

NUMÉRO 13 | JUIN 2017

# Stagnation du faible taux d'adhésion à la mutuelle de Dar Naim, Mauritanie : une analyse causale approfondie

Maria-Pia Waelkens, Bart Criel, Samia Laokri,  
Yves Coppieters

# Stagnation du faible taux d'adhésion à la mutuelle de Dar Naim, Mauritanie : une analyse causale approfondie

Maria-Pia Waelkens, Bart Criel,  
Samia Laokri, Yves Coppieters

## Auteurs :

- **Maria-Pia Waelkens**  
Correspondance: [mpwaelkens@gmail.com](mailto:mpwaelkens@gmail.com) ; Tél.: + 32 478 739 728  
Université libre de Bruxelles (ULB), Ecole de santé publique, Bruxelles, Belgique
- **Bart Criel, PhD**  
Institut de médecine tropicale (IMT), Département de santé publique, Unité financement de la santé, Antwerpen, Belgique
- **Samia Laokri, PhD**  
Université libre de Bruxelles (ULB), Ecole de santé publique, Centre de recherche politique et système de santé - Santé internationale, Bruxelles, Belgique ; Tulane University, School of Public Health and Tropical Medicine, Department of Global Community Health and Behavioral Sciences, USA
- **Yves Coppieters, PhD**  
Université libre de Bruxelles (ULB), Ecole de santé publique, Centre de recherche politique et système de santé - Santé internationale, Bruxelles, Belgique

## Remerciements :

Les auteurs remercient Docteure Emilie Robert pour la révision de ce manuscrit.

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

## Résumé

**Contexte:** Après dix années de fonctionnement et malgré une assistance technique intensive, le taux d'adhésion à la mutuelle de santé de Dar Naïm en Mauritanie stagnait à 3,8% de la population cible. L'Institut de médecine tropicale (Anvers, Belgique) a assuré un suivi scientifique de la mutuelle pour la période 2003 - 2012. Plusieurs obstacles à son expansion ont été identifiés et des plans d'action ont été élaborés pour y remédier, mais sans succès en termes d'amélioration de la performance.

**Objectif:** Pour comprendre les causes de cette stagnation, nous avons exploré les facteurs explicatifs de la persistance du faible taux d'adhésion malgré l'identification des causes directes et de pistes de solution.

**Méthodes:** Dans cette étude rétrospective, nous avons fait une analyse du matériel recueilli au cours des dix années à l'aide d'une approche systémique centrée sur les processus internes de la mutuelle, les dynamiques sous-jacentes et les interactions complexes qui ont influencé les résultats.

**Résultats:** Franchir le pas de la planification à la mise en œuvre a été le principal obstacle à l'expansion de la mutuelle de Dar Naïm. Trois aspects particuliers de la mise en œuvre ont fait obstacle : (1) la réticence à s'écarter des procédures routinières dont la pertinence n'était pas certaine ; (2) la sous-estimation de la complexité de la mise en œuvre et par conséquent des compétences de gestion requises, et (3) l'influence primordiale du contexte social préexistant sur le style de gestion des leaders et leurs relations avec d'autres acteurs.

**Conclusion:** Les décideurs qui souhaitent renforcer les mutuelles de santé pour avancer vers la couverture sanitaire universelle, doivent introduire une professionnalisation de la gestion des mutuelles et 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. La formation des gérants doit les préparer au processus de la mise en œuvre du changement en tenant compte des interactions au sein de la société.

**Mots-clés:** Mutuelles de santé, Couverture sanitaire universelle, Étude de la mise en œuvre, Management, Afrique sub-saharienne.

# 1. Introduction

Les mutuelles de santé ont été introduites dans de nombreux pays africains pendant la deuxième moitié du vingtième siècle afin d'améliorer l'accès aux soins de santé par la diminution du paiement direct (Atim 1998). Le mouvement a connu une expansion rapide pendant les années 1990 et 2000 (Ndiaye et al 2007), et était considéré comme la voie à suivre pour évoluer vers un système d'assurance maladie national. Mais le nombre de personnes couvertes est resté largement en dessous des attentes et on observe moins d'enthousiasme au niveau international pour appuyer le développement des mutuelles de santé (par ex. Adebayo et al 2015; Pettigrew, Mathauer 2016). Cependant, avant de conclure à un éventuel rejet de la stratégie, il semble nécessaire de vérifier si sa mise en œuvre a reçu suffisamment d'attention. En outre, dans leur plan national vers la couverture sanitaire universelle, de nombreux gouvernements africains ont choisi les mutuelles de santé pour inclure le secteur informel, une autre raison pour examiner si et comment la mise en place des mutuelles de santé pourrait être améliorée. Le processus de mise en œuvre fait l'objet de notre étude de cas de la mutuelle de santé de Dar Naim en Mauritanie.

## 1.1. L'adhésion comme indicateur de performance

L'adhésion est le paramètre le plus souvent utilisé pour exprimer la performance d'une mutuelle de santé. Cela s'explique par le caractère volontaire de l'adhésion : d'une part couvrir toute la population cible est l'idéal à poursuivre ; d'autre part l'adhésion révèle la faculté de la mutuelle à intéresser la population. Pour son évaluation, les quatre indicateurs suivants sont employés : le taux d'adhésion, ou encore le taux de couverture ou de pénétration, est la proportion de la population cible qui est assurée (à savoir les bénéficiaires en ordre de paiement) (Garand et Wipf 2012). Un indicateur associé, le taux de croissance, mesure l'évolution du nombre de bénéficiaires d'année en année. Un troisième indicateur, le taux de fidélisation ou de renouvellement, mesure la proportion d'assurés qui renouvèlent après l'expiration de la période de couverture. Cet indicateur exprime particulièrement la satisfaction des membres. Finalement, la proportion de membres parmi les patients d'une formation sanitaire informe sur l'influence que la mutuelle peut avoir sur l'offre de soins de santé.

## 1.2. Les déterminants de l'adhésion

Des premières études aux plus récentes, le faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique reste une constante (Atim 1998; Musau 1999; de Allegri et al 2009; Odeyemi 2014). Par conséquent, comprendre les causes et y remédier a fait l'objet d'une multitude d'études. Plusieurs facteurs contribuant à la faible adhésion ont été identifiés. Ils comprennent des facteurs contextuels tels que la capacité de payer les contributions, la compréhension des principes de l'assurance, la distance des formations sanitaires et la qualité des soins qu'elles offrent, la confiance dans la gestion de la mutuelle, l'existence d'un cadre juridique approprié, ainsi que des facteurs internes liés à l'organisation et la gestion de la mutuelle tels que l'intérêt des services offerts, l'information adéquate de la population cible, le choix de l'unité d'adhésion, ou encore les capacités techniques de gestion (Hsiao 2001; Carrin 2003; Criel and Waelkens 2003; De Allegri et al 2006a,b; Basaza et al 2007,2008; De Allegri et al 2009; Soors et al 2010;

Odeyemi 2014). Ces facteurs déterminant l'adhésion continuent de faire l'objet d'études récentes en termes de motifs d'affiliation ou motifs d'abandon (Alkenbrack et al 2013; Atinga et al 2015; Haile et al 2014; Macha et al 2014; Marwa et al 2013; Mladovski 2014; Mebratie et al 2015; Panda et al 2014; Adebayo et al 2015).

### 1.3. La création de la mutuelle de santé de Dar Naïm

Dar Naïm est une banlieue de Nouakchott, la capitale de la Mauritanie. Un afflux de populations rurales en 1989 en est à l'origine. Depuis, Dar Naïm est restée l'une des banlieues pauvres de Nouakchott où les nouveaux migrants s'établissent en premier lieu. Le gouvernement avait délégué à l'ONG Caritas Mauritanie la tâche d'y organiser les soins de santé. Depuis 1990, son « Projet Santé Dar Naïm (PSDN) » est le principal prestataire de soins de santé de première ligne de Dar Naïm. Inspiré des exemples du Sénégal voisin, le PSDN a pris l'initiative d'établir une mutuelle de santé pour améliorer l'accès financier aux soins de santé. La mise en place et la gestion étaient financées par l'organisation belge Memisa pour une période de dix ans. Toutes les préparations, l'étude de faisabilité, la structure organisationnelle, les procédures et les outils de gestion suivaient les directives du programme « Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté » du Bureau international du Travail (BIT/STEP), décrit plus tard dans plusieurs guides (BIT & CIDR 2001; BIT 2002, 2003, 2005). Le modèle adopté était celui d'une mutuelle communautaire, gérée par ses membres au sein de l'assemblée générale (AG), d'un conseil d'administration (CA), d'un comité exécutif (CE) et d'un comité de contrôle (CC), formés de bénévoles.

Pour une gestion de proximité de la mutuelle, Dar Naïm avait été divisé en sept, puis huit zones avec chacune leur « bureau de zone », c'est à dire un CA décentralisé. La structure organisationnelle et les attributs de chaque fonction, le fonctionnement de la mutuelle ainsi que les conditions d'adhésion, les droits et obligations des membres étaient fixés dans les statuts et le règlement interne (MSCDN 2003). Seule la gérante de la mutuelle était rémunérée.

La phase préparatoire a commencé en août 2000, l'étude de faisabilité a eu lieu de mai à novembre 2002 (PSDN 2002) et la « Mutuelle de santé communautaire de Dar Naïm (MCSN) » a été inaugurée le 11 janvier 2003. Les services de la mutuelle étaient accessibles à partir du premier juillet 2003 pour les adhérents qui avaient observé une période d'attente de six mois.

### 1.4. Les procédures d'adhésion

L'adhésion est géographique, ouverte à tous les résidents de Dar Naïm. Il n'y a pas de période spécifique d'enregistrement : les membres peuvent s'inscrire à tout moment de l'année. Pour limiter la sélection adverse, un ménage doit adhérer avec tous ses membres et payer une contribution pour chaque personne à charge. Au départ, l'adhésion se faisait par unité de dix ménages. Leur délégué élu était responsable de la collecte des cotisations et représentait l'unité à l'assemblée générale. Plus tard, les nouveaux membres pouvaient adhérer en tant que ménages individuels, ce qui, à long terme, compromettrait la représentation à l'assemblée générale.

Chaque ménage payait les droits d'adhésion (paiement unique de 200 MRO (0,71 EUR) de 2002 à 2006 et 300 MRO (0,97 EUR) depuis 2007). Le livret d'adhésion porte les photos de tous

les membres du ménage. La cotisation était de 50 MRO (0,18 EUR) par personne et par mois en 2003 et a augmenté jusqu'à 80 MRO (0,21 EUR) ou 840 MRO par an en 2012. Les statuts décrivent les procédures de notification des membres ayant des arriérés et leur radiation quand les cotisations ne sont pas payées pendant six mois consécutifs. En pratique, le président du CA vérifie les arriérés de paiement à la fin de l'année dans le registre d'adhésion et radie les ménages qui n'ont plus contribué pendant plus de six mois.

## 1.5. Un taux d'adhésion en-dessous des attentes

A sa création, les organisations à l'origine de la mutuelle de santé de Dar Naïm ainsi que les leaders communautaires s'attendaient à une expansion rapide de la mutuelle de santé de Dar Naïm. L'étude de faisabilité avait indiqué qu'une grande majorité de la population était capable et disposée à payer, trouvait que les soins de santé étaient de qualité et témoignait d'une tradition d'associations et d'entraide (PSDN 2002). Le PSDN était apprécié par les habitants ; le projet avait le soutien des autorités sanitaires et de l'administration locale ; un financement suffisant était assuré. Mais quelques mois après son lancement, le nombre de bénéficiaires en ordre de paiement avait diminué à tel point que la viabilité de la mutuelle était en danger. En septembre 2003, seuls 828 des 9.750 bénéficiaires enregistrés (8,5%) étaient en ordre de paiement. Cette situation a conduit le PSDN et ses organisations de soutien Caritas Mauritanie et Memisa à demander l'assistance technique de l'Institut de médecine tropicale (IMT) d'Anvers en Belgique pour une période de dix ans. En décembre 2012, après dix années de fonctionnement et malgré de nombreuses tentatives de réforme, l'adhésion continuait à stagner.

Afin de comprendre pourquoi l'adhésion à la mutuelle de Dar Naïm n'a pas augmenté, nous avons, dans cette étude, réexaminé le matériel recueilli au cours des dix années de partenariat. Les conclusions de cette analyse approfondie peuvent être matière à réflexion pour les nombreuses mutuelles de santé où l'adhésion reste faible même quand les déterminants d'adhésion et de performance en cause ont été identifiés.

## 2. Méthodes

### 2.1. La recherche action, partie intégrante du programme

Les données pour cette étude rétrospective ont été recueillies au cours de sept visites d'évaluation menées entre décembre 2003 et décembre 2012. Les évaluations étaient participatives, dans le cadre d'une recherche action (Meyer 2000; Lingard et al 2008) intégrée dans le programme de mise en place de la mutuelle, avec l'objectif de guider l'amélioration de la performance et de comprendre comment les défis pouvaient être surmontés. Les principaux participants étaient le président du CA de la mutuelle, la gérante, un représentant du PSDN et un chercheur de l'IMT qui n'était pas un observateur externe mais un acteur du processus.

Chaque évaluation débutait par la comparaison des résultats aux objectifs fixés, une discussion avec les membres du CA de la mutuelle portant sur les réalisations et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan d'action et l'identification de questions spécifiques qui devaient faire l'objet d'investigations approfondies. Les solutions proposées étaient souvent formulées

comme des hypothèses à tester, leurs résultats engendraient de nouvelles hypothèses dans un processus itératif qui faisait partie du cycle de gestion.

Les données quantifiées sur l'adhésion, sur la situation financière et sur l'utilisation des services de santé proviennent du système d'information systématique de la mutuelle, introduite dès la première année suivant le modèle de surveillance proposé par le BIT/STEP (BIT, CIDR 2001). Deux enquêtes ménages ont été effectuées. La première dans le cadre de l'étude de faisabilité réalisée en 2002 fournit des informations sur le contexte socio-économique, la disponibilité et l'utilisation des services de santé, la volonté et la capacité de payer ainsi que les opinions concernant les soins de santé prioritaires à couvrir par la mutuelle (PSDN 2002). La seconde est une enquête d'opinion réalisée en décembre 2007 dans laquelle 1.200 chefs de ménage ont été interviewés au sujet de l'intérêt de l'adhésion, des conditions d'adhésion, de la gestion de la mutuelle et de son avenir (N'Diaye 2008). Des études complémentaires ont été conduites pour répondre à des questions précises, telles que des études de coûts et de la qualité des soins dans les formations sanitaires. Les méthodes qualitatives de collecte de données comprenaient l'observation, l'examen de documents, des interviews approfondies et des discussions de groupe avec les habitants de Dar Naim, avec les acteurs impliqués dans la gestion de la mutuelle et avec des personnes clés d'autres organisations et de la fonction publique locale et nationale. Les résultats sont inclus dans les rapports d'évaluation qui forment la principale source de l'analyse rétrospective des données.

## 2.2. L'analyse rétrospective des données

Pour étudier les causes du faible taux d'adhésion au-delà des déterminants de performance connus, l'information recueillie au cours des dix années a été analysée à l'aide d'une approche systémique centrée sur les processus internes, la dynamique sous-jacente et les interactions complexes qui ont influencés les résultats (de Savigny et Adam 2009). Le système étudié est la mutuelle elle-même, avec sa structure organisationnelle, sa conception et sa gestion, sa dynamique et les interactions internes. La mutuelle fonctionne dans un environnement sociétal, juridique, économique, culturel, politique et administratif, avec des interactions privilégiées avec le secteur de la santé. Les membres de la mutuelle et ses leaders sont en même temps membres de la société civile, ce qui influe directement sur leur comportement au sein de la mutuelle. Il fallait donc examiner les processus de transformations internes du système ainsi que les interactions avec son environnement.

Nous avons d'une part une quantité considérable de données et d'autre part de nombreuses questions liées à la performance d'une mutuelle de santé qui toutes devaient être examinées. Pour organiser les données, nous avons élaboré un cadre d'analyse thématique qui couvre tous les aspects de la performance d'une mutuelle de santé. Ce cadre a été construit à partir de sept études influentes résumant la documentation existante de la performance des mutuelles de santé (Jacab et al 2001; ILO 2002; Ekman 2004; Palmer et al 2004; Carrin et al 2005; De Allegri et al 2009; Soors et al 2010) et trois manuels d'évaluation des mutuelles de santé (ILO 2007; Wipf et al 2010; HIP 2011). Nous avons retenu six domaines de performance :

1. La mobilisation des ressources : mobiliser des fonds durables pour couvrir les dépenses pour les soins de santé
2. La protection financière : protéger le ménage contre les effets d'appauvrissement liés aux dépenses élevées pour la santé
3. L'inclusion sociale : inclure les différentes strates de la population, spécialement les plus vulnérables
4. L'utilisation des services de santé : améliorer l'utilisation des soins par les membres de la mutuelle
5. La performance des services de santé : l'influence de la mutuelle de santé en termes de qualité des soins, le paquet des soins couverts, leur adéquation à la demande et leur prix
6. L'autonomisation des populations locales : amener la communauté à devenir un acteur respecté dans le système de santé et à maîtriser les facteurs et les décisions qui déterminent leur santé.

Ensuite nous avons disposé l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer la performance sous vingt thèmes (encadré 1). Les premiers thèmes concernent la création de la mutuelle et son contexte. Les thèmes suivants reprennent les différents aspects du fonctionnement de la mutuelle, différents angles à partir desquels la performance de la mutuelle peut être examinée.

### Encadré 1 : Classement des déterminants de la performance

1. **La création** : les objectifs et le processus de démarrage.
2. **Des éléments du contexte** : les conditions socio-économiques, le système de santé, la qualité des services de santé, le financement de la santé.
3. **La préparation à l'intégration d'une mutuelle de santé** : du système administratif, juridique et financier national, du secteur de la santé et de la population cible.
4. **La mobilisation des ressources** : les méthodes de cotisation, le copaiement, les subventions.
5. **La sensibilisation et la communication.**
6. **La gestion financière** : les fonctions administratives de budgétisation et de comptabilité.
7. **La viabilité financière** : les résultats financiers et les indicateurs de la viabilité financière.
8. **La gestion des risques** : les stratégies pour gérer la sélection adverse, la surconsommation, la sur-prescription et la fraude.
9. **La protection financière** : les stratégies de partage des risques, de prépaiement, de contrôle des dépenses.
10. **Le calcul de la cotisation** : les méthodes pour déterminer le paquet des services et la cotisation des membres.
11. **Les services couverts** : les conditions d'accès aux prestations, l'évolution du paquet de services.
12. **L'adhésion** : les conditions d'adhésion, les statistiques, les raisons d'affiliation et d'abandon.
13. **L'inclusion sociale** : les stratégies et les activités pour l'inclusion de groupes vulnérables.
14. **L'utilisation** : statistiques d'utilisation des services de santé par les membres et les non-membres ; l'itinéraire thérapeutique.
15. **Le paiement des prestataires** : règles et pratiques.
16. **Les soins de santé** : les prestataires conventionnés, la qualité des soins, les relations entre les prestataires et la mutuelle, les stratégies et les pratiques pour promouvoir la rationalisation des soins.
17. **Stewardship** : la législation, l'implication du gouvernement.
18. **La gouvernance et la prise de décision** : la structure organisationnelle, les interactions au sein de la mutuelle.
19. **Tableau description des rôles** : un support structuré pour mieux comprendre les interactions.
20. **L'autonomisation** : la participation des membres dans la prise de décision ; l'influence de la structure organisationnelle démocratique de la mutuelle sur les relations de pouvoir dans le système de santé et la société en générale.

Les données ont été classées dans la ou les rubriques du cadre thématique auxquelles elles se rapportent. Cette classification était un premier niveau d'abstraction et de synthèse qui a ouvert la voie à l'émergence d'associations et de tendances. Au sein de chaque thème, l'analyse suivait une séquence qui allait des objectifs de la mutuelle aux résultats, par le biais des stratégies choisies pour atteindre les objectifs et leur mise en œuvre (objectif → stratégies (procédures) → mise en œuvre → résultat), compte tenu d'éléments externes influant sur le processus, d'éléments internes et des interactions entre acteurs.

Parce que l'objectif était de trouver un sens, notre exploration cherchait à interpréter les tendances plutôt que simplement les détecter, et à trouver ces interactions qui animent le système. L'analyse par théorisation ancrée a guidé cette interprétation : partir des données elles-mêmes pour les classer dans une forme logique qui donne sens, pour ensuite générer des hypothèses et progressivement construire une théorie qui explique le comportement du système (Paillé 1994).

L'approche thématique pour structurer les données (Pope et al 2000; Barnett-Page et Thomas 2009) n'est pas en conflit avec l'approche de la théorie ancrée. L'analyse de chaque thème s'est faite de manière séparée, réalisée à l'aide de la méthode de comparaison constante de la théorisation ancrée : d'abord tester les éléments les uns aux autres, ensuite les tendances à des données nouvelles, pour arriver à des tendances explicatives qui ont fait l'objet de comparaison entre thèmes. Cette lecture transversale a mis en avant les faits, les actes, les processus et les motifs sous-jacents qui semblent influencer les résultats de plusieurs thèmes. Ces tendances émergentes ont permis de formuler une série d'hypothèses quant aux causes de la stagnation dans le développement de la mutuelle de santé de Dar Naim. Ultérieurement, le cadre d'analyse sera appliqué à une série de mutuelles de santé dans d'autres pays. La vérification des hypothèses, la comparaison des tendances et des résultats permettront de progresser vers une théorie consolidée. Les six domaines de performance mentionnés plus haut ont aussi été choisis en vue de comparaison et de théorisation consolidée, car ce sont les thèmes avancés par la plate-forme néerlandaise 'Health insurance for the Poor' (HIP) afin de réaliser des études similaires (HIP 2011b).

La version initiale du protocole de l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'IMT. Après plusieurs modifications pour mieux répondre à la question de recherche, le protocole a été approuvé dans le cadre d'une thèse de doctorat.

## 3. Résultats

### 3.1. L'adhésion à la mutuelle de santé de Dar Naïm

En juin 2003, quand les membres pouvaient accéder aux prestations après la période d'attente, il y avait 9.655 bénéficiaires pour une population de 59.486 habitants (tableau 1) ; un taux d'adhésion de 16,2%. Un an plus tard, 6.188 bénéficiaires (64%) avaient été radiés parce qu'ils n'avaient pas cotisé pendant plus de six mois. Depuis lors, le nombre moyen des bénéficiaires en ordre de paiement est autour de 3.086. À son apogée en 2008 et 2009, le taux d'adhésion de bénéficiaires en ordre de paiement représentait 7% de la population de Dar Naïm. En 2012, les 3.233 bénéficiaires en ordre de paiement ne représentaient que 3,8% de la population qui était alors estimée à 85.000 habitants. Une part non négligeable de ces bénéficiaires (23%) faisait l'objet de subventions octroyées par un fonds d'équité. En effet, le PSDN avait introduit en 2005 un fonds d'équité dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres (Criel et al 2010). En 2012, le fonds d'équité payait la cotisation de 23% des bénéficiaires en ordre de paiement de la mutuelle (tableau 1).

**Tableau 1 : Taux de pénétration de la Mutuelle de santé communautaire de Dar Naïm (MCSDN)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Bénéficiaires enregistrés</b>	8869	9655	4894	6223	6696	7207	7054	6234	5672	4950	6311
<b>Population estimée</b>	59486*	60000	60000	62000	64000	65000	65500	69801	70000	85000	85000
<b>Taux de pénétration théorique</b>	15%	16%	8%	10%	10%	11%	11%	9%	8%	6%	7%
<b>Bénéficiaires actifs</b>		2281	1475	2523	3058	2481	4501	4763	3946	2598	3233
<b>Taux de pénétration réel</b>		4%	2%	4%	5%	4%	7%	7%	6%	3%	4%
<b>Bénéficiaires fonds d'équité</b>				51	200	293	452	510	598	674	736
<b>% bénéficiaires auto payants**</b>		100%	100%	98%	93%	88%	90%	89%	85%	74%	77%

\* Résultats d'un recensement fait par le PSDN avec l'Office National de la Statistique en septembre 2003

\*\* Bénéficiaires actifs moins bénéficiaires du fonds d'équité

Le taux de renouvellement n'est pas directement surveillé à Dar-Naïm, mais peut être estimé à partir de la proportion de membres radiés: 1 - radiés = renouvellements. Ainsi calculé, le taux moyen de renouvellement est de 64.5% (tableau 2). Toutefois, il n'informe que sur les réinscriptions de ceux qui étaient membres l'année précédente et ne nous apprend pas si ce sont les mêmes membres qui restent fidèles à travers les années. Il se pourrait que des membres renouvèlent pendant 1 ou 2 ans, ensuite abandonnent pour se réinscrire des années plus tard.

**Tableau 2 : Taux de renouvellement (estimé) de la MSCDN**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	moyennes
<b>Renouvellements potentiels*</b>	8869	9655	4894	6223	6696	7207	7054	6234	5672	4950	6509
<b>Radiés</b>		6188	705	1568	1741	4851	1828	1497	2152	0	2281
<b>% radiés</b>		64%	14%	25%	26%	67%	26%	24%	38%	0%	32%
<b>Renouvellements (1-radiés)</b>		3467	4189	4655	4955	2356	5226	4737	3520	4950	4228
<b>% renouvellements</b>		36%	86%	75%	74%	33%	74%	76%	62%		65%

\* Bénéficiaires qui doivent renouveler après l'expiration de l'année de couverture précédente

La proportion de mutualistes parmi les patients est mesurée dans les quatre formations sanitaires du PSDN où la plupart des membres se font soigner. Ils y représentent 7% des consultations (tableau 3), 2% des accouchements et 5% des revenus des formations sanitaires (tableau 4).

**Tableau 3 : Proportion de membres de la MSCDN parmi les patients des structures de santé PSDN**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>% des consultations (curatives, pré- et postnatales*) par des membres</b>									
Consultations mutualistes	1119	1696	2940	3562	4353	5536	4243	2691	26140
Consultations totales	35501	37292	41668	46777	51304	56636	54429	58895	382502
% mutualistes	0,03	0,05	0,07	0,08	0,08	0,10	0,08	0,05	0,07
<b>% des accouchements par les membres</b>									
Mutuellistes <sup>§</sup>	21	38	50	23	44	98	102	85	461
Total PSDN	1876	1992	2056	2267	2535	2700	2408	2580	26228
% mutualistes	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,04	0,04	0,03	0,02

\* Le système d'information systématique de la mutuelle ne fait pas la différence entre consultations curatives, pré- et postnatales

§ Incomplet pour 2008 et 2009

**Tableau 4 : Contribution<sup>#</sup> de la MSCDN au recouvrement des coûts des structures de santé PSDN**

	2008	2009	2010	2011	Total
Mutuelle : consultations curatives	1028428	1410334	1261866	542309	4242937
Mutuelle : accouchements <sup>§</sup>	89976	219475	265200	221000	795651
Mutuelle : laboratoire*	56625	68410	87365	58425	270825
Mutuelle : total	1175029	1698219	1614431	821734	5309413
PSDN total	22658801	27651534	30235742	31891402	112437479
% mutuelle	0,05	0,06	0,05	0,03	0,05

# Le ticket modérateur, payé directement par le patient au prestataire, n'est pas inclus

§ Incomplet pour 2008 et 2009

\* Incomplet pour 2009

Ces statistiques suggèrent l'intérêt de la population de Dar Naïm d'adhérer à la mutuelle, mais plus encore soulèvent la question : pourquoi la mutuelle ne réussit pas à fidéliser ses membres et à augmenter ses effectifs ? Les résultats suivants présentent les principaux événements dans le déroulement de la mise en place de la mutuelle qui peuvent expliquer la persistance du faible taux d'adhésion.

### 3.2. De multiples dysfonctionnements liés à la mise en pratique, une cause primaire du faible taux d'adhésion

A l'issue de la première évaluation externe en décembre 2003, une série de dysfonctionnements des structures mises en place, de la mise en œuvre des stratégies prévues et de la gestion interne ont pu être identifiés. Les pistes de solution envisagées impliquaient la révision des stratégies et procédures initiales, la modification des rôles et des relations entre les acteurs, et des méthodes de gestion différentes (tableau 5). Malgré des discussions approfondies entre acteurs au sujet de chaque problème, de son influence sur la performance et ses solutions possibles, relativement peu de changements ont été introduits.

**Tableau 5 : Les problèmes et les solutions identifiés en 2003**

Problèmes	Solutions proposées	Exécution
Un système inefficace pour la collecte des cotisations :	Révision fondamentale de la stratégie de collecte des cotisations :	
- Cotisations mensuelles	- Cotisations annuelles - Suivi rapproché des renouvellements dus	- Option à partir de 2008 - Pas de suivi rapproché
- Transport à charge des délégués bénévoles	- Tour des zones mensuelle par la gérante	- Fait pendant quelques mois puis abandonné
- Abandon par certains délégués devant des tâches plus exigeantes qu'attendues	- Remplacer les délégués inactifs - Transférer des tâches vers la gérante rémunérée	- Pas d'intervention par la gestion centrale - Pas de changement officiel des rôles
- Mauvaise gestion des fonds par certains délégués et responsables des zones	- Appliquer les mesures correctives prévues dans les statuts	- Pas de mesures correctives ; entretiens individuels par le président
Des procédures compliquées pour prouver son droit aux prestations	Abolir la 'lettre de garantie' et distribuer à temps les listes de bénéficiaires à jour aux prestataires de soins	Abolie en 2007
La mécompréhension de certaines règles et procédures, multiples et compliquées	- Meilleure information des leaders, des délégués et des membres sur les procédures, les droits et les obligations - Simplifier plusieurs procédures	- Plusieurs ateliers de formation continue pour les leaders et les délégués - Campagnes d'information régulières
La désinformation par les recruteurs dans le but d'enregistrer plus de membres	- Ré-informer ; exposer la désinformation avec franchise aux membres	- Exécuté avec dynamisme en 2004
La méfiance suite au manque d'information, à la désinformation et à la mauvaise gestion des fonds par certains délégués	Ré-informer ; transparence ; meilleur style de communication ; renforcer la participation et l'appartenance	Plusieurs campagnes d'information ; pas de changement dans la communication, la participation et l'appartenance
Pas de perception d'appartenance et d'appropriation par les membres	Réunions de membres régulières dans chaque zone autour de sujets d'intérêt général	- Fait pendant quelques mois puis abandonné - Fait avec succès dans la zone de Zaatar
Performance médiocre des responsables de certaines zones, du CA, CE et CC qui s'attendaient à une rémunération au moyen terme	- Remplacer les responsables inactifs par des candidats motivés - Abolir les bureaux de zone	- Pas de remplacement des responsables - Pas de changement officiel du rôle des bureaux de zone
L'exclusion des plus pauvres et des familles nombreuses ; l'exclusion des ménages plus aisés	- Créer un fonds d'équité - Revoir la définition du 'ménage' - Envisager des rabais pour les familles nombreuses - Campagnes de sensibilisation ciblées - Etablir une relation avec la municipalité pour promouvoir la mutuelle comme un service aux citoyens	- Fait en 2005 - Evolution spontanée vers la famille nucléaire - Option rejetée - Pas de campagnes pour attirer les plus aisés - Pas de rapprochement avec la municipalité
Inaction des leaders de la mutuelle face aux problèmes inattendus	- Gestion réactive visant à résoudre des problèmes, à améliorer la satisfaction des membres - Formation continue	- Tentatives des leaders d'améliorer l'exécution des stratégies initiales ; pas de changements dans le style de gestion - Formation continue régulière jusque 2008

Entre 2003 et 2012, plusieurs nouvelles stratégies d'amélioration ont été développées. Elles ont souvent été la source de plans d'action détaillés écrits par les leaders de la mutuelle et du PSDN. Ceux-ci n'ont ensuite été exécutés que très partiellement. La suite des résultats présente des exemples illustrant les obstacles sous-jacents à l'action.

### 3.3. Les procédures pour vérifier le droit aux prestations : un changement réalisé

Pour avoir droit aux prestations, les affiliés devaient être munis de leur livret de membre ainsi que d'une « lettre de garantie » émise par le bureau de zone, preuve que leur cotisation était payée. La distance éloignée entre le bureau de zone et la formation sanitaire ou l'absence de la personne responsable au moment où le bénéficiaire se présente au bureau de zone pouvaient rendre l'obtention dudit document difficile. Les malades qui décidaient de se présenter sans la lettre de garantie devaient payer comme les non-membres. Cette situation était vivement critiquée par les membres et a eu pour conséquence la démission de plusieurs parmi eux.

Abolir le système de vérification basé sur les lettres de garantie et le remplacer par la distribution aux formations sanitaires de listes de membres en ordre de paiement constituait l'une des solutions discutées. Cependant, cette stratégie a rencontré des réserves dans le chef du CA. D'une part, les membres du CA étaient réticents à dévier des procédures initiales telles qu'elles étaient décrites dans les guides BIT/STEP. D'autre part, ils ne voulaient pas contrarier les responsables des bureaux de zone en réduisant leur rôle. En effet, ces postes de responsabilité avaient été distribués avec discernement parmi les leaders communautaires dans le but de préserver l'harmonie sociale ; diminuer leur rôle risquait de troubler l'équilibre. Et effectivement, ces derniers ont retardé la distribution routinière des listes aux formations sanitaires, mais grâce à l'effort continu de la gérante, la stratégie simplifiée s'est avérée fonctionnelle à partir de 2008.

### 3.4. Les procédures pour la collecte des cotisations : un changement partiel

Les procédures conçues pour la collecte mensuelle des cotisations s'articulaient à trois niveaux et impliquaient divers acteurs. Les délégués recueillaient les cotisations de leur unité, les transféraient au trésorier du bureau de zone, qui les transférait à son tour à la gérante. Dans la pratique, de nombreux délégués avaient cessé de percevoir les cotisations de leur unité trouvant que les difficultés rencontrées dépassaient leur engagement bénévole. En outre, trois des sept bureaux n'étaient pas fonctionnels. Les membres désireux de verser leur contribution ne savaient pas où s'adresser.

Pour pallier ces faiblesses, une méthode alternative de collecte a été testée. Chaque mois, la gérante de la mutuelle se rendait dans chaque zone à une heure et un endroit fixés pour recouvrer les cotisations directement des délégués, limitant ainsi les étapes entre les membres et le compte bancaire de la mutuelle, évitant les retards, résolvant le problème des frais de transport des délégués, de la collecte des cotisations dans les zones dont le bureau était dysfonctionnel et améliorant la visibilité de la mutuelle dans les quartiers. Bien qu'appréciée par la gérante, par les délégués et par les membres qui l'ont pratiquée, cette méthode de collecte a été rapidement interrompue en raison des objections des bureaux de zone à qui un autre rôle était supprimé.

Ce n'est qu'en 2008, suite aux résultats d'une enquête d'opinions des habitants de

Dar Naïm que l'option du paiement annuel a retenu l'attention du CA. Cette alternative simplifiait considérablement les procédures de collecte des cotisations et était jugé abordable pour la plupart des membres (N'Diaye 2008). Pour les anciens membres interrogés (176/1200, 15%), améliorer le système de collecte des cotisations constituait une priorité d'action. Les membres (349/1200, 29%) étaient largement en faveur d'une cotisation annuelle, plus intéressante pour les travailleurs du secteur informel. A partir de 2008, le système de cotisations annuelles a été progressivement rendu obligatoire pour les nouveaux membres. En 2012, la plupart des ménages payait annuellement, mais sans prévoir un suivi pour alerter ceux qui devaient renouveler. Par conséquent, ceux qui ne le faisaient pas spontanément étaient radiés après 6 mois d'arriérés.

Une meilleure gestion des cotisations aurait favorisé la rétention des membres existants, mais le CA donnait priorité au recrutement de nouveaux membres. Chaque année, des campagnes de sensibilisation étaient organisées. Cependant, aspirant à inscrire un grand nombre, la plupart des recruteurs acceptaient comme « nouveaux membres » des ménages qui n'avaient payé que les droits d'adhésion, sans prévoir le paiement régulier des cotisations. Ces ménages n'étaient pas recontactés, n'ont pas reçu de livret de membre, n'ont pas payé de cotisations et ont été radiés à la fin de l'année. Entre 2002 et 2012, un total de 5.495 nouveaux membres couvrant 26.841 bénéficiaires a ainsi été enregistré. Par contre, 4.209 membres couvrant 20.530 bénéficiaires ont été radiés après 6 mois de non-paiement des cotisations.

En 2012, les responsables de la mutuelle reconnaissaient que la collecte des cotisations restait un obstacle majeur au développement de la mutuelle, mais hésitaient toujours à en faire une priorité d'action.

### **3.5. Maintenir le contact avec les membres : une action positive non-généralisée**

Lorsque leur délégué ou leur bureau de zone cessa de fonctionner, il était difficile pour les membres de rester en contact avec la mutuelle. Pour rétablir la communication, la gérante a organisé des rencontres de membres dans chaque zone. Quand ces rencontres ont été interrompues pour réduire les dépenses, elle a organisé des réunions de membres dans la zone de Zaatara dont elle occupait le bureau. Zaatara est la seule zone où le nombre de bénéficiaires en ordre de paiement a augmenté régulièrement au cours des années (tableau 6). Il y a, par exemple, une unité de dix femmes qui ont formé une tontine. Chaque mois, celle qui reçoit la somme recueillie paie sa cotisation annuelle. Ce sont des membres satisfaits dont les enfants, une fois indépendants, deviennent membres. Elles attribuent le résultat positif de leur zone à la bonne information des membres, aux réunions régulières, à l'entraide au sein de l'unité, et au souci d'écoute et de résolution de problèmes de la gérante. Cette expérience positive ne s'est pas étendue aux autres zones.

**Tableau 6 : Nombre moyen de bénéficiaires actifs par zone**

Zone	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dar Barka			274,5	248,7	434,4	360,3	200,8	72,1	71,5
Dar Salam	359,2	871,7	488,75	439,8	411,3	432,0	439,8	387,3	496,5
Eolienne	57,9	233,2	172,7	179,8	183,1	161,5	135,2	178,8	330,9
Hay Saken	210,1	473,5	290,8	295,9	360,3	322,8	112,3	113,6	89,3
Maison des jeunes	40,8	157,5	755,9	202,2	273,1	591,1	556,3	473,3	449,8
Tab Salam Diam	339,2	618,2	755,9	847,6	1206,9	1658,1	1118,7	640,1	735,6
Tensoueilem	63,2	116,3	98,0	75,3	97,9	108,8	89,7	73,9	79,1
Zaatar	52,8	112,2	142,1	191,6	261,2	387,3	432,2	467,5	629,5
Fonds d'équité*							59,8		
<b>Total</b>	<b>1123</b>	<b>2582,6</b>	<b>2401,1</b>	<b>2480,8</b>	<b>3212</b>	<b>4021,9</b>	<b>3144,6</b>	<b>2406,5</b>	<b>2882,2</b>

\*Pour les autres années, les bénéficiaires du Fonds d'équité sont distribués par zone

### 3.6. La maîtrise des dépenses hospitalières : un changement essentiel systématiquement ignoré

En 2003, le remboursement forfaitaire de 10.000 MRO (36,8 €) que les membres recevaient en cas d'hospitalisation était suffisant pour couvrir leurs dépenses. Les années suivantes ont vu une augmentation rapide des factures des soins hospitaliers, ainsi que des médicaments à acheter dans les pharmacies privées, couramment prescrits par les médecins hospitaliers. Le montant remboursé aux assurés pour l'hospitalisation a été augmenté à 20.000 MRO en 2005 et à 30.000 MRO en 2011 (tableau 7) mais ne couvrait plus qu'une fraction des frais encourus par les patients qui pouvaient dépasser 100.000 MRO.

Tableau 7 : Evolution du paquet de services offerts par la MCSDN

	Paiements par MCSDN						
	2003	2004	2005-6-7	2008	2009	2010	2011-12
Structures de première ligne	4 du PSDN	5	7	8	8	8	8
Consultations curatives	50%	Au-dessus de 50 MRO	Au-dessus de 50 MRO	Au-dessus de 50 MRO	Au-dessus de 100 MRO	Au-dessus de 200 MRO	Au-dessus de 200 MRO
Consultations prénatales	50%	50%	75%	75%	75%	75%	75%
Accouchement	75%	75%	75%				
Forfait PSDN pour soins obstétricaux + référence				75% = 2250 MRO	75% = 2625 MRO	2600 MRO	2600 MRO
Accouchements dans les structures non-PSDN				75%	75%	75%	75%
Laboratoire	-	50%	75%	75%	75%	75%	75%
Soins dentaires	-	-	50%	50%	50%	50%	50%
Remboursement pour l'hospitalisation	10000 MRO	10000 MRO	20000 MRO	20000 MRO	20000 MRO	20000 MRO	30000 MRO
Remboursement pour accouchement compliqué + transport en urgence	5500 MRO	5500 MRO	5500 MRO				
Remboursement pour accouchement compliqué + transport en urgence dans les structures non-PSDN				5500 MRO	5500 MRO	5500 MRO	5500 MRO
Césarienne (intervention seulement)	-	-	100%				
Césarienne (intervention seulement) dans les structures non-PSDN				100%	100%	100%	100%
Plafond pour soins hospitaliers ambulatoires		5000 MRO	5000 MRO	5000 MRO	5000 MRO	5000 MRO	5000 MRO
Médicaments en pharmacie privée	-	-	50%	50%	50%	50%	50%
Médicaments en pharmacie pour maladies chroniques				30%	30%	30%	30%

En 2005, un remboursement de 50% avait été introduit pour les médicaments achetés dans les pharmacies privées, mais en 2007, ce remboursement a été réduit à 30% pour les maladies chroniques et temporairement suspendu en 2010 pour retrouver l'équilibre financier de la mutuelle. La voie suivie en réponse à l'augmentation des coûts des soins avait donc été celle d'augmenter la couverture financière par la mutuelle, mais très vite le risque de faillite a forcé le CA de faire marche arrière.

La réduction des dépenses pour les soins hospitaliers a fait l'objet de plusieurs plans d'action à partir de 2007. Leur stratégie centrale était de promouvoir la prescription rationnelle d'examen et de traitements. La mutuelle devait, par exemple, établir une liste restrictive de médicaments couverts à 100%, y compris les médicaments génériques pour les maladies chroniques disponibles dans les structures de première ligne ; les médicaments qui ne figuraient pas sur la liste ne seraient pas remboursés. Ce changement impliquait d'une part une négociation avec les médecins hospitaliers et d'autre part un échange avec les membres au sujet des médicaments génériques. Pour avoir une base de discussion avec la direction et le personnel

hospitalier, les plans d'action prévoyaient aussi de documenter l'augmentation importante des frais hospitaliers. En 2009 par exemple, la mutuelle a mené une enquête à l'hôpital Cheikh Zayed auquel la majorité des membres de la mutuelle étaient référés. Les patients de différents services étaient demandés quotidiennement de détailler toutes leurs dépenses. Néanmoins, les plans pour réduire les frais hospitaliers n'ont jamais été menés à bout. Une liste de médicaments remboursés n'a pas été introduite ; la discussion avec les médecins hospitaliers n'a pas été entamée ; la perte des formulaires de sondage a eu pour conséquence que les résultats de l'enquête n'ont pas été compilés.

Une autre option pour réduire les dépenses de la mutuelle était de profiter de différentes subventions disponibles dans le pays. Par exemple: les hôpitaux publics en Mauritanie reçoivent une provision substantielle pour payer les soins des démunis. Les patients peuvent approcher le service social de l'hôpital ou directement la Direction des affaires sociales (DAS). Le plan d'action de 2007 prévoyait que la mutuelle fasse les démarches pour obtenir ces subventions pour tous les membres hospitalisés. En 2009, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a proposé une couverture CNAM pour les soins hospitaliers en échange d'une cotisation à négocier. Enfin, plusieurs organisations internationales présentes à Nouakchott qui avaient des fonds pour promouvoir la protection sociale et la couverture sanitaire universelle pouvaient être contactées. Là encore, ces options n'ont pas été exploitées. L'explication donnée était qu'entrer dans ces collaborations risquait d'entraîner une perte d'indépendance.

### 3.7. La résistance au changement

Ces constats de non-exécution des plans suggéraient que les véritables obstacles au changement n'avaient pas été appréhendés. L'identification des causes primaires de stagnation, l'évaluation participative et des formations sur les problèmes techniques en question n'avaient pas suffi pour déclencher des modifications de procédures et leur implémentation. La formation s'est ensuite centrée sur le cycle de gestion, particulièrement sur l'analyse des résultats comme base de prise de décision pour le changement. Cet apprentissage a résulté en l'écriture de plans d'actions élaborés par le CA, mais n'a pas aidé à faire le pas de la planification à l'action. D'autres raisons que le manque de compétences entravaient le changement.

Les leaders de la mutuelle étaient réticents à s'écarter du modèle initial inspiré par l'approche BIT/STEP. Ils n'acceptaient pas aisément les adaptations suggérées par l'équipe d'encadrement technique du PSDN. En cas de désaccord, ils réfèrent souvent à leur pouvoir décisionnel statutaire pour manifester leur autorité. Graduellement, les limites de leur compétence et le refus de tenir compte des conseils ont conduit à des décisions qui ont érodé les chances d'extension de la mutuelle. La suite des résultats présente des exemples illustrant cette évolution.

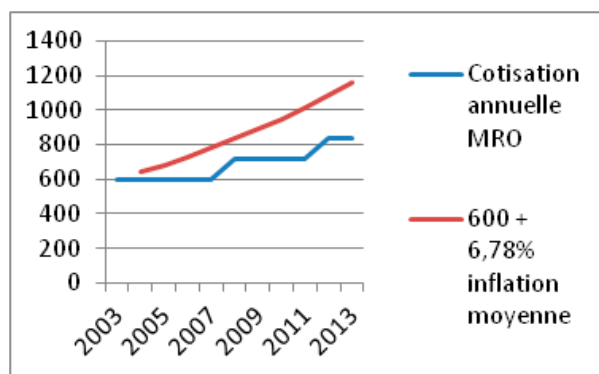
### 3.8. Diminuer le paquet de prestations pour sauvegarder l'équilibre financier

Maintenir l'équilibre financier de la mutuelle, c'est-à-dire s'assurer que les revenus des cotisations couvrent les dépenses pour les soins, était la priorité de gestion des membres du CA. Pour sauvegarder cet équilibre, l'augmentation annuelle de la cotisation, en suivant l'inflation et en réponse à l'augmentation systématique des frais des soins de santé, est une

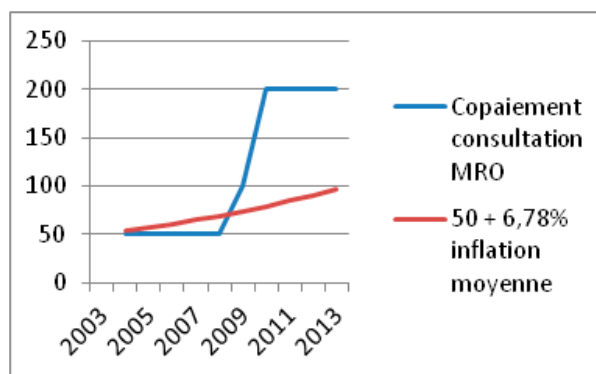
démarche rationnelle. Les membres, dont la majorité était engagée dans des microentreprises, comprenaient les effets de l'inflation. La majorité était capable de payer des cotisations plus élevées : en 2007, les non-membres dépensaient en moyenne 6.214 MRO (17,1 EUR) / personne / an pour les soins de santé, alors que la cotisation annuelle était de 720 MRO (1,98 EUR) par personne (N'Diaye 2008). Néanmoins, les membres du CA ont préféré maintenir les cotisations au plus bas comme moyen d'attirer de nouveaux adhérents. La cotisation a été légèrement augmentée en 2008 et en 2012, mais cette augmentation ne compensait pas l'inflation (figure 1) et encore moins l'explosion des dépenses des soins hospitaliers et dans les pharmacies privées.

Quand la cotisation ne suit pas les dépenses, d'autres sources doivent être trouvées pour maintenir la solvabilité financière. Ainsi, le CA a progressivement augmenté le ticket modérateur d'une part, et d'autre part réduit le niveau de couverture de certains services. Ces stratégies ont mené à l'augmentation du paiement direct et à la détérioration de la protection financière. Pour les consultations de première ligne, le ticket modérateur (sous forme de participation forfaitaire) est passé de 50 MRO en 2004, à 100 MRO en 2009 et 200 MRO en 2010 (figure 2). En 2012, la participation forfaitaire représentait 40% du prix de la consultation (tableau 8) ; plus de 50% dans les postes de santé du PSDN (tableau 9). Comme mentionné auparavant, le remboursement de médicaments pour les maladies chroniques achetés en pharmacie privée ainsi que la couverture des soins hospitaliers étaient devenus dérisoires. En 2012, les bénéficiaires pouvaient difficilement motiver de nouvelles adhésions.

**Figure 1 : Cotisation théorique basée sur l'inflation et cotisation réelle, 2003-2013**



**Figure 2 : Copaiement théorique basé sur l'inflation et copaiement réel, 2003-2013**



**Tableau 8 : Proportion du ticket modérateur du prix total de la consultation**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Copaiement	50 MRO	50 MRO	50 MRO	50 MRO	50 MRO	100 MRO	200 MRO	200 MRO	200 MRO
Prix total moyen	214	274	332	293	340	371	512	432	495
% copaiement	23%	18%	15%	17%	15%	27%	39%	46%	40%

2009 : à partir d'avril quand le montant du copaiement était augmenté  
 2010 : à partir de mai quand le montant du copaiement était augmenté

**Tableau 9 : Proportion du copaiement en 2012**

	Prix moyen	copaiement	% copaiement
Tab Salam Diam	575	200	0,35
Tab El Avia	309	200	0,65
Tab El Khair	369	200	0,54
Tab Teissir	345	200	0,58
<b>Subtotal PSDN</b>	466	200	0,43
Tensouïlim	806	200	0,25
Teyarett	926	200	0,22
Dar El Barka*	-	-	-
Tab Rava	559	200	0,36
<b>Total</b>	495	200	0,40

\* Pas de consultations par les membres en 2012

### 3.9. La gouvernance

Afin de promouvoir la rotation des membres des organes dirigeants, les statuts prévoient des élections biennales. Elles ont eu lieu en 2005 et en 2007. Le CA a alors proposé une liste de noms que l'assemblée générale pouvait accepter ou rejeter. En conséquence, les candidatures n'étaient pas ouvertes à tous. Certains candidats particulièrement motivés à améliorer la gestion n'ont pu se présenter. Avec des modifications mineures, les mêmes personnes étaient réélues au conseil d'administration, au comité exécutif, au comité de contrôle et dans les bureaux de zone. Etant donné que la plupart de ces structures étaient inactives, le fait d'être élu à un de ces postes semblait plutôt un fait d'importance.

Pour favoriser le renouvellement du CA, le PSDN a organisé en 2011 une campagne de nouvelles adhésions parmi les enseignants des écoles locales et les centres de promotion des femmes. Cet effort n'a pas abouti : les avantages de l'adhésion n'étaient plus suffisamment attrayants. De plus, beaucoup des femmes des centres de promotion avaient été membres de la mutuelle dans le passé et avaient essayé, sans succès, de promouvoir le changement. Elles n'étaient plus motivées à adhérer à nouveau.

La participation démocratique des membres, évidente au cours des premières réunions de l'assemblée générale, n'a pas été maintenue. Le contenu et le processus des réunions changeaient. En 2007, par exemple, la parole était d'abord donnée aux personnes présentes qui avaient un rôle d'autorité dans la communauté, et en fin de compte le temps manquait pour une présentation détaillée des sujets qui avaient été prévus pour le vote de l'assemblée générale. La dernière réunion annuelle de l'AG a eu lieu en 2009. Il s'était avéré que les personnes présentes n'étaient plus les représentants officiels des membres (les délégués représentants dix ménages) mais des membres individuels qu'on avait pu contacter. Le réseau des délégués n'était plus opérationnel. La plupart des membres n'était plus organisés en unité de dix. Il fallait élaborer un nouveau canal de communication avec les membres et une nouvelle organisation de la représentation. Les membres pouvaient toujours s'exprimer pendant les campagnes de sensibilisation, mais ces séances n'étaient pas propices à un échange productif.

Ainsi, la structure organisationnelle de la mutuelle communautaire, introduite pour promouvoir la participation démocratique, l'appartenance et une meilleure réponse à la demande, n'a pas atteint ses objectifs. Au contraire, l'interaction sociale innovante poursuivie par la mutuelle a vite été remplacée par les règles coutumières de prise de décision : une hiérarchie sociale figée avec des leaders incontournables, une communication stratifiée entre riches et pauvres, hommes et femmes, la primauté des aînés, la prise de décision de haut en bas, la primauté de la hiérarchie sociale sur la compétence.

### 3.10. Des tensions sociales et ethniques

L'ordre social prévalent sous-tend aussi les interactions – ou le manque d'interactions – des leaders de la mutuelle et des acteurs externes. Dans la société comme dans les institutions gouvernementales, le pouvoir est en général le domaine de personnes d'origine maure. Pour les leaders de la mutuelle, qui sont principalement d'origine peule, la mutuelle est une organisation qui leur est chère et une rare organisation dont ils assurent le pouvoir non-partagé. Le souci de perdre cette autorité peut expliquer le manque de coopération avec les autorités locales et les institutions nationales. La hiérarchie sociale est aussi à la base de la réticence à soulever le sujet de la maîtrise des coûts avec les médecins hospitaliers.

De même, des motifs socio-économiques et ethniques influençaient les stratégies de recrutement. La plupart des membres de la mutuelle appartenait aux couches pauvres de la société. Le recrutement n'a pas été étendu aux groupes plus riches tels que des commerçants ou les agents publics pour la part non couverte par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). La suggestion de créer deux mutuelles pour différents groupes cibles, qui seraient ensuite mises en réseau, était rejetée « parce que non-inclusive », indiquant une fois de plus le décalage entre la théorie et sa mise en pratique, la difficulté des leaders de la mutuelle à adapter le modèle à la réalité.

## 4. Discussion

L'objectif de cette étude était de comprendre pourquoi la mutuelle de santé de Dar Naim, mise en place dans des circonstances apparemment favorables, n'a pas atteint son potentiel. Contrairement à la majorité des études sur les causes du faible taux d'adhésion qui se limitent à l'identification des déterminants d'adhésion et la formulation de recommandations, notre suivi prolongé nous a donné l'opportunité de vérifier la manière dont étaient prises en compte les recommandations et les résultats en lien avec le changement. Une analyse systémique du matériel collecté pendant une période de dix ans a permis d'identifier des causes au-delà des difficultés techniques liées à l'opérationnalisation de l'assurance santé. Après un résumé de ces causes, la discussion porte sur trois enseignements qui peuvent être utiles pour les décideurs qui prévoient de développer un réseau de mutuelles de santé pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Il s'agit notamment du choix des procédures mises en place, des capacités de gestion et de l'influence du contexte social sur la mise en pratique.

## 4.1. Les raisons de la stagnation de la mutuelle de santé de Dar Naïm : résultats d'une analyse systémique

Les évaluations successives de la mutuelle ont permis d'identifier une série de problèmes techniques pour lesquels des solutions ont ensuite été formulées. Le véritable obstacle à l'expansion de la mutuelle a été de franchir le pas de la planification à la mise en œuvre d'actions correctives. L'immobilisme des leaders se manifestait par leur réticence à s'écarter des stratégies initiales, leur hésitation à engager des réformes en matière de mobilisation des ressources, de maîtrise des coûts, de coopération et de négociation avec les partenaires, de gestion financière, de communication et de rétention des membres. Les raisons pour lesquelles les changements nécessaires n'ont pas été mis en œuvre peuvent s'expliquer par une combinaison de causes sous-jacentes. Premièrement, la complexité de la mise en œuvre dépassait les capacités des membres du CA. Cela n'aurait pas été un obstacle insurmontable s'ils avaient reconnu leurs besoins de renforcer leurs compétences en acceptant de recevoir des conseils sur les questions techniques qui les dépassaient. Leur incertitude face à une situation complexe explique partiellement leur réticence à dévier des stratégies initiales. D'autres causes de l'immobilisme ont leurs racines dans les relations sociales. Les relations de pouvoir influençaient la prise de décision et le refus de suivre les conseils. Le désir de garder l'autorité a empêché que d'autres délégués plus ouverts au changement rejoignent le CA. Surtout les femmes, dont plusieurs avaient de l'expérience dans la gestion d'associations communautaires, n'ont pas eu accès à la prise de décision. La discussion avec les médecins hospitaliers, qui avait un statut social plus élevé, était évitée. Les tensions ethniques et socio-économiques étaient des obstacles à l'extension vers d'autres groupes de la population ainsi qu'à la coopération avec les autorités locales et les institutions nationales.

## 4.2. Les stratégies et les procédures « standards »

Les détails des stratégies, des procédures et de leur mise en œuvre ont fait l'objet des premières études des mutuelles de santé (Atim 1998; Musau 1999; Jakab et Krishnan 2001; Chee et al 2002; ILO 2002; Carrin 2003). Ces études ont identifié des problèmes et leurs solutions possibles. Pourtant, les mêmes problèmes continuent à être observés dans les études plus récentes. Par exemple, le paiement irrégulier ou tardif des cotisations a très tôt été identifié comme un problème répandu en Afrique de l'Ouest, affectant la viabilité financière des mutuelles de santé (Atim 1998; Carrin 2003). Une étude récente portant sur plusieurs mutuelles au Sénégal, rapporte toujours le paiement irrégulier des cotisations (Mladovski et al 2014). Comme à Dar Naïm, les auteurs mettent en cause la collecte des cotisations par des bénévoles qui ont d'autres obligations et qui doivent payer le transport de leur poche. C'est l'un des facteurs qui contribue au taux d'abandon élevé. Néanmoins, la procédure de la collecte mensuelle par des bénévoles reste inchangée.

Pour les leaders de la mutuelle de santé de Dar Naïm, le fait que des procédures similaires étaient habituelles dans les mutuelles de santé du Sénégal voisin était un argument en faveur du statu quo. Pourtant, nos résultats montrent les effets positifs de l'ajustement des procédures : simplifier la démarche pour prouver le droit aux prestations a effacé beaucoup de frustrations, la collecte des cotisations par la gérante rémunérée était plus efficace, les réunions de membres ont réduit les abandons, et, dans le cas du Fonds d'équité, la coopération active avec d'autres

acteurs a donné accès à des subventions.

Il y a donc lieu de remettre en question la pertinence de certaines procédures qui sont mises en place de façon routinière. Si une étude de faisabilité est faite, ses résultats devraient guider les choix adéquats. Ensuite, ces choix et leur mise en pratique devraient faire l'objet d'une évaluation régulière dans le cadre d'une gestion axée sur les résultats.

### 4.3. Les capacités de gestion

Les capacités nécessaires pour la gestion des mutuelles de santé faisaient également déjà l'objet des premières études (Atim 1998; Preker et al 2001; Carrin 2003; Waelkens et Criel 2004). Ensuite de nombreuses études qui ont confirmé leur importance (De Allegri et al 2009; Ministry of Health [Rwanda] 2012; Borghi et al 2013). Des sujets de formations sont identifiés : le calcul de la cotisation, les mesures pour contenir la sélection adverse, le marketing et la communication, l'enregistrement et le suivi des membres, etc. L'expérience de Dar Naïm met en évidence qu'au-delà d'un large éventail de compétences et de connaissances spécifiques, il faut des compétences générales de gestion, y compris la résolution de problèmes, l'utilisation des données pour la planification, l'application des contrats signés, la gestion du changement. Pour améliorer le fonctionnement et l'adhésion aux mutuelles de santé, il faut donc une gestion professionnelle (Ndiaye et al 2007; De Allegri et al 2009; Borghi et al 2013). Les pays qui donnent une place aux mutuelles de santé dans leur politique pour atteindre la couverture sanitaire universelle devraient prévoir une formation qui donne une préparation solide à la gestion de ces mutuelles de santé.

Gestion professionnelle implique rémunération, mais celle-ci peut difficilement être payée par les contributions des membres. Une solution recherchée par de nombreuses mutuelles serait que les contributions des membres couvrent les dépenses de santé, tandis que le gouvernement ou des bailleurs de fonds externes couvriraient les frais de gestion. Certains acteurs, cependant, continuent d'insister sur l'autosuffisance financière des mutuelles de santé, une stratégie qui se traduit inévitablement par la gestion bénévole de petites mutuelles et une très faible adhésion.

### 4.4. La gouvernance

Il ne faut cependant pas perdre de vue que, dans le cas de la mutuelle de Dar Naïm, avoir eu une gestion professionnelle avec les compétences requises n'a pas suffi. La prise de décision pour permettre la bonne mise en œuvre était du ressort du CA.

La gouvernance d'une mutuelle de santé est caractérisée par la prise de décision de ses membres et leur participation à la gestion (Atim 1998). L'hypothèse que la participation active des membres est un déterminant d'adhésion est fondé à son tour sur plusieurs hypothèses : les membres bien informés accepteraient les principes du partage des risques et les mécanismes mis en place pour éviter la sélection adverse, la surconsommation et l'abus (Carrin 2003) ; la transparence, la participation à la prise de décision renforcerait la confiance dans la gestion (Schneider 2005) ; la participation bénévole dans la gestion réduirait les coûts et rendrait la cotisation plus abordable (Mladovski et al 2014) ; le contrôle social réduirait l'utilisation abusive et donc les coûts (Preker et al 2001) ; par leur nombre, les membres auraient plus de poids pour

influencer la qualité et les prix des soins, ce qui rendrait l'adhésion plus attrayante (Criel et al 2005; Waelkens et Criel 2007; Michielsen et al 2011).

Par l'exemple de la zone de Zaatar, nos résultats ont illustré l'influence positive de la participation des membres sur l'adhésion. Les facteurs motivants étaient l'information, le sentiment d'appartenance et l'entraide pour payer la cotisation. Plusieurs autres études décrivent un effet positif de la participation sur l'adhésion (Musau 1999; Schneider 2005; Basaza et al 2008). Plus récemment, l'étude au Sénégal déjà mentionnée a montré que plus active est la participation, plus bas est le taux d'abandon et, inversement, ceux qui ont quitté leur mutuelle étaient moins enclins à participer activement, à faire confiance à la gestion ou à approuver les principes de partage des risques (Mladovsky 2014).

Dans l'ensemble, toutefois, la participation communautaire n'a pas pris racine dans la mutuelle de Dar Naïm. En interne, les dysfonctionnements de la structure organisationnelle n'ont pas été amendés. La rotation des responsabilités n'a pas été adoptée. Au lieu de cela, un groupe de leaders a monopolisé le pouvoir en appliquant les processus décisionnels auxquels ils étaient habitués. De même, les relations avec les partenaires externes étaient dominées par les relations sociales prévalant dans la communauté.

#### 4.5. Les relations avec les partenaires externes

Les premières études avaient déjà relevé la position difficile des mutuelles de santé par rapport aux prestataires. Il leur manque soit les connaissances nécessaires (Atim 1998), soit l'autorité pour influencer l'offre (Jakab et Krishnan 2001). En Afrique de l'Ouest en particulier, des relations souvent inégales entre patients et professionnels de santé (Jaffré & Olivier de Sardan 2003) ne facilitent pas les nouvelles relations entre mutuelles et prestataires. Seule une minorité des mutuelles s'engage dans des activités d'achat stratégiques (ILO 2002). Deux études récentes suggèrent que peu a changé dans ces relations. La première au Bénin constate que les leaders mutualistes peuvent négocier avec le centre de santé local, mais ont peu d'influence aux niveaux supérieurs du système de santé (Ridde et al 2010). La deuxième au Sénégal rapporte qu'à cause de leur part insignifiante dans les revenus hospitaliers, les mutuelles ne font pas le poids dans la négociation (Mladovski et al 2014).

Le changement dans les relations de pouvoir entre l'offre et la demande est un processus d'apprentissage pour les patients et les prestataires (Criel et al 2005) qui, à Dar Naïm, n'a pas encore démarré. L'écart social et ethnique avec les médecins, ainsi qu'avec les autorités locales et nationales, était trop grand. La même réserve à construire des ponts vers d'autres communautés se retrouve dans l'adhésion préférentielle de ménages d'origine ethnique et de statut social semblables.

## 4.6. Surmonter les blocages qui ont leurs origines dans l'ordre social

Bien que la composition sociale et ethnique de la société mauritanienne ne soit pas un sujet ouvertement discuté, il n'en reste pas moins que ce soit un facteur dominant les relations sociales. La société mauritanienne reste une société très hiérarchisée, non seulement entre groupes ethniques mais aussi à l'intérieur de chaque groupe hautement stratifié (Pazzanita 2008). Ainsi, dans la mutuelle de santé de Dar Naïm, aussi bien la gouvernance que les rapports sociaux internes et externes étaient dominés par les relations socio-ethniques de la société générale. Comme pour les aspects de la gestion technique, l'accompagnement actif du changement était insuffisant. De la même manière qu'il était attendu que des procédures techniques adéquates allaient automatiquement produire les résultats escomptés en ce qui concerne la protection sociale, il était attendu que les procédures organisationnelles, soigneusement préparées, allaient automatiquement produire les résultats escomptés en ce qui concerne la prise de décision participative. Le nouveau plan d'action pour 2013 prévoyait l'appui d'une organisation spécialisée dans le développement communautaire pour accompagner la revue des structures organisationnelles de la mutuelle et pour promouvoir la participation des membres et l'intégration de la mutuelle dans les structures sociopolitiques de Dar Naïm.

Un appui spécialisé et externe semble utile pour accompagner le processus social. Sans appui externe, les petites mutuelles ne vont pas faire le poids dans le contexte du système de santé et ne vont pas transformer les relations sociales. Cette intervention externe peut prendre la forme d'une action nationale, la mise en pratique des stratégies élaborées pour la couverture sanitaire universelle, ou d'une structure intermédiaire, telle qu'un centre d'expertise qui a l'autorité et les moyens, d'influencer les acteurs du système de santé et de l'administration.

## 4.7. Limites de l'étude

Le chercheur qui a fait cette analyse rétrospective est le même qui a effectué les évaluations de la mutuelle de santé depuis 2003. Cela peut être une limitation aussi bien qu'un atout : d'une part, le chercheur n'est pas un observateur externe neutre, d'autre part, une bonne connaissance du contexte aide à comprendre les multiples aspects d'une situation complexe. L'analyse a été approuvée par les partenaires mauritaniens.

Les résultats de notre analyse de la mutuelle de santé de Dar Naïm sont contextuels et donc non généralisables. Cependant, la confrontation de nos résultats à ceux d'études passées et récentes nous permet de formuler certains enseignements. A plus long terme, l'application de notre cadre d'analyse à d'autres mutuelles de santé, suivie d'une analyse croisée des résultats, permettra d'avancer vers une théorie enrichie.

## 5. Conclusion

Les pays qui choisissent les mutuelles de santé comme un des piliers de la couverture universelle ne doivent pas compter sur une expansion spontanée de l'adhésion, mais doivent activement accompagner leur mise en place.

Nous avons identifié en particulier trois aspects de cette mise en place qui ont fait obstacle à Dar Naïm et qui semblent fréquents ailleurs : les procédures routinières dont l'efficacité n'est pas certaine, la sous-estimation de la complexité de la mise en œuvre et par conséquent, des compétences de gestion requises, et l'influence primordiale du contexte social préexistant sur le style de gestion des leaders et leurs relations avec d'autres acteurs.

Dans une vision prospective, il faut des gestionnaires qualifiés et rémunérés, ayant reçu une formation solide qui les prépare à toutes leurs tâches. A leur tour, ces gestionnaires devraient pouvoir compter sur une instance supérieure qui cadre les mutuelles dans le système de santé et parmi les services sociaux du pays afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

## Références

Adebayo E., Uthman O., Wiysonge C., Stern E., Lamont K., Ataguba J. (2015). A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries. *BMC Health Services Research*, 15, 543. doi 10.1186/s12913-015-1179-3

Alkenbrack S., Jacobs B., Lindelow M. (2013). Achieving universal health coverage through voluntary insurance: what can we learn from the experience of Lao PDR? *BMC Health Services Research*, 13, 521. doi: 10.1186/1472-6963-13-521

Atim C. (1998). *The contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: synthesis of research in nine west and central African countries*. Bethesda (MD): Abt Associates, Partnerships for Health Reform Project.

Atinga R., Abihiro G., Kuganab-Lem R. (2015). Factors influencing the decision to drop out of health insurance enrolment among urban slum dwellers in Ghana. *Tropical Medicine and International Health*, 20, 312-21.

Barnett-Page E., Thomas J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9, 59. doi:10.1186/1471-2288-9-59

Basaza R., Criel B., Van der Stuyft P. (2007). Low enrolment in Ugandan Community Health Insurance schemes: underlying causes and policy implications. *BMC Health Services Research*, 7, 105. doi: 10.1186/1472-6963-7-105

Basaza R., Criel B., Van der Stuyft P. (2008). Community health insurance in Uganda: why does enrolment remain low? A view from beneath. *Health Policy*, 87, 172-184.

BIT, CIDR. (2001). *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*. Genève: Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Centre international de Développement et de Recherche (CIDR).

BIT. (2002). *Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. Genève: Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP).

BIT. (2003). *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*. Genève: Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP).

BIT. (2005). *Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé*. Genève: Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP).

Borghij., Maluka S., Kuwawenaruwa A., Makawia S., Tantau J., Mtei G., Ally M., Macha J. (2013). Promoting universal financial protection: a case study of new management of community health insurance in Tanzania. *Health Research Policy and Systems*, 11, 21. doi: 10.1186/1478-4505-11-21

Carrin G. (2003). *Community based Health Insurance Schemes in Developing Countries: facts, problems and perspectives*. Geneva: World Health Organisation, Discussion paper EIP/FER/DP.E.03.1.

Carrin G., Waelkens M., Criel B. (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10, 799-811.

Chee G., Smith K., Kapinga A. (2002). *Assessment of the community health fund in Hanang District, Tanzania*. Bethesda (MD): Abt Associates, Partners for Health Reformplus Project.

Criel B., Waelkens M. (2003). Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? *Social Science & Medicine*, 57, 1205-1219.

Criel B., Diallo A., Van der Venet J., Waelkens M., Wiegandt A. (2005). La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes: le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée-Conakry. *Tropical Medicine and International Health*, 10, 450-463.

Criel B., Bâ A., Kane F, Noirhomme M., Waelkens M. (2010). *Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naim en Mauritanie*. Antwerp: ITGPress, Studies in Health Services Organisation & Policy.

De Allegri M., Sanon M., Sauerborn R. (2006a). "To enrol or not to enrol?": a qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Social Science & Medicine*, 62, 1520-1527.

De Allegri M., Kouyaté B., Becher H., Gbangou A., Pokhrel S., Sanon M., Sauerborn R. (2006b). Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organisation*, 84, 852-858.

De Allegri M., Sauerborn R., Kouyaté B., Flessa S. (2009). Community health insurance in sub-Saharan Africa: what operational difficulties hamper its successful development? *Tropical Medicine and International Health*, 14, 586-96.

de Savigny D., Adam T. (2009). *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé*. Genève: Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation Mondiale de la Santé.

Ekman B. (2004). Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 19, 249-70.

Garand D., Wipf J. (2012). *Indicateurs de performance en micro-assurance. Manuel à l'usage des praticiens de la micro-assurance*. 2ème Édition. Luxembourg: ADA asbl.

Haile M., Ololo S., Megersa B. (2014). Willingness to join community-based health insurance among rural households of Debu Bench District, Bench Maji Zone, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 14, 591. doi: 10.1186/1471-2458-14-591

- HIP. (2011). *Data Information Booklet for Monitoring of the Effect of Health Insurance Schemes*. Amsterdam: Platform for Health insurance for the Poor, [www.hip-platform.org/](http://www.hip-platform.org/).
- HIP. (2011b). *Framework to support monitoring of the effect of health insurance schemes in low-income countries*. Amsterdam: Platform for Health insurance for the Poor, [www.hip-platform.org/](http://www.hip-platform.org/).
- Hsiao W. (2001). *Unmet Health Needs of Two Billion: Is Community Financing a Solution?* HNP Discussion Paper. Washington DC: World Bank.
- ILO. (2002). *Extending Social Protection In Health Through Community Based Health Organizations. Evidence and challenges*. Geneva: International Labour Organisation.
- ILO. (2007). *Health Microinsurance Schemes: Monitoring and Evaluation Guide*. Geneva: International Labour Office.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan JP. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris :APAD, Karthala.
- Jakab M., Krishnan C. (2001). Community involvement in health care financing: Impact, strengths and weaknesses. A synthesis of the literature. In A. Preker (ed.), *Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing*. Washington DC: World Bank.
- Lingard L., Albert M., Levinson W. (2008). Qualitative Research: Grounded theory, mixed methods, and action research. *British Medical Journal*, 337, 459-461.
- Macha J., Kuwawenaruwa A., Makawia S., Mtei G., Borghi J. (2014). Determinants of community health fund membership in Tanzania: a mixed methods analysis. *BMC Health Services Research*, 14, 538. doi: 10.1186/s12913-014-0538-9
- Marwa B., Njau B., Kessy J., Mushi D. (2013). Feasibility of introducing compulsory community health fund in low resource countries: views from the communities in Liwale district of Tanzania. *Health Services Research*, 13, 298. doi: 10.1186/1472-6963-13-298
- Mebratie A., Sparrow R., Yilma Z., Alemu G., Bedi A. (2015). Dropping out of Ethiopia's community-based health insurance scheme. *Health Policy and Planning*, doi: 10.1093/heapol/czu142.
- Meyer J. (2000). Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. *British Medical Journal*, 320, 178-181.
- Michielsen J., Criel B., Devadasan N., Soors W., Wouters E., Meulemans H. (2011). Can health insurance improve access to quality care for the Indian poor? *International Journal for Quality in Health Care*, 23, 471-486.
- Ministry of Health [Rwanda]. 2012. *Annual Report: Community Based Health Insurance*. [http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/CBHI-Annual-Report-2011-2012f-3\\_1\\_.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/CBHI-Annual-Report-2011-2012f-3_1_.pdf)

Mladovsky P. (2014). Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal. *Social Science & Medicine*, 107, 78-88.

Mladovsky P., Ndiaye P., Ndiaye A., Criel B. (2014). The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: qualitative evidence from three Senegalese case studies. *Health Policy and Planning*, doi:10.1093/heapol/czu054.

MSCDN. (2003). *Statuts et Règlement Intérieur de la Mutuelle de Santé Communautaire de Dar Naïm*. Nouakchott: Caritas Mauritanie, <http://www.apsdn.org/index.php/apsdn/statuts>.

Musau S. (1999). *Community-based health insurance: Experiences and lessons learned from East and Southern Africa*. Bethesda (MD): Abt Associates, Partnerships for Health Reform Project.

Ndiaye P., Soors W., Criel B. (2007). Editorial: A view from beneath: Community Health Insurance in Africa. *Tropical Medicine and International Health*, 12, 157-161.

N'Diaye, A. (2008). *Enquête des déterminants sociaux et économiques, mutuelle de santé de Dar Naïm, Nouakchott, Mauritanie, 6 décembre 2007 au 5 février 2008*. Nouakchott: Caritas Mauritanie.

Odeyemi I. (2014). Community-based health insurance programmes and the national health insurance scheme of Nigeria: challenges to uptake and integration, *International Journal for Equity in Health*, 13, 20. doi : 10.1186/1475-9276-13-20

Paillé P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée, *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.

Palmer N., Mueller D., Gilson L., Mills A., Haines A. (2004) Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *The Lancet*, 364, 1365-70.

Panda P., Chakraborty A., Dror D., Bedi A. (2014). Enrolment in community-based health insurance schemes in rural Bihar and Uttar Pradesh, India. *Health Policy and Planning*, 29, 960-974.

Pazzanita A. (2008). *Historical dictionary of Mauritania*, 3rd ed. Scarecrow Press, Google eBook.

Pettigrew L., Mathauer I. (2016). Voluntary Health Insurance expenditure in low- and middle-income countries: Exploring trends during 1995–2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*, 15, 67. doi: 10.1186/s12939-016-0353-5

Pope C., Ziebland S., Mays N. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320, 114-116.

Preker A., Carrin G., Dror D., Jakab M., Hsiao W., Arhin D. (2001). *Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing: A Synthesis Report*. Washington DC: World Bank, HNP Discussion Paper.

PSDN. (2002). *Mutuelle de Santé Communautaire de Dar-Naïm (Nouakchott). Etude participative de faisabilité*. Nouakchott: Caritas Mauritanie. <http://www.apsdn.org/index.php/apsdn/etude-participative-de-faisabilite>.

Ridde V., Haddad S., Yacoubou M., Yacoubou I. (2010). Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin. *Social Science & Medicine*, 71, 467-74.

Schneider P. (2005). Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda. *Social Science & Medicine*, 61, 1430-1438.

Soors W., Devadasan N., Durairaj V., Criel B. (2010). *Community Health Insurance and Universal Coverage: Multiple paths, many rivers to cross*. Geneva: World Health Organization, World Health Report 2010, Background Paper 48.

Waelkens M., Criel B. (2004). *Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne : État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche*. Washington DC: The World Bank, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

Waelkens M., Criel B. (2007). *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest: l'union fait-elle la force?* Enseignements d'un colloque international organisé à Nouakchott, Mauritanie, 19 et 20 Décembre 2004. Anvers: ITG Press.

Wipf J., Garand D. (2010). *Performance indicators for microinsurance. A Handbook for Microinsurance Practitioners. 2nd Edition*. Luxembourg: Appui au développement autonome (ADA) asbl.  
<http://www.microinsurancecentre.org/>.

Cahiers REALISME  
Numéro 13, Juin 2017

**Comité éditorial:**

Maria José Arauz Galarza  
Marie Munoz Bertrand  
Lara Gautier  
Valéry Ridde  
Emilie Robert  
Emmanuel Sambieni  
Sylvie Zongo

**Coordinatrice de la collection:**

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique  
de l'Université de Montréal (IRSPUM)  
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

[www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/](http://www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/)  
[cahiers-realisme@equitesante.org](mailto:cahiers-realisme@equitesante.org)

## La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

## Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME  
Numéro 13, Juin 2017

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)  
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03  
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



[www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/](http://www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/)