



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



Belgique

partenaire du développement



Table des matières

Avant-propos	5
Résumé Exécutif	6
1. Contexte de l'évaluation.....	8
1.1. Les acteurs principaux	8
1.2. La Stratégie opérationnelle de Memisa	9
2. Objectifs et résultats attendus du Programme.....	9
3. Objectifs de l'évaluation	10
3.1. Éléments spécifiques à évaluer	10
3.2. Déroulement de la mission.....	11
3.2.1. Programme de la mission	11
3.2.2. Activités menées.....	12
3.2.3. Stratégie menée à terme pour conduire et mettre en œuvre la démarche évaluative	13
4. Analyse des composantes du Programme.....	15
4.1. Cadre conceptuel : La Théorie de changement.....	15
4.2. Le projet Santé Dar Naïm; Analyse des composantes du Programme.....	17
4.2.1. Composante 1 : Les structures de soins de santé primaires	18
4.2.2. Conclusions sur les structures de soins de santé primaires	22
4.2.3. Composante 2. La Mutuelle de Santé de Dar Naïm	23
4.2.4. Composante 3. Le Fonds d'Équité de Dar Naïm	28
5. Évaluation du Programme	30
5.1. Suivi des recommandations réalisées lors de l'évaluation intermédiaire	30
5.2. Évaluation par les résultats du cadre logique	33
5.2.1. Résultats année 5	34
5.2.2. Analyse.....	35
5.3. Évaluation par critères.....	37
5.3.1. Pertinence.....	37
5.3.2. Efficacité	38
5.3.3. Efficience	39
5.3.4 Durabilité et Viabilité.....	40
6. Vision des bénéficiaires sur les effets du Programme	42

6.1. Vision de la Population	43
6.2. Vision des professionnels	43
6.3. Vision des responsables de l'APSDN	44
6.4. Vision du Médecin Chef. Ministère de la Santé	44
6.5. Vision dès la perspective du Projet AI-PASS.....	45
6.6. Vision de l'évaluateur	45
6.2.1. Points forts du Programme	45
6.2.2. Faiblesses.....	45
6.2.3. Opportunités	46
6.2.4. Menaces	46
7. Conclusions	47
7.1. Concernant la pertinence	47
7.2. Sur l'efficacité	47
7.3. Concernant l'efficience.....	47
7.4. Sur la viabilité	48
8. Recommandations.....	48

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
FOSA Formation sanitaire
ICP Infirmier chef de poste
IMT Institut de médecine tropicale
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
RHS Ressources humaines en santé
TA Tab El Avia
TSD Tab Salam Diam
TT Tab El Teissir
UE Union européenne

Avant-propos

Cette mission d'évaluation du Programme MEMISA en Mauritanie a été réalisée du 01 au 07 novembre de 2021 (Programme en annexe).

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

Cette mission d'évaluation finale 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.***

Résumé Exécutif

L'évaluation finale est une évaluation qui livre une analyse sur l'ensemble du programme avec une perspective d'avenir, de « l'après-programme » et des actions futures à entreprendre.

Il s'agit d'une évaluation de l'appui à l'offre et à la demande dans 4 structures de santé associatives au capital et des postes de santé publics, avec un partenaire de la société civile (APSDN).

Les objectifs de l'évaluation étaient :

- 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
- Signaler des pistes d'orientation sur le devenir des mutuelles de santé et le fonds d'équité.
- Memisa doit rendre compte sur l'atteinte des résultats. L'évaluation finale a pour objectif principal d'apprécier l'atteinte de tous les outcomes à la fin de l'intervention

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. Il a été procédé à la réalisation d'une évaluation aux niveaux des résultats atteints dans l'intervention, ainsi que l'analyse de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; Comme il s'agit de l'évaluation finale du Programme, la méthodologie du travail a évalué les résultats obtenus depuis l'évaluation intermédiaire jusqu'au présent, mais aussi l'entièreté du Programme depuis son début.

La stratégie que nous avons utilisée pour développer la démarche évaluative a consisté à obtenir la plus grande participation possible des professionnels, des usagers et des différents acteurs concernés par le processus évaluatif.

Dans cet objectif on a réalisé des entretiens en profondeur avec des " informateurs clés" et nous avons aussi organisé deux focus group pour obtenir des informations représentatives des différents acteurs sans oublier les spécificités socioculturelles des groupes clé du projet. L'évaluation sur le terrain s'est parfaitement déroulée avec l'aide de tous les collaborateurs de l'APSDN.

Concernant les résultats de l'évaluation par critères, le Programme MEMISA répond clairement aux objectifs énoncés par la Politique Nationale de Santé de la Mauritanie, il s'adapte totalement aux grandes orientations stratégiques du PNDS actuel 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. La Pertinence du Programme est jugée très bonne.

Par rapport à la Viabilité, dans sa forme actuelle, les structures de santé (CS et PS), la mutuelle et le FE ne sont pas viables sans un appui externe, raison pour laquelle le projet s'inscrit dans la

logique d'intégration dans l'assurance maladie prévue dans le cadre de l'AI PASS. Le défi consiste à réduire ou éliminer la dépendance à des subventions extérieures et pour arriver à cela la seule voie possible est la mise en place d'un partenariat institutionnel puissant, avec une organisation comme la CNAS (Caisse Nationale d'Assurance Santé). La viabilité est jugée à améliorer.

L'Efficacité du Programme est incontestable car il a rendu les soins de santé accessibles à 54% de la population de Dar Naïm, évitant le déplacement de beaucoup d'entre eux et créant un climat de confiance dans les services de santé parmi la population bénéficiaire.

Par ailleurs, 3.477 personnes qui n'ont pas les moyens d'accéder aux soins primaires et aux médicaments ont bénéficié du Fonds d'équité financé par le Programme et ont pu bénéficier de l'accès aux soins de santé.

En relation à l'Efficiency, L'APSDN a obtenu un maximum de résultats avec un minimum de ressources. Avec un montant de **327.000 € annuels** (200.000 financés par MEMISA-Belgique et 127.000 de recettes propres) elle a été capable de réaliser chaque année plus de 36.000 consultations, 1758 accouchements et plus de 16.000 actions de prévention, avec une qualité moyenne acceptable.

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 efficient.

1. Contexte de l'évaluation

Dar Naïm est l'une des communes les plus pauvres de la communauté urbaine de Nouakchott, particulièrement excentrée, et caractérisée par le très faible volume d'activités économiques (l'inexistence de transports en commun et le manque de services de base en matière d'éducation, de santé et d'assainissement). A Nouakchott, seulement 24,1% des ménages disposent de l'eau dans leur logement et 49,7 % des ménages s'approvisionnent en eau non potable.

Au sein de ces quartiers défavorisés, les groupes les plus vulnérables sont les femmes, les jeunes, et les enfants. Les femmes mauritaniennes ont souvent un accès plus réduit que les hommes aux ressources productives et à l'éducation (41% d'entre elles sont analphabètes), au développement des compétences et par conséquent au marché du travail. Dans les années 90, des gens s'y installent poussés par l'exode rural mais aussi par les événements politiques de ces années-là. Il n'y avait alors aucune infrastructure de base. Les organisations se mobilisèrent pour répondre aux besoins de première nécessité de la population. La réponse de l'église (Cáritas) fut le « Projet Santé Dar Naim. » La stratégie développée était d'être proche des gens pour leur offrir les soins de base. Le projet est le fruit d'une collaboration avec la population elle-même, les structures civiles et administratives, et les donateurs. Le Projet Santé Dar Naim comprend des structures sanitaires, une mutuelle de santé, un fonds d'indigence et un programme de formation en santé de la reproduction.

Le projet gère 4 structures sanitaires dont 1 centre de santé et 3 postes de santé. Pour l'implantation de ces structures, la proximité de la population a été privilégiée. Ainsi il y a une structure sanitaire tous les trois kilomètres. Cela permet à 54 % de la population de Dar Naim, d'accéder à des soins de base, selon les responsables du projet. Les structures sanitaires offrent la consultation, les soins, les accouchements, les médicaments génériques, la vaccination, les analyses et dépistages accompagnés de conseil.

1.1. Les acteurs principaux

MEMISA

MEMISA, comme principal responsable et financier du programme, dirige et participe dans les décisions stratégiques, travaille en appui à l'identification de partenaires et d'organisations qui peuvent aider et initialement, a conduit une formation permettant à la APSDN de connaître mieux le fonctionnement des fonds d'équité.

Le partenaire local : l'APSDN

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 œuvre 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).

L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Le département de santé publique de l'IMT a été impliqué dans la documentation et la recherche des expériences en protection sociale du projet de l'APSDN depuis 2003. Maintenant, ce service accompagne les zones couvertes par I-PASS au

travers de la recherche-action. Deux médecins accompagnent le médecin-chef dans le projet I-PASS.

1.2. La Stratégie opérationnelle de Memisa

Promouvoir la bonne gouvernance

- Renforcer le leadership local et la concertation à tous les niveaux : des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes-cadres de zones et du niveau intermédiaire.
- Documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel.
- Collaborer avec des institutions de recherche et des organisations aux compétences complémentaires pour renforcer les capacités et la crédibilité des actions.

Améliorer l'offre

Améliorer la qualité des soins par des actions de rationalisation, de formation et coaching du personnel ; améliorer la qualité de l'organisation des services, par l'intégration opérationnelle des acteurs privés à intérêt public, par le renforcement des équipes de gestion (volet basé sur la formation).

Appuyer la demande

- Assurer un accès financier aux soins de qualité aussi pour les plus défavorisés, par différents mécanismes de subvention des soins et de mutualisation des risques et par l'application d'une tarification forfaitaire.
- Appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité. Stimuler les initiatives locales et communautaires.

2. Objectifs et résultats attendus du Programme

Objectif spécifique

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.

Résultat 1

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.

Résultat 2

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

Résultat 3

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

3. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation finale est une évaluation qui livre une analyse sur l'ensemble du programme avec une perspective d'avenir, de « l'après-programme » et des actions futures à entreprendre.

Il s'agit d'une évaluation de l'appui à l'offre et à la demande dans 4 structures de santé associatives au capital et des postes de santé publics, avec un partenaire de la société civile (APSDN).

- 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
- Signaler des pistes d'orientation sur le devenir des mutuelles de santé et le fonds d'équité.

En particulier pour l'évaluation finale :

- Memisa doit rendre compte sur l'atteinte des résultats. L'évaluation finale a pour objectif principal d'apprécier l'atteinte de tous les outcomes à la fin de l'intervention.

3.1. Éléments spécifiques à évaluer

- Suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire.
- Analyse des avancées du Programme (Succès/Échecs) à partir de l'évaluation intermédiaire.
- Amélioration des capacités organisationnelles.
- Analyse SROI de l'offre de soins

Autres

- *Identification d'opportunités, risques et menaces pour l'avenir*
- *Identifier les actions nécessaires pour renforcer l'APSDN afin d'atteindre une autonomie financière et un renforcement de l'offre*
-

3.2. 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 avec Elies Van Belle, Isabelle De Mûelenaere (MEMISA) et l'évaluateur, puis réajusté en cours de mission en Mauritanie.

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. Il a été procédé à la réalisation d'une évaluation aux niveaux des résultats atteints dans l'intervention, 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.

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

3.2.1. Programme de la mission

Date	Activités
Lun 01/11	Rencontre avec l'équipe de l'APSDN Présentation des Objectifs de l'évaluation et discussion Élaboration d'un calendrier de travail
Ma 02/11	Entretien avec M. Abdoulaye Ba, Directeur APSDN et avec Fatimata Oumar Diop, responsable des postes de santé. Visite au Centre de santé Tab Salam Diam et au poste de santé El AVIA. Focus group avec la participation de 6 professionnelles
Me 03/11	Entretien avec Aissata Sow. Responsable coordination structures Entretien avec Hamidou Oumar. Formation continue Focus group avec représentants de la Population
Jeu 04/11	Entretien avec Fatimetou Kane, responsable Mutuelle et Fonds d'équité Entretien avec Dembele Inthie, responsable partenariats Visite familles terrain Entretien avec Verónica Trasancos Buitrago. Responsable du Programme AI-PASS
Ven 05/11	Entretien avec Lemrabolt Ned Nowloud, Médecin Chef du district Visite au poste de santé Tab Teisir Restitution équipe APSDN
Sam 06/11	Contrôle Covid Rédaction Rapport provisoire
Dim 07/11	Retour en Espagne

3.2.2. Activités menées

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

Sur le terrain, l'évaluateur, après une validation d'ensemble du programme de la mission lors de la première journée, a entamé une série de visites et d'entretiens avec l'équipe de direction de l'APSDN.

Pour trianguler les informations, une rencontre avec les professionnelles et une autre avec les usagers ont eu lieu (Focus group), ce qui nous a permis de connaître les points de vue des acteurs principaux. De cette façon, 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 Teïsir
- Programme AI-PASS
- Ministère Santé

Personnes rencontrées :

MEMISA

Elies Van Belle
Isabelle De Mûelenaere

APSDN

Ba Abdoulaye Samba. Directeur
Fatimatou 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 Oumar. Responsable de la formation continue.
Aissata Sowgaye. Sage-femme et surveillante TSD
Hamady Cissoko. Responsable administratif et financier

Professionnelles

Habibata Ba
Marienna Kane
Rai Hamatou
Fatimata Sy
Daly Yatreia
Emal Mhalife

Représentants de la Population

Saliou Fall
Brahim El Betoul
Aimolo Hamidou Bâ
Djeïnaba Thiaw
Nouho Cheich
Abou Bâ

ENABEL

Verónica Trasancos Buitrago. Responsable du Programme AI-PASS

Ministère de la Santé

Lemrabort Ned Nowloud. Médecin Chef du district

3.2.3. Stratégie menée à terme pour conduire et mettre en œuvre la démarche évaluative

Le cahier des charges spécifie de façon générale la stratégie d'évaluation. A partir de la mission sur le terrain, l'expert évaluateur a rencontré l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention des différents contextes. Nous avons procédé à une évaluation au niveau des réalisations et des résultats atteints dans l'intervention, sur base des indicateurs, ainsi que à l'analyse de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; on a vérifié les produits et livrables atteints. L'efficacité et l'efficience des activités, la mise en place de mesures garantissant la viabilité de l'intervention ont été également prises en considération.

Comme il s'agit de l'évaluation finale, la méthodologie du travail a évalué les résultats obtenus depuis l'évaluation intermédiaire jusqu'au présent, mais aussi l'entièreté du Programme depuis son début.

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

Dans cet objectif on a réalisé des entretiens en profondeur avec des " informateurs clés" et nous avons aussi organisé deux focus group pour obtenir des informations représentatives des différents acteurs, sans oublier les spécificités socioculturelles des groupes clé du projet. Il faut signaler que l'organisation des focus group avait pour objet le recueil d'information permettant l'élaboration de l'étude SROI (retour des investissements) et la mise en évidence de la perception directe de la population et des professionnels comme une partie essentielle de l'évaluation.

Le premier group été intégré par des professionnelles du centre et le deuxième par des représentants de la population.

Les étapes de l'évaluation ont été :

a) Réunion de cadrage par voie télématique 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 souhaitent 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 Mauritanie mars 2017
- Convention Memisa-CM- APSDN
- Rapport évaluation externe à mi-parcours du Programme DGD-Memisa Mauritanie
- Programme triennal Memisa-MSV-DGD 2014-2016
- Tableaux de bord 2018/2019 Mutuelles
- Statistique activité 2017, 2018, 2019,2020

c) Réalisation de l'évaluation sur site

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

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

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.

4. Analyse des composantes du Programme

4.1. 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 professionnels sont organisés.

Tous les mercredis, l'APSDN organise une séance de formation théorique pour le personnel des centres/postes de santé. Cette habitude continue depuis longtemps. 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 professionnels de santé, même si certains d'entre eux ont changé de poste pour améliorer leur salaire. Une possibilité de renforcement serait de demander aux RH sur lesquelles on a investi de s'engager à rester au sein de l'APSDN. Il faut aussi améliorer certaines conditions en termes de diplômes d'une partie du personnel. En effet, il y a un problème à niveau de la validité des diplômes. Le Ministère ne reconnaît pas le diplôme d'infirmière auxiliaire et ce groupe de professionnels n'a pas l'accès aux bénéfices des infirmières formées à l'école officielle.

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

Il existe un référentiel pour chaque module de compétence.

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 par la formation continue et l'attribution de primes pour la performance au travail).

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.

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 (sauf un poste de santé) et la qualité des soins est améliorée surtout dans le centre de santé Tab Salam Diam de Dar Naïm.

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 étaient malheureusement peu fréquentés comme le poste de santé Tab Teissir. Le poste de Tab el Kheir attendait la reconstruction de l'infrastructure et l'installation d'une sage-femme pour reprendre les accouchements, mais maintenant il est fermé par manque de personnel.

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.

