

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivrée par
UNIVERSITE DE PERPIGNAN VIA DOMITIA

Préparée au sein de l'école doctorale INTER-MED
ED544
et du CRESEM Centre de recherche sur les Sociétés
et Environnements en Méditerranée

Spécialité : Droit privé

Présentée par Ely Cheikh DAHA

**PROTECTION SOCIALE : ETUDE
COMPARATIVE FRANCO-MAURITANIENNE**

Soutenue le 27 septembre 2017 devant le jury composé de

M. Alain DEGAGE , professeur émérite, Université de Perpignan Via Domitia	Directeur
M. André CABANIS , professeur émérite, Université de Toulouse 1 Capitole	Rapporteur
M. Eric WENZEL , MCF HDR, Université d'Avignon	Rapporteur
M. Christophe JUHEL , MCF HDR, Université de Perpignan Via Domitia	Membre
M. Alban MABA , MCF HDR, Université de Perpignan Via Domitia	Membre

Avertissement

L'université de Perpignan Via Domitia n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions qui sont émises dans les thèses. Elles doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

Je voudrais, avant tout propos, témoigner ma sincère gratitude et ma profonde considération à mon Directeur de Thèse monsieur le professeur Alain DEGAGE, pour ses précieux conseils, sa compréhension et son constant encouragement sans lesquels ce travail n'aurait été possible.

Je tiens également à remercier les membres du jury pour avoir accepté de siéger et d'évaluer ce travail. Votre présence augure de l'attachement que vous accordez à la recherche scientifique et particulièrement à une thématique : celle du droit de la protection sociale, objet de ladite soutenance.

A mes parents notamment ma mère Fatimetou BENNANI, et mon père Mohamed Iemine DAHA, recevez à travers cette thèse la reconnaissance de l'aboutissement d'une éducation réussie que vous nous avez donnée et qui se trouve être le gage de tout développement humain. Pour l'encouragement et la confiance en moi pour réussir dans mes études dans le domaine juridique. A mon immortel grand père Doha SID'AHMED EL BECHIR pour tout ce que vous avez fait de bien pour moi, qu'ALLAH vous accueille dans son étendu paradis. Ma gratitude va également à ma femme Lalla CHEIKH MELAYNINE, pour la patience infinie et la compréhension dont tu as fait preuve durant les quatre années qui m'ont été nécessaires pour la rédaction de cette thèse.

Aux personnels de l'UPVD en général et spécifiquement du Département du Droit comparé, de la DRV et de la Bibliothèque, mes sincères remerciements pour votre entière disponibilité à notre service, votre accueil et votre constante assistance. A tous mes amis qui m'ont aidé d'une manière quelconque en France comme en Mauritanie, je vous dis tout simplement merci pour votre soutien continu.

Enfin ma reconnaissance à ce beau pays qu'est la France, pour l'accueil et les bonnes conditions établies durant toutes ces années d'études.

Droits d'auteur

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 4.0 International** » disponible en ligne sur < <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> >



Sigles et abréviations

OIT	Organisation International du Travail
PNUD	Programme des Nations unis pour le développement
CADES	Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale
CRDS	Contribution au Remboursement de la Dette Sociale
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
BIT	Bureau International de Travail
EPIC	Établissement public à caractère industriel et commercial
ATD	Avis à Tiers Détenteur
UN	Union Européen
TCI	Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité
CNITAT	Cour nationale de l'Incapacité et de Tarification des Accidents du Travail
AISS	Association Internationale de Sécurité Sociale
ONU	Organisation de Nations Unis
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
ONMT	Office National de la Médecine du Travail
O.U.A	Organisation de l'Union Africaine
OCAM	Organisation Commune Africaine et Malgache
UDEAC	Union Douanière et Économique des États de l'Afrique Centrale
CEPGL	Communauté Économique des Pays Grands Lacs
CDHLCPI	Commissariat des Droits de l'Homme, de la Lutte Contre la Pauvreté et de l'Insertion
GRET	Groupe de Recherche et d'Échanges Technologiques
URCS.AF	Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité et d'Allocation Familiales
CRA	Conférence Régionale Africaine

Sommaire

INTRODUCTION	6
PARTIE I. PROBLÉMATIQUE CONTEMPORAINE DE LA PROTECTION SOCIALE	26
CHAPITRE 1. L'institution et les régimes traditionnels de la protection sociale	31
Section 1. Le cadre institutionnel de la protection sociale	34
Section 2. Les régimes islamiques et traditionnels	95
Chapitre 2. Cadre global de la protection sociale moderne	116
Section 1. La protection sociale moderne	118
Section 2. Pauvreté et protection sociale	132
PARTIE II. ORGANISATION ET FINANCEMENT DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE EN MAURITANIE	156
Chapitre 1. L'organisation de la sécurité sociale	166
Section 1. La situation actuelle du régime mauritanien de sécurité sociale	168
Section 2. Autres régimes de sécurité sociale	199
Chapitre 2. L'assurance maladie obligatoire	213
Section 1. La prise en charge de l'assurance maladie	216
Section 2. Les enjeux de l'assurance maladie obligatoire en Mauritanie	244
CONCLUSION	284
BIBLIOGRAPHIE	292
ANNEXES	305

Introduction

Initialement issu du droit de travail, le droit de la protection sociale entretient également un rapport avec un certain nombre des branches du droit, notamment le droit civil, le droit administratif, les finances publiques ou encore le droit économique. La protection sociale « ne figure le plus souvent qu'en option dans le programme d'enseignement du droit »¹. À ce titre, Xavier Pretot souligne que le droit de la protection sociale « repose sur un ensemble de sources multiples tant internes (principes constitutionnels, lois et règlements, négociation collective, doctrine administrative) qu'internationales »². Rebelle à toute classification droit public-droit privé, le droit de la sécurité sociale est un droit d'ordre public, présentant une certaine autonomie par rapport aux autres branches du droit. Rivé sur l'organisation des risques, ce droit nouveau entretient en effet des rapports parfois complexes avec les autres branches du droit.

De par sa nature, la sécurité sociale constitue un vecteur de bien-être, notamment en ce qui concerne la cohésion et l'insertion sociale, au profit des travailleurs, de leurs familles et de la collectivité tout entière, en ce sens où la sécurité sociale se présente, par la force des choses, comme un droit fondamental au sein de toute organisation humaine et un instrument essentiel jouant un rôle capital dans la prévention et la lutte contre la pauvreté, la réalisation de l'équité et de la justice sociale ainsi que dans le développement de la démocratie.

En Mauritanie, le système de protection sociale s'inspire largement du système français comme la plupart des pays africains francophones, ce qui permet de s'interroger sur le fait de savoir si ce système peut générer les mêmes résultats obtenus

¹ KESSLER. F., *Droit de la protection sociale*, 3^e éd., Dalloz, 2009, p. 3.

² PRETOT. X., *Droit de la sécurité sociale*, 14^e éd., Dalloz, 2015, p.34.

en France, notamment dans la lutte contre la pauvreté et la réduction de l'injustice sociale. La Mauritanie serait-elle en mesure de concevoir et de mettre en place un cadre qui lui est propre : adéquat à l'élaboration d'une stratégie de renforcement de son système de protection sociale ? À l'heure actuelle, les prévisions sont limitées, eu égard à la nature éparse et fragmentée des expériences dans le domaine de la protection sociale dans le pays. En revanche, à quel point le système français a-t-il pu influencer celui de la Mauritanie ?

Cette influence va bien apparaître pendant et après la colonisation et surtout après la généralisation de la protection sociale à tous les citoyens, L'instauration d'une solidarité nationale en France sur l'idée d'une distribution de revenus est le résultat de l'ordonnance du 4 octobre 1945. Celle-ci « (...) protégeait les travailleurs subordonnés appartenant à les secteur industriels et commerciaux contre les risques sociaux, en accordant des prestations en caractère minimal³. »

La comparaison des deux systèmes de protection sociale, permettra en réalité à la Mauritanie de suivre le sillage de la politique française en la matière, afin de parvenir à un système de protection sociale digne de ce nom tout en se dotant de mécanismes d'évaluation, quantitative et qualitative, de la contribution du régime de sécurité sociale dans la lutte contre la pauvreté en Mauritanie.

Les résultats escomptés derrière cette approche sont, entre autres, pouvoir :

1. proposer une approche pour une meilleure prise en compte de la sécurité sociale dans les stratégies de la lutte contre la pauvreté ;
2. réaliser une étude sur la révision du cadre juridique et la rédaction de projets de nouveaux textes sur les différents régimes ;
3. réviser les textes de la Caisse de Retraites des Fonctionnaires en vue d'intégrer la réversion des droits des veuves ou veufs ainsi que leur ayant droit afin de rétablir la justice au profit de cette catégorie ;

³ *Ibid.*

4. réfléchir autour des problématiques de la cotisation patronale à la CNAM des auxiliaires et des retraités des Établissements publics et leur identification formelle par les organismes gestionnaires ;
5. organiser un atelier de restitution de l'étude qui regroupera les différents acteurs de la protection sociale pour la définition des éléments de réforme à entreprendre et les recommandations pour une vision concertée de la protection sociale ;
6. étendre, de manière verticale et horizontale, les prestations et le champ de protection sociale ;
7. prévoir et appliquer les taxes sur certains produits et activités pour financer la prise en charge des indigents comme le tabac, la téléphonie mobile etc. ;
8. réfléchir sur la mise en place d'une assurance chômage pour remplir l'ensemble des conditions prescrites par la Convention 102 de l'OIT sur la sécurité sociale norme minimum de 1952 ;
9. réfléchir sur la mise en place d'une structure de coordination et de gestion des organismes de sécurité sociale sous forme d'une autorité de régulation ou autre structure laissée à l'appréciation des différents acteurs ;
10. contribuer à la création d'une assurance-maladie universelle ;
11. élaborer et adapter une législation et une réglementation dans le domaine de la protection sociale. Mais la sécurité sociale reste toujours « un instrument de la politique »⁴.

Cela dit, il reste établi que le rôle de la protection sociale dans un pays, au-delà de son importance pour l'équilibre des rapports sociaux, doit nécessairement tendre vers l'inclusion sociale et le respect de la dignité humaine, raison pour laquelle l'extension du régime de sécurité sociale est une tâche accablante qui en l'occurrence nécessite un soutien voire accompagnement par l'ensemble de la population.

⁴ MORVAN P., *Droit de la protection sociale*, LexisNexis, 2013 Paris, p. 10.

La Mauritanie est classée dans les catégories des pays pauvres et très endettés. En termes de revenus plus de la moitié de la population (50,5 %) vit au-dessous du seuil de pauvreté établi à 53 881 UM/an⁵ et par personne⁶.

Ce chiffre révèle la situation de « pauvreté généralisée » du pays au sens du rapport annuel du PNUD sur le développement humain de 2002 qui fait état « d'une situation dans laquelle la plus grande partie de la population dispose d'un niveau de revenu à peine suffisant ou insuffisant pour satisfaire ses besoins essentiels et dans laquelle les ressources disponibles de l'économie, et même équitablement répartie, suffisent à peine pour assurer durablement les besoins fondamentaux de la population »⁷. Ceci exige la prise en compte d'une nouvelle stratégie nationale de la protection sociale. Le non recours aux outils de protection sociale dont l'objectif est de mettre l'homme à l'abri des besoins peut alors paraître surprenant. La protection sociale dans son sens très large se définit comme un instrument au service de la solidarité entre générations et au sein d'une même génération ou simplement entre ceux qui ont des besoins immédiats et ceux qui n'en n'ont pas par le biais des transferts en espèces et en nature. Elle constitue également un outil efficace à la sécurité sociale par la lutte contre la pauvreté laquelle est définie comme « l'organisation de la protection que la collectivité accorde à ses membres »⁸. Elle a pour objet de fournir des soins médicaux préventifs et curatifs, de garantir des moyens d'existence en cas de perte involontaire du revenu ou d'une partie importante de celui-ci ou encore d'apporter un revenu supplémentaire aux personnes chargées de famille. Le régime mauritanien de sécurité sociale est d'essence bismarckienne, c'est-à-dire que « les ressources proviennent essentiellement des cotisations salariales et patronales »⁹.

⁵L'ouguiya est la devise de la Mauritanie, abrégé internationalement en UM, (1 Euro équivalent de 379 UM)

⁶KANE. M, *Pauvreté et sécurité sociale*, université de Nouakchott, 2006, p.6.

⁷Rapport annuel du PNUD sur le développement humain pour la Mauritanie, 2002, P.33.

