mesure les objectifs du programme sont-ils toujours valides ?
	Les activités menées dans le cadre du programme et les résultats observés sont-ils compatibles avec la finalité globale et la concrétisation des objectifs fixés ?
	Les activités menées dans le cadre du programme et les résultats observés sont-ils compatibles avec l'impact et les effets escomptés ?
	Les domaines prioritaires de l'intervention ont-ils été bien choisis ?
	Est ce que la santé des adolescents et des jeunes est suffisamment prise en compte dans les différentes structures de santé du pays ?
	Quelles sont les mesures à adopter ?
	Serait-il pertinent de continuer l'intervention ?
CRITÈRE EFFICACITÉ	Dans quelle mesure les objectifs ont-ils été atteints ou sont susceptibles de l'être ?
	Quelles ont été les principales raisons de la réalisation ou de la non-réalisation des objectifs ?
	Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué aux objectifs et à l'atteinte des résultats prévus ? Concrètement à:

	<p>Le renforcement de l'institution (amélioration de la formation du personnel, amélioration des procédures, amélioration dans la détection et traitement des cas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Création d'Espaces de Dialogue - L'implication de la Société Civile - La protection et promotion des Droits des Femmes et des Enfants
	<p>Les résultats escomptés ont ils été atteints par les activités mises en œuvre dans les domaines couverts par le projet ?</p>
	<p>A-t-on tenu compte des facteurs externes dans l'atteinte de l'objectif prévu ?</p>
CRITÈRE EFFICIENCE	<p>Les activités étaient-elles efficaces par rapport à leur coût ?</p>
	<p>Le programme a-t-il été mis en oeuvre dans les meilleures conditions d'efficience au vu d'autres possibilités existantes ?</p>
	<p>Les ressources financières, humaines et techniques octroyées à l'intervention ont elles été traduites par des résultats mesurables?</p>
	<p>Aurait-on pu atteindre ces résultats avec moins de ressources ?</p>
	<p>Quels types d'obstacles et/ou d'atouts (administratifs, financiers et de gestion) le projet a-t-il rencontré et dans quelle mesure cela a-t-il affecté son efficacité ?</p>
CRITÈRE IMPACT	<p>Quelles sont les conséquences du programme et comment s'expliquent-elles ?</p>
	<p>Quel changement concret l'activité concernée a-t-elle apporté aux bénéficiaires ?</p>
CRITÈRE DURABILITÉ	<p>Dans quelle mesure les bienfaits résultant du programme perdurent-ils après la fin de celui-ci ?</p>
	<p>Quels sont les principaux facteurs qui influencent la durabilité du programme ?</p>
	<p>Dans quelle mesure les organes de décision et les partenaires d'exécution du projet ont-ils pris les décisions et les mesures nécessaires pour assurer la durabilité de ses effets?</p>
STRATÉGIE DE PARTENARIAT	<p>Est-ce que la stratégie de partenariat permet l'atteinte des résultats attendus ?</p>
	<p>Est-ce que les partenaires s'approprient de l'action ?</p>
	<p>Comment on peut mieux cibler l'appui à l'APSDN ?</p>
CAPACITÉ D'AUTOÉVALUATION	<p>Est-ce que les outils utilisés pour l'obtention des scores de performance et pour documenter les leçons apprises sont pertinents pour ce qui doit être autoévalué ?</p>

	Est-ce que l'image fournie par les scores de performance correspond à la réalité ?
GENRE	Comment on a investi dans le renforcement des capacités des Femmes?
	Quels sont les méthodes utilisés pour renforcer la co-responsabilité hommes/femmes ?
INDICATEURS	Comment les indicateurs ont évolué ?

6. Programme de Travail Mauritanie

PROGRAMME. DATES	SEPTEMBRE								Observations
	8	9	10	11	12	13	14	15	
Carlos arrivera à 0,35 heures du 9 septembre - Accueil à l'aéroport de NKC - Installation à l'auberge La Bienvenue	8								Nuitée à NOUAKCHOTT
<ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec M. Abdoulaye BA et l'équipe cadre de l'APSDN • Visite CS Tab Salam Diam • Entretien avec le MCM de Dar Naïm • Entretien avec la responsable de Fonds d'équité 		9							
<ul style="list-style-type: none"> • Visite PS El AVIA, PS Tab El Khaïr et Tab Teïssir • Entretien avec les responsables concernés • Entretien avec le maire de Dar Naïm • Entretien avec le directeur de Caritas Mauritanie 			10						
<ul style="list-style-type: none"> • Visite Mutuelle de santé : Entretien avec les responsables de la mutuelle • Rencontre avec le staff du consortium « Touche pas ma sœur » • Feed Back avec le staff de l'APSDN 				11					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déplacement à Bababé ▪ Réunion avec CA mutuelle de santé 					12				
<ul style="list-style-type: none"> • Réunion avec le MCM de Bababé • Visite du Préfet et du maire de Bababé • Visite 03 postes de santé • Feed Back avec le MCM et le CA de la mutuelle de santé de Bababé 						13			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retour à Nouakchott 							14		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retour en Espagne . Départ à 7 h. 10 du 15 septembre 								15	Retour en Espagne