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.*

Comme complément des hypothèses déjà décrites et analysées dans l'évaluation intermédiaire, nous avons ajouté les hypothèses formulées par l'APSDN pour le nouveau Programme de 2022 :

« L'expertise de l'APSDN en formation et en renforcement de capacités sera déployée pour assurer la formation continue des prestataires de soins et des équipes-cadres, mais également pour l'organisation du centre de santé urbain, sur base du modèle développé (circuit du patient, organisation des services, gestion du CS).

H1. *Si les infrastructures et services de santé répondent aux normes, le personnel de santé qualifié est présent et les médicaments sont disponibles, les FOSA seront mieux utilisées par la population.*

H2 : *Si le personnel de santé peut bénéficier de formation continue et si les échanges entre professionnels et le coaching post-formation sont organisés, alors la qualité des soins sera améliorée.*

H3. *Si l'état contractualise avec le privé non lucratif pour fournir l'offre de soins, la couverture sanitaire en milieu urbain sera améliorée*

H4. *Si le centre de santé urbain offre un paquet de SSP multidisciplinaires, la disponibilité des services et la qualité de la prise en charge des patients sera amélioré*

H5. *Si l'APSDN développe davantage ses compétences et expertises en formations pratiques et théoriques pour le personnel de santé (prestataires et équipes cadres), ils peuvent jouer un rôle dans le renforcement des capacités du personnel des 5 Moughataas ciblés. »*

4.2. 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 au début 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.

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).

L'APSDN effectue 54% 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 avec un approche communautaire et avec une bonne qualité de soins. L'APSDN est une organisation très efficace. S'ils fermaient leurs centres, les Moughataa seraient privés de tous services. L'APSDN propose aux patients un parcours que le ministère veut imiter. « Les soins proposés sont des soins complets sauf les soins dentaires, l'ophtalmologie et d'autres spécialités de base. 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 appuyé par la politique nationale de santé. Le Ministère a mis à la disposition de l'APSDN le personnel suivant : 2 Sf et 4 infirmiers, 1 inspectrice de l'enseignement (gestion du FE)

Le Ministère contribue aussi par la supervision, les coûts des consommations en eau et électricité, les intrants en PF, Vaccination, lutte contre la tuberculose, le VIH 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) est reconnue 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

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

4.2.1.1. 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 12 personnes :

- 2 sages-femmes
- 4 infirmières
- 3 infirmières auxiliaires
- 2 auxiliaires accoucheuses
- 1 médecin

La disponibilité de personnel s'est réduite depuis l'évaluation intermédiaire, à conséquence de la difficulté existante pour embaucher du nouveau personnel.

L'offre de services est la suivante :

- Consultations générales
- Consultation prénatale et postnatale
- Accouchement

¹ Programme commun DGD 2017-2021

- Suivi des patients
- Examens de laboratoire
- Pharmacie
- Soins aux malades chroniques.
- Planification Familiale
- Vaccination
- Gynéco
- Suivi nutritionnel
- Échographie

Fonctionnement

Les consultations sont réalisées par les infirmiers et les sages-femmes. Lorsque l'intervention d'un médecin est demandée, l'infirmier transfère la responsabilité des soins au seul médecin du centre, qui joue le rôle de référent pour tous les infirmiers à l'exception de la demande en gynéco-obstétrique, qui est dirigée directement vers la sage-femme. 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'accès aux installations, en augmentant les espaces d'attente et de soins. Comme nouvelle action, il a été construit un hangar qui protège de la chaleur directe du soleil les personnes qui attendent.

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. Ces derniers temps, les génériques n'ont cessé d'augmenter de 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. Ce problème n'a fait qu'empirer parce que l'accessibilité à certains médicaments a diminué considérablement et pour la prescription d'une partie importante des molécules, on exige l'autorisation du Ministère. Comme exemple, même pour les médicaments de prescription commun les hypotenseurs, il est seulement possible la prescription de la metil-dopa. Pour le reste, on exige autorisation.
- 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. Les infirmières auxiliaires ont été exclues de la formation par le Ministère. Seulement, elles/ils ont accès à la formation interne du programme de l'APSDN. Cette formation compense, d'une certaine manière, le manque d'accès à la formation du Ministère.
- L'état de l'infrastructure.

Prix des soins

Les prix des soins n'ont pas évolués depuis l'évaluation intermédiaire :

- 20 ouguiyas de ticket modérateur pour toutes les consultations hors celles qui sont gratuites (suivi nutritionnel, PF, vaccination, planification familiale etc.)
- 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)

4.2.1.2. Poste de Santé "TAB EL AVIA "

Ce poste de santé a un bâtiment avec une infrastructure acceptable en général mais assez détérioré. Néanmoins, on a amélioré le carrelage du sol et la disponibilité d'espaces à augmenter légèrement à cause de l'intégration d'un local qui est utilisé pour un infirmier. On a construit aussi un hangar pour améliorer le confort des usagers en attente.

Offre de services

Le poste de santé a une action polyvalente :

- Consultations curatives
- Consultations prénatales et postnatales.
- Accouchements
- Planification Familiale
- Vaccination
- Suivi nutritionnel

Dans ce poste de santé, environ 30-40 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, pour ceux qui viennent au poste de santé. Avant l'épidémie COVID, on faisait des visites à domicile, très utiles pour encourager l'acquisition de modes de vie sains, pour utiliser les services du poste de santé et pour donner des conseils généraux aux malades chroniques. Depuis 2020, ces visites ont été suspendues.

Le poste de santé emploie :

- 2 infirmières
- 2 infirmières auxiliaires
- 1 fille de salle

Les problèmes rencontrés par la population sont les mêmes que mentionnés pour le centre TSD:

1. Le prix des médicaments, très élevé par rapport à 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. Chaque personne qui adhère, verse à la mutuelle une prime annuelle de 400 Ouguiyas ce qui est une somme extrêmement élevée. Dans ces cas, ils ont recours au fond d'équité.
Concernant le possible problème de qualité, il manque encore du temps pour évaluer les effets de la formation sur la qualité des soins.

4.2.1.3. Poste de santé El Khaïr

Le poste de santé El Khaïr est fermé actuellement par manque de personnel.

4.2.1.4. Tab Taïssir

Il s'agit d'un petit poste de santé avec une faible fréquentation. Il présente un état de conservation médiocre. Le fait d'être proche du Centre de santé a une influence directe sur sa basse fréquentation.

Les problèmes rencontrés par la population sont:

- Manque d'accessibilité aux médicaments
- Avant il y avait un gros problème avec le maintien de la chaîne du froid et les conséquences sur les vaccins. Maintenant, les vaccins sont stockés dans les installations du centre TSD et expédiés en cas de besoin.
- Il y a une demande importante de la population pour que la maternité soit ré-ouverte. Elle est fermée depuis fin 2017 sur obligation des autorités sanitaires. Pour ce faire, il était nécessaire d'embaucher une sage-femme.

Activité des structures des soins de l'APSDN pour la période 2017-2020 (centre et postes de santé, tous confondus)

ANNÉE	Consultations	Suivi Grossesse	Accouch	Accouch Assistés	Vaccins	PF	Laborat	Preve	TOTAL
2017	45601	11283	2469	1677	2804	12087	12885	14375	
2018	34700	9097	1908	1905	3856	11569	2584	15902	
2019	39564	9507	1986	1955	4131	12690	14500	17692	
2020	36974	8298	1758	1668	3129	10331	14225	16326	
2021									
Total	156839	38185	8121	7205	13920	46677	44194	64295	379436

Les structures de l'APSDN ont réalisé de nombreuses activités tout au long du programme. Les centres APSDN ont réalisé une moyenne annuelle de 39.209 consultations, 2.030 accouchements, 8.546 suivis de la grossesse, 3.480 vaccinations, 11.669 actions de planification familiale et plus de 16.000 actions de prévention, dont la plupart correspond au Centre de santé TSD. Le travail mené par les structures de l'APSDN ne pourrait être réalisé si cette organisation n'existait pas. Les autres structures publiques ou privées présentes dans la région ne seraient pas en mesure d'absorber cette demande.

4.2.2. Conclusions sur les structures de soins de santé primaires

4.2.2.1. 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'Etat et fonctionnent avec les mêmes responsabilités. Ils se voient attribuer une population précise. Comme on peut le constater, ils développent une activité très importante.

L'équipe technique qui coordonne et gère le centre de santé est une équipe forte et multidisciplinaire, très engagée et avec un bon niveau de qualifications professionnelles.

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. Ce diagnostic ratifie celui que l'évaluateur avait déjà fait lors de l'évaluation intermédiaire.