⁸Rapport sur la stratégie nationale pour le développement social, Mauritanie. 2014 p. 21.

⁹*Ibid.*

Des efforts ont déjà été déployés en matière à la fois de conceptualisation de la protection sociale, de mise en œuvre des initiatives d'action sociale et de réponses aux crises, de développement d'un système de sécurité sociale et de mécanismes de partage des risques médicaux¹⁰. Il y a également, au sein de différents secteurs, des actions et des stratégies qui visent à élargir les services sociaux aux populations les plus vulnérables et fournir un soutien en forme de filet de sécurité aux ménages et aux individus à risque. Ceci devrait être attendu dans la stratégie de lutte contre la pauvreté pour les années 2014-2020 qui perçoit « la protection sociale à la fois comme domaine et comme approche dans la lutte contre la pauvreté qui doit concentrer des efforts intersectoriels de réduction de la vulnérabilité »¹¹. Notons que les efforts dans ce domaine restent fragmentés, et sans cohérence. « Faute d'une stratégie d'ensemble, de structures de coordination, et d'un système de suivi global qui prend comme point de départ une base de données et des analyses en commun, l'approche reste morcelée et ses résultats en dessous des attentes¹² ». Cette recherche se veut présenter des données concernant les caractéristiques de la pauvreté et des vulnérabilités des ménages, manifestations variées et disparates en fonction des milieux (urbain ou rural), des zones géographiques et des circonscriptions administratives. Elle passe en revue les principaux éléments du système formel de la sécurité sociale et les principales recommandations ayant pour objet le renforcement voire l'élargissement de ce système, avant d'analyser différentes pratiques sécuritaires non-formelles ou coutumières qui existent dans le pays. Or, « le système formel de sécurité sociale ne couvre qu'une minorité infime de la population mauritanienne, négligeant ainsi les groupes les plus vulnérables¹³ ». Cette situation est bien connue et a donné lieu, au niveau national, à des analyses et réflexions, voire même des stratégies expérimentales. Pour parvenir à la protection sociale à laquelle aspire le peuple

¹⁰ Article 2 de l'ordonnance n° 006 du 29 septembre 2005.

¹¹ Le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté en Mauritanie (2010-2020), p.71.

¹² WATSON. C, OULD JIDDOU. F, Etude sur la protection sociale en Mauritanie, Analyse de la situation rapport final et validé mars 2010, P.18.

¹³ *Ibid.*

mauritanien le gouvernement mauritanien devrait actualiser et redynamiser certains éléments pour aider à la réalisation d'une stratégie nationale de la protection sociale qui va être la pierre angulaire dans le cadre de la lutte contre la pauvreté en Mauritanie. En mettant l'accent sur l'importance, en matière de protection sociale, d'initiatives concernant la santé, l'étude passe en revue d'une façon détaillée la gamme d'actions et d'initiatives spécifiques qui, en Mauritanie, visent à élargir l'accessibilité financière des services de santé aux populations les plus vulnérables. Par ailleurs, les résultats et les recommandations d'une analyse récente sur la santé et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre offrent des éléments additionnels par rapport aux perspectives futures en termes de politiques et d'investissements. Le financement adéquat, équitable est nécessaire d'un système de sécurité sociale accessible à tous restera l'élément le plus important pour assurer une meilleure protection sociale et sanitaire. En France « la loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 insère un avant-dernier alinéa dans l'article 34 de la constitution des lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et compte tenu de leur prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous réserves prévus par une loi organique »¹⁴. Mais on observe que le financement de la sécurité sociale en Mauritanie pose un véritable problème, car, sur le terrain et au-delà de l'explication donnée par le gouvernement mauritanien, le système sanitaire est toujours loin d'atteindre ses objectifs pour des raisons multiples et variées notamment la question relative au financement. Aussi, l'amélioration de l'état de santé de la population et de son développement en général nécessite véritablement la collaboration des autres secteurs non sanitaires ainsi que la participation des populations et de ses structures administratives décentralisées comme les municipalités.

De ce point de vue, l'objectif de telles stratégies est d'agir sur les grandes questions de la santé et, en même temps, mettre en œuvre des interventions efficaces afin de parvenir à des résultats concrets. C'est ainsi que « les questions de la sécurité

¹⁴ MORVAN. P, *op.cit*, p. 29.

alimentaire et de la nutrition ont une importance capitale pour la protection sociale et devraient être considérées comme des priorités dans toute stratégie nationale »¹⁵. Il en résulte des sérieux problèmes auxquelles la sécurité sociale en Mauritanie est confrontée surtout en zone rurale mais aussi dans le milieu urbain. Il est reconnu qu'une réponse intégrée au niveau national devrait comprendre un programme de soutien aux moyens d'existence des plus pauvres, une assistance sociale ciblée et des activités nutritionnelles de soutien et de prévention auprès des populations les plus vulnérables, le tout accompagné par des efforts de renforcement des services sociaux de base et d'amélioration des conditions socio-sanitaires des ménages.

Cette recherche suggère des points de complémentarité et de synergie positive avec une stratégie de protection sociale plus large qui mettrait aussi cette population vulnérable au centre des analyses et des actions à entreprendre. Dans cette optique, l'intégration à la protection sociale des programmes et des éléments spécifiques aux droits de celle-ci serait grandement facilitée. La nécessité à la protection sociale est donc analysée en soulignant comme une précarité les mesures spécifiques visant les citoyens les plus vulnérables qu'il serait utile de renforcer. Les efforts dans le domaine de l'éducation notamment l'éducation des enfants les plus pauvres. Pour cela, « il faudrait prévoir des formes de partenariat plus larges et une approche participative ancrée dans une stratégie plus globale de lutte contre la pauvreté et l'élimination de l'exclusion sociale »¹⁶.

En revanche « les politiques nationales basées sur le recouvrement de coûts auprès des usagers sont examinées sous l'optique de la protection sociale et, à cet égard, des propositions portent surtout sur la nécessité de mettre en place les mesures qui assurent l'équité »¹⁷.

¹⁵CPSSA (Commissariat chargé de la Protection Sociale et de la Sécurité Alimentaire), Nouakchott, rapport de 2013, p. 21.

¹⁶Stratégie nationale de la lutte contre la pauvreté, Nouakchott, 2010, p. 111.

¹⁷APAUS agence pour la promotion de l'accès universel aux services de base, Mauritanie, rapport 2013, p.17.

Le secteur de l'emploi revêt lui aussi une importance capitale pour la protection sociale, étant donné le taux élevé du chômage qui contribue pour beaucoup aux problèmes de la paupérisation et à la précarisation des conditions de vie. Cette question du chômage et de l'emploi en Mauritanie suscite en un grand débat entre le gouvernement et l'opposition ; selon les chiffres officiels, le chômage est de 11%, pour l'opposition de plus de 30%. Certes, il n'y a pas aucune statistique sûre. « L'importance de créer des liens potentiels et des synergies entre les stratégies de l'emploi et de la protection sociale est ainsi soulignée, en sortant du cadre d'une analyse sectorielle spécifique »¹⁸.

Partant de ce qui précède, la présente étude se propose l'examen des aspects relatifs à la protection sociale inclus dans différents programmes nationaux conçus en vue d'étendre l'accès universel aux services sociaux de base (eau et assainissement, électricité, habitat) et de répondre, par des programmes ciblés, aux besoins spécifiques de populations identifiées comme étant particulièrement vulnérables (entre autres : réfugiés, sinistrés ou populations sortant des séquelles de l'esclavage), comme aussi en vue de promouvoir des approches décentralisées.. Ainsi faut-il examiner les tendances budgétaires nationales actuelles dans les secteurs sociaux et analyser l'espace budgétaire ou la marge de manœuvre réelle pour des investissements plus importants en matière de protection sociale¹⁹. Par la suite, en vertu des aspects pluridimensionnels et intersectoriels de la protection sociale, cette thèse présente différents modèles institutionnels actuels ou potentiels susceptibles de promouvoir, renforcer, et canaliser la coordination intersectorielle nécessaire pour la réussite d'une stratégie nationale de protection sociale, en recommandant la création d'un Conseil national ou d'un Comité interministériel en la matière. Une option spécifique concerne la mise en place d'un mécanisme de protection sociale à travers un programme de transferts directs en espèces en faveur de ménages vulnérables : « En Mauritanie, cette option, qui a déjà fait l'objet de recommandations spécifiques dans plusieurs domaines (nutrition,

¹⁸APAUS, *op.cit.* p.18.

¹⁹Selon la DBC (direction du budget et des comptes) Nouakchott Mauritanie, Rapport, 2011, p.6.

sécurité alimentaire et protection de l'enfant), semble hautement recommandable, en fonction aussi des conclusions d'une étude de faisabilité récente »²⁰.

En conclusion et dans une option de contribution à la recherche autour de ce thème de la protection sociale, les grandes lignes dégagées par cette étude seront regroupées en thèmes principaux tels que les dispositifs institutionnels et de coordination, les activités analytiques, les cadres politiques et priorités sectorielles, les partenariats stratégiques (notamment avec la France), le renforcement des capacités ainsi que des activités de pilotage, etc. Des propositions concrètes pourront alors être formulées afin d'instituer une véritable stratégie nationale de protection sociale en Mauritanie.

Il s'agit de « la mise en place d'une méthode institutionnelle, la mise en place d'un plan pilote de transferts en espèces, de l'organisation de la formation et de la réinsertion, la mise en œuvre d'un comité de suivi et d'évaluation systématique au sein du système de suivi par CSLP »²¹.

Certes, les acceptions de la protection sociale changent, chaque nation lui donnant des tonalités et des interprétations spécifiques selon les priorités et les politiques nationales dans le domaine social.

En général, la protection sociale englobe tout un ensemble d'investissements publics et d'initiatives, tant formelles qu'informelles, susceptibles directement de remédier aux risques, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique.

En ce qui concerne le plan opérationnel, la sécurité sociale comme un mode de protection sociale comprend :

- une assistance sociale aux personnes et ménages extrêmement pauvres;
- la prise en compte des besoins de base pour la population marginalisée qui ont besoin d'aides particulières afin de faciliter l'accès aux services précisément de base.

²⁰CRENAM (Centre de Récupération Nutritionnelle en Ambulatoire), Mauritanie, Rapport, 2010, p.33.

¹⁷Explication du directeur (CRENAM) 2015.

De tels services sont normalement destinés à ceux qui ont connu « la maladie, le décès d'un soutien familial/parental, un accident ou une catastrophe naturelle, ou qui souffrent d'un handicap, de violences familiales ou extra-familiales, de l'effondrement de la structures familiale, du chômage, ou qui sont des anciens combattants ou des réfugiés »²². Ainsi s'explique le fait que « La dimension d'expression et d'action peut être cruciale également dans la conception, l'évaluation et l'opérationnalisation des instruments de protection sociale »²³. Dans ce même contexte « tout individu peut faire acte de prévoyance, c'est-à-dire chercher à se préserver contre l'incertitude de demain, contre la misère qui pourrait résulter d'une diminution de ses capacités physiques ou intellectuelles »²⁴.

La solidarité joue un rôle un peu particulier pour permettre à l'ensemble de la population l'accès équitable aux services de base.

De plus en plus, la protection sociale n'est pas uniquement perçue comme un moyen de prévoyance pour les ménages frappés par des chocs exogènes, chocs exposant les membres des ménages à des formes de vulnérabilité spécifiques et les poussant à adopter des stratégies de survie négatives. « Le déficit structurel de la branche des pensions de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) constitue une menace sérieuse pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale en raison du poids des dépenses »²⁵. Également « l'équilibre du régime de sécurité sociale en Mauritanie, est très complexe dans sa mise en œuvre vu les réformes qu'il engendre et les coûts importants que doivent supporter les partenaires sociaux »²⁶, en outre, il est nécessaire de procéder à la « mise à jour du champ réglementaire de la sécurité sociale afin de tenir compte de l'évolution de l'environnement social, économique et financier de

²² WATSON. C, OULD BRAHIM. F, *op.cit.* p. 55.

²³ OULD EGALAY. M., *Les défis de la protection sociale en Mauritanie*, mission parlementaire Nouakchott, 2011, p.26.

²⁴ NETTER F., *La sécurité sociale et ses principes*, Dalloz., 2005. p.7.

²⁵ OULD EGALAY. M., *op.cit.*, p. 27

²⁶ *Ibid.*

celui-ci »²⁷. En effet, cette mise à jour est relatif à « l'organisation administrative de la C.N.S.S a modifié les dispositions du chapitre II de la loi 67/039 du 3 février 1967 instituant le régime de sécurité sociale »²⁸. La question de fiabilité sur l'effectif des employeurs en Mauritanie représente une sérieuse problématique pour les autorités car les employeurs effectuent leurs versements de cotisations de façon volontariste et en fonction de leurs besoins (soumission à un marché public par exemple). Les problèmes du recouvrement se posent en raison, d'une part, de la structure des recettes qui fait que la seule ressource réellement disponible est constituée par les cotisations et, d'autre part, du système de financement du régime basé sur la répartition. En 2008, « la part des cotisations dans les recettes globales correspondait à 99 % tandis que les autres produits ne représentaient que 1 % »²⁹. Les contraintes juridiques ont concerné divers volets de sa mise en œuvre, notamment les opportunités offertes par le statut juridique de l'institution, la gestion des évacuations médicales à l'étranger, la problématique des fraudes, l'absence d'une tarification nationale sur les actes de soins et opposable aux différents acteurs, la complexité de la gestion des conventions avec les établissements de santé et les différents modes de financement possibles.

Un autre problème de taille réside aussi dans le fait que « les cotisations des auxiliaires et contractuels de l'État ne sont payées que sur la base du salaire indiciaire, alors que les pensions sont liquidées sur le salaire total, d'où un manque à gagner mensuel de 8 millions d'ouguiyas »³⁰ (23 000 euros), mais ce déséquilibre est en partie résolu, après différents échanges intervenus entre la CNSS et la Direction du Budget. Sous un angle transversal, la question de la fraude à l'assurance maladie commence à se profiler également dans la mise en œuvre des opérations. Ainsi, compte tenu des tentatives et des cas avérés de fraude et face à un système juridique peu adapté, il semble utile à la

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.* p.30.

²⁹ OULD GUELAYE., *op.cit.*, p.13.

³⁰ *Ibid.*

CNAM de se doter d'un arsenal juridique adéquat et efficace afin de contrecarrer les pratiques frauduleuses à l'assurance maladie.

Pour préciser le concept et la notion de la protection sociale une définition de la protection sociale n'est pas aisée, les éléments précédemment évoqués le démontrent.

En France le droit de la protection sociale reflète la solidarité et l'entraide contre la survenance des événements et risques qui peuvent troubler tout individu dans la société. Selon le professeur Patrick Morvan, « le droit de la protection sociale est l'étude des règles juridiques destinées à protéger les personnes physiques contre la survenance d'un ensemble d'événements ou risques sociaux, à savoir : la maladie la maternité, l'invalidité, la vieillesse, le décès ; les charges familiales ; les accidents du travail et les maladies professionnelles ; et le chômage »³¹. On observe qu'en Mauritanie il y a de nos jours l'émergence d'une prise de conscience croissante sur la nécessité d'une politique nationale et entière pour réduire, voire éradiquer la pauvreté dans une large mesure, de porter une aide cohérente, équitable et efficace aux personnes les plus défavorisées.

Il faut, pour cela, étudier les modes de financement actuels de la sécurité sociale et explorer des mécanismes de financement alternatifs afin de prévenir les déséquilibres.

La protection sociale en Mauritanie comme en France a pour objectif garantir l'individu, la famille contre tous les risques sociaux, d'origine professionnelle ou non, susceptibles de diminuer leur revenu en portant atteinte à la capacité de travail (la maladie, l'accident, la vieillesse, le chômage, la maladie à la naissance).

Il convient de souligner que « le système français de protection sociale assure un niveau élevé des prestations et prend en compte tous les risques sociaux »³², tandis que le système mauritanien n'assure pas toutes les prestations car ne prenant pas en compte tous les risques sociaux. En plus de cela, la protection sociale en Mauritanie couvre

³¹ MORVAN. P, *Droit de la protection sociale*, LexisNexis, 5^e éd., 2011,

³² DOMINIQUE. G, *L'essentiel du droit de la sécurité sociale*, 2011, p. 15.

une faible portion de la population ce qui incarne en quelque sorte une injustice surtout à l'égard de l'immense majorité de la population démunie.

La Mauritanie est un État vaste (1.025.520 km²), peu peuplé (3.459.773 habitants, soit 3 hab. /km², 40% de la population ayant moins de 15 ans). Ses problèmes sociétaux sont dus en partie à une faiblesse des institutions mauritaniennes dès l'indépendance. En réalité, tous les régimes civils ou militaires qui ont gouverné la Mauritanie n'avaient pas eu à définir ni à mettre en place des solutions efficaces afin de réduire les inégalités sociales et économiques.

Une mention particulière sera faite dans cette étude à la spécificité du système mauritanien de protection sociale, notamment en ce qui se rapporte à l'arsenal juridique organisant ce système, d'une part, et, d'autre part, en ce qui se rapporte aux obstacles auxquels se trouvent confrontés les organismes gestionnaires.

La France et la Mauritanie, « résolus à coopérer dans le domaine social, avaient affirmé le principe de l'égalité de traitement des ressortissants des deux États au regard de la législation de sécurité sociale dans chacun d'eux. Désireux de permettre à leurs ressortissants de conserver les droits acquis en vertu de la législation de l'un des États, ont décidé de conclure une Convention générale tendant à coordonner l'application aux ressortissants français et mauritaniens des législations française et mauritanienne en matière de sécurité sociale »³³.

Avant de présenter les différents aspects de la protection sociale il est important de revenir sur l'historique de ce concept.

Le terme « sécurité sociale » est d'une utilisation récente et apparu aux États-Unis en 1935 pour la première fois dans la loi de sécurité sociale (Social Security du 14 août 1935). « Il a progressivement remplacé la locution plus ancienne « d'assurance sociale » que l'on utilisait pour désigner les régimes qui s'étaient développés dans

³³ Convention générale du 22 juillet 1965 de sécurité sociale entre le gouvernement de la République Islamique de la Mauritanie et le gouvernement de la République française 5 décret n° 67 du 3 février 1967, p. 6.

certaines professions en vue de compenser les frais résultant de la survenance d'un risque social »³⁴.

En Mauritanie, le régime de la sécurité sociale est supposé garantir le travailleur et ses ayants droit conjoint et survivants âgés de moins de 21 ans, et plus de 21 ans pour les enfants handicapés qui ne peuvent pas exercer une activité rémunérée face aux risques inhérents à la vie humaine à savoir la vieillesse, la maladie, l'invalidité et le décès.

La sécurité sociale a donc à la fois des objectifs matériels (permettre aux individus de survivre quand ils sont malades ou âgés, ou chargés de famille nombreuses, par exemple) et des objectifs sociaux (réduire l'inégalité devant les risques de la vie et assurer aux individus un minimum de revenus leur permettant d'être intégrés à la société) ; elle est : « d'une utilisation récente. Son apparition s'explique par les limites des régimes de sécurité sociale qui, à eux seuls, ne peuvent pourvoir aux objectifs contre les risques sociaux »³⁵. Leurs actions ont donc été complétées par celles d'organismes de droit privé ou public qui se sont développés à l'extérieur du système de sécurité sociale, tels que « des mutuelles, des organismes d'assurance chômage, des employeurs, de collectivités territoriales, l'Etat lui-même »³⁶. Il en est ainsi, par exemple, de l'assurance maladie définie comme une assurance procurant des « prestations en espèces et des prestations en nature » en cas de maladie, le risque maladie étant couvert dans tous les régimes obligatoires de base³⁷.

La tendance générale, de par le monde, est que la protection sociale soit de plus en plus perçue comme « une composante clé des stratégies de réduction de la pauvreté. Elle constitue un maillon important des efforts visant la réduction de la vulnérabilité économique, sociale, nutritionnelle, alimentaire et la vulnérabilité des enfants par rapport aux adultes, l'assurance d'une nutrition adéquate ainsi qu'en meilleur accès aux

³⁴ FRANCK P, *Droit de la protection sociale*, Gualino, Paris, 2009, P.16.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Le Lexique de terme juridique, 16^{ème} édition 2009, p.62.

services de bases (éducation, santé, eau et assainissement) »³⁸. Par ailleurs et spécialement dans le cadre de la politique pour l'Afrique de l'Union africaine, dont le but est le renforcement des aspects sociaux des programmes et politiques telles que les cadres stratégiques de la lutte contre la pauvreté et le partenariat nouveau pour le développement en Afrique, la protection sociale figure parmi l'une de priorités sur la base des engagements dans les processus.

Quant à la définition de la protection sociale, elle passe toujours par la définition du risque sociale. Selon le Conseil de l'Europe, « la protection sociale est définie comme une couverture, basée sur des droits, contre un risque social prédéterminé. Elle comprend tous les régimes de transfert collectifs en espèce et en nature conçu pour protéger les individu et les ménages contre les risques sociaux »³⁹. Du point de vue juridique, « on s'en tient à une liste limitative de risques que prennent en compte les différents systèmes nationaux de sécurité sociale. C'est la convention n° 102 de l'OIT adoptée en 1952 qui donne la liste de neuf risques sociaux que tout système de sécurité sociale a vocation à compenser : maladie (soins médicaux- prestation en nature – et indemnités journalières – prestations en espèces), chômage, vieillesse (pension de retraite), accident du travail, maladie professionnelles, maternité, invalidité, décès (prestations aux survivants), veuvage »⁴⁰.

Cela étant, comment sont organisés les régimes français et mauritanien de sécurité sociale ? La Mauritanie a mis en place un régime d'assurance maladie pour tous les assurés au niveau de la Caisse nationale d'assurance maladie afin d'alléger le coût des frais de santé des fonctionnaires et agents de l'État et parlementaires (groupe1), des forces armées en position d'activité (groupe2) et des titulaires de pensions civiles ou militaires issus de ces deux groupes (groupe3)⁴¹. La loi 2010-18 élargit le champ d'application des bénéficiaires de ce régime qui s'applique également aux employés

³⁸ Unicef, La stratégie nationale de la protection sociale en Mauritanie, Rapport, janvier 2012, .p.1.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Francis. K, *op.cit.* p/3.

⁴¹ L'ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005.

des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit public (Groupe 4), aux titulaires des pensions de retraite des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit public (Groupe 5) et, à leur demande, aux membres des ordres professionnels légalement reconnus (Groupe 6)⁴².

Il y a enfin la loi n° 2012-001 qui a étendu le système aux « salariés des collectivités locales et établissements publics, aux personnes exerçant une profession libérale, aux salariés et titulaires de pensions du secteur privé, aux associations de droit privé et autres organisations de la société civile, aux journalistes professionnels, aux travailleurs indépendants qui pour leur propre compte exercent une activité génératrice de revenus »⁴³.

Il est opportun également de souligner qu'il ya au sein du système mauritanien de la sécurité sociale ce qu'on appelle le régime de fonctionnaires comprenant notamment le régime de pension de vieillesse des fonctionnaires qui comporte la pension d'ancienneté et la pension proportionnelle, financé par une cotisation de 18%, dont 6% à la charge du fonctionnaire et 12% à la charge de l'État⁴⁴ : « La cotisation est assise sur le dernier salaire indiciaire du fonctionnaire »⁴⁵.

La Mauritanie dispose de trois régimes de sécurité sociale comme nous l'avons déjà expliqué. il s'agit des :

- 1- régime qui est géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ;
- 2- régime qui est géré par la Caisse des Retraites ;
- 3- régime de l'assurance maladie.

⁴²Loi n°2010 -018 du 3 février 2010 modifiant ou complétant certaines dispositions de l'ordonnance 2005-006 du 29 septembre.2005.

⁴³Etude relative à la réalisation de l'audit juridique de la CNAM, Nouakchott, septembre 2013, p.4.

⁴⁴ OULD GUELAYE , *op.cit*, p.13.

⁴⁵APAUS (Agence pour la Promotion de l'Accès Universel aux Services de Base), Rapport de 2011, p. 52.

« Les soins de santé sont dispensés au profit de cette population, dans les établissements de soin de santé publics et privés conventionnés par la CNAM »⁴⁶.

Il existe également, le régime qui est géré par l'Office National de la Médecine du Travail « régi par la loi 2004/017 du 6 juillet 2004 portant Code du Travail, « chargé de promouvoir et maintenir le bien-être physique, mental et social de tous les travailleurs »⁴⁷.

Faut-il encore rappeler que la Constitution française a institué une organisation de la Sécurité sociale contre les risques de toute destinée en faveur des travailleurs et de leurs familles car « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement⁴⁸ ». Également, « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs »⁴⁹. Ce qui s'explique par le fait que, « Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».⁵⁰

En outre, « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources »⁵¹.

La France à toujours investi dans le domaine social pour parvenir à une meilleure politique sociale possible « la période qui s'est ouverte dès la création de la sécurité sociale a été marquée d'un double mouvement : l'échec des tentatives d'unification du

⁴⁶ L'ordonnance 006 du 29 septembre 2005 portant un régime d'assurance maladie obligatoire en Mauritanie.

⁴⁷ L'article 255 de la loi 2004/017 du 6 juillet 2004 portant code du travail.

⁴⁸ Préambule de la Constitution de 1958 concernant la Sécurité sociale en France.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Article 1^{er} de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie en France.

système français, échec qui en fera une mosaïque faite de législations et d'organismes disparates ; puis l'extension de la sécurité sociale aux personnes. Cette dernière période s'étend de 1946 à 1958 »⁵².

Par la suite, sera évoquée l'évolution de la dite protection sociale à partir des années quarante. Mais il faut juste préciser que l'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale. Elle garantit l'ensemble de la population contre tout risque susceptible de réduire la capacité d'exercer une activité rémunérée. Elle couvre encore les charges de famille.

En ce qui concerne l'origine des risques elle est soit « professionnelle : les accidents du travail et les maladies professionnelles, soit non professionnelle ; la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et les décès »⁵³. Mais également, la sécurité sociale va garantir et procurer une couverture maladie pour l'ensemble de la population et les étrangers qui résident sur le sol français. Cette couverture s'exerce par l'affiliation des intéressés à un régime de sécurité sociale.

On peut énumérer ces régimes français de sécurité sociale comme suit : le régime général, qui garantit les salariés non soumis à un régime particulier, notamment de l'industrie, du commerce et des services, et en plus de cela certaines catégories de travailleurs assimilés à des salariés, « Plus de 80% de la population française relève de ce régime ; il constitue, de ce fait le régime de référence de la sécurité sociale »⁵⁴. Les régimes spéciaux pour leur part garantissent certaines activités et entreprises. Ces garanties peuvent être partielles ou totales. Si les garanties sont partielles, c'est donc le régime général qui va prendre en charge les risques non couverts. Le régime agricole quant à lui « est destiné à protéger l'ensemble des salariés agricoles et les exploitants, régime géré par la Mutuelle sociale agricole (MSA) »⁵⁵. Il existe enfin le régime des

⁵²CHOCHARD P. J., *Droit de la sécurité sociale*, 5^e 2010, p. 47.

⁵³ GRANDGUILLOT. D, *L'essentiel du droit de la sécurité sociale*, Gualino, 2014, p. 16.

⁵⁴*Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

non-salariés non agricoles qui « prend en charge les non-salariés des professions non agricoles (commerçants, artisans, industriels et profession libérales) »⁵⁶.

Après avoir défini le concept et l'importance de la protection sociale il sera utile de revenir sur les dates qui ont marqué l'histoire de la protection sociale française laquelle va influencer certains pays africains notamment la Mauritanie, surtout dans la période de décolonisation.

Il faut retenir que l'unique objectif pour les Français, selon F. Petit, était « de généraliser la protection à tous les citoyens, salarié ou non, et d'instaurer une solidarité entre eux sur l'idée d'une redistribution de revenus »⁵⁷. La réforme de 1967 préparera la sécurité sociale à de nouvelles extensions : « il fut prévu d'écarter la condition de l'activité professionnelle pour permettre à tout citoyen de bénéficier de la sécurité sociale »⁵⁸.

En outre, on assiste en France à la création des trois Caisses nationales de sécurité sociale et d'une Agence centrale en 1967 qui sont gérés de façon distincte. Il s'agit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) assurant la gestion commune des ressources du régime.

La période des années 1980 vise une maîtrise des dépenses de sécurité sociale, période toutefois et ensuite marquée « par la nécessité des dépenses de sécurité sociale »⁵⁹. Aboutissement à une réforme de la Sécurité sociale en 1996.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ PETIT. F, *Droit de la protection sociale*, Gualino, 2014, p.45.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ *Ibid.*

Les autorités publiques françaises créèrent un établissement public chargé de combler la dette de la sécurité sociale, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), cet établissement fut alimenté au moyen d'une contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) applicable aux revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine, de placements, ainsi qu'à d'autres revenus tels que les jeux de hasard, les paris hippiques et les casinos.

« La sécurité sociale, sous son aspect institutionnel, est également à même de se renouveler à l'occasion du chantier de négociation ouvert à l'initiative du patronat français le MEDEF et engagé avec les centrales syndicales des salariés dans le cadre de la refondation sociale. »⁶⁰. La France va connaître la création de la couverture maladie universelle en 2001, « un réel accès aux soins pour toutes les personnes qui résident en France de façon stable et régulière qui ne relèvent d'aucun régime professionnel. Elle offre aussi aux plus défavorisés de la population une couverture maladie universelle complémentaire.

La prise en compte de ces différentes dimensions de la protection sociale est l'un des facteurs qui pourrait aider à briser le cycle de pauvreté et contribuer à la croissance économique.

L'ensemble implique de respecter une double approche : exposer tout d'abord la difficulté de mise en place du système de protection sociale en Mauritanie contrairement à la situation en France (1^{ère} partie), ensuite la politique menée par les organismes gestionnaires dans les deux pays en matière de protection sociale (2^e partie).

⁶⁰ CHOCHARD P. J. *op.cit*, p.73.

PARTIE I. PROBLÉMATIQUE CONTEMPORAINE DE LA PROTECTION SOCIALE

Selon les théoriciens du droit, les praticiens, les militants des droits de l'homme, les administrateurs et les divers commentateurs, la protection sociale est venue comme une véritable réponse voire une nécessité pour résoudre la pauvreté car « pour le sens commun, les gens heureux n'ont pas d'histoire. En réalité se sont les pauvres qui ont été longtemps les exclus de l'histoire »⁶¹, le point de convergence des nombreux débats. Elle suscite toujours, « l'interrogation sur la particularité de chaque pays, par rapport aux services publics, et même par rapport aux régimes de protection sociale »⁶². Cependant, « les appréciations relèvent parfois d'une défense vétilleuse ou d'une critique acerbe »⁶³.

La première législation qui avait consacré la sécurité sociale est celle des États Unis d'Amérique en 1935. Pourtant c'est plutôt le modèle bismarckien qui va influencer nombre de systèmes à travers le monde, notamment la France et certains pays africains comme la Mauritanie, afin de créer un système de sécurité sociale.

Nous allons constater que la Mauritanie en 1967 va créer un régime de sécurité sociale qui représentait une nécessité au profit du peuple mauritanien, notamment les travailleurs salariés ainsi que de leurs familles. Ceci n'empêche cependant pas les systèmes traditionnels de sécurité sociale de continuer d'exister.

En effet, la protection sociale est un ensemble de mécanismes et d'activités corrélé visant à parvenir à la stabilité économique et sociale, à réduire la pauvreté et protéger

⁶¹ DIANNE. R., *Le droit public face à la pauvreté*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, E.J.A., 2002. p. 8.

⁶² VALETTE. J.-P., *Droit des services publics*, Marketing S.A, 2006, p. 7.

⁶³ *Ibid.*

l'être humain menacé parfois de façon interne et externe par les crises économiques à conséquence financière, les guerres, les blocus économiques et les catastrophes naturelles, famines, inondations, maladies épidémiques.

La satisfaction des besoins de l'homme va comprendre plusieurs mesures protectionnistes, par exemple logement, nourriture, vêtements, en particulier lors de catastrophes naturelles ou pendant la guerre. Cependant, « la technique de la sécurité sociale s'est inspirée de la technique des assurances sociales qui avait elle-même profité de l'expérience de l'assurance privée »⁶⁴.

En France, selon l'article L.311-1 du code de la sécurité sociale « les assurances sociales du régime général couvrent les risques ou charges de maladies, l'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité ainsi que de paternité »⁶⁵.

La sécurité sociale est le fruit d'une longue histoire, Nombre de caractéristiques des systèmes de sécurité sociale, de leurs forces et de leurs limites procèdent non seulement des choix fondateurs opérés à la Libération, lors de l'institution de la sécurité sociale, mais également, des voies empruntées dès la fin du XIX^e siècle pour la couverture des risques sociaux. « L'observation vaut de même pour le droit de la sécurité sociale dont le principe, les caractères et les sources tirent pour une part leur origine des conditions dans lesquelles la sécurité sociale a pris naissance »⁶⁶.

L'État, afin d'assurer la sécurité sociale de ses citoyens contre les risques sociaux, est censé de travailler avec l'ensemble de ses partenaires pour la réalisation d'un système juridique lui permettant de parvenir à une meilleure protection sociale. La relation entre la protection sociale et le développement économique reste nécessaire afin d'aider à l'élaboration de politiques à court, moyen et long termes pour la sécurité sociale afin de garantir les prestations de base pour l'ensemble de la population. La

⁶⁴NETTER. F, *op.cit*, p.189.

⁶⁵MORVAN. P, *op.cit*, p.183.

⁶⁶PRETOT. X, *op.cit*, p.7.

croissance économique semble nécessaire et cruciale, par exemple le renforcement de la productivité, l'amélioration des prestations de soins de santé, la distribution équitable des biens. L'existence de protection sociale n'est possible que par la réalisation d'un État de droit accompagné par une meilleure stratégie économique pour un développement durable. Toutefois, la question des compétences de la main d'œuvre est la clé pour le développement, notamment dans le domaine social. Certes, les formations continues répondront à l'évolution croissante des conditions de la demande de main-d'œuvre car le chômage ne cesse d'augmenter en Mauritanie alors que, en outre le pays se tourne vers une économie libérale. Selon Patrick Morvan, « la sécurité sociale est un instrument de la politique de l'emploi. Son objectif est double, il consiste, d'abord à extraire du marché du travail les individus appartenant à des catégories sociales vulnérables telles que les personnes âgées ou les femmes »⁶⁷. En effet, la protection sociale pourrait bien évidemment être affaiblie si les efforts de développement liés en réalité à la politique, à la pression économique, poussaient les dépenses publiques vers des politiques ne servant pas la sécurité sociale.

L'idée de l'élaboration d'une stratégie nationale de la protection sociale « suscite un intérêt particulier de la part des parties concernées (administrations, société civile, élus, ONGS, PTF) »⁶⁸. Elle a été développée dans la stratégie nationale de la protection sociale pour l'année 2012 et consiste en la nécessité de concertation de tous les acteurs et partenaires clés de la Mauritanie pour identifier des secteurs prioritaires tels que l'accès aux soins et la sécurité sociale. Par ailleurs, il faut noter qu'il existe divers moyens traditionnels de protection sociale fondés sur l'idée de solidarité, sous la forme de la charité, de dons, de legs, de la coopération des familles motivée par le sang, la parenté et l'esprit de l'assistance ancré dans les mœurs. En France nous distinguons, la sécurité sociale solidaire qui est « une partie intégrante de notre société. Elle constitue l'originalité de la protection sociale française »⁶⁹. La création de

⁶⁷ MORVAN .P, *op.cit*, , p.10.

⁶⁸ Stratégie nationale de la protection sociale, Nouakchott Mauritanie, 2012, p.103

⁶⁹ Gabriel. P., *La sécurité sociale solidaire : éléments d'analyse et de propositions*, juillet 2015, p.5.

régimes de sécurité sociale « elle a été concrétisation d'un des engagements du programme du conseil nationale de la résistance, un vrai titre programme »⁷⁰. Elle représente aussi « une institution sociale qui a profondément changé notre façon de se soigner, de faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort »⁷¹. Il y a une autre dimension de la sécurité sociale : loi humaine et progressiste « le 15 mai de 1944, le Conseil National de la Résistance, en pleine clandestinité propose pour le temps de paix à venir un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous le citoyens les moyens d'existence dans les cas où ils sont incapable de se procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intérêts et de l'État »⁷².

Avec l'évolution de la société, le système capitaliste et l'émergence de la société industrielle vont apparaître comme une nécessité. La sécurité sociale est une réelle réponse face au chômage, avec les risques de toute nature notamment les risques accrus en raison du développement technologique et industriels ce qui justifie en quelque sorte l'institution de la protection sociale. En fait qu'il s'agit de réduire la pauvreté, le risque d'exposition à divers dangers et de parvenir à l'égalité surtout en matière de redistribution des richesses.

Comme l'explique le professeur Morvan : « la signature d'un contrat est de plus en plus souvent requise afin d'attiser chez les individus le sens de la responsabilité : l'ancien plan d'aide au retour à l'emploi né de la convention de l'assurance chômage du 1^{er} janvier 2001 »⁷³. Il s'agit de l'aide dans la recherche d'emplois, ne serait-ce que temporaires, des projets d'infrastructure dans les régions pauvres, le plus souvent rurales, de micro finance, de fonds sociaux financés par le gouvernement et de donations d'institutions internationales afin de protéger les groupes les plus vulnérables.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ *Ibid.*

⁷² *Ibid.*

⁷³ MORVAN. P., *op. cit.*, p. 11.

En Mauritanie, les textes juridiques qui sont intervenus postérieurement à la loi de 1967 en matière de sécurité sociale ont essayé d'adapter les dispositifs protecteurs qu'elle a organisés aux spécificités de chaque catégorie de bénéficiaires. Mais on constate que la législation mauritanienne s'est désintéressée jusqu'à aujourd'hui des couches les plus défavorisées de la population, malgré le discours que le gouvernement mauritanien ne cesse de véhiculer à travers les médias. La réalité du régime mauritanien de sécurité sociale est loin d'être sur la bonne voie car en Mauritanie, les individus ne disposant que de revenus faibles ou irréguliers comme les travailleurs occasionnels et saisonniers ne peuvent pas avoir accès à la sécurité sociale.

La protection sociale repose ainsi fondamentalement sur l'idée de protéger l'individu contre tous les risques qu'il peut rencontrer tout au long de sa vie et l'État doit jouer son rôle de mettre l'homme à l'abri en lui offrant l'accès aux services de bases indépendamment de sa situation sociale ou professionnelle. En ce sens le professeur Bervidge, souligne : « l'égalité devant le besoin implique automatiquement une identité dans la protection sociale »⁷⁴.

Il importe, dès lors, d'exposer les institutions et le régime traditionnel de la sécurité sociale (chapitre 1) avant de poursuivre par le cadre global de la protection sociale (chapitre 2).

⁷⁴ *Ibid.*

CHAPITRE 1. L'institution et les régimes traditionnels de la protection sociale

Avec l'évolution de la société l'individu a toujours eu besoin d'une assurance ou d'une sécurité contre tous les risques qui peuvent troubler son existence sur terre, quelles que soient leurs natures, les intempéries naturelles, faim, bêtes féroces, contre ses semblables ou leurs faits, parfois même et paradoxalement contre lui-même. Les Constitutions africaines, la Déclaration de droits de l'homme et la Constitution mauritanienne consacrent ce droit de protéger l'individu et garantir les prestations de base. La stratégie que l'État mauritanien doit avoir notamment dans le domaine social et sanitaire est de s'efforcer toujours à améliorer les conditions de vie de la population.

L'évolution de la sécurité sociale en France a influencé la Mauritanie qui a créé un régime de sécurité sociale géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) en faveur des travailleurs salariés du Code du Travail et du Code de la Marine Marchande. Il a été établi par la loi 67-039 du 3 février 1967.

Nous allons constater que certains spécialistes français expliquent que la sécurité sociale, dans un premier temps, va se heurter à « l'opposition de certaines catégories professionnelles qui remettent en cause la généralisation de la couverture des risques à l'ensemble de la population »⁷⁵.

Les critiques de la sécurité sociale dans un premier temps, en France, consistent sur le fait qu'elle ne couvre pas toute la population. C'est ce qui explique la nécessité qu'elle doit prendre en compte la généralisation de la couverture des risques sociaux pour l'ensemble de la population, comme l'indique monsieur X pretot : « la sécurité sociale

⁷⁵ PRETOT.X, *op.cit.*p.22.

ne s'en étend pas moins progressivement, dans les années 1950-1960, à une nouvelle catégorie de la population cependant que s'améliore la couverture des risques »⁷⁶.

Dans les années 1970, la France va connaître une série de difficultés financières, ce qui va rendre nécessaire de réformer le système social.

Certaines revendications ont vu le jour pour instituer un système de sécurité sociale cohérent ayant vocation à s'étendre à l'ensemble de la population. Pierre Laroque avait été le porteur de cette idée. Malheureusement « cette ambition s'est heurtée à de multiples oppositions et si elle est aujourd'hui à peu près réalisée, ce ne fut pas sans difficultés, ni renoncement »⁷⁷.

Nous allons constater à travers les différentes étapes de l'évolution de la société en matière de sécurité sociale que l'épargne représentait une assistance incontournable pour les individus. Sauf que les personnes défavorisées issues des familles pauvres ne peuvent pas épargner car elles n'arrivent pas à subvenir de leurs besoins fondamentaux. De plus, les aléas financiers et économiques rendent l'épargne inefficace. La Deuxième Guerre Mondiale, va donner la naissance à l'institution de systèmes de sécurité sociale partout dans le monde y compris la France en 1945 avec le Général DE GAUL.

En Mauritanie l'épargne conserve aujourd'hui son rôle de protection contre les aléas de la vie (maladie, acheter un logement, mutuelle de santé car l'individu se trouve souvent seul face aux frais médicaux ou autres charges en cas de maladie ou accident.

Il y a également ce qu'on appelle le rôle de la famille face aux risques et aléas de la vie. « La solidarité familiale conduit naturellement à la prise en charge financière, mais également physique de ceux de ses membres qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins du fait de leur âge, de leur santé ou encore de la situation économique »⁷⁸.

⁷⁶*Ibid.*

⁷⁷*Ibid.*

⁷⁸*Ibid.*

Mais l'implication et l'engagement de la famille dans la couverture des risques sociaux ne sont pas toujours évidents car c'est la capacité financière de la famille qui va être mise en cause. et celle-ci peut ne pas supporter le coup dû à une maladie ou un risque survenant et troublant l'individu dans la famille.

La protection sociale est vue comme un instrument important dans les États qui ont de faibles revenus, comme la Mauritanie, pour protéger les individus vulnérables en cas de risque afin de faire reculer la précarité voire la pauvreté.

« Cet ardent besoin sécuritaire congénitalement attaché à la nature biologique de l'être humain a pendant longtemps défié son intelligence qui a eu à cogiter plusieurs formes d'institutions protectrices qui ont eu le mérite de répondre vaille que vaille à ce souci qui charrie tant de malheurs »⁷⁹.

Les conventions de sécurité sociale amènent de s'arrêter sur le terme convention qui en l'occurrence représente un accord officiel, écrit entre États et organisations internationales gouvernementales, « il est alors synonyme de traité c'est-à-dire accord international, qu'il soit consigné dans un seul ou plusieurs instruments »⁸⁰. Comme nous l'avons déjà expliqué, la protection sociale est un droit fondamental de l'être humain selon les conventions et le droit international.

La comparaison France –Mauritanie et Mauritanie avec d'autres pays de la région permet de spécifier d'une part, l'institution de la sécurité sociale et quelques types de conventions et les rôles joués par certaines organisations en matière de sécurité sociale. (section1) et d'autre part le régime islamique, traditionnel et informel (section2).

⁷⁹OULDT'FEIL.H, *Régime de sécurité sociale en Mauritanie*, mémoire master2, Université de Perpignan, 1998, p. 2.

⁸⁰Article 2 de la convention de Genève sur le droit des traités de 1969.

Section 1. Le cadre institutionnel de la protection sociale

Avec l'émergence des systèmes d'assurance sociale de l'État moderne en raison du développement économique et social, nous avons vu que la première législation qui a utilisé la sécurité sociale à long terme en 1935 est la législation américaine, qui va influencer le reste des pays du monde, et avons noté que la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par les Nations unies en 1948 en son article 25 fait de la sécurité sociale un droit humain nous allons étudier en cette section tour à tour, l'importance et le rôle de la sécurité sociale (paragraphe1) et les sources du droits de la sécurité sociale (paragraphe2).

Avant de se stabiliser sur sa forme actuelle, la sécurité sociale est passée par diverses étapes.

L'épargne individuelle

L'épargne individuelle signifie ce que l'individu réserve sur ses revenus personnels pour faire face aux besoins d'urgence imprévus ou pour la formation d'un capital à investir pour avoir des bénéfices qui serviront à augmenter ses revenus⁸¹. L'homme a connu l'épargne depuis l'entrée de la propriété individuelle dans sa vie et sa prise de conscience de la nécessité de pourvoir sur les imprévus de demain. Les fonds d'épargne étaient gardés à l'origine, parfois, dans des lieux non sûrs s'exposant ainsi à des risques de vol en plus du fait qu'ils n'apportaient pas de profit. Pour éviter ces risques, des banques de dépôt ont été créées pour assurer la sauvegarde des fonds épargnés contre des intérêts ou des frais convenus. La première banque de dépôt fut créée en Allemagne, dans la ville de Brunswick en 1765, puis en Suisse dans de la ville de Berne en 1787, en France à Paris en 1797 et en Angleterre en 1799. Ces banques acceptaient les fonds déposés quel qu'en soit le montant. D'autres pays ont créé un autre système d'épargne par le moyen des services des postes qui servaient de

⁸¹ SADIK MAHDI. S, *Les origines de l'assurance sociale*, 1^{ère} édition, 1964, p. 48.

caisses d'épargne, en recevant les dépôts pour la conservation et la majoration de certains intérêts après écoulement d'une durée donnée, tout en garantissant aux déposants la possibilité de retirer ses dépôts sans difficulté aucune. Ces caisses ont connu un grand succès car elles étaient garanties par l'État à la différence de celles appartenant à des particuliers. Le système d'épargne à travers les services des postes a permis à l'État de créer un capital pour l'investissement dans des projets de développement. Cependant, l'épargne individuelle quels qu'en soient les avantages demeure incapable de protéger suffisamment l'individu contre les risques sociaux imprévus. De plus, l'épargne n'est pas à la portée d'une large frange de la population, en particulier les travailleurs et autres titulaires de revenu limité et, si épargne il y a, elle serait le résultat d'une parcimonie au niveau des dépenses de consommation journalière car l'épargne suppose, à l'origine, l'existence d'un excédent de revenu, ce qui n'est généralement à la portée que des propriétaires de revenus élevés. En outre, l'individu doit attendre longtemps pour atteindre une réserve de trésorerie à même de lui permettre de faire face aux risques possibles, surtout que les fonds épargnés perdent souvent de la valeur en raison de l'inflation monétaire qui résulte de l'augmentation des prix des produits de consommation. Ainsi, il semble que l'épargne individuelle est un moyen largement incapable d'assurer la sécurité de l'individu contre les risques qu'il encourt. Ce qui justifie que « la protection des individus contre les éventualités peut être le fruit d'initiatives individuelles et privée ou faire l'objet d'une intervention de la collectivité⁸².

L'aide et l'action sociale

L'aide et l'action sociale dans la protection sociale sont fondés sur le principe de solidarité sociale. De ce fait : « le système de protection sociale français comporte un

⁸² NETTER. F, *La sécurité sociale et ses principes*, Dalloz, 2005, p.5.

ensemble de dispositifs d'intervention relativement autonome tant dans leurs finalités que dans leur construction juridique et leur fonctionnement »⁸³.

L'aide sociale est ce qu'on fournit aux pauvres et démunis sous forme de dons et de charité pour atténuer leur indigence, ou pour les aider à satisfaire certains des besoins qu'ils ne peuvent pas satisfaire avec leurs moyens limités. L'aide, en ce sens, est aussi ancienne que l'humanité elle-même. Il y a, en tout temps et en tout lieu, des gens qui acceptent d'aider leurs proches démunis, mais les principes de l'aide varient d'une société à l'autre en fonction de la situation sociale, intellectuelle et économique des différentes communautés.

En effet, « le modèle assistanciel a donc toujours été et demeure, depuis sa publication consacrée par les lois d'assistance de la III^e République, un composé des prestations établies comme des droits (aide sociale) et des prestations ou d'interventions à l'initiative des collectivités publiques ou des opérateurs privés (action sociale) »⁸⁴.

Dans les sociétés primitives qui étaient guidées par l'esprit de l'individu, l'assistance se fait par les personnes aisées, suivant leur propre choix, au profit des nécessiteux, à des fins humanitaires ou religieuses ou pour des raisons personnelles. Les effets de ce type d'aide sociale persistent encore de nos jours, en particulier dans les pays à régime capitaliste, où les donateurs désirent se montrer toujours comme bienfaiteurs directement envers les pauvres. Dans les sociétés où règnent l'esprit tribal ou familial, l'aide provient du chef de la tribu ou se fait au sein de la famille en considération des liens de parenté et de l'amour familial et en vue de protéger la famille comme noyau de la société. Ce type d'aide persiste dans les sociétés des zones sahariennes ou rurales qui n'adoptent pas des mesures de prévision des aléas de la vie comme dans les sociétés industrialisées.

⁸³ BORGETTO. M, LAFOR. R, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, Lextenso, 2012, p, 80.

⁸⁴ *Ibid.* p.107.

Avec la prolifération de la misère et de la pauvreté du fait de l'exploitation et du favoritisme, de nouvelles sociétés coopératives et d'aide se sont créées pour répondre aux besoins de leurs membres en plus de l'apparition de nouvelles associations caritatives pour offrir de l'aide aux personnes dans des situations de pauvreté, d'orphelinat et de veuvage. L'islam a joué un rôle primordial dans la création et la multiplication de ces associations caritatives, en appelant à l'aide et à la prise en charge des pauvres, des nécessiteux, des enfants trouvés et des handicapés qui n'ont ni accueil, ni assistance.

Il est certain que ces sociétés sont plus à même d'offrir l'assistance que les individus et les familles en raison du nombre de leurs fonds constitués par les contributions des membres et les subventions des bonnes volontés mais cela n'a pas été en mesure de fournir une protection efficace et suffisante aux nécessiteux du fait de l'insuffisance de ces ressources et de l'inconsistance et du manque de pérennité de leurs systèmes. Il s'agit en effet, d'organisations de volontaires dont l'action dépend de ceux qui en assurent la gestion et leur volonté de poursuivre leur tâche, surtout que le système d'assistance sociale, décrit plus haut, vise à atténuer la pauvreté, et non pas à en éliminer les causes.

La sécurité sociale ressemble, dans ses efforts pour assurer la vie des personnes et la protection de leurs intérêts économiques, à d'autres systèmes, telles que l'assistance sociale et les assurances sociales.

Toutefois, si ces systèmes ont en commun avec la sécurité sociale la recherche de la protection des individus contre certains risques sociaux, ils s'en distinguent par leurs caractères. A ce niveau, on distingue, d'une part, la sécurité sociale de l'assistance sociale, et d'autre part la sécurité sociale et de l'assurance privée.

Sécurité sociale et assistance sociale

On entend par l'assistance sociale les dons ou services gratuits fournis par des gouvernements, associations ou individus aux personnes pauvres et démunies. La différence entre sécurité sociale et assistance sociale ressort de plusieurs aspects :

- les primes de sécurité sociale sont versées aux assurés contre des cotisations versées par les employeurs seuls, avec l'employé ou avec la participation de l'État alors que l'assistance sociale est offerte à titre gracieux ;
- les primes de sécurité sociale sont versées aux assurés si les conditions sont réunies, indépendamment de leurs revenus, alors que l'assistance sociale n'est versée qu'en cas de besoin ;
- les primes de sécurité sociale sont dues aux assurés qui ont le droit de les revendiquer en justice s'ils ne les obtiennent pas, alors que l'aide sociale est une assistance volontaire qui est laissée à la discrétion du donateur⁸⁵.

Ainsi, l'écart entre la sécurité sociale et l'assurance sociale est la différence entre l'objectif et le moyen, mais certains États arabes donnent le nom de la "sécurité sociale" pour désigner les systèmes "d'assurances sociales", comme c'est le cas en Irak et en Tunisie. D'autres pays arabes accordent ce nom à l'aide publique allouée par l'État aux indigents comme en Égypte.

La sécurité sociale et la garantie de l'assurance privée

On désigne par la garantie de l'assurance privée le type de garantie par des sociétés commerciales de garantie pour couvrir un certain risque contre un montant déterminé à verser par le souscripteur qui s'appelle la prime de garantie ou la prime d'assurance.

⁸⁵ Dr. AHMED HASSAN EL-BORAI, *Les principes généraux d'assurances sociales et leurs applications dans le droit comparé*, 1^o Édition, Le Caire, 1983, p. 53.

Mais la garantie d'assurance privée rejoint le régime de la sécurité sociale dans l'objectif commun visé par les deux qui consiste à couvrir les risques auxquels sont exposés les personnes contre les cotisations ou contributions perçues. Cependant, la garantie d'assurance privée joue ce rôle en réponse aux besoins des souscripteurs, alors que la sécurité sociale le fait en réponse aux besoins de la communauté pour l'entretien de ses membres, c'est pourquoi la garantie de l'assurance privée est un projet privé exécuté par des sociétés commerciales à but lucratif.

Quant à la sécurité sociale, c'est un acte public de l'État, exécuté par un organisme public ou un instrument d'utilité publique en vue de la réalisation de l'intérêt général.

Ainsi, la garantie d'assurance privée est une garantie individuelle par laquelle l'individu vise à s'assurer contre un risque particulier contre paiement de primes, tandis que la sécurité sociale est une garantie par la communauté par laquelle elle vise à atteindre ses objectifs de développement et de sécurité, ce pourquoi une pension de sécurité sociale est toujours inférieure à celle de la garantie de l'assurance privée. Il résulte de la différence entre les fonctions exercées par la garantie de l'assurance privée et celles exercées par la sécurité sociale, des différences dans la nature de ces deux régimes.

La garantie de l'assurance privée est une garantie facultative dont l'octroi incombe aux relations car elle repose sur la réalisation d'intérêts privés des parties et sur la capacité des souscripteurs de régler leurs échéances⁸⁶.

Quant à la sécurité sociale, elle est une garantie obligatoire visant à renforcer la protection des catégories de citoyens dont la protection est exigée par l'intérêt de la communauté pour préserver sa sécurité et prévenir tout ce qui est de nature à compromettre son ordre et sa stabilité à cause d'un désordre dans l'activité de ses membres. Il s'agit là d'un objectif qui ne se réalise jamais si les groupes concernés ont l'option d'exiger ou non ce droit de sécurité sociale, surtout dans les sociétés où la

⁸⁶ .MUSTAFA. JAMAL ET HAMDI. ABDERRAHMANE, *Note succincte sur les assurances sociales*, 2^{ème} édition 1986, p.04.

solidarité sociale n'occupe pas la priorité dans l'intérêt public. La garantie d'assurance privée est laissée à la discrétion des individus pour réaliser leurs intérêts privés. En plus, la charge de l'assurance dans l'assurance privée incombe au souscripteur, alors que dans la sécurité sociale cette charge incombe aux travailleurs, aux employeurs et à l'État, ou aux employeurs seuls, dans certains cas. Ceci est dû au fait que la sécurité sociale est basée sur l'idée de faire face, d'une façon collective, aux urgences sociales à travers la contribution au financement. Le principe de cette contribution est que les dangers qui touchent les individus se répercutent sur la paix et la sécurité de la société et donc, celui qui assume la charge de cette sécurité n'en est pas nécessairement le bénéficiaire, surtout que les groupes qui ont besoin de la sécurité sociale sont les moins à même d'en assumer la charge.

La réalisation de la participation au financement de la sécurité sociale se fait par la déduction d'un pourcentage du revenu ou de la rémunération. La définition de ce pourcentage est liée à la capacité de contribuer à supporter la charge de la sécurité sociale et non pas à la gravité ou la probabilité du risque assuré. Ici, la sécurité sociale diffère de la garantie d'assurance privée, car la prime dans l'assurance privée est calculée sur la base du degré de probabilité de l'occurrence du risque pour le couvrir en cas de réalisation.

Paragraphe1. L'importance et le rôle de la sécurité sociale

Pour mieux comprendre ce cadre général il convient d'exposer l'importance de la sécurité sociale (I), son rôle(II) et le concept de protection sociale concernée (III).

I. L'importance de la sécurité sociale

Il convient sans doute de partir de ce fait que « c'est puissantes raisons s'opposent vers un pur et simple mécanisme de garantie de ressources de bases »⁸⁷.

La sécurité sociale revêt une importance particulière sur le plan social (A) et économique (B). Au plan social, le système de sécurité sociale assure la préservation de la composante humanitaire et prend en charge les franges des prolétaires.

Au niveau économique, il assure un certain revenu à l'individu lorsqu'il n'en a plus en raison de la maladie, du chômage, des accidents du travail, du vieillissement et de la mort (pour la famille de la personne décédée) en plus de la couverture des charges familiales et des dépenses humanitaires résultant de traumatismes, de maladies et de décès. Il œuvre également à accroître la possibilité de travail et d'emploi ainsi que la productivité et le niveau des salaires⁸⁸.

En France « le systèmes de protection sociale contribuent indubitablement à réduire la pauvreté. De douze à treize millions de personnes échapperaient, en France de la pauvreté ou à la précarité financière grâce aux différents mécanismes de protection sociale le coût s'élèverait à environ 30 MdS d'euros »⁸⁹.

A. L'importance sociale

La sécurité sociale revêt une grande importance au niveau social, laquelle consiste essentiellement en la préservation de la composante humanitaire (a) et la prise en charge des franges prolétaires (b).

⁸⁷ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2011, p.163.

⁸⁸ - Dr. HILMI MURAT .M. *Assurance sociale dans les pays arabes 1971-1972*, p.20.

⁸⁹ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2011, p.161.

a. Préservation de la composante humanitaire

Ce qui provoque le plus l'inquiétude chez le travailleur et lui fait craindre l'avenir c'est la crainte de se retrouver dans le besoin s'il perd son travail, à cause d'une blessure ou d'une maladie ou à cause du vieillissement ou d'un chômage forcé, sans disposer de quoi dépenser pour soi et sa famille ou si la mort le surprend avant de réserver à ses enfants des moyens de subsistance⁹⁰.

En conséquence, la libération de l'homme de ce complexe de peur et sa mise en sécurité psychologique sont les principaux piliers de la philosophie de la sécurité sociale. Cet objectif s'est traduit par la quête de la sécurité sociale de garantir la préservation de la composante humanitaire et du développement de sa valeur intrinsèque, à travers la couverture des risques affectant la force physique du travailleur et la compensation des réductions qui peuvent atteindre sa capacité de gain et éventuellement des dépenses extraordinaires qu'il pourrait subir.

L'assurance des travailleurs contre les risques et les maladies professionnelles, leur indemnisation, leur réadaptation professionnelle en cas de blessure ou de maladie et l'assurance de la mère contre les risques de grossesse, l'accouchement en plus des soins offerts aux enfants et aux personnes âgées, tout cela fait partie de la philosophie de sécurité qui ne se limite pas à la seule réparation des dommages, mais s'étend à aider le travailleur à recouvrer sa force physique et mentale et à reprendre le travail fructueux par lequel il subvient à ses besoins conformément à sa nouvelle situation. Raison pour laquelle les systèmes de protection sociale ne sont pas destinés prioritairement à supprimer la pauvreté ni, même d'ailleurs les inégalités »⁹¹.

La préservation de la composante humanitaire implique également tout ce qui a trait à l'incapacité temporaire du fait de la maladie, du chômage ou de blessures, et tout ce

⁹⁰ - MOHAMMED TALAT. MOUSSA, *l'assurance sociale*, Edition 1999, p.12.

⁹¹ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, op.cit, p.162;

qui a trait au déficit permanent du manque à gagner résultant de la vieillesse ou d'une maladie mentale.

Il est supposé que le chômage touche à la psychologie du travailleur qui a une compétence acquise après beaucoup d'efforts et de sujétion et connaît des problèmes psychologiques très graves, si, soudainement, ces compétences sont sans intérêt en raison du chômage technique découlant de certaines inventions modernes ou d'amélioration des méthodes de production car sa dignité et son estime personnelle basées sur sa fierté relative à sa compétence deviennent négligées et en proie à l'effondrement.

b. Prise en charge des prolétaires

Parmi les principaux problèmes rencontrés par les travailleurs en leur causant misère et souffrance au début du XIX^e siècle était l'esprit d'exploitation chez les employeurs envers la classe ouvrière comme moyen de réduire les coûts de production et d'augmenter les bénéfices. Ils les chargeaient de travaux pénibles sans tenir compte de leur jeune âge, les faisaient travailler pendant le jour et une partie de la nuit, sans repos, contre des salaires dérisoires qui ne servaient à rien, mettant la classe des travailleurs dans une situation incompatible avec la dignité humaine⁹².

Le mépris de la personnalité humaine des travailleurs était répandu partout dans le monde jusqu'au XIX^e siècle, ce qui a nécessité l'intervention de l'État pour protéger les travailleurs contre l'arbitraire des employeurs. Sismondi avait appelé à incriminer le travail des enfants, à instaurer le weekend et à limiter l'emploi d'adolescents. Il a également appelé à l'instauration de la liberté de constitution des syndicats et à offrir une assurance professionnelle qui consiste à obliger les employeurs à prendre en charge les travailleurs en cas de chômage, vieillesse ou invalidité à cause de maladies. Dans son livre *La solidarité*, en 1896, Léon Bourgeois considère que l'État doit assurer

⁹² - MOHAMMED. JAMAL DIN ZAKI, *op.cit*, p.22.

à chacun un minimum vital de moyens de subsistance et l'assurer contre les risques de la vie sociale car l'intervention de l'État pour l'organisation du travail, et l'aide aux personnes âgées et aux chômeurs en plus de l'élaboration d'une législation pour l'indemnisation des accidents de travail et des assurances sociales, tout cela est requis par la sécurité sociale.

De telles réformes sociales étaient également prônées par la doctrine socialiste des États en Allemagne en 1872. Toutes ces opinions avec les autres réformes, surtout socialistes sous l'égide de Karl Marx, Luiz Plan et bien autres en plus des coalitions et doctrines liées à ces opinions causant des évolutions sociopolitiques, ont toutes pour effet d'obliger les employeurs, puis les gouvernants à céder aux exigences des travailleurs et de reconnaître leurs droits légitimes, mais lentement et progressivement. Ainsi, une longue série de législations sociales a vu le jour visant à protéger les travailleurs⁹³.

Les législations relatives à l'organisation du travail avaient précédé ce dernier arsenal, vu l'effet de l'épuisement de la santé du travailleur. Ainsi, une limite maximale de la période de travail a été fixée en plus de l'âge minimum du travail et l'interdiction du travail de nuit pour les mineurs et les femmes pour qui certains types de travaux et d'industries ont été interdits. Par la suite, certaines législations sur les salaires et les conditions minimales ont été mises en place pour fixer le seuil minimal des salaires à stipuler dans les contrats et pour préserver le salaire afin qu'il arrive sans déduction ou presque au travailleur. Il y a eu également des législations liées aux risques du métier tels que les accidents et maladies professionnelles en obligeant l'employeur à indemniser le travailleur pour les dégâts subis. Puis ont suivi d'autres lois relatives à la protection du travailleur contre d'autres risques qui le menacent dans sa source de revenu, même s'ils ne sont pas liés directement à son travail, tels que la maladie, l'invalidité, la vieillesse ou le décès du chef de famille, compte tenu de l'incapacité du

⁹³ MOHAMMED TALAT ISSA, *Assurance sociale - philosophie et applications*. Le Caire, Deuxième édition 1962, p.35.

travailleur de faire face à leurs conséquences négatives avec ses moyens matériels limités.

B. Importance économique

La sécurité sociale a une grande importance économique qui consiste essentiellement à assurer un revenu de remplacement du revenu interrompu (a), accroître la production et augmenter le niveau des salaires (b).

a. Assurer un revenu de remplacement du revenu interrompu

Nous avons vu que la sécurité sociale vise à protéger les travailleurs contre la misère et lorsque ils ne peuvent plus assurer un revenu pour cause de maladie, blessures, chômage, invalidité ou décès (famille du décédé), afin d'assurer un revenu de remplacement du revenu interrompu et garantir un minimum de conditions de vie décente. Elle assure ainsi aux travailleurs une sécurité économique et préserve leur niveau de vie. Ceci a un effet direct sur les modes de consommation et de production. Les charges familiales sont ainsi couvertes en plus des dépenses extraordinaires découlant de la maladie, de l'accident ou du décès, qui sont parmi les risques qui menacent le budget familial et réduisent le niveau de vie si l'on ne dispose pas d'épargne ou de revenus de la sécurité sociale⁹⁴.

Dans ce cas, le système de la sécurité sociale vise à garantir aux assurés indemnités et subventions afin de préserver leur niveau de vie et assurer leur sécurité économique : allocations familiales accordées à ceux qui prennent en charge une épouse et des enfants, services de soins médicaux ou contribution au profit de bénéficiaires en cas de maladie ou de blessure. La sécurité sociale offre aux assurés la capacité de satisfaire

⁹⁴*Ibid.*

leurs besoins en biens et services, ce qui contribue à l'accroissement de la production⁹⁵.

b. Augmenter la production et relever le niveau des salaires

Les études menées sur des travailleurs dans des métiers et niveaux sociaux différents ont confirmé que le sentiment d'avoir un travail stable et la confiance en son avenir et l'amélioration des conditions de travail en plus de la compensation du salaire perdu ou réduit en cas de maladie, blessure, invalidité, vieillesse ou chômage augmentent sa productivité et sa capacité de créativité et d'innovation.

Il ne fait aucun doute que la sécurité sociale, à travers ce qu'elle offre aux travailleurs de garanties contre les risques de maladie, invalidité, blessures, vieillissement, chômage, décès et maladies professionnelles constitue un facteur important de création de conditions nécessaires et, partant, d'accroissement de la productivité et d'amélioration de son efficacité.

L'augmentation de la productivité du travail concourt à l'élévation du niveau de la rémunération à long terme, ce qui prépare à une vie économique décente et digne.

C'est pourquoi, le travailleur qui jouit de la stabilité se trouve toujours encouragé à élever son niveau professionnel et sa productivité afin d'être mieux rémunéré et augmenter le niveau de vie de sa famille.

Sur le plan psychologique, le travailleur considère son salaire à travers le désir de satisfaire tous ses besoins et l'on sait que les besoins de l'homme sont en permanente croissance et que toute augmentation de salaire qui permet au travailleur de satisfaire certains besoins l'exhorte à redoubler d'efforts pour augmenter de nouveau son salaire pour faire face aux nouveaux besoins et relever son niveau économique et social. La relation entre la rémunération et les besoins est une relation proportionnelle, plus les

⁹⁵ Dr. ABDUL HAMID EZZ, *Assurances de santé en République libanaise* Beyrouth, 1980, p.52.

besoins du travailleur augmentent, plus ce que l'on appelle le salaire suffisant augmente⁹⁶.

Le taux de salaire est insuffisant sur le plan psychologique, quel que soit le montant de la rémunération, si l'écart entre le niveau d'ambition du travailleur et celui de ses recettes est très élevé.

II. Le rôle de la sécurité sociale

Il s'agit d'évoquer ici le rôle que joue la sécurité sociale dans le monde (A), et les théories internationale et nationale la concernant (B).

A. La sécurité sociale dans le monde

Les systèmes de sécurité sociale ont pour objectif de venir en aide à la personne dont le revenu ne suffit pas pour faire face aux risques liés à l'évolution économique ayant entraîné des risques sociaux dus à toute une série d'incidents, à l'invalidité, à la vieillesse, au décès⁹⁷.

Les idées s'orientent vers un système global à même de faire face à tous les risques et offrir une protection suffisante aux personnes en fonction de l'objectif que vise le champ de la sécurité sociale. La portée de l'intérêt de la sécurité sociale au niveau des États, organisations et institutions internationales a connu une extension remarquable, ce qui a accru l'évolution du système de sécurité sociale et sa rénovation. Considérant l'évolution des domaines de la vie en plus de l'instabilité sociale, l'État s'est trouvé contraint de suivre une nouvelle politique consistant essentiellement à offrir une sécurité sociale qui garantit aux travailleurs certains besoins prioritaires. Mais cette

⁹⁶ MOHAMMED TALAT .ISSA, *op.cit*, P. 47.

⁹⁷ MOUSSA. ABBOUD, *op.cit*, p.268.

garantie varie d'un État à l'autre selon les moyens économiques de l'État et suivant ses conditions sociales pour assurer cette protection.

Qu'en est-il donc du champ d'application de la sécurité sociale (a) et des perspectives de la sécurité sociale dans le monde (b).

a. Champ d'application de la sécurité sociale

Chaque État doit, lors de l'élaboration de la législation sur la sécurité sociale, définir la portée de cette sécurité et les personnes couvertes. Cette définition est liée à l'objectif visé par la sécurité sociale visant à protéger toutes les personnes ou à protéger certaines catégories de personnes, les salariés, ou dans le cas d'incapacité, à offrir, à la personne invalide une pension de vieillesse⁹⁸.

Mais la réalisation de cet objectif exige la prise en compte de certaines considérations d'ordre social, économique et politique.

1. Considérations sociales

Les besoins sociaux imposent de bien connaître et cerner les personnes à protéger suivant leurs priorités en plus de la connaissance des communautés à viser par le système de protection. Ainsi, les besoins des paysans diffèrent de ceux des domestiques de maisons. Il y a lieu également de tenir compte du mode de vie à partir de la situation du pays et son niveau d'industrialisation, compte tenu de l'efficacité de l'élimination des risques chez les différents groupes sociaux afin de les définir et les organiser de par leur importance pour en protéger les individus, telles que les maladies professionnelles, les accidents du travail, la vieillesse et l'invalidité⁹⁹.

⁹⁸ Revue de nouvelles études, n°1, l'élaboration de la législation sur la sécurité sociale, septembre 1995, p.18.

⁹⁹ MOUSSA ABBOD, *op.cit*, p.268.

2. Considérations économiques

Cela exige une étude du système économique, en vue de la planification des politiques financières à suivre par le système de sécurité sociale afin de déterminer le plan général de ses ressources suivant les revenus des individus, ce qui impose la classification de la population suivant l'âge et la moyenne des salaires car les revenus des ouvriers diffèrent des revenus des travailleurs indépendants¹⁰⁰.

3. Considérations politiques

Il s'agit essentiellement de la propagation de la justice sociale et de l'élimination des différences entre les richesses individuelles. Ces considérations ont gagné l'intérêt des responsables internationaux et ont mis la question à l'étude avec examen au niveau mondial, à raison d'un destin commun et d'objectifs analogues.

b. Perspectives de la sécurité sociale dans le monde

La sécurité sociale est apparue dans le monde en raison de l'augmentation du volume des besoins des individus en considération de l'efficacité de la protection qu'offre ce système, car il est capable de répondre pleinement aux besoins des catégories vulnérables de la population, et il faut donc tenir compte de l'obligation de la sécurité sociale. Ceci a été favorisé par les facteurs de l'histoire et l'évolution des réalités de l'époque.

L'importance de ces questions se reflète dans leur champ d'application et l'intérêt international accordé à ce système de sécurité sociale qui est de nature à poser des théories modernes sur ce sujet. Plusieurs pays les ont intégrées dans leurs systèmes sociaux, comme la France dans ce domaine.

¹⁰⁰ - AMAL DJALAL, *Droit social*, Maroc, Université Al Quaraouiyine (Fès), 1973, p. 75.

B. Théories internationale et nationale

La sécurité sociale est apparue pour protéger les groupes sociaux visés en commençant, au départ, par la classe des salariés, puis s'est étendue à la protection de la population active. En fonction de l'évolution de la théorie de la sécurité sociale, l'objectif a porté sur la population y compris les nationaux et les résidents. C'est ainsi que les changements sociaux et économiques profonds exigent que la sécurité sociale ne soit plus exclusive aux salariés mais doive s'étendre à d'autres catégories de personnes qui effectuent des travaux libres. L'unique et la plus efficace solution pour l'élimination des inégalités serait donc l'extension de la sécurité sociale à l'ensemble de la population. Cette tendance s'est traduite par l'extension progressive du domaine d'application. Toutefois, dans les pays pauvres, on constate que cette tendance se heurte à de multiples obstacles, faute de moyens, d'une part, et à cause de l'organisation sociale, d'autre part. La plupart de ces pays ont des revenus par habitant très bas, ce qui exclut la possibilité de retenir de quoi créer une indemnisation pour les risques sociaux.

Les efforts des pays en voie de développement peuvent être différents suivant des facteurs variés. Ainsi, un pays pourrait, grâce à ses propres moyens ou avec l'appui d'autres pays développés, mettre en place un dispositif de base nécessaire à la protection de sa population contre les risques sanitaires et au développement d'activités entreprises au service des travailleurs. Cependant, de nombreuses difficultés font obstacle à étendre ou généraliser le système de sécurité sociale. Ces difficultés varient considérablement en fonction de la situation sociale et économique de chaque pays. « Les institutions de sécurité sociale en France « prélèvent des fonds d'une importance considérable qu'elles reversent, sous forme de prestations, aux assurés deux techniques fort différentes peuvent être utilisées : la capitalisation ou la répartition »¹⁰¹. Parmi ces difficultés, il y a la méthode de financement des fonds

¹⁰¹ *Ibid.* p. 569.

nationaux de sécurité sociale, la définition des risques et de l'évaluation de l'indemnisation, sachant que les assurances privées sont incluses dans l'assurance générale dans certains États. Le fardeau du financement des fonds nationaux de sécurité sociale incombe à la fois aux salariés et aux employeurs selon un pourcentage donné de la rémunération accordée, mais la situation est différente dans le cas où il s'agit d'employés libéraux dont il est difficile de déterminer le montant de leur revenu afin de définir leur contribution. Malgré tout cela, plusieurs États ont appliqué la théorie moderne de sécurité sociale. Nous examinerons tour à tour la théorie française (a) et la théorie Mauritanienne (b).

a. La théorie française

La sécurité sociale en France est assurée par plusieurs organismes publics reconnus par le Conseil d'État et elle est gérée par un appareil administratif complexe à caractère particulier qui occupe, en fait, une place importante dans la vie des Français. De ce fait l'objet de la sécurité sociale « est de créer au profit de toute personne et notamment des travailleurs, un ensemble de garanties contre un certain nombre d'éventualité susceptibles soit de réduire ou de supprimer leur activité, soit de leurs imposer des charges supplémentaire »¹⁰².

En général, les retenus du système français de sécurité sociale étaient de 4 à 10% du produit intérieur brut en 1959. En 1978, ce pourcentage était devenu considérable allant de 18 à 75 % en atteignant une valeur de 68 % du revenu national en France en 2012, système permettant à toute la population en toutes circonstances de disposer d'un revenu suffisant à assurer une vie décente¹⁰³.

Ce système assure aussi un travail aux personnes nouvellement présentes sur le marché du travail, élimine le chômage, assure à l'employé un revenu en cas de perte de son

¹⁰² NETTER. F, *op.cit* ; p.5.

¹⁰³ AMEL SULAIMAN ABDUL MALIK, *Sécurité sociale entre utilisation et assignation*, France, thèse de doctorat en 1985, p.36.

travail, assure la protection des travailleurs contre l'arbitraire des employeurs et offre une protection de la capacité de travail en cas de maladie, invalidité ou accidents du travail...¹⁰⁴

Pour ce qui concerne les catégories bénéficiant d'une protection sociale complète en France, « l'article. L.311-3 du CSS définit simplement une liste d'activités ou de professions qui, bénéficiant de la protection sociale des travailleurs dépendants, sont donc obligatoirement affiliés au régime général »¹⁰⁵.

Mais l'extension de la protection des individus ne s'est effectuée que plus tard, lorsqu'elle a couvert, dans les deux dernières décennies, des catégories sociales multiples; tels que les employés de l'artisanat, du commerce et des professions libérales.

Ce système français a de nombreux avantages parmi lesquels :

- le fait de ne pas être limité à la protection des individus contre les risques ;

Mieux, ce système privilégie la prévention et appuie les politiques sociales suivies par le législateur français, visant à protéger la famille, l'enfance et de la maternité grâce à des prestations familiales multiples. En plus, la sécurité sociale en France couvre tout le territoire et comporte 400 fonds en employant 150000 personnes ;

- s'agissant des ressources et des modes de financement, ce système est financé par les contributions des individus et se caractérise par le fait qu'il protège pratiquement l'ensemble de la population à l'exception de l'assurance vieillesse. Également, il existe des groupes marginaux qui ne sont pas couverts par le système, notamment les travailleurs indépendants (professeurs, travailleurs d'édition et professeurs de musique).

¹⁰⁴ MOUSSA ABBOUD, *op. cit.*, p.22;

¹⁰⁵ DUPEYROUX J.J., BORGETTO M., LAFORE R., *op.cit.*p.443.

L'assurance obligatoire du vieillissement est instaurée avant le 1er janvier 1978 où les populations françaises se sont trouvées tenues d'intégrer le régime obligatoire de la retraite. Également, la sécurité sociale s'est étendue à d'autres catégories telles que les jeunes chômeurs et personnes divorcées. Que ce soit sur une base juridique ou de fait, les allocations familiales sont devenues une lourde charge eu égard à la diversité des prestations familiales, outre l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles qui couvrent, dans le système français, 175000 personnes en 2015. Mais des critiques vont être formulées à l'égard du système de sécurité sociale par exemple « une crise d'efficacité et de légitimité car, outre son coût, il est reproché à la sécurité sociale de ne pas apporter de réponse convenable aux nouveaux problèmes sociaux qui se nomment chômage, pauvreté, exclusion »¹⁰⁶.

Il convient également de noter que la sécurité sociale en France était instaurée sur les ruines d'un système d'assurance sociale en France qui datait de 1968 en vertu de la loi du 5 avril de la même année. Ce système se caractérise, entre autres, par la conservation de la réglementation spéciale accordée à certains métiers dans les textes antérieurs à la loi de 1968, ainsi que le désir de satisfaire les réclamations soulevées par la loi du 5 avril de l'année 1968. Il y avait également la multitude des caisses d'assurance sociale et la liberté d'adhésion à ces fonds selon le choix. Le système était lié au contrat de travail car le lien de dépendance était une condition essentielle pour tirer parti de l'assurance sociale¹⁰⁷.

b. L'expérience mauritanienne

La sécurité sociale est apparue en Mauritanie depuis l'indépendance, avec la création d'une institution publique reconnue, appelée la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui agit pour garantir une vie décente au citoyen et aux siens durant sa vie et

¹⁰⁶ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *op.cit.*p.53

¹⁰⁷ KANE ABDELAZIZ, *La Caisse de sécurité sociale en Mauritanie*, université de Nouakchott, 1985, p.13.

après sa mort, ainsi que la stabilité psychologique et matérielle de l'assuré. Cette assurance est passée par deux phases essentielles en Mauritanie :

1. La phase de 1952-1960, avant l'indépendance

2. De l'indépendance à nos jours.

La première phase a été marquée par la promulgation de la loi de 1955 qui établit le système de zones d'outre-mer applicable à tous les États sous colonisation française. Cette loi est considérée comme un instrument de protection sociale prévu par l'ordonnance No 237, qui stipule que les chefs des centres sont chargés de l'application des lois après consultation des comités consultatifs créant les indemnités au profit de tous les travailleurs du régime de travail. Ensuite, il y a la création des fonds de compensation afin d'assurer le versement des allocations, en date du 5 décembre 1955, puis la création du fonds de compensation des allocations familiales à partir du 1er janvier 1956. Après la mise en place des prestations familiales, les travailleurs soumis au droit de travail ou de l'emploi ont exigé l'accroissement de la protection sociale contre les accidents du travail et des maladies professionnelles.

Deuxième phase : après l'indépendance de la Mauritanie, le système de sécurité sociale a été modifié en adoptant la loi 039/67, en date du 3 février 1967, qui a augmenté la protection des travailleurs en ajoutant deux éléments fondamentaux : la branche des accidents de travail et des risques professionnels et la branche des pensions. Ainsi, la sécurité sociale en Mauritanie a trois branches de base : les allocations familiales, les risques professionnels et les pensions.

Au titre des allocations familiales, on indemnise les travailleurs ayant des enfants en trois trimestres par an, à raison de 900 UM par trimestre et pour chaque enfant à condition de présenter un certificat de santé s'il est âgé de moins de sept ans et, si plus, de présenter un certificat de scolarité jusqu'à l'âge de 21 ans. Le travailleur perçoit

également, en cas grossesse de son épouse, une indemnité de 2160 UM et une autre indemnité de 2880 UM à son accouchement¹⁰⁸.

Quant aux deux autres branches, la branche des pensions et celle des risques professionnels et des accidents de travail, elles existent dans le système mauritanien de sécurité sociale, même si elles étaient limitées par une série de conditions dont, à titre d'exemple, celles relatives aux pensions et qui exigent d'atteindre l'âge légal de la retraite qui est de 60 ans avec 20 ans d'assurance à la Caisse nationale de sécurité sociale et la cessation de toute activité rémunérée,. Etc.

L'examen de l'expérience mauritanienne montre qu'elle reste encore limitée, car elle n'a pas modifié, jusqu'à ce jour, sa loi adoptée en 1967.

III. Concept de protection sociale concernée

« La protection sociale est la combinaison de diverses techniques de prise en charge de risque social qui par la suite vont préciser les frais dominants de la protection sociale¹⁰⁹ ».

A. Le concept de protection sociale

La protection sociale est un ensemble de mécanismes et d'activités corrélé visant à parvenir à la stabilité économique, sociale, afin d'éviter la privation et de réduire les pertes des individus. La protection sociale comme ce fut déjà évoqué, regroupe les règles juridiques destinées à protéger les personnes physiques contre la survenance d'un ensemble d'événements appelés risques sociaux¹¹⁰. Il ya deux conceptions

¹⁰⁸ KANE ABDULAZIZ, *op.cit*, p 22.

¹⁰⁹ KESSLER. F, *op.cit*, p.33.

¹¹⁰JEANSEN. E, *Droit de la protection sociale*, Lexixnexus SA, 2013, p.1.

fondamentales de la protection sociale contre les risques sociaux : la protection sociale est liée premièrement à l'énergie d'une activité professionnelle, en revanche, dans la seconde, qualifiée d'universelle, la couverture de l'individu repose sur la notion de besoin de sécurité¹¹¹

Notons que le concept de protection sociale comprend une série de mesures protectionnistes qui seraient applicables à l'humain pour obtenir ses besoins fondamentaux comme la nourriture, le logement, les vêtements, en particulier dans les circonstances résultant d'une catastrophe, de handicaps naturels ou économiques pour assurer un niveau de vie minimum. Ces mesures économiques impliquent des groupes qui ont besoin de sécurité économique et sociale par exemple : les orphelins, les veuves et les personnes âgées et les handicapés, les enfants, les personnes qui souffrent de l'extrême pauvreté et les chômeurs. Mais, pour cela, en France les masses financières en jeu dans le système de protection sociale sont très importantes, « 57% des dépenses publiques seraient dédiés à la protection sociale et à la santé »¹¹². En revanche les gens peuvent répondre aux défis de la vie et s'adapter aux changements économiques et sociaux qui les entourent ; ils se protègent contre les risques de catastrophes et peuvent se développer en un potentiel humain de vies meilleurs et de moyens de subsistance plus sûrs et plus stables. Trois observations peuvent être faites au titre de rappel et de complément.

1. Assurance sociale : est un moyen de parvenir à la protection sociale obligatoire en échange de contributions versées par les travailleurs et les employeurs.

2. Sécurité sociale: est un système juridique et un moyen obligatoire de l'État pour assurer la protection sociale de ses citoyens contre les risques sociaux³, mais également un instrument de la politique de l'emploi. Son objectif est double. Il consiste d'abord, à extraire du marché du travail les individus appartenant à des

¹¹¹ HAMMADI. K, *Droit de la sécurité sociale en Tunisie*, mémoire, Université de Perpignan, 2004, p.23.

¹¹²JEANSEN. E., *op.cit*, p.1.

catégories sociales vulnérables telles que les personnes âgées ou les femmes. Ensuite les entreprises se voient offrir des aides, ou exonérations ou allègement des cotisations patronales si elles embauchent des catégories spécifiques de demandeurs d'emploi¹¹³. Il ya pour parvenir la sécurité sociale deux façons :

- l'aide sociale : elle est offerte aux personnes qui ne peuvent pas payer des primes d'assurance sociale. En France, pour les personnes qui n'ont pas travaillé ou qui ont épuisé leurs droits (demandeurs d'emploi en fin de droits), il existe des dispositifs d'aides publiques qui prennent la forme de prestations non contributives. L'idée d'assurance n'y est plus présente. Les prestations sont financées par l'État et, de plus en plus largement, par les collectivités locales ; elles sont en général ouvertes sous conditions des ressources et ne sont pas exportables¹¹⁴ ;

- la sécurité sociale: C'est un régime imposé par l'État sur les personnes capables de payer les cotisations d'assurance contre un certain nombre de risques, notamment le vieillissement, la mort, au profit des veuves et des orphelins ou encore le chômage, les accidents du travail, les maladies qui ne sont pas directement liées au travail.

L'émergence d'un droit de sécurité sociale s'explique part « une nouvelle théorie générale complète du problème apparait avec le rapport de lord Beverdge »¹¹⁵ . Le régime mauritanien de sécurité sociale tel qu'institué par la loi n°67 039 du 03 février 1967 est administré par un Conseil d'Administration tripartite (partenaires sociaux) et géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale(CNSS), établissement public à caractère industriel et commercial placé sous la tutelle technique du ministère chargé du Travail et sous la tutelle financière du ministère des Finances.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de la CNSS, la pertinence du choix d'un système fiable de collecