



FR

CETTE ACTION EST FINANCEE PAR L'UNION EUROPEENNE

Annexe

de la décision de la Commission relative au financement d'un projet pilote en faveur de la République islamique de Mauritanie pour 2019 à financer sur le budget général de l'Union

Document d'action concernant l'« Extension de la couverture santé universelle en Mauritanie »

1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS	Extension de la couverture santé universelle en Mauritanie CRIS 2019/042-399	
2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation	République islamique de Mauritanie L'action sera menée dans la zone suivante: Moughataa de Sebkha, Wilaya de Nouakchott Ouest.	
3. Document de programmation	Projet pilote - Extension de la couverture santé universelle en Mauritanie, commentaire dans le budget général de la Commission européenne pour l'exercice 2019	
4. Objectifs de développement durable (ODD)	<p>ODD principal sur la base de la section 4.4 :</p> <p>ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge</p> <p>Autre(s) ODD significatif(s) sur la base de la section 4.4 :</p> <p>ODD 1 : Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde</p> <p>ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles</p> <p>ODD 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre</p>	
5. Secteur d'intervention/ domaine thématique	Santé	Aide au développement: OUI
6. Montants concernés	<p>Coût total estimé: 1 195 000 EUR</p> <p>Montant total de la contribution du budget de l'UE : 1 195 000 EUR</p>	
7. Modalité d'aide et modalité de mise en œuvre	<p>Modalité de projet</p> <p>Gestion indirecte avec l'Agence belge de développement, ENABEL</p>	
8 a) Codes CAD	<p>120 Santé ;</p> <p>12110 Politique de la santé et gestion administrative ;</p> <p>12220 Soins et services de santé de base</p>	
b) Principal canal de distribution	13000 - Gouvernement tiers	

9. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)	Objectif stratégique général	Non ciblé	Objectif significatif	Objectif principal
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre les hommes et les femmes et émancipation des femmes et des jeunes filles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Réduction des risques de catastrophe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inclusion de personnes avec handicap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marqueurs de la convention de Rio	Non ciblé	Objectif significatif	Objectif principal
	Diversité biologique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SO			
	10. Programmes thématiques phares « Biens publics mondiaux et les défis qui les accompagnent »			

RESUME

Par la mise en place progressive de la Couverture santé universelle en Mauritanie (objectif de développement durable n° 3), l'action vise à améliorer l'accès à des soins de qualité pour la population de Sebkha, un quartier périphérique et fortement peuplé de la capitale de la Mauritanie. Cet objectif s'aligne pleinement avec les objectifs du Plan national de développement sanitaire et la Stratégie nationale de protection sociale.

L'action est innovante et expérimentale pour le pays et s'insère dans la dynamique de renforcement et de réformes du secteur de la santé soutenue par le Programme d'appui au secteur de la santé, financé dans le cadre du 11^e Fonds européen de développement.

Sachant que la mutualisation du risque maladie est un moyen efficace pour faciliter l'accès à des services de santé de base de qualité et contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations, l'action vise à appuyer le démarrage d'une assurance maladie professionnelle, accessible à toute la population de la Moughataa de Sebkha, tout en menant en parallèle un processus de systématisation de l'expérience en vue de son déploiement plus large.

La Moughataa de Sebkha, peuplée de 72 245 habitants (7,54 % de la population totale de Nouakchott), regroupe une population multi-ethnique, à faibles revenus et donc fortement exposée au risque maladie sans forcément disposer des moyens financiers suffisants pour y faire face.

Le projet travaillera en stricte collaboration avec la Direction régionale de l'action sanitaire de Nouakchott Ouest et la Circonscription sanitaire de la Moughataa de Sebkha qui abrite un centre de santé et deux postes de santé. Le centre de santé abrite la maternité la plus importante du pays. L'offre de soins au niveau de la Moughataa est complétée par un centre hospitalier spécialisé.

Ce projet pilote s'articule autour de quatre éléments interdépendants : 1) mise à disposition effective d'une offre de soins de qualité au niveau des structures sanitaires de base ; 2) amélioration de l'accessibilité financière grâce au démarrage d'une assurance maladie professionnalisée et adaptée à toutes les catégories de population ; 3) ancrage communautaire pour faciliter la sensibilisation, les processus d'adhésion, les droits des patients et le contrôle de la qualité ; 4) capitalisation et systématisation continue en vue d'une mise à l'échelle.

1 ANALYSE DU CONTEXTE

1.1 Description du contexte

La santé constitue la 3^{ème} priorité de développement, selon le Programme indicatif national 2014-2020 pour la Mauritanie. La logique d'intervention est également justifiée en raison des besoins exprimés et des recommandations faites dans les rapports et évaluations internationales des expériences de couverture sanitaire et d'assurance maladie universelle en Afrique, plus précisément en Afrique de l'Ouest et en Mauritanie, ainsi que celles concernant le domaine de la santé en Mauritanie.

1.2 Cadre stratégique de l'action (mondial, l'UE)

La santé est un bien public mondial et l'accessibilité à des soins de santé de qualité devant permettre la Couverture sanitaire universelle occupe un rang très élevé parmi les ODD d'ici à l'horizon 2030 (notamment objectif 3, « Santé et bien-être pour tous »). Une amélioration notable de la situation sanitaire est devenue un préalable pour permettre aux pays en voie de développement de rompre le cycle de la pauvreté.

Le financement des systèmes de santé est un enjeu stratégique essentiel qui offre la possibilité à des personnes d'utiliser les services de santé en cas de besoin, sans mettre en péril la satisfaction de leurs besoins fondamentaux ou avoir à faire face à des dépenses catastrophiques. Deux résolutions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (résolution WHA58.33 – 2005, résolution WHA64.9 – 2011) ainsi que plusieurs résolutions de l'Assemblée Générale des Nations Unies (2012, 2015, 2017) vont dans le même sens et invitent instamment les gouvernements à accélérer la transition vers la Couverture sanitaire universelle pour garantir un accès universel à des services de santé de qualité, à des prix abordables. Dans la même lignée, en 2012, la recommandation n°202 du Bureau International du Travail stipule que des socles nationaux de protection sociale devraient offrir des garanties minimales assurant à tous les nécessiteux, tout au long du cycle de vie, des soins de santé essentiels et la garantie de ressources de base, notamment les indemnités de maladie.