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 dans d'autres centres publics ou privés. Cette affirmation exprime l'opinion manifestée par certains représentants de la population dans la réunion (focus group) réalisée lors du processus évaluatif. « La qualité des soins du centre de santé TSD est beaucoup plus élevée, parce qu'elle a des RH plus qualifiées, 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. Certaines infrastructures sont en mauvais état. Les conditions pour l'accueil et la prise en charge de la population ne sont pas toujours bonnes. Malgré certains travaux réalisés, comme la construction de deux hangars à TSD et El AVIA, la plupart des espaces pour l'attente devraient être améliorés.

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 agrandissement de l'espace.

D'autre part, la population demande la prise de mesures urgentes pour ouvrir la maternité, disposer d'une consultation de soins dentaires, d'une consultation de santé mentale et d'une consultation d'ophtalmologie, ainsi que -le plus important- l'amélioration de l'accès financier aux médicaments. 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.

4.2.2.2. Structures de soins de Bababé

L'APSDN n'intervient que dans la supervision des activités et dans la formation continue, puisque les centres de Bababé 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. L'AI PASS a confié à l'APSDN le mentorat de Bababé. La méthodologie de supervision a consisté en la réalisation

des visites de minimum 1 semaine sur le terrain de Bababé, avec une fréquence d'une visite par mois, durant une période de minimum 5 mois. Après cette période, la fréquence était chaque 2 mois, selon les avancements.

4.2.3. Composante 2. La Mutuelle de Santé de Dar Naïm

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.

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 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

Mutuelle de DAR NAÏM

L'objectif de la mutuelle est d'aider les familles qui 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.

Tarifs pour les mutualistes

Pour adhérer : 30 ouguiyas par famille

Cotisation annuelle : 400 Ouguiyas par personne (Consultation + médicaments)

Forfaits :

Hospitalisation : 3000 ouguiyas. A partir de cette quantité, le mutualiste paie le reste de la facture.

Accouchement : 4500 Ouguiyas.

Césarienne : 3000 Ouguiyas

Soins dentaires : 50%.

Factures supérieures à 1.500 Ouguiyas : A partir de cette quantité, le mutualiste paie le reste de la facture.

Il y a une convention avec l'Hôpital Cheick Zayed avec un forfait de 500 ouguiyas 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.

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.

Facteurs déterminants de la situation financière

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

- Le prix élevé des médicaments génériques qui n'a cessé d'augmenter.
- 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 et pour une grande partie de la population.
- 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 400 ouguiyas par personne chaque année et le nombre de familles qui adhère 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 ses 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 lié à ce problème. Nous avons pu constater l'effet pernicieux que 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.

Pour lutter contre le manque de culture de prévision des risques de la maladie, des campagnes de sensibilisation à domicile et en groupe ont été menées pour le recrutement des nouveaux membres, jusqu'à l'arrivée de l'épidémie du COVID 19.

Nous présentons dans le tableau suivant les cotisations et le nombre de bénéficiaires de cette mutuelle, qui ont été à jour dans le paiement de leurs cotisations chaque année au cours des 5 ans du Programme. Comme on peut le constater, les cotisations ne font que diminuer chaque année, ce qui remet en cause la viabilité de la mutuelle. Le nombre d'adhérents et de bénéficiaires a connu une légère baisse ces dernières années.

Il y a des personnes et des familles qui perdent le droit aux soins de santé parce qu'elles n'ont pas été en mesure de payer les frais, ce qui entraîne des situations dramatiques que nous pouvons imaginer.

SUIVI DE LA MUTUELLE					
	2017	2018	2019	2020	2021
Cotisations	3.210.200	263.700	286.000	119.160	58.400
Adhésion (ménages)	779	1.189	719	1.170	1.320
Bénéficiaires	11.624	12.035	3.679	14.145	13.112
Moyenne bénéf à jour /mois	969	1.138	1.168	1.179	1.093

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.

	Argent dépensé par la mutuelle (Ouguiyas)				
	2017	2018	2019	2020	2021
TSD	247229,4	751233,3	454024,06	503859,21	149039,5
TEA	25873,5	42175,7	16111,5	11051	1983,5
TEK	13017,5	22659	18860	3828,5	0
TT	14964,1	26335	27857	18825,5	7955,5
CS TEYARET	17370	21564	8721	0	0
CS TENSOUELIM	33723,5	24632	18210	10445	1660
PS RAVA	5561	4722	4328	9995	1600
HÔPITAL ZAYED	7940	15405	9700	2660	0
PHARM PRIVÉ	44850	39733	25667	12612	14217
TOTAL	410.529	948.459	583.478,56	573.276,21	176.455,5

	Suivi des prestations (ouguiyas)				
	2017	2018	2019	2020	2021
Accouchements	21000	35659	19900	5950	2750
Consult+médicaments	281277	785847,5	475492,56	510264,21	145028,5
Analyses	50890	75125	55160	42790	14960
Pharmacie privée	44850	39733	25667	12612	14217
Soins dentaires	1906	1140	350	0	0
Soins ambulatoires	7940	15405	9700	2660	0
Hospitalisation	51000	93000	54000	15000	9000
TOTAL	458863	1045909,5	640269,56	589276,21	185955,5

Mutuelle de Bababé³

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 que 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
- des délégués qui composent l'AG (1 délégué pour 10 adhérents).

³ Données de 2019

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 prénatals, postnatals 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 mensuelle : 16 Ouguiyas/mois par personne

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

Les problèmes des mutuelles

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. Lors de l'évaluation intermédiaire, la plupart des postes de santé de Bababé étaient dotés d'une auxiliaire d'infirmière, avec une basse qualification. Maintenant, la plupart des postes sont dotés d'une infirmière professionnelle.

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.

Selon les membres du focus group avec des représentants de la population, l'adhésion à la mutuelle ne compense pas, à cause du mauvais rapport du prix d'adhésion et les bénéfices obtenus lorsqu'on est dans un bon état général de santé. Néanmoins, dans le cas des malades chroniques, le paiement de la cotisation est justifié dû à ce que la mutuelle prend en charge les médicaments.

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

L'objectif du fonds 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 fonds 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 fonds 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 fonds 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.

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.

4.2.4.1. Les 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 :

- Malades mentaux errants
- Personnes du troisième âge démunis sans famille, ne pouvant pas accéder à l'alimentation quotidienne
- Orphelins ou enfants abandonnés
- Handicapés sans ressources
- Ménages sans ressources et sans appui
- Enfants en rupture avec la famille.

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 des 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 (Comité de validation) dans laquelle sont représentés 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.

L'identification des indigents est faite à travers des visites domiciliaires de la personne de l'APSDN chargée du fonds d'équité. Si la personne ou famille est concernée par les critères énoncés, le cas est soumis à la validation d'un comité qui devra se prononcer favorablement. Si la validation est positive, l'APSDN va prendre en charge les coûts d'adhésion à la mutuelle de la personne ou famille.

Personnes prises en charge par le Fonds d'équité financé par l'APSDN en Dar Naïm				TOTAL
2017	2018	2019	2020	
753	869	902	953	3.477

4.2.4.2. *Évolution de 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 le troisième est 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 considérable⁴.

Le futur immédiat : L'intégration des mutuelles dans la CNAS

Selon la responsable du projet AI-PASS, à partir du prochain 2023 il existe une vraie possibilité que l'assurance volontaire pour le secteur informel puisse démarrer. Les personnes adhérentes à la mutuelle pourraient être absorbées par la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS). Cette nouvelle situation serait très avantageuse pour les mutualistes, parce que la CNAS, avec le support de l'État, n'est pas soumise aux mêmes risques financiers que les mutuelles. D'autre part, les coûts d'adhésion seront beaucoup plus bas. Les indigents identifiés seront aussi pris en charge par la CNAS.

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.

Pendant cette période d'attente, il faudra encourager les actions de sensibilisation de la part de la mutuelle et de l'APSDN et en même temps maintenir et développer une offre de qualité dans les centres et postes de santé.

Le projet AI-PASS, financé par l'UE, ambitionne d'expérimenter dans trois wilayas de la Mauritanie (Nouakchott Nord, Nouakchott Ouest et Brakhna), le système d'assurance maladie à grande échelle professionnalisé, **agrégé 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.

⁴ 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

Un avenir désirable : avancer vers un système de Sécurité Sociale

A partir d'une initiative réussie à niveau local et d'un système d'assurance maladie comme une solution intermédiaire, il s'agit de mettre en place un projet de transformation, c'est-à-dire développer un vrai système de sécurité sociale 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 subir 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 (OMD), 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.

5. Évaluation du Programme

5.1. Suivi des recommandations réalisées lors de l'évaluation intermédiaire

Sur l'état de la situation des infrastructures et des équipements

La situation des infrastructures et des équipements reste la même qu'en 2019 lors de l'évaluation à mi-parcours. Seule l'aire d'attente a été améliorée dans certaines zones du centre, évitant l'exposition directe au soleil grâce à l'installation d'un toit en fibrociment. Cela a été fait dans TSD et Tab el Avia.

En dehors de cela, l'état général des infrastructures est déficient et c'est contraire à l'image qu'un centre de santé doit présenter. Il est nécessaire et urgent de mettre en œuvre un plan de réhabilitation du CS TSD.

Par rapport à la formation du personnel de santé

L'APSDN a développé un programme de formation continue pour le personnel de 3 districts sanitaires : Dar Naïm, Bogué et Bababé, avec deux types de formation :

Formation pour les prestataires de soins

Il a été réalisé 4 sessions de formation avec une moyenne de 15 participants par cours (total 52). Les participants étaient infirmières, sages-femmes et médecins. Chaque session avait une durée de 10 jours (5 pour la théorie et simulation et 5 pour la pratique).

L'objet de la formation était :

- Soins obstétricaux et néonataux
- Consultation prénatale
- Accouchement
- Soins du nouveau-né

Formation pour les équipes cadres

Il a été réalisé 2 sessions de formation avec une moyenne de 27 participants par cours à Dar Naïm, Bogué et Bababé.

Les participants étaient infirmières, sages-femmes, techniciens de santé et médecins. Les professeurs étaient le personnel de l'APSDN, de l'AIPASS et certaines directions centrales du Ministère de la santé.

Les thèmes de formation étaient les suivants :

- Gestion des médicaments
- Management de la qualité
- Soins centrés sur le patient
- Gestion de ressources humaines, matériels et financiers

L'évaluation apprécie un début de changement et une amélioration de l'attitude et du comportement des professionnels. L'approche de formation par compétences améliore les capacités techniques et a un impact sur la qualité des soins et sur les résultats en santé.

Selon les professionnels consultés, l'APSDN est leader en formation pour son personnel, avec un effet considérable sur la prise en charge des clients, même si certains obstacles déjà identifiés persistent, comme le problème du turn-over d'une partie du personnel.

Un nouvel élément vient en appui des capacités techniques de formation de l'APSDN : le partenariat avec le Programme AI-PASS pour assumer la responsabilité d'un module de formation dans le prochain programme.

L'appui à la mutuelle de Bababé

L'APSDN accompagne la mutuelle de Bababé avec le paiement de l'appui administratif. Ils font l'encadrement et la formation. Par rapport aux structures de santé de Bababé, l'APSDN paie les actions de supervision et dispense la formation.

Le manque des médicaments à des prix abordables

Il n'y a rien que l'APSDN puisse faire en relation avec les médicaments. Les décisions à ce niveau-là correspondent au Ministère de la Santé ou à un autre niveau de l'administration de l'État. Depuis des années, la situation des prix n'a fait qu'empirer, en diminuant l'accessibilité de la population aux médicaments.

Le mécanisme de financement de l'adhésion aux mutuelles

Tel qu'on a déjà décrit, le problème est en voie de solution avec la proche intégration des mutualistes à la CNAS.

Opportunités de complémentarité et synergies avec d'autres organisations

D'après l'évaluateur, la recherche de nouveaux partenaires est un élément indispensable pour assurer la viabilité future de l'APSDN. Les recettes propres de l'APSDN (le financement communautaire) ne supposent qu'une faible partie du budget de fonctionnement des structures de l'APSDN, qui sont financées dans un haut pourcentage par Memisa-Belgique.

Étant donné la mission et le parcours de l'APSDN, les partenaires qui pourraient obtenir un bénéfice bidirectionnel avec l'APSDN seraient le Ministère de la Santé et la Caisse d'Assurance Maladie.

Thèmes transversaux de genre

Dans la société mauritanienne, ce sont les femmes qui se chargent de la santé de la famille en règle générale. L'objectif de l'APSDN a été de renforcer la place des femmes dans les organisations de la société civile. Les activités prévues dans ce cadre ont été focalisées sur le renforcement des capacités des femmes (la majorité des employées de l'APSDN sont des femmes). Le programme était destiné à la création de l'école des maris pour renforcer la coresponsabilité hommes-femmes en santé de la reproduction. Malheureusement, cette activité n'a pas eu le succès escompté en raison du manque d'implication des hommes dans la continuité de cette activité. Les professionnelles qui ont participé au groupe de discussion réalisé lors de l'évaluation finale ont insisté sur la nécessité de relancer cette activité en raison des avantages qu'elle peut apporter à la lutte pour l'égalité des hommes et des femmes.

5.2. Évaluation par les résultats du cadre logique

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 Naim 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																				
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'APSND impliqué dans des initiatives de l'état (formations, affectations, stages, supervisions) – <i>indicateur composé</i>	100%	76%	30%	33%	Rapports des formations/stages/supervisions ; liste du personnel ;																				
					<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>initiative</th> <th>cible</th> <th>réalisé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Formations</td> <td></td> <td>25 pers</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>affectations</td> <td></td> <td>1/3</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>stages</td> <td></td> <td>5/an</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>supervisions</td> <td></td> <td>2/an</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		initiative	cible	réalisé	Formations		25 pers	11	affectations		1/3	31%	stages		5/an	12	supervisions		2/an	3
	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	?	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 Naim 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,																								
Ind 6 : Proportion d'Accouchements Professionnellement Assistés avec 4 CPN (continuité)	64%	51%		27%	Rapports mensuels. Registres de consultation. 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 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	FE géré par une salariée de l'Etat	Financement à rechercher	Le CPS est mis en place	Le CPS non est opérationnel	Rapports mensuels																				
Ind 9 : Proportion de ménages ayant connu des dépenses catastrophiques liées à un accouchement (genre spécifique)	Inconnu		-50%	Inconnu	Enquêtes communautaires sur un échantillon dans les aires de santé de l'APSND																				

5.2.1. Résultats année 5

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 2020 : 1. **Résultat atteint**

Ce résultat est cohérent avec les résultats prévus.

Indicateur 2. Taux d'accouchements professionnellement assistés. Prévu pour 2021 : 92%. Résultat 2018 : 86%. **Résultat 2020 : 95%**

Le chiffre de 95% est un très 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 charge⁵.

Indicateur 3 : Taux de satisfaction des utilisateurs : **80%. Résultat atteint**. Les enquêtes sont apparemment le moyen de mesurer la satisfaction des bénéficiaires. Les bénéficiaires étant dans une situation de grande faiblesse, ils sont davantage 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 2020 :33%**

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 inconnu, 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, comme par exemple l'élaboration de protocoles cliniques sur les maladies les plus fréquents en consensus avec le Ministère de la Santé et /ou les hôpitaux de référence.

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 Consultations prénatales. Objectif 2019 : 70%. Résultat 2018 : 51%. **Résultat 2020 : 27%**

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

⁵ Selon déclaration de l'infirmier responsable du poste

Indicateur 7. Proportion des médicaments traceurs en rupture à la fin du mois dans l'ensemble des structures. Objectif : 15%. Résultat : Inconnu
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. D'autre part la mise en œuvre d'un centre de protection sociale est le résultat d'un long processus qui vient de commencer avec l'hypothèse d'absorption des mutuelles et du fonds d'équité par la CNAS.

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 contrôle 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 de 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. Néanmoins Memisa avait prévu de faire une enquête communautaire en 2019 et en 2021 pour mesurer cet indicateur. Les résultats de l'enquête 2019 sont disponibles, par contre l'enquête 2021 n'a pas encore été réalisée par l'APSDN par faute de temps.

5.2.2. Analyse

Les objectifs du cadre logique ont été partiellement atteints. L'évaluateur considère que plusieurs des objectifs proposés ont été atteints, principalement grâce à la stratégie choisie d'offrir des soins de santé d'une certaine qualité et en même temps d'appuyer l'accessibilité financière 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, qui ne représentent qu'une vision très incomplète et partielle du travail réalisé. Sur les 9 indicateurs du cadre logique, 3 ne dépendent pas de la qualité du management qui est effectué (médicaments traceurs, système de protection sociale, dépenses catastrophiques) et quelques autres ont un intérêt assez limité pour évaluer les résultats (expériences documentées, partenariats...).

Il faut manifester qu'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.) sont menées 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.

Concernant l'efficacité du système de soins à Bababé, l'évaluateur n'a pas eu suffisamment d'éléments 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 de 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 en termes d'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 d'assurance maladie.

En outre, il existe un problème généralisé de manque de formation professionnelle pour assurer les soins de santé de base. La plupart des professionnels exerce des fonctions sans de formation adéquate, même si celle-ci s'est améliorée au cours des deux dernières années.

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.

Pour améliorer la pertinence des indicateurs du cadre logique nous proposons les suivants :

Pour mesurer l'amélioration de l'accès aux soins de santé

Nombre de nouveaux ménages adhérents à la mutuelle financés par le fonds d'équité.

Nombre d'heures de consultation de médecin/infirmier par semaine

Pour mesurer partenariats effectifs

Nombre de nouveaux protocoles cliniques actifs élaborés en partenariat avec les institutions académiques (ou autres).

Nombre d'objectifs de coordination convenus avec les postes de santé et l'hôpital

Pour mesurer une offre de soins de santé primaire de qualité

Pourcentage de patients du centre de santé avec un dossier médical (ou fiche) actualisé.

5.3. Évaluation par critères

Les cinq critères d'évaluation sont utilisés pour mesurer la valeur de l'exécution d'un projet de manière globale. L'évaluateur examine les effets du programme ainsi que la pertinence des ressources nécessaires à la production de ces effets (c'est-à-dire son efficacité). La valeur de la mise en œuvre d'un projet peut diminuer si son coût est trop important, malgré des effets considérables ou si ses effets sont limités malgré l'ampleur des intrants utilisés. Par ailleurs, afin de juger de la validité d'une action d'aide, la *pertinence* des stratégies est étudiée ainsi que la *viabilité* des effets après l'arrêt de l'aide. Ainsi, l'évaluation d'un projet à l'aide de ces cinq critères permet de connaître la valeur d'un projet sur plusieurs plans, mais également d'identifier les différents facteurs pouvant favoriser la réussite ou l'échec du projet.

5.3.1. Pertinence

Elle est jugée très bonne (A).

Critère permettant de vérifier la validité et la nécessité d'un projet, c'est-à-dire si les effets escomptés du projet (ou le but du projet et sa finalité globale) répondent aux besoins des bénéficiaires cibles, si le projet est une solution appropriée aux problèmes concernés, si le contenu du projet est cohérent avec les politiques existantes, si les stratégies et les approches du projet sont pertinentes et si le financement de la mise en œuvre du projet est justifié.

Priorités de la Politique de Santé à l'horizon 2030 :

A l'horizon 2030, l'action de santé sera axée sur les quatre domaines prioritaires suivants :

- Le renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire par une gestion efficace et efficiente des ressources, effectivement axé sur les résultats à tous les niveaux, et par le renforcement du financement et de la participation des acteurs du système de santé, en particulier les communautés et le secteur privé.
- L'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune à travers des composantes dédiées au couple mère et enfant, à l'immunisation, à la nutrition, à la santé reproductive des jeunes et des adolescents, et à travers des composantes transversales de communication pour le développement, d'intégration et de décentralisation des services, d'équité en mettant l'accent sur les couches sociales et les zones géographiques les plus vulnérables, avec la pleine participation des communautés;
- Le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles par la prévention et la prise en charge des cas et par une prévention et une gestion efficace des épidémies et catastrophes ;
- Le renforcement du système de santé à travers ses piliers traditionnels en dehors de la gouvernance, en particulier le financement de la demande 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 de la Politique de Santé vers l'horizon 2030.

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 Naïm. 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, il s'adapte totalement aux grandes orientations stratégiques du PNDS actuel 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 le fait de ne pas limiter l'intervention de l'APSDN à la formation et la supervision à Bababé, même si ces structures sont étatiques. Le prochain 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.

5.3.2. Efficacité

Critère permettant de vérifier si la mise en œuvre du projet a profité (ou profitera) aux bénéficiaires prévus ou à la population cible.

Elle est jugée très bonne (A).

Au cours des 4 premières années du Programme, l'APSDN a effectué 156 839 consultations, 38.185 suivis de grossesse, 7.205 accouchements assistés par du personnel compétent, a donné 13.920 vaccins, a réalisé 46.677 actions de planification familiale, 44.194 tests de laboratoire et plus de 64.295 actions de prévention.

Si les structures de l'APSDN n'avaient pas existé, le Centre de santé de l'État de Dar Naïm et d'autres structures existantes gérées par des ONG n'auraient pas été en mesure d'absorber même un cinquième de cette demande.

Par ailleurs, 3.477 personnes qui n'ont pas les moyens d'accéder aux soins primaires et aux médicaments ont bénéficié du Fonds d'équité financé par le Programme et ont pu bénéficier de l'accès aux soins de santé.

L'efficacité du Programme est incontestable car il a rendu les soins de santé accessibles à 54% de la population de Dar Naïm, évitant le déplacement de beaucoup d'entre eux et créant un climat de confiance dans les services de santé parmi la population bénéficiaire.

5.3.3. 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). Critère permettant d'examiner comment les ressources (ou intrants) sont converties en résultats. L'accent est mis sur la relation entre coût et effets du projet.

Elle est jugée très bonne (A).

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 Echographe	-	-	€ 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

L'analyse de la structure du budget permet de constater le faible effort financier consacré aux infrastructures. Tel qu'on avait déjà constaté lors de l'évaluation intermédiaire, il est évident pour l'évaluateur qu'il y a une insuffisance des investissements dans la réhabilitation des bâtiments. Étant donné le mauvais état des bâtiments, un budget pour le coût des locaux de 61.760 Euros sur 5 années est clairement insuffisant.

En effet, il faut tenir compte que l'état des infrastructures exerce une influence sur la prise en charge des usagers et par conséquent, sur la qualité des soins. Il est évident que Memisa ne peut pas faire face seulement par elle-même aux investissements nécessaires pour la mise à niveau des infrastructures de Dar Naïm, mais peut-être qu'il serait nécessaire de réviser certaines clauses du partenariat avec le Ministère de la Santé.

Lors de l'entretien avec le Médecin Chef, nous avons été informés que le Ministère de la Santé n'a pas accepté d'inclure les structures de l'APSDN dans le plan de réhabilitation des structures, et seulement a collaboré avec une petite quantité pour des équipements (l'évaluateur n'a pas vu ces équipements).

C'est à dire, l'APSDN est considérée comme une structure qui remplace le rôle de l'Etat pour l'offre des soins de santé du 54% de la population de Dar Naïm, mais pas pour l'aider avec tous les moyens nécessaires pour accomplir la mission. Il ne faut pas oublier que l'impact des hypothétiques investissements qui puissent se faire sur ces structures, ont comme principal bénéficiaire les usagers du système de santé.

Il est vrai, aussi, que le Ministère participe dans la prise en charge de quelques postes de personnel pour réduire les charges de fonctionnement de l'APSDN.

Concernant l'efficacité des actions d'appui aux soins primaires de Bababé, elle 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 (ce qui ne paraît pas possible).

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.

5.3.4 Durabilité et Viabilité

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 au terme des financements externes.

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 conduction des mutuelles et l'appui au fonctionnement du fonds d'équité.

Par rapport aux moyens mis en œuvre pour assurer la durabilité des effets du programme, jusqu'à ce jour, la gestion est responsabilité d'une équipe de l'APSDN constituée de 5 personnes clés qui sont à la base de la création de l'intervention. Ils profitent de façon continue d'un accompagnement technique et financier de Memisa, Caritas Mauritanie, et de l'IMT Anvers, d'échanges à l'extérieur du pays et des formations. Cette situation n'a pas changé depuis le début du Programme et en principe peut être suffisante pour le bon fonctionnement des structures.

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, à condition de résoudre le problème de financement.

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.

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 pour une petite partie de la population.

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.

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.

5.3.4.1. Viabilité financière

	Recettes des structures de santé, année 2020					Total
	TTS	ITEA	TEK	MATER	TSD	
Médicaments	150.893,00	449.746,00	186.226,00	81.287,00	1 270 343,00	2 .138.495,00
Consultations	64 348,00	150 072,00	54 703,00	46 294,00	809 387,00	1 .124.804,00
Carnets	4 862,00	11 928,00	6 276,00	2 400,00	77 084,00	102.550,00
Soins	5 656,00	4 732,00	3 560,00	1 342,00	19 220,00	4.732,00
Autres	-	6 864,00	-	14,00	325,00	6.864,00
acchts	-	146 700,00	32 400,00	596 700,00	-	775 800,00
Referés	-	15 700,00	1 600,00	46 880,00	-	64.180,00
Avortements	-	900,00	900,00	18 000,00	-	19.800,00
Pose implant	-	8 700,00	-	-	14 800,00	23.500,00
Retrait implant	-	1 500,00	-	900,00	8 100,00	10.500,00
Labo	36 040,00	128 620,00	41 870,00	-	521 156,00	727.686,00
Echos	-	-	-	-	230 000,00	230.000,00
Maladie chro	-	-	-	-	68 900,00	68.900,00
Versements	261.799,00	925.462,00	327.535,00	793.817,00	3.019.315,00	5.297.811,00

Pour illustrer le problème de la situation financière de l'APSDN, nous présentons un tableau avec les recettes locales de l'APSDN correspondantes au 2020 : 5.297.811,00 ouguiyas (127.560 €). Le centre de santé TSD collecte 57% du total.

Pour équilibrer les dépenses nécessaires pour mener à bien les activités du programme, Memisa apporte 200.000 € chaque année, un montant qui est presque le double des recettes locales de l'APSDN. Les contributions de Memisa sont absolument indispensables pour le fonctionnement du Programme.

Le gap entre les besoins de financement du Programme et les recettes locales est énorme. Pour le moment, il est très difficile d'imaginer un scénario d'autonomie financière de l'APSDN sans l'intervention d'une source de financement extérieure.

Le défi consiste à réduire ou éliminer la dépendance à des subventions extérieures et pour arriver à cela la seule voie possible est la mise en place d'un partenariat institutionnel puissant, avec une organisation comme la CNAS (Caisse Nationale d'Assurance Santé).

5.3.4.2. Durabilité sociale

Dans les pays en développement, les politiques de restructuration, comme de croissance, engendrent des conséquences sociales qui peuvent être graves, voire irréversibles.

Partout la vulnérabilité et l'inégalité s'accroissent. Le fait de prendre conscience de sa vulnérabilité accroît la sensation de pauvreté et d'exclusion. Les enquêtes qualitatives de Mauritanie montrent, par exemple, que les personnes en arrivent à se sentir plus pauvres en dépit de l'amélioration régulière, et mesurée objectivement, de leurs conditions de vie. En effet, les inégalités augmentant et la solidarité se réduisant, ils se voient plus pauvres qu'auparavant, d'autant qu'ils se comparent à ceux dont les capacités ne font que s'accroître.

Or, l'accroissement des inégalités, quelle qu'en soit l'origine - croissance économique, réduction ciblée de la pauvreté - engendre des tensions sociales, explique pour partie la montée de la violence, et peut engendrer de sérieux déséquilibres sociaux.

Face à de telles situations et aux risques qu'elles comportent, la société civile innove. Elle invente des solutions originales pour rendre la société plus solidaire : création d'associations de développement, participation communautaire, de réseaux de finances solidaires, de coopératives paysannes, de comités de quartiers, etc.. On remarque que tout compromis à finalité redistributive réduit le risque de conflits : promesse de partage, transferts de pouvoir entre opposants, accroissement des dépenses de santé et d'éducation, actions sociales ciblées, etc. Ces innovations sociales, qui ont un lien direct avec "l'empowerment" des personnes, visent à surmonter des situations de non-durabilité sociale.

(Jean-Luc Dubois et François-Régis Mahieu. Réduction de la pauvreté ou durabilité sociale. Doctrines, pratiques, évaluations, Editions IRD, Paris 2002).

Dans ce contexte, 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.

6. Vision des bénéficiaires sur les effets du Programme

Nous présentons ici la vision des acteurs du Programme, les professionnels, la population bénéficiaire, les autorités sanitaires et AI-PASS. Il s'agit d'une information qualitative, recueillie par le biais d'entretiens en profondeur et de focus groupes. Ces informations sont recueillies sur le terrain et traduisent le sentiment de ceux et celles qui jour après jour travaillent ou reçoivent les prestations du programme. Finalement, l'évaluateur fait part des forces, faiblesses,

opportunités et menaces qui caractérisent les appréciations de l'évaluation du Programme Memisa- Belgique.

Même s'il est impossible de mesurer les résultats de santé du Programme, l'évaluateur a eu l'occasion de recueillir l'opinion de certains représentants de la population et des professionnelles lors des deux séances de groupe de discussion tenues pendant le processus d'évaluation et de plusieurs entretiens individuels.

6.1. Vision de la Population

- Il y a une bonne qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades
- Pour eux, c'est le centre de santé des pauvres, mais c'est celui qui offre un service de meilleure qualité.
- Deux participantes ont dit qu'elles ne pourraient aller nulle part ailleurs qu'ici. Elles n'ont aucun moyen de se rendre dans un autre centre. Elles ne peuvent pas payer le transport.
- Ils affirment également qu'en dépit d'être pauvres, ils sont traités avec respect, bien accueillis.
- Parfois, ils obtiennent de l'aide pour se nourrir.
- Les médicaments ici ne sont pas chers mais quelques-uns sont difficiles à obtenir.
- Deux participantes ont dû abandonner la mutuelle parce qu'elle est très chère.
- En général, tout le monde montre sa gratitude pour l'aide qu'il reçoit.
- La plupart des participants considère qu'il faudrait élargir l'offre des services à des consultations d'ophtalmologie, des soins dentaires, consultations de santé mentale et doter la maternité d'un bloc opératoire.
- Ils/elles ont demandé aussi la diminution des attentes pour l'échographie et le dépistage précoce du cancer de sein, du HIV et de la tuberculose.
- Dans le CS TSD il devrait y avoir un médecin la nuit.

6.2. Vision des professionnels

- Pour la plupart des professionnels, le travail à l'APSDN permet un revenu qui assure la subsistance de la famille.
- Depuis leur incorporation à l'APSDN, elles ont acquis de l'expérience et une bonne formation.
- La mutuelle et le fonds d'équité ont permis de sauver un bon nombre de familles de la détresse puisqu'elles ne pouvaient sans cela, se permettre de payer les soins pour un certain nombre des membres de la famille.
- L'accueil est bon et la qualité des soins aussi. Nous en avons pour preuve le fait que beaucoup de patients qui ont été pris en charge, recommandent à leur tour le centre de santé et accompagnent d'autres usagers à l'APSDN.
- Les infirmières sont assez polyvalentes, mais il n'y a pas assez de personnel. Il faudrait le renforcer pour leur éviter la fatigue.

- Il faudrait reprendre les visites à domicile qui se faisaient par le passé avant la pandémie. C'est une manière très efficace d'identifier les besoins de santé des familles et de détecter d'éventuels patients qui nécessiteraient de soins de santé.
- Les postes de santé devraient être remplacés par des centres de santé. Les postes de santé augmentent l'accès aux structures de santé mais ils ont une faible capacité de résolution.
- La formation de l'APSDN est de très bonne qualité mais les infirmières auxiliaires n'ont pas l'accès aux programmes de formation de l'AI-PASS.
- Les infirmières ont besoin de formation en échographie.
- En général, les femmes ne sont pas bien traitées par les hommes. Le projet de l'école des maris a échoué mais elles considèrent indispensable la reprise des activités de cette école pour contribuer à changer les comportements masculins par rapport aux femmes.

6.3. Vision des responsables de l'APSDN

- Les structures de l'APSDN offrent des services de qualité. Cette caractéristique est reconnue par la population et par les autorités sanitaires (Préfet, Médecin Chef).
- La qualité des soins est mesurée par la fréquentation. Les usagers sont attirés vers le centre de santé pour la qualité. La supervision est aussi une activité pour assurer la qualité
- L'APSDN est leader en formation continue. Cette stratégie a un fort impact sur la qualité des soins. Cette qualification a été reconnue par le projet AI-PASS qui a confié à l'APSDN la responsabilité d'un module de formation continue (Supervision) dans le nouveau programme AI-PASS.
- Par rapport à la prise en charge des indigents, l'APSDN est la seule structure de santé qui travaille gratuitement. Ils accompagnent les indigents pour faciliter leur accès à l'hôpital ou pour la réalisation de démarches administratives ou autres.
- La tarification de l'APSDN est plus basse que les tarifs des structures publiques.
- Dans les structures de l'APSDN, on parle de clients.
- L'APSDN a besoin de personnel suffisant et stable. Dans les centres de l'APSDN on est plus exigeant vis-à-vis du personnel que dans le secteur public

6.4. Vision du Médecin Chef. Ministère de la Santé

- Les centres de l'APSDN jouent un rôle essentiel dans l'offre de services de santé de Dar Naïm. Ils sont bien organisés et offrent de la qualité dans la prise en charge d'une population avec un taux de croissance très élevé (actuellement 192.000 hab).
- Les infrastructures sont très dégradées mais le Ministère n'a pas accepté de les inclure dans le plan de réhabilitation de structures de santé.
- Le personnel est polyvalent, ce qui représente un avantage pour le maintien de l'offre de services.
- Bonne sensibilisation de la population.

- La mutuelle et le fonds d'équité ont un rôle social irremplaçable comme mécanisme d'accès à la santé pour les plus pauvres
- Il faut adapter les outils de gestion de l'APSDN et les harmoniser avec ceux du Ministère.
- Développer une politique de concentration de ressources
- La recherche de partenariats avec l'Assurance maladie et le Ministère de la Santé doit être une priorité.

6.5. Vision dès la perspective du Projet AI-PASS

- Dans les prochains mois va démarrer l'assurance volontaire pour le secteur informel. Les personnes adhérentes à la mutuelle seront absorbées par la CNAS.
- En attendant cette nouvelle situation, il faut maintenir une offre de services de qualité.
- L'APSDN devrait travailler dans la sensibilisation des mutualistes et de la population en général.
- Le projet AI-PASS reconnaît l'effort et la qualité du travail des structures de l'APSDN.
- Il faut améliorer la gestion des structures à niveau de la prise en charge des usagers et au niveau de la disponibilité des outils pour le management organisationnel.

6.6. Vision de l'évaluateur

6.2.1. Points forts du Programme

- Le Programme est Pertinent, Efficace et Efficient.
- 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'équipe APSDN a une bonne capacité de direction et de gestion du Programme.
- La qualité est la caractéristique essentielle de l'offre de soins.
- L'APSDN a avec la formation, son meilleur instrument pour assurer la qualité des soins.

6.2.2. Faiblesses

- Le mauvais état des infrastructures
- Le manque d'équipement
- Le manque de médicaments à des prix abordables pour la grande majorité de la population
- 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 mécanisme de financement de l'adhésion aux mutuelles qui pénalise les familles nombreuses sans ressources.
- 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.
- Faible capacité de gestion

6.2.3. Opportunités

- La mise en œuvre du Programme AI-PASS, qui prévoit la mise en place d'un modèle d'Assurance Maladie et a prévu l'absorption des mutuelles dans les mois prochains.
- La possibilité d'établir des partenariats avec la CNAS et le Ministère de Santé

6.2.4. Menaces

- Le manque d'implication de l'État 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 la plupart de la population, ce qui ne leur permet pas de payer les cotisations de la mutuelle.

7. Conclusions

7.1. Concernant la pertinence

Le programme commun DGD de Memisa est pertinent parce qu'il correspond aux orientations stratégiques de la Politique de Santé vers l'horizon 2030 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.

Il est tout à fait pertinent de poursuivre l'intervention dans un nouveau Programme en intégrant certains ajustements.

7.2. Sur l'efficacité

Au cours des 4 premières années du Programme, l'APSDN a effectué 156.839 consultations, 38.185 suivis de grossesse, 7.205 accouchements assistés par du personnel compétent, a donné 13.920 vaccins, a réalisé 46.677 actions de planification familiale, 44.194 tests de laboratoire et plus de 64.295 actions de prévention.

Si les structures de l'APSDN n'avaient pas existé, le Centre de santé de l'État de Dar Naïm et d'autres structures existantes gérées par des ONG n'auraient pas été en mesure d'absorber cette demande.

Par ailleurs, 3.477 personnes qui n'ont pas les moyens d'accéder aux soins primaires et aux médicaments ont bénéficié du Fonds d'équité financé par le Programme et ont pu bénéficier de l'accès aux soins de santé.

L'efficacité du Programme est incontestable car il a rendu les soins de santé accessibles à 54% de la population de Dar Naïm, évitant le déplacement de beaucoup d'entre eux et créant un climat de confiance dans les services de santé parmi la population bénéficiaire.

Cependant, l'appui de l'APSDN en formation et supervision aux centres de soins de Bababé n'est peut-être pas suffisant pour améliorer la qualité des soins de ces postes de santé. Le projet de formation continue qui a démarré en 2019 (volet de l'AI PASS mis en œuvre par Memisa-APSDN) est une opportunité de remédier à ce problème.

7.3. Concernant l'efficience

L'APSDN a obtenu un maximum de résultats avec un minimum de ressources. Avec un montant de **327.000 € annuels** (200.000 financés par MEMISA-Belgique et 127.000 de recettes propres) elle a été capable de réaliser chaque année plus de 36.000 consultations, 1758 accouchements et plus de 16.000 actions de prévention, avec une qualité moyenne acceptable.

En même temps l'APSDN a pris en charge chaque année le paiement de la mutuelle de plus de 900 personnes indigentes à travers du Fonds d'équité. Sans cette aide ces personnes n'auraient pas eu accès aux soins de santé.

7.4. Sur la viabilité

La réalité nous montre que dans la situation actuelle, il est très difficile pour l'APSDN et 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 des cotisations toujours plus élevées.

Dans sa forme actuelle, les structures de santé (CS et PS), la mutuelle et le FE ne sont pas viables sans un appui externe, raison pour laquelle le projet s'inscrit dans la logique d'intégration dans l'assurance maladie prévue dans le cadre de l'AI PASS.

Selon les manifestations de la responsable du Projet AI-PASS, dans quelques mois (2023 ?) les mutuelles et le Fonds d'équité seront absorbés par la CNAS ce qui sera un pas très important pour améliorer l'accès aux soins pour la population.

D'autre part, pour équilibrer le rapport recettes/dépenses des structures de santé, l'APSDN devra trouver les bons partenaires tels que l'Assurance Maladie et le Ministère de la Santé (Forfait obstétrical).

8. Recommandations

1. L'APSDN bénéficie de la confiance de la population et des autorités sur la qualité de la prise en charge des patients, notamment dans le centre de santé TSD. Cette hypothétique qualité a son origine dans l'effort que l'APSDN fait pour donner à son personnel la meilleure formation possible.

Considérant qu'à l'avenir elle devra élargir son activité et son offre de services, l'APSDN doit redoubler les efforts en formation et en amélioration continue de ses activités, car c'est le principal élément de différenciation dont il dispose par rapport aux autres centres de santé financés par l'État ou les ONG.

2. La structure physique du centre de santé TSD souffre d'une détérioration qui affecte son image et les conditions de prise en charge de la population. L'amélioration de ses installations est une priorité qui devrait être envisagée dans le prochain programme.

3. Le centre et postes de santé de l'APSDN doivent améliorer la gestion clinique des patients et harmoniser les outils de gestion des soins en les adaptant à ceux du ministère de la Santé pour leur pleine intégration comme s'il s'agissait d'un autre centre public.

4. Compte tenu de l'absorption prochaine de la mutuelle et du fonds d'équité par la Caisse Nationale d'Assurance Santé, l'APSDN devrait initier une action soutenue d'information et de communication aux mutualistes et à la population en général sur la situation future, afin de maintenir les plus de 13 000 adhésions qui restent dans la mutuelle.

5. La durabilité des effets du programme serait grandement affectée s'il n'y avait pas de financement externe de Memisa ou d'un autre bailleur de fonds. Les recettes locales ne représentent qu'une petite partie du budget nécessaire au fonctionnement des structures.

Dans cette situation et sur la base du rôle important que joue l'APSDN dans l'offre de services de santé à Dar Naïm, il devient nécessaire de s'attacher à la recherche de partenariats solides qui puissent contribuer à équilibrer le rapport recettes/dépenses pour assurer la pérennité de l'offre de services. Ces partenaires sont la CNAS et le Ministère de la Santé.

6. L'APSDN n'a pas clairement défini les lignes de l'avenir et fait face à des défis très importants tels que le manque de viabilité de l'institution sans financement externe et l'émergence d'opportunités avec de nouveaux partenariats possibles.

D'autre part, outre les forces et les faiblesses identifiées dans ce rapport, il y a des questions auxquelles il faut répondre : les postes de santé sont-ils vraiment capables de travailler avec efficacité ? Certains comme Tab el Teissir ne sont guère en demande.

L'action qui se déroule à Bababé est-elle efficace? Certaines personnes interrogées sont favorables à une plus grande concentration des ressources et à une plus grande offre de spécialités, comme les soins dentaires, l'ophtalmo, etc.

Dans tous les cas, une réflexion collective est nécessaire qui peut être réalisée à travers un **Plan Stratégique**.

Un **plan stratégique** permettra de reformuler la mission et la vision de l'institution, en traçant une feuille de route avec les activités qui doivent être menées pour moderniser l'institution et atteindre les objectifs proposés.

Nouakchott decembre 2021

Carlos MARTIN
Antrópica Consultores