

AVIS A MANIFESTATION D'INTERET

Relatif au recrutement d'un cabinet pour l'analyse de la couverture de l'assurance maladie en Mauritanie.

N° de référence : 22/PI/INAYA ELARGI/2024

Le Ministère de la Santé de la République Islamique de Mauritanie a reçu un financement de l'Association internationale de développement (IDA), et a l'intention d'utiliser une partie du montant de ce don pour effectuer les paiements au titre du contrat suivant : Recrutement d'un cabinet pour l'analyse de la couverture de l'assurance maladie en Mauritanie pour le projet Inaya Elargi.

I. Contexte et Justification

La République Islamique de Mauritanie a ratifié la convention internationale relative à la Sécurité Sociale « C102 » qui garantit à travers son article 07 le droit aux soins médicaux préventifs et curatifs et de réhabilitation fonctionnelle requis pour l'état de santé du citoyen. Cible comme objectif dans le cadre de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) à l'horizon 2030, la couverture de santé universelle a été consacrée comme priorité nationale dans le cadre du programme électoral du Président de la République "Mon ambition pour la Patrie".

Outre l'extension du périmètre de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) à travers l'intégration de nouveaux segments socioprofessionnels par le biais mécanisme de conventionnement initié en 2019 et qui a concerné jusqu'à présent plus du tiers du nombre total des assurés, la création en 2021 de la Caisse Nationale de la Solidarité en Santé (CNASS) est venue consolider et renforcer un processus d'élargissement croissant et multiforme ce qui conforte notre option visant à concrétiser la couverture de santé universelle dans le délai imparti.

Pour pérenniser cette dynamique d'extension et assurer la durabilité de ses impacts l'évaluation de l'action des structures chargée de sa mise en œuvre s'avère d'autant plus opportune que la CNAM célébrera l'année prochaine le 20ème anniversaire d'un processus qui n'a jamais été audité depuis son démarrage en 2005 alors que l'évaluation de l'action de la CNASS sensée se dérouler annuellement n'a encore donné lieu à aucune action en la matière plus de deux années après son opérationnalisation.

L'enjeu étant d'assurer l'atteinte de l'objectif de la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030.

Premièrement en ce qui concerne la CNAM

Organisme gestionnaire du régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), la CNAM avait été mise en place en 2007, en assurant conformément à l'ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005 les fonctionnaires et Agents de l'Etat, les personnels des forces armées en activité, les parlementaires, les retraités et ayants droits issus de ces groupes.

En 2010, la loi 2010-018 du 03 février 2010 est venue étendre la couverture assurance maladie aux personnels des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et personnes morales de droit public ainsi que les titulaires de pension de retraite et ayants droits issus de ces entités.

La couverture assurance maladie des employés du secteur privé a été entamée depuis 2012, conformément aux dispositions de la loi 2012-007 du 07 février 2012 portant extension du régime d'AMO aux employés des sociétés privées, aux journalistes de la presse privée et à d'autres groupes professionnels, notamment les salariés des collectivités locales, les personnes exerçant une profession libérale, les indépendants et les titulaires de pension et ayants droits issus de ces groupes d'assurés.

Le périmètre géré par la CNAM a connu une évolution spectaculaire depuis 2019 se traduisant par un accroissement sans précédent à travers l'affiliation de nouveaux segments couverts aux titres de conventions-cadre signées avec la CNAM et au titre des textes législatifs et réglementaires pris à cet effet.

Il s'agit notamment de :

- La convention signée le 14 Avril 2020 avec le Ministère de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Famille relative à la couverture assurance maladie des handicapés ;
- La convention signée le 13 Janvier 2021 avec la Délégation Générale TAAZOUR relative à la couverture assurance maladie de 100.000 familles indigentes ;
- La convention signée le 22 mars 2021 avec le Port Autonome de Nouakchott « Port de l'Amitié », relative à la couverture assurance maladie des dockers ;
- La loi 2024-015 du 15 février 2024 relative à la couverture assurance maladie des veuves ;
- Le décret d'application de la loi 2010-018 du 03 février 2010 relatif à la couverture assurance maladie des ascendants directs des assurés principaux ;
- La convention signée le 19 Décembre 2024 avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique relative à la couverture assurance maladie de 50.000 étudiants.

Ces différentes extensions ont permis un accroissement de 147% du périmètre géré par la CNAM qui est passé de 422.975 affiliés en 2019 à 1.045.174 affiliés aujourd'hui.