Le secteur santé en Mauritanie est confronté à des défis considérables concernant les ressources humaines, la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels, le système d'information sanitaire, l'accessibilité aux soins de santé primaires, à la santé maternelle et infantile, y compris la nutrition.

L'UE appuie la Politique nationale de santé à l'horizon 2030 de la Mauritanie et la mise en œuvre de son Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2020 (actualisé pour 2021-2025), depuis 2016 avec le Programme d'appui au secteur de la santé (PASS) dont l'objectif général est de contribuer à donner aux individus en Mauritanie les moyens de vivre une vie saine et en promouvant le bien-être de tous à tout âge ; l'objectif spécifique est d'améliorer et rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité, en ligne avec les objectifs du PNDS et de la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) de 2014.

La présente action s'inscrit pleinement dans le cadre du PASS. Elle sera donc exécutée par l'équipe d'assistants techniques de l'appui institutionnel au PASS (ENABEL) et en coordination avec les mêmes parties prenantes.

1.3 Analyse des politiques publiques du pays partenaire/de la région

Depuis 2016, la Mauritanie a traduit dans la Stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée (SCAPP) sa vision à l'horizon 2030. La Politique nationale de santé s'inscrit également à l'horizon 2030. Par ailleurs, la Mauritanie dispose d'un PNDS cohérent avec les documents suscités et mis en œuvre à travers des Plans annuels opérationnels. La santé (notamment la santé reproductive) fait également partie des prérogatives qui affectent la Stratégie nationale d'institutionnalisation du genre portée par le ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille.

Tous ces documents stratégiques convergent vers la nécessité de tendre vers la Couverture sanitaire universelle (CSU) : i) mi-2018, la Mauritanie a signé avec ses partenaires le Pacte mondial pour progresser vers une Couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030, ii) la SCAPP 2016-2030 dans son levier stratégique 2 fait du « Renforcement du Système de santé pour tendre vers la CSU » l'un de ses 4 domaines d'intervention prioritaire, iii) la Politique nationale de santé à l'horizon 2030 fait également du « Renforcement du système de santé à travers ses piliers traditionnels, en particulier le financement de la demande en vue d'une couverture santé universelle » l'un de ses 4 secteurs d'action prioritaire, iv) le PNDS 2017-2020 prévoit dans son axe 4 le « Financement de la CSU » à travers la mise à l'échelle de l'Assurance maladie et le développement des initiatives de gratuité, v) la SNPS, dans son volet santé, s'oriente résolument vers l'Assurance maladie universelle en insistant sur la nécessité d'élargir les bénéfices de cette dernière aux populations les plus démunies se trouvant en dehors des secteurs formels.

Dans cette optique, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), créée en 2006 s'est engagée dans un processus de mise en place d'une Couverture maladie universelle de manière progressive et catégorielle, en commençant par la prise en charge des fonctionnaires et agents de l'État, parlementaires, personnel des forces armées et retraités issus de ces catégories. En 2010, la CNAM a élargi les catégories au personnel des établissements publics, aux sociétés à capitaux publics et aux personnes morales de droit public. En 2011, un nouvel élargissement est effectué au profit des employés des sociétés privées, aux journalistes de la presse privée ainsi qu'aux salariés des collectivités locales, aux personnes exerçant une profession libérale, aux indépendants et aux titulaires de pension. En 2016, ce sont les employés de la pêche

industrielle, avocats et imams des mosquées qui peuvent en bénéficier. En 2017, la possibilité est offerte aux membres de la Fédération Nationale de Pêche. En 2018, l'élargissement couvre le personnel non permanent du secteur public, les pensionnaires de la CNSS encore non couverts, et les membres de l'Union nationale du patronat mauritanien. Dernièrement, en 2019, un accord a également été signé avec la Fédération de pêche des mareyeurs exportateurs distributeurs et collecteurs et avec la Fédération nationale de la pêche artisanale. En conséquence, en 2018, selon la CNAM, la population couverte était estimée à 693 000 personnes (assurés principaux et ayants droits), soit 17,4 % de la population se retrouvant essentiellement dans les deux quintiles supérieurs.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, la CNAM a ouvert une nouvelle ligne d'assurance individuelle et volontaire ouverte à tous les citoyens mauritaniens non couverts par l'Assurance maladie obligatoire qui, après une carence de 6 mois, peuvent bénéficier des mêmes prestations que les assurés du régime obligatoire. Malgré des modalités relativement simples et sous réserve de la conformité des documents administratifs (état civil, actes de mariage, actes de naissances), le coût mensuel reste très élevé et bien loin d'être à la portée de la majorité de la population du secteur informel. En mars 2019, l'Assurance maladie volontaire comptait 1 963 adhérents (656 assuré/es principaux, 353 conjoint/e/s et 954 enfants).

En parallèle, la Mauritanie a mis en place plusieurs mécanismes nationaux d'exemption des paiements directs au niveau des structures de santé, tels que les programmes de gratuité, ainsi que des dispositifs de mutualisation des coûts en santé (forfait obstétrical). Cependant, force est de constater, qu'en pratique, ces mécanismes sont plus ou moins effectifs au niveau des formations sanitaires. D'une part, il existe un manque de collaboration et de mutualisation des moyens entre les différents dispositifs, et d'autre part, la diversité des intervenants sur le terrain (personnel sanitaire de différentes spécialités, multiplicité de partenaires, etc.) engendre une multiplication de messages aux contenus différents, sans coordination entre eux, ainsi que des rivalités, et ce, au détriment des populations. En ce qui concerne la prise en charge des indigents, de nombreuses difficultés se posent par rapport au financement des soins, à la qualité des prestations ainsi qu'au niveau de l'identification des populations cibles.

Ainsi, malgré le développement d'un cadre stratégique et les efforts engagés par l'État mauritanien vers la Couverture sanitaire universelle, la CNAM et les assurances privées ne couvrent actuellement qu'environ 20 % de la population ; les mutuelles de santé ne couvriraient quant à elles que 0,3 % de la population, renforçant la vulnérabilité des catégories les plus pauvres face à la charge financière des soins de santé. La situation actuelle et les mécanismes développés à ce jour laissent encore près de 80 % de la population sans couverture maladie, exposée à une importante vulnérabilité face au risque financier en santé. Le niveau toujours très faible de certains indicateurs clés (582 décès maternels pour 100 000 naissances, 54 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes, enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF 2015) témoigne de la faiblesse et des dysfonctionnements du système de santé dans le pays.

1.4 Analyse des parties prenantes

Le ministère de la santé au niveau central et déconcentré est l'acteur principal organisant et administrant le secteur de la santé. L'organisation du système public de santé en Mauritanie revêt une forme pyramidale avec trois niveaux de prestations et administratifs : i) le niveau périphérique formés par les unités de santé de base, postes de santé et centres de santé, pilotés par les circonscriptions sanitaires de Moughataas (57) ; ii) le niveau intermédiaire secondaire,

principalement les Centres hospitaliers régionaux des Wilayas (15 régions) et de Moughataas et les Directions régionales d'action sanitaire (DRAS, 15) ; iii) le niveau tertiaire avec les Centres hospitaliers nationaux et institutions spécialisées concentrées à Nouakchott (12), et les entités centrales du ministère de la santé. La Faculté de médecine, la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et l'Office de médecine du travail sont placés sous la tutelle d'autres départements, la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables (CAMEC), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les instituts paraétatiques ainsi que le Laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments.

Outre le ministère de la santé, les autres ministères qui ont une implication dans le secteur sont : le ministère de l'économie et des finances qui préside le comité de pilotage de la SNPS (qui gère le registre social des ménages les plus pauvres); le ministère de la fonction publique pour les ressources humaines en santé; le ministère des affaires sociales et de la famille, l'Agence nationale TADAMOUN pour la lutte contre la pauvreté et les séquelles de l'esclavage (en particulier pour la mise en place du programme de transferts sociaux Tekavoul), le ministère de l'éducation nationale; le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et également le ministère de l'agriculture et de l'élevage.

Les groupes cibles de la présente action sont constitués par i) le personnel sanitaire de la Moughataa de Sebkha : Médecin Chef de Moughataa, équipe cadre de Moughataa, agents de santé (médecins généralistes, spécialistes, sages-femmes, infirmiers/ères, auxiliaires et assistants sanitaires, personnel de maintenance et d'entretien), ii) les membres des organisations socio-professionnelles, de la société civile et communautaires : Fédérations de pêche, groupements économiques, associations et Organisations non-gouvernementales (ONG) locales, Organisations communautaires de base, iii) les leaders communautaires et coutumiers : chef de quartier, leader religieux, etc. Les bénéficiaires directs de l'action sont constitués par l'ensemble de la population de Sebkha estimée à 72 243 habitants (Recensement général de la population et de l'habitat 2013).

1.5 Analyse des problèmes/domaines d'appui prioritaires

Un financement adéquat du secteur de la santé en Mauritanie qui répond aux nombreux défis matériels sans renchérissement des services représente un enjeu de taille pour le pays. Concernant l'offre de services, le financement du secteur de la santé est fragmenté entre: le budget affecté par l'État, les financements extérieurs des partenaires techniques et financiers (PTF) ainsi que les recettes des formations sanitaires. Concernant la demande de services : les contributions obligatoires à l'Assurance maladie (CNAM et CNSS), les contributions volontaires (assurances privées, mutuelles), le paiement direct des ménages (48 %), le financement des partenaires et les mécanismes nationaux d'exemption et de gratuité. Près de 80 % de la population mauritanienne reste exclue du système d'Assurance maladie, notamment la population travaillant dans le secteur informel. L'accès aux soins pour ces populations est entravé par une pluralité de facteurs, tant au niveau de l'offre (disponibilité limitée des services, ruptures fréquentes des intrants et des médicaments, manque de personnels et de compétences, faiblesse des plateaux techniques, qualité faible, mauvaise gestion) que de la demande (accessibilité géographique et financière, information et sensibilisation, acceptabilité).

En relation avec la zone d'intervention de l'action, selon le RGPH 2013, la Moughataa de Sebkha abrite une population variée et multi-ethnique, composée notamment de pêcheurs, de commerçants, de vendeurs (elle abrite le 5^{ème} plus grand marché de Nouakchott), de manufacturiers et d'ouvriers du bâtiment. Elle héberge également une forte population d'étranger de la sous-région (Sénégal, Mali, Guinée, Cameroun, etc.). Elle est peuplée de 72 245 habitants (7,54 % de la population totale de Nouakchott), soit un accroissement de

13,81 % depuis 2000. La Circonscription Sanitaire de la Moughataa (CSM) de Sebkha dépend directement de la Direction Régionale de l'Action Sanitaire (DRAS) de Nouakchott Ouest depuis 2014. Elle dispose d'un Centre de Santé, situé au cœur du 5^{ème} marché et de 2 postes de Santé, Bassera et Kouva, rénovés en 2018/2019 avec l'appui de l'Agence nationale Tadamoun. Leur livraison à la CSM de Sebkha est prévue pour la fin de l'année 2019. La Moughataa de Sebkha abrite également l'hôpital neuropsychiatrique (CHS Dia), structure publique du niveau tertiaire, offrant une gamme de service élargie (soins ambulatoires, IRM, etc.).

Dans la Moughataa de Sebkha, les problèmes spécifiques identifiés auxquels seront apportés un appui prioritaire dans le cadre de la présente action, en lien avec le PASS sont :

- La faible disponibilité et qualité de l'offre de soins ;
- Les difficultés dans l'accès aux soins pour la population travaillant dans le secteur informel ;
- La faiblesse de l'implication communautaire et l'absence de mécanismes de défense des droits des patients ;
- Les limites et les difficultés de mise à l'échelle des expériences de mutuelle de santé communautaire.

2 RISQUES ET HYPOTHESES

Risques	Niveau de risque (E/M/F)	Mesures d'atténuation
Faible implication et collaboration des institutions régionales et/ou nationales et autorités compétentes (Wali, Hakem, Maire).	M	Accord préalable et appui du Ministre de la santé pour la mise en œuvre de l'action ; Appui pour la mise en œuvre sur les instances de coordination existantes dans le cadre du PASS ;
Manque de collaboration et résistance au changement de la part du personnel sanitaire de la Moughataa de Sebkha et des niveaux supérieurs.	E	Un produit est spécifiquement destiné à renforcer l'offre de service ; Formation du personnel sanitaire sur les principes, fonctionnements et avantages d'un système d'Assurance maladie ; Accord préalable et appui des niveaux supérieurs pour la mise en œuvre de l'action ;
Résistance au changement au niveau des groupes cibles et des bénéficiaires.	E	Implication des organisations socio-professionnelles, communautaires et société civile ; Information, sensibilisation, recrutement et fidélisation des bénéficiaires par des animateurs/collecteurs communautaires, issus de la Moughataa, salarié, dûment formés, encadrés et accompagnés tout au long de l'action ; Proportion de 50 % au plus de représentants des communautés, préalablement formés, encadrés et accompagnés, au sein du Conseil d'administration de l'Assurance maladie ;

La structuration hiérarchique sociale de la société mauritanienne, les tensions ethniques et les clivages socio-économiques.	E	Formation, encadrement et accompagnement des représentants des communautés pour éviter les effets pervers liés aux tensions sociales et socio-économiques inhérentes à la société mauritanienne ; Formation, encadrement et accompagnement des agents de santé et du personnel de l'Assurance maladie pour garantir un traitement universel et équitable de toutes les tranches de la population.
La faiblesse du taux d'enregistrement à l'état civil de la population cible.	E	Ouverture de l'adhésion de l'Assurance maladie à la population non enregistrée à l'État civil, en vertu de la Recommandation n°143 du Bureau International du Travail signé par la République islamique de Mauritanie.
Dysfonctionnement d'ordre structurel affectant les structures sanitaires concernées par l'action.	E	Prise en compte des dysfonctionnements d'ordre structurel affectant les structures sanitaires concernées par l'action dans le cadre de la mise en œuvre du PASS pour apporter des réponses efficaces et adaptées

Hypothèses

- La stabilité sociopolitique et économique se poursuit et le Gouvernement concrétise les réformes prévues au niveau du secteur de la santé (cf. PASS) : décentralisation et déconcentration du système sanitaire ; réorientation de ressources humaines, de moyens et budgétaire effective en faveur des structures périphériques, notamment les postes et centres de santé.
- Le ministère de la santé est engagé dans les réformes sectorielles et dans l'assainissement du secteur pharmaceutique.
- Le Gouvernement s'engage à promouvoir la stratégie nationale de protection sociale.
- Implication, adhésion et collaboration des institutions régionales et/ou nationales ainsi que des autorités compétentes (Wali, Hakem, Maire) dans la mise en œuvre de l'action.
- Collaboration et appui du personnel sanitaire de la Moughataa de Sebkhia et des niveaux supérieurs à la mise en œuvre de l'action.
- Compréhension et adhésion des groupes cibles et des bénéficiaires au principe de mutualité et à la nécessité d'une couverture maladie pour la famille.

3 ENSEIGNEMENTS TIRES ET COMPLEMENTARITE

3.1 Enseignements tirés

Cette action s'appuie également sur l'expérience de la mise en œuvre du PASS, tant au niveau de l'appui direct au niveau du ministère de la santé, que de l'appui institutionnel exécuté par l'Agence belge de développement – ENABEL. De plus, le système d'Assurance maladie proposé s'appuie sur l'évaluation des expériences des 25 dernières années en matière de mutuelle de santé communautaire, qui suggèrent, selon l'OMS et différentes Agences internationales, que ce modèle, construit à petite échelle autour du principe d'adhésion volontaire, ne disposant que de fonds limités, avec peu ou pas de subventions publiques pour

favoriser l'adhésion des populations pauvres et/ou vulnérables, ne peut jouer qu'un rôle marginal dans la mise en place d'une Couverture sanitaire universelle à l'échelle des pays.

En Mauritanie, les expériences de mutualisation communautaire et sociale des risques en santé sont restées très limitées, à l'initiative de quelques ONGs de manière disparate et à petite échelle. L'expérience, mise en œuvre dans la Moughataa de Dar Naïm (Nouakchott Nord), effective à partir de 2003 et dans la commune de Bababé en 2009 (Brakna) et les lignes de recherche développées par l'Institut de médecine tropicale (IMT) d'Anvers, constituent un point de départ éclairant pour cette action. Les enseignements tirés recommandent d'introduire une professionnalisation dans la gestion des mutuelles et de solliciter l'appui de structures qui favorisent l'intégration des mutuelles à la fois dans le système de santé et dans les services publics locaux, tout en préparant les gérants du dispositif au management du changement en lien avec les interactions au sein de la société.

À l'heure actuelle, dans le cadre du programme PASS, ces expériences nourrissent un projet d'opérationnalisation d'une Unité régionale d'assurance maladie (mutuelle de santé à grande échelle) dans les wilayas de Nouakchott Nord et du Brakna. Mis en œuvre à travers l'Agence belge de développement – ENABEL (volet Appui Institutionnel du PASS), ce projet est actuellement en cours d'étude et bénéficie d'un programme de recherche action avec l'appui de l'IMT par rapport à la mise à l'échelle régionale des expériences de couverture universelle par l'assurance maladie. La présente action s'aligne pleinement avec ces orientations et sera mise en œuvre dans la continuité et en pleine coordination avec le PASS, afin de mutualiser les méthodologies, partager les différentes expériences et faire de ces initiatives un pool significatif d'actions en faveur de la Couverture sanitaire universelle.

Une évaluation à mi-parcours du premier volet du PASS est prévue au cours du premier trimestre 2020 de façon à affiner les activités à mettre en œuvre.

3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs

En Mauritanie, plusieurs Partenaires techniques et financiers (PTF) sont représentés dans le domaine de la santé, mais l'importance du secteur en termes d'investissement reste encore relative. D'ailleurs, les PTF qui opèrent dans le domaine de la santé sont insuffisamment coordonnés et alignés sur la Politique nationale de santé et le PNDS. La mise en place d'un Fonds commun pourrait sur la moyenne période favoriser l'alignement des PTF qui se retrouvent dans les cinq composantes identifiées dans le cadre du PASS¹. Les partenaires au développement qu'on peut citer outre l'UE (Direction générale de la Coopération internationale et du Développement) sont présentés en annexe 1. L'action s'appuiera sur les mêmes mécanismes de complémentarité, synergie et coordination que le PASS : le groupe thématique santé - dont l'UE est actuellement le chef de file avec l'appui de l'OMS, l'IHP+, le Compact, la revue sectorielle santé annuelle, les synergies d'action avec l'Agence française de

¹ (i) Le secteur santé est piloté et géré d'une manière efficace, transparente et décentralisée, et adéquatement régulé, y compris le secteur privé (*Gouvernance*) ; (ii) La population dispose des services de santé de qualité aux niveaux communautaire, primaire et secondaire (*L'offre de soins*), (iii) Des médicaments et consommables essentiels de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes nationales (*médicaments et consommables*) ; (iv) Des ressources humaines en santé motivées et de qualité sont disponibles d'une façon équitable et pérenne (*ressources humaines en santé*) ; (v) système de financement pour une couverture sanitaire universelle est développé (*Financement par la demande*).

développement (AFD) de plus en plus effective, ainsi que tous les autres mécanismes et instances existantes dans le pays.

4 DESCRIPTION DE L’ACTION

4.1 Objectif général, objectif(s) spécifique(s), produits attendus et activités indicatives

Objectif général/impact attendu : Contribuer à atteindre la couverture sanitaire universelle en Mauritanie (ODD 3).

Objectif spécifique/effet attendu : Contribuer à la création d’une assurance maladie garantissant l’accès à des soins de qualité pour la population de la Moughataa de Sebkha.

Produits attendus & principales activités indicatives :

Produit 1 : Une offre de soins de qualité est disponible au niveau des structures sanitaires de la Moughataa de Sebkha.

1. Dotation équipements, matériels, médicaments et consommables au niveau des structures sanitaires.
2. Renforcement des procédures et des activités d’hygiène, d’entretien et de maintenance.
3. Renforcement des processus et des procédures en matière de gestion à différents niveaux.
4. Élaboration et mise en place d’outils de gestion adaptés, formation, accompagnement et suivi de leur utilisation.
5. Renforcement des capacités du personnel sanitaire des postes et centres de santé.
6. Renforcement des capacités de l’Équipe cadre.

Produit 2 : Un mécanisme d’assurance maladie professionnalisé, adapté à toutes les catégories de population de la Moughataa de Sebkha, est conçu et démarre en phase expérimentale.

1. Phase préparatoire, participative et consultative avec les parties prenantes concernées par la définition de l’architecture complète du système d’Assurance maladie (AM).
2. Démarrage du montage et de la viabilisation de l’Assurance maladie.
3. Conventionnement avec les organisations communautaires et de la société civile.
4. Formation et accompagnement continu du personnel de l’AM.
5. Définition des processus et des procédures de fonctionnement de l’AM.
6. Élaboration et mise en place d’un système de gestion intégré (logiciel, outils et matériels).
7. Élaboration d’une stratégie de communication/marketing social.

8. Appui technique et organisationnel continu, suivi et contrôle de l'AM tout au long de l'action (consultances, formations, accompagnement).

Produit 3 : L'implication de la communauté dans l'information et les processus d'adhésion de la population, la gestion de l'assurance maladie, la défense des droits des patients et le contrôle de la qualité de l'offre de soins est effective.

1. Identification et information des organisations et des leaders communautaires relais.
2. Formation, encadrement et accompagnement des représentants et acteurs communautaires identifiés.
3. Intégration des représentants et acteurs communautaires formés au niveau de la préparation de l'AM (organe de gouvernance ; mobilisation, information/sensibilisation et recrutement des adhérents)
4. Mise en œuvre de la stratégie de communication via l'organisation et la réalisation d'actions continues d'informations et de sensibilisation de la population, de campagnes de recrutement et de recouvrement des cotisations.

Produit 4 : Un travail continu de capitalisation, de systématisation et de modélisation de l'expérience est réalisé tout au long du projet.

1. Processus de capitalisation et de systématisation d'un modèle reproductible.
2. Organisation d'ateliers techniques et d'ateliers de réflexion et de partage.

4.2 Logique d'intervention

Le secteur de la santé étant un système complexe, il s'avère essentiel d'intervenir de manière parallèle sur différents éléments, afin d'enclencher un processus de changement profond et pérenne. L'action s'articule par conséquent autour de 4 éléments interdépendants qui permettront de contribuer à la création d'une Assurance maladie favorisant l'accès à des soins de qualité pour la population de la Moughataa de Sebkha, et d'en systématiser l'expérience. L'impact attendu de l'action est de contribuer à garantir la disponibilité et un accès universel aux soins en Mauritanie.

1 : Garantir la disponibilité d'une offre de soins de qualité au niveau des structures sanitaires publiques

Trois piliers d'intervention ont été identifiés :

- Amélioration de la disponibilité en équipements, petits matériels, consommables et médicaments.
- Renforcement des capacités des ressources humaines en santé.
- Mise en place d'un système de gestion efficace et transparent.

Le PASS dans son volet institutionnel prévoit d'apporter des réponses spécifiques, en ce qui concerne la disponibilité et la qualité des médicaments et consommables essentiels ainsi que des ressources humaines en santé. La mise en œuvre de la présente action prévoira donc des mécanismes d'articulation et de coordination effectifs et efficaces avec les concernés par la mise en œuvre du PASS.

2 : Concevoir et démarrer en phase expérimentale une Assurance Maladie professionnalisée, accessible à toute la population de la Moughataa de Sebkha.