Cependant, les états financiers de la CNAM ont affiché au 31 décembre 2023 un résultat déficitaire de (-270.924.763,13 MRU).

Agissant dans un environnement contraignant du fait de l'exposition de la CNAM à une fraude massive consacrant ses services à des non assurés, avec un référentiel médical confus et désuet, source de facturations abusives dans un contexte marqué par l'utilisation croissante de ses services par des assurés dont l'état de santé est affecté par les méfaits des aléas climatiques alors que la qualité des prestations médicales l'oblige à poursuivre l'évacuation à l'étranger des assurés nécessaires.

S'agissant de la CNAM, la réflexion engagée à travers cet audit doit porter à la fois sur la qualité des services que la CNAM garanti pour ses assurés et ses partenaires (i), les ressources dans la perspective de leur assainissement, leurs mobilisations et leurs recouvrements(ii), le mode opératoire dans l'objectif de le rendre plus efficient (iii).

- i) L'examen du régime des prestations doit porter sur leurs célérités, leurs accessibilités, la gestion des réclamations s'il y a lieu en mettant en relief l'impact des reformes entreprises en 2024 ;
- ii) Le volet ressource doit mettre en exergue :
 - L'importance des arriérés correspondant aux cotisations impayés (plus de 22 milliards MRO) repose la nécessité de repenser son système de recouvrement dont la suspension reste le seul recours coercitif alors qu'elle n'affecte que l'assuré lui-même qui se trouve être doublement pénalisé par le précompte de ses cotisations par l'employeur et la suspension de sa couverture médicale ;
 - L'évaluation de son système de rapprochement permettra de déceler les incohérences éventuelles dont la prise en compte permettra d'améliorer davantage ses recettes et ses produits.
 - L'usage des API pour assurer un interfaçage avec la Direction du budget et la CNSS en cours de montage édifiera en fin la CNAM par rapport à l'adéquation des déclarations des employeurs avec les précomptes opérés au titre du paiement de leurs cotisations correspondantes ;
 - L'opportunité de réexaminer le niveau des cotisations pour garantir un équilibre durable et notamment pour les régimes spécifiques dont les seuils ont été définis en l'absence d'études actuarielles crédibles et dont la plupart affiche déjà un déséquilibre financier (cas de TAAZOUR) ;
- iii) L'évaluation critique du mode opératoire doit être l'occasion de :
 - ✓ Réviser le système du tiers payant pratiqué à titre expérimental depuis plus d'une décennie sans donner lieu à une quelconque évaluation en dépit de son emprise sélective et son coût exorbitant ;
 - ✓ Evaluer l'impact de la version réactualisée du référentiel médical sur la facture supportée par la CNAM au titre du tiers payant pratiqué au niveau des structures partenaires ;
 - ✓ Déterminer l'impact de la mise en œuvre du système d'identification biométrique au niveau des structures partenaires publiques et privées ;
 - ✓ Apprécier la pertinence du recadrement des rapports de partenariat avec les structures publiques à travers des conventions spécifiques opposables aux parties signataires ;
 - ✓ Analyser le système de conventionnement envisagé par la CNAM avec l'ensemble des praticiens inscrits sur les différents ordres prescripteurs ;

Deuxièmement pour ce qui est de la CNASS

En ce qui concerne la CNASS, cette institution a été mise en place par les pouvoirs publics en 2021 pour gérer un régime d'assurance maladie volontaire en Mauritanie. Le périmètre actuel géré par la CNASS est de 171.463 assurés avec un champ d'action limité encore au niveau de trois wilayas du pays dont la capitale Nouakchott.

Déjà la nature de ce régime à caractère volontaire favorise la sélection adverse. Les individus qui y adhèrent sont souvent ceux qui anticipent des dépenses de santé élevées.

Aussi, il n'est pas évident que les cotisations dues à l'assurance maladie gérée par la CNASS permettent en l'état actuel de faire face à la prise en charge des paniers de prestations prévus par le mode opératoire de l'établissement, même si ce panier ne prend pas encore en compte les pathologies lourdes telles que le traitement des cancers et le traitement de la cardiologie interventionnelle.

Les cotisations dues à l'assurance maladie gérées par la CNASS sont supportées à hauteur de 65% par l'Etat et 35% par l'assuré et s'élèvent à 700 MRU par an.

A ces contraintes d'ordre financier favorisées par la sélection adverse intimement lié au caractère volontaire du régime et par la modestie des cotisations, s'ajoutent des défis auxquels la CNASS fait face aujourd'hui :

- Adhésion limitée avec un risque de perpétuation de sélection adverse ;
- Manque d'attractivité : panier de prestation encore insuffisant ;
- Gestion des données : manque d'un système efficace pour suivre les cotisations, prestations et adhésions en temps réel ;
- Insuffisance de fonds : nécessité d'un accompagnement conséquent de la part des partenaires et de l'Etat en attendant l'atteinte d'une montée en charge permettant à l'établissement de faire face à ses engagements notamment en termes de dépenses de fonctionnement et en termes de dépenses techniques ;
- Evasion des cotisations : difficulté à garantir une collecte régulière des cotisations annuelles auprès des adhérents déjà inscrits ;
- Concurrence : compétition avec d'autres assureurs privés, parfois perçus comme offrant des prestations supérieures ;
- Défis techniques : système d'information robuste garantissant une interopérabilité avec les assurés et les prestataires ;
- Ressources humaines : Capacité institutionnelle encore limitée et insuffisance de personnel qualifié ;
- Méfiance envers le système d'assurance maladie volontaire : les adhérents potentiels peuvent douter de l'efficacité et de la fiabilité des services ;
- Insuffisance du cadre juridique : absence d'un cadre juridique adapté pour réguler et protéger l'Assurance Maladie Volontaire ;
- Défis liés à la pérennité du à la rétention des adhérents : une fois les besoins en santé satisfaits, les adhérents peuvent se retirer, ce qui est de nature à impacter la viabilité du régime à moyen et long terme.

Indépendamment de ces difficultés structurelles l'audit doit être l'occasion d'accroître l'attractivité du régime de couverture maladie assuré par la CNASS à travers l'amélioration de son image de marque au niveau des structures hospitalières (i), de susciter davantage d'adhésion par l'intermède des acteurs sociaux concernés (Conseils Régionaux, Communes, Acteurs de la société civile (ii), Introduire un mécanisme efficace de nature à assurer la régularité du renouvellement des adhésions (iii) Identifier un mécanisme de nature à permettre à la CNASS de préserver ses

équilibres financier au regard de son régime structurellement déficitaire (iv), Evaluer son régime de partenariat, son incidence financière par rapport à l'institution et sa valeur ajoutée;

II. Objectif de l'Audit

II.1. Objectif Général

L'objectif général de l'audit est d'évaluer les performances globales de la CNAM et de la CNASS, chacune en ce qui la concerne, et tenant compte de la nature des deux régimes qu'elles gèrent et de la spécificité de chacune d'entre elles, afin d'identifier les forces, faiblesses et opportunités d'amélioration pour garantir la viabilité de ces deux institutions et disposer des données factuelles pour établir un modèle CSU plus efficace, durable, favorable aux personnes économiquement faibles.

II.2 Objectifs Spécifiques

a. Audit technique

L'audit technique consiste à évaluer pour la CNAM et pour la CNASS l'existence de référentiels nécessaires à l'atteinte des objectifs de chacune d'entre elles notamment :

➤ Le Système d'information :

- Evaluer la fiabilité du système d'information pour tout ce qui a trait à la gestion des données personnelles et médicales,
- Identifier les vulnérabilités ;
- Auditer les applications métiers et supports ;
- Auditer la capacité de répondre à la maintenance préventive et curative ;
- Auditer la capacité aux réponses de sécurisation du système d'information.

➤ Le référentiel médical dans ses deux composantes (actes et médicaments):

- Nomenclature des actes cohérente, exhaustive et pertinente avec une tarification réaliste permettant à la fois la satisfaction des assurés en termes de remboursement des prestations et des prestataires en termes de recouvrement de coût ;
- Listing et tarification des médicaments selon la Dénomination Commune Internationale (DCI) ;

➤ Le contrôle médical :

- Contrôle de qualité des prestations dispensées à l'assuré
- Critères d'analyse pour détecter les pratiques liées aux abus et fraudes ;
- Evaluation des critères d'acceptation ou de refus
- Analyse de l'adéquation du paquet de soins offert
- Analyse du niveau d'accès des abonnées aux soins de santé

➤ L'Arsenal juridique :

- Conformité des procédures internes avec les lois et textes en vigueur
- Vérification de la conformité des contrats programmes et des contrats de partenariat ;

Existence des textes permettant à l'établissement de faire face aux comportements déviants et aux litiges

b. Audit Organisationnel

L'objectif spécifique lié aux processus organisationnels est d'évaluer pour la CNAM et pour la CNASS tous les processus internes notamment :

- L'analyse de la gouvernance :
 - vérifier les rôles et responsabilités des organes de direction ;
 - Examiner les processus de prise de décision.
- Examiner les processus opérationnels :
 - évaluer les procédures liées à l'affiliation des assurés, au traitement des prestations et à la gestion des sinistres
 - Evaluer la fluidité et l'automatisation des processus.
 - Identifier les goulots d'étranglements et de redondance.
- Gestion des ressources humaines :
 - Evaluer l'adéquation de l'organigramme par rapport aux missions ;
 - Vérifier l'adéquation des effectifs et leurs compétences.
 - Evaluer la politique de formation et de motivation
- Offre de soins médicaux
 - Analyse du système d'accréditation des formations sanitaires
 - Analyse de l'adéquation du paquet de soins offert
 - Analyse du niveau d'accès des abonnées aux soins de santé

c. Audit financier

L'objectif spécifique lié aux processus relevant des finances consiste à s'assurer pour la CNAM et pour la CNASS que les ressources financières sont gérées de manière transparente et conforme aux textes et règlements en vigueur. Il s'agit notamment de :

- L'analyse des recettes :
 - Vérifier la conformité des contributions des assurés et des employeurs
 - Examiner les subventions et transfert des fonds publics
- Examen des dépenses :
 - Contrôler les paiements effectués (prestations, frais administratifs et investissement)
 - Identifier les écarts en termes de dépenses effectives par rapport au budget
 - Détecter les dépenses irrégulières ou non justifiées
- Contrôle des ressources :
 - Analyser les fonds de réserves pour s'assurer qu'ils sont suffisants et bien gérés

d. Audit des risques transversaux

Il s'agit à travers cet audit d'évaluer et d'analyser pour la CNAM et pour la CNASS entre autres l'ensemble des risques potentiels transversaux notamment :

- Risque organisationnel :
 - Dysfonctionnement internes, retards dans le traitement des prestations ;
- Risques financier :
 - Fraude, mauvaise gestion des fonds, insuffisance des contributions
- Risque technologique :
 - Cyberattaque, perte des données, obsolescence des applicatifs métiers et supports ;

- Risque juridique :
 - Non-conformité aux lois et règlements en vigueur.
- Émettre des recommandations visant à consolider les acquis des deux systèmes existants, à prendre en charge les insuffisances identifiées, et à établir progressivement une base de CSU capable de garantir :
 - La durabilité financière du ou des régimes ;
 - L'accroissement de la confiance publique dans le ou les régime d'assurance ;
 - une augmentation de la couverture des populations vulnérables dans le dispositif;
 - L'optimisation dans l'acquisition des services de santé ;
 - L'optimiser les connaissances et les systèmes d'information pour une prise de décision éclairée.
 - Accroître la redevabilité, la responsabilité et l'efficacité ;
 - Fournir un cadre pour l'examen régulier des régimes ;
- Proposer un plan d'action reflétant le consensus national, avec les étapes de mise en œuvre, les parties prenantes à consulter, et les stratégies de réduction des risques.

III. Méthodologie

Méthodologiquement, le bureau d'étude en charge de la réalisation de l'audit de la CNAM et de la CNASS doit d'abord définir la portée technique, organisationnelle et financière pour les deux institutions. Il doit articuler son travail en procédant par étapes ainsi qu'il suit :

1. Réunir les parties prenantes au sein de chaque institution :
 - Fixer les attentes de la direction générale et des responsables ;
2. Collecter la documentation initiale :
 - Statut ;
 - Organigramme;
 - Procédures ;
 - Rapports financiers ;
 - Audits précédents.
3. Elaborer le plan d'audit
 - Etablir un calendrier précis avec des étapes claires pour la réalisation de l'audit ;
 - Définir les ressources à mettre à contribution (auditeurs internes et auditeurs externes).

IV. Résultats attendus

1. Résultats techniques
 - Fiabilité des outils : identification des failles et des dysfonctionnements du système d'information ;
 - Fiabilité des référentiels de gestion ;
 - Sécurité des données : confirmation ou non de la conformité avec les normes ;
 - Performances des outils : mesures de l'efficacité des système en termes de traitement des dossiers ;
2. Résultats organisationnels

- Cartographie des processus clés : identification des zones inefficaces ou mal utilisés (ex : retard dans le traitement des remboursements) ;
 - Evolution des rôles et des responsabilités ;
 - Mise en évidence des chevauchements ou des lacunes dans les tâches des employés ;
 - Gestion des ressources humaines : analyse des besoins en ressources humaines et des besoins en formation.
3. Résultats financiers
- Analyses des recettes : identification des écarts entre les dépenses réelles et les dépenses prévues ;
 - Contrôle des flux financiers : détection des éventuelles anomalies, fraudes ou erreurs comptables ;
 - Identification des risques financiers : manque de liquidité ou de réserves financières, risques liés à des créances non recouvrées, fraude potentielles etc.
4. Résultats transversaux
- Conformité réglementaire : respect des lois et règlements applicables, identification des écarts nécessitant des ajustements réglementaires ;
 - Plan d'action priorisé : plan détaillant les actions correctives et préventives classées par niveau de priorité (court, moyen et long terme).
 - Transparence accrue : gestion transparente des processus ;
 - Amélioration de la qualité des services : réduction des délais de traitement des dossiers de remboursement
 - Réduction des coûts ;
 - Optimisation des ressources humaines, techniques et financières.

V. Livrables

Le Bureau d'étude en charge de la prestation doit fournir un rapport d'audit global pour chacune des deux institutions, la CNAM et la CNASS présentant :

- Un résumé exhaustif : synthèse des principales constatations, conclusions et recommandations ;
- Un contexte de l'audit : objectifs, méthodologie utilisée, diagnostic et périmètre couvert ;
- Des observations détaillées sur les référentiels de gestion, la performance du système d'information, l'efficacité des processus, la gestion des ressources humaines et la gestion des flux financiers.
- Le niveau d'accès des abonnés aux soins de santé

Ainsi, la synthèse des principaux livrables pour chaque établissement se présente ainsi qu'il suit :

1. Rapport global de l'audit.
2. Rapports spécifiques (techniques, organisationnel, financier).
3. Plan d'action priorisé.
4. Tableau des risques et opportunités.
5. Rapport de suivi post-audit.
6. Feuille de route budgétisée permettant au pays de réaliser la CSU avec un focus sur l'assurance maladie universelle à l'horizon de 2030

7. Documentation complémentaire (Annexes éventuelles).

8. Présentation des résultats aux parties prenantes.

VI. Profils et Expertises requises pour la réalisation de l'audit

Indépendamment de l'obligation d'avoir réalisé une prestation similaire se rapportant à l'évaluation d'une structure en charge de l'assurance maladie attestée par un maître d'ouvrage compétent, le bureau d'étude en charge de la réalisation de l'audit technique, organisationnel et financier de la CNAM et de la CNASS doit comporter en son sein des compétences avérées dans les domaines suivants :

- Technologie des systèmes d'information;
- Gouvernance des systèmes de santé ;
- Analyse organisationnelle;
- Economie de la santé ;
- Analyse financière ;
- Communication ;
- Ressources humaines ;
- Droit.

VII. Durée

La durée prévue pour la réalisation de l'audit technique, organisationnel et financier de la CNAM et de la CNASS est de 12 semaines soit 3 mois calendaires. Il est porté à l'attention des Consultants que les dispositions relatives aux règles de la Banque mondiale en matière de conflit d'intérêts telles que décrites dans les paragraphes 3.14 et suivants, du « Règlement de Passation des Marchés pour les Emprunteurs sollicitant le Financement de Projets d'Investissement (FPI) », en date du 1er Juillet 2016 et actualisés en septembre 2023, sont applicables.

- Les Consultants peuvent s'associer avec d'autres entreprises pour renforcer leurs compétences respectives en la forme d'un groupement solidaire ou d'un accord de sous-traitant.

Un Consultant sera sélectionné selon la méthode « sélection sur la base de la qualité technique et du montant de la proposition (sélection qualité et coût SBQC) », telle que décrite dans le Règlement de Passation des Marchés pour les Emprunteurs sollicitant le Financement de Projets d'Investissement (FPI) », en date du 1er Juillet 2016 et actualisés en septembre 2023, sont applicables.

Les dossiers de candidature doivent être déposés contre un reçu de dépôt à l'adresse suivante :

Commission de Passation des Marchés Publics du ministère de la Santé (CPMP/MS), Ilot ZRB, lot N° 500, à l'Ouest du Carrefour BANA BLANC à Coté de lunetterie OPTIKOS Nouakchott - Mauritanie au plus tard le 21 Octobre 2025 à 12 Heures.

Mohamed Mahmoud KHATRY

Coordinateur du Projet