Pour renforcer l'accessibilité financière aux soins tout en palliant aux limites des mutuelles de santé à base communautaire, l'action propose de concevoir et d'initier un système d'Assurance maladie, géré par des professionnels dûment formés, articulé avec les dispositifs existants (Forfait Obstétrical, politiques de gratuité, etc.) et avec les institutions concernées (CNAM, Ministère de la Santé, DRAS, ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille, etc.) ; tout en maintenant une base communautaire au sein des instances de gouvernance et des mécanismes d'information, de sensibilisation et de recrutement des adhérents.

L'action permettra d'ouvrir la consultation et les négociations avec les différentes parties prenantes pour définir l'architecture précise et complète du système d'AM qui sera développé (composition, gouvernance, droits et devoirs des adhérents, etc.), en prenant en compte la dynamique socio-économique locale (capacités contributives, hiérarchie sociale, relations de pouvoir), les infrastructures et l'offre de soins existantes ainsi que l'environnement politique (portage du risque, plan de développement de l'offre de soins, rôles, implications et articulations entre les autorités politiques, administratives et les différentes institutions concernées). L'action s'attachera également à analyser le risque financier associé à la maladie et à ses différentes composantes (fréquentation et utilisation des services, portabilité, couverture, gammes de prestation et taux de remboursements, etc.) afin de proposer des mécanismes d'identification, d'affiliation et de prestation adaptés à la population cible, à même de répondre à leurs besoins en matière de couverture de soins.

3 : Garantir l'implication effective des communautés dans la gestion et le fonctionnement de l'AM et le contrôle de la qualité ; promouvoir une culture de défense des droits des patients

La participation communautaire favorise le développement d'un contrepouvoir à l'offre de soins tout en renforçant le dialogue et la compréhension entre prestataires et utilisateurs des services de santé. Le dispositif proposé se présente comme un modèle démocratique, géré par un Conseil d'administration, où l'implication de la communauté dans la gestion est garantie par sa représentation et son pouvoir de décision. Par ailleurs, la communauté doit également s'impliquer dans le contrôle de la qualité de l'offre de soin et les mécanismes de défense des droits des patients, de manière à rendre les utilisateurs plus critiques vis-à-vis des prestataires de soins, mais également plus confiants et satisfaits dans le système public de santé.

De plus, l'information, la sensibilisation, le recrutement, la fidélisation des adhérents et le recouvrement des cotisations seront renforcés grâce à des animateurs/collecteurs communautaires, salariés au même titre que le reste du personnel de l'AM, préalablement formés, puis encadrés et accompagnés tout au long du projet. En effet, les représentants de la communauté possèdent des capacités de mobilisation des populations locales, notamment celles de l'économie informelle, clairement plus importantes que les agents des institutions formelles.

4 : Un travail continu de capitalisation, de systématisation et de modélisation de l'expérience

Un processus de capitalisation continu sera réalisé tout au long du projet. Sur la base de la systématisation de l'expérience, des apprentissages et des bonnes pratiques, il s'agira de proposer un effort de modélisation du système en vue de sa viabilisation et de sa mise à l'échelle. Ce travail devra également s'appuyer sur les expériences parallèles en cours avec les autres partenaires techniques et financiers dans le pays, voire dans la sous-région et être mise en œuvre en coordination avec le travail de recherche-action mené dans le cadre du PASS. Des ateliers de réflexion et de partage périodiques seront également organisés durant la mise en œuvre projet pour alimenter le processus.

4.3 Intégration des questions transversales

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de genre. Celles-ci se manifestent dans tous les aspects de la santé : en termes de santé des populations (hommes et femmes, aux différents âges de la vie) ; au sein même des infrastructures de santé au niveau de la qualité des soins délivrés aux populations et parmi les professionnels soignants (personnels de santé soumis aux normes de genre) ; en terme d'accès aux soins de santé (différents pour les hommes et les femmes) ; dans les politiques et programmes de santé aux niveaux nationaux et internationaux. Les inégalités génésiques seront prises en compte directement par le programme. L'action vise à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile pour laquelle les indicateurs restent jusqu'ici problématiques. La réduction de la morbidité en général allège le fardeau de la prise en charge des malades qui incombe en premier lieu aux femmes. Les leçons apprises, surtout en ce qui concerne l'importance de l'autonomisation des femmes et des rôles des femmes dans le domaine de la santé ont été prises en compte.

Grace à la rationalisation d'un système de gestion transparent, l'action contribuera à la bonne gouvernance et à la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé ; soutiendra la dimension « gouvernance locale » en encourageant le renforcement des capacités et l'action des services de santé au niveau périphérique ; soutiendra les déterminants sociaux de la santé en appuyant la réforme de la santé publique et l'intersectorialité et l'accès financier des plus démunis. L'approche du fonds CSU renforce les synergies avec les autres bailleurs et partenaires du secteur.

4.4 Contribution à la réalisation des ODD

La présente intervention s'inscrit dans l'Agenda 2030 de développement durable des Nations unies. Elle contribue principalement à la réalisation progressive de l'ODD 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et en particulier la cible 8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. Il contribue également à l'atteinte de l'ODD 1 : Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde, ODD 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles et à l'ODD 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.

5 MISE EN ŒUVRE

5.1 Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il n'est pas envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire.

5.2 Période indicative de mise en œuvre

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites à la section 4 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de 36 mois à compter de l'adoption par la Commission de la présente décision de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision, ainsi que les contrats et les accords concernés.

5.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire

S.O.

5.4 Modalités de mise en œuvre

La Commission veillera au respect des règles et des procédures pertinentes de l'UE pour l'octroi de financements à des tiers, notamment des procédures de réexamen s'il y a lieu, ainsi qu'à la conformité de l'action avec les mesures restrictives de l'UE².

5.4.1 Gestion indirecte avec une organisation d'un État membre

La présente action peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec l'Agence belge de développement – ENABEL.

Cette mise en œuvre concerne l'exécution des produits 1 (Une offre de soins de qualité est disponible au niveau des structures sanitaires de la Moughataa de Sebkha), 2 (Un mécanisme d'assurance maladie professionnalisé, adapté à toutes les catégories de population de la Moughataa de Sebkha, est conçu et démarre en phase expérimentale), 3 (L'implication de la communauté dans l'information et les processus d'adhésion de la population, la gestion de l'assurance maladie, la défense des droits des patients et le contrôle de la qualité de l'offre de soins est effective) et 4 (Un travail continu de capitalisation, de systématisation et de modélisation de l'expérience est réalisé tout au long du projet). L'entité envisagée a été sélectionnée sur la base des critères suivants :

- Expertise spécifique du secteur de la santé, en particulier dans le financement de la Santé.
- Très bonne connaissance du contexte mauritanien et du secteur de la santé.

² www.sanctionsmap.eu Il est à noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant de répertorier les régimes de sanctions. Les sanctions résultent d'actes juridiques publiés au Journal officiel (JO). En cas de divergence entre les actes juridiques publiés et les mises à jour sur le site web, c'est la version du JO qui prévaut.

- Expertise spécifique dans le domaine de la mise en place de systèmes de couverture sanitaire universelle et de renforcement et le financement du système de santé en Afrique (Sénégal, Burundi, Ouganda).
- Capacité de mise en place des équipes multidisciplinaires avec la participation d'instituts de recherche dans le domaine sanitaire (IMT Anvers, etc.).
- Complémentarité de cette action avec le projet PASS pour lequel ENABEL est l'entité chargée de l'exécution pour la partie appui institutionnel: d'une part, cela permettra de faciliter la mise en œuvre de l'action et la coordination avec toutes les parties prenantes (ministère de la santé – Divisions centrales et services déconcentrés, CNAM, etc.) ; d'autre part, l'appui institutionnel apporté par ENABEL dans le cadre du PASS est fortement apprécié au niveau du ministère de la santé et des autres partenaires, ce qui favorisera une meilleure fluidité dans les relations. Enfin, la mise en œuvre de l'action par la même entité que le PASS favorisera rationalité, cohérence et efficacité ainsi qu'une meilleure visibilité des actions financées par l'UE dans le secteur de la santé en Mauritanie.

Si l'entité envisagée doit être remplacée, les services de la Commission peuvent sélectionner une entité de remplacement sur la base des mêmes critères.

5.5 Critères d'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et de services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risque de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.

5.6 Budget indicatif

	Contribution de l'UE (EUR)	Contribution indicative de tiers
5.4.1 & 5.11 - Gestion indirecte avec l'Agence belge de développement – ENABEL, y compris Communication et visibilité	1 195 000	s.o.
5.9 & 5.10 - Évaluation, Audit	sera couvert par une autre décision	s.o.
Totaux	1 195 000	s.o.

5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

L'action s'insère dans la stratégie sectorielle du ministère de la santé et s'insère directement dans la stratégie de suivi du PNDS. La structure organisationnelle sera la même que celle du PASS, à savoir :

- Le Comité de pilotage du PNDS, qui se réunit au moins annuellement et qui garantit le pilotage du PASS. La composition du comité, déjà fonctionnel comprend un représentant du ministère de la santé, un représentant de la Délégation de l'UE et de l'AFD, un représentant de la Cellule d'appui à l'ordonnateur national (CAON), des représentants des autres partenaires au développement, de la société civile et du secteur privé.
- Le Comité technique qui se réunit au moins trimestriellement et qui garantit le suivi rapproché de l'avancement des actions. La composition du comité technique comprend des représentants du MS, un représentant de la Délégation de l'UE et un de la CAON, les représentants d'ENABEL, des représentants des autres partenaires, les représentants des structures de mise en œuvre. Des personnes ressources peuvent aussi participer au comité technique. Le secrétariat est garanti dans le cadre du PASS.

5.8 Suivi de la performance et des résultats et rapports

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire chargé de la mise en œuvre. À cette fin, le partenaire chargé de la mise en œuvre doit établir un système de suivi interne, technique et financier permanent pour l'action et élaborer régulièrement des rapports d'avancement (au moins une fois par an) et des rapports finaux. Chaque rapport rendra compte avec précision de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (produits et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique (pour la modalité de projet) ou la liste du plan d'action stratégique ou de réforme du partenaire (pour l'appui budgétaire).

Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

5.9 Évaluation

Eu égard à la nature de l'action, il sera procédé à une évaluation finale de la présente action ou de ses composantes par l'intermédiaire de consultants indépendants commandés par la Commission.

Elle sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris pour la révision des politiques), en tenant compte en particulier de la performance de l'appui, de l'avancement de la mise en œuvre du PNDS et de la mise en place de la CSU.

La Commission informera le partenaire chargé de la mise en œuvre au moins un mois avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le partenaire chargé de la mise en œuvre collaborera de manière efficace et effective avec les experts chargés de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et des documents nécessaires et en leur assurant l'accès aux locaux et aux activités du projet.

Les rapports d'évaluation seront communiqués au pays partenaire et aux autres parties prenantes clés. Le partenaire chargé de la mise en œuvre et la Commission analyseront les conclusions et les recommandations des évaluations et décideront d'un commun accord, le cas échéant en accord avec le pays partenaire, des actions de suivi à mener et de toute adaptation nécessaire et notamment, s'il y a lieu, de la réorientation du projet.

Le financement de l'évaluation sera couvert par une autre mesure constituant une décision de financement.

5.10 Audit

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions. Il est prévu qu'un ou plusieurs marchés de services d'audit pourront être conclus.

Le financement de l'audit sera couvert par une autre mesure constituant une décision de financement.

5.11 Communication et visibilité

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations juridiques pour toutes les actions extérieures financées par l'UE.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité, qui seront établies, au début de la mise en œuvre, sur la base du plan global de communication du PASS et mises en œuvre par ENABEL dans le cadre de la gestion indirecte.

En ce qui concerne les obligations juridiques en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et/ou les entités responsables. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles adaptées seront établis sur la base des exigences de communication et de visibilité applicables aux actions extérieures de l'UE (ou de tout document ultérieur).

6 CONDITIONS PREALABLES

S.O.

APPENDICE 1 – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE

	Chaîne des résultats: principaux résultats attendus (au maximum 10)	Indicateurs (au moins un indicateur par résultat attendus)	Sources des données	Hypothèses
Impact (objectif général)	Contribuer à atteindre la couverture sanitaire universelle en Mauritanie	*Taux de mortalité maternelle pour la CSM de Sebkha *Quotient de la mortalité infantile pour la CSM de Sebkha *Taux de couverture de l'Assurance Maladie au niveau de la Moughataa de Sebkha	*Système d'Information Sanitaire (DHIS2) *Base de données des adhérents de l'AM	<i>Sans objet</i>
Effet(s) direct(s) [objectif(s) spécifique(s)]	Contribuer à la création d'une Assurance Maladie garantissant l'accès à des soins de qualité pour la population de la Moughataa de Sebkha	*Indice de capacité opérationnelle des formations sanitaires de Sebkha *Taux d'accouchements assistés par de personnel qualifié au niveau du CS de Sebkha	*Enquête SARA (triennale) *Système d'Information Sanitaire (DHIS2) *Annuaire statistique	*Stabilité politique et socio-économique *Engagement effectif du gouvernement pour les réformes fonction publique et ressources humaines *Appui du gouvernement pour le test pilote d'assurance maladie intégrant le secteur informel et les plus pauvres *Engagement du Ministère de la Santé dans l'assainissement du secteur pharmaceutique
Produit 1	Une offre de soins de qualité est disponible au niveau des structures sanitaires périphériques de la Moughataa de Sebkha	*Nombre de personnel sanitaire formé au niveau de la CSM de Sebkha *Taux de disponibilité des médicaments et des consommables essentiels au niveau des CS et PS de la CSM de Sebkha	*Rapports CS et PS *Registre des pharmacies	*Collaboration et appui du personnel sanitaire de la Moughataa de Sebkha et des niveaux supérieurs à la mise en œuvre de l'action

Produit 2	Un mécanisme d'assurance maladie professionnalisé, adapté à toutes les catégories de population de la Moughataa de Sebkha, est conçu et démarre en phase expérimentale.	*Nombre d'adhérents à l'Assurance Maladie *Part des paiements directs au niveau du Centre et des Postes de Santé de Sebkha	*Base de données de l'Assurance Maladie *Livres de Comptes CS et PS	*Implication, adhésion et collaboration des institutions régionales et/ou nationales ainsi que des autorités compétentes *Compréhension et adhésion des groupes cibles et des bénéficiaires au principe de mutualité et à la nécessité d'une couverture maladie pour la famille.
Produit 3	L'implication de la communauté dans l'information et les processus d'adhésion de la population, la gestion de l'Assurance Maladie, la défense des droits des patients et le contrôle de la qualité de l'offre de soins est effective.	*Proportion de représentants des communautés au niveau du Conseil d'Administration de l'Assurance Maladie	*Statuts de l'Assurance Maladie	*Compréhension et adhésion des acteurs communautaires au principe de mutualité et à l'Assurance Maladie *Implication des communautés dans la gouvernance et l'offre des soins *Fonctionnalité des Comités de Gestions
Produit 4	Un travail continu de capitalisation, de systématisation et de modélisation de l'expérience est réalisé tout au long du projet.	*Nombre de documents produits *Nombre d'ateliers de capitalisation réalisés	*Documents produits *Rapports d'ateliers du Consultant	*Disponibilité et volonté des acteurs à participer dans le processus de capitalisation

APPENDICE 2 : CHRONOGRAMME INDICATIF

Dates	ANNEE 1				ANNEE 2				ANNEE 3			
Activités indicatives	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4
Produit 1. Une offre de soins de qualité est disponible au niveau des structures sanitaires de la Moughataa de Sebkha.												
1.1. Dotation équipements, matériels, médicaments et consommables												
1.2. Renforcement des procédures et des activités d'hygiène et de maintenance.												
1.3. Renforcement des processus et des procédures en matière de gestion à différents niveaux.												
1.4. Elaboration et mise en place d'outils de gestion, formation, accompagnement et suivi de leur utilisation.												
1.5. Renforcement des capacités du personnel sanitaires des Postes et Centre de Santé de Sebkha.												
1.6. Renforcement des capacités de l'Equipe Cadre de la Moughataa de Sebkha.												
Produit 2. Un mécanisme d'assurance maladie professionnalisé, adapté à toutes les catégories de population de la Moughataa de Sebkha, est conçu et démarre en phase expérimentale.												
2.1. Phase préparatoire, participative et consultative avec toutes les parties prenantes de l'AM												
2.2. Démarrage du montage et de la viabilisation de l'Assurance Maladie.												
2.3. Conventionnement avec les organisations communautaires et de la société civile partenaires.												
2.4. Formation et accompagnement continu du personnel de l'AM.												
2.5. Définition des processus et des procédures de fonctionnement de l'AM.												
2.6. Elaboration et mise en place d'un système de gestion intégré (logiciel, outils et matériels).												
2.7. Elaboration d'une stratégie de communication/marketing social.												
2.8. Appui technique et organisationnel continu, suivi et contrôle de l'AM tout au long de l'action												
Produit 3. L'implication de la communauté dans l'information et les processus d'adhésion de la population, la gestion de l'assurance maladie, la défense des droits des patients et le contrôle de la qualité de l'offre de soins est effective.												
3.1. Identification et information des organisations et des leaders communautaires relais.												
3.2. Formation, encadrement et accompagnement des représentants et acteurs communautaires identifiés.												
3.3. Intégration des représentants et acteurs communautaires formés au niveau de la préparation de l'AM												
3.4. Mise en œuvre de la stratégie de communication												
Produit 4. Un travail continu de capitalisation, de systématisation et de modélisation de l'expérience est réalisé tout au long du projet.												
1.1. Processus de capitalisation et de systématisation d'un modèle reproductible tout au long de l'action.												
1.2. Organisation d'ateliers techniques et d'ateliers de réflexion et de partage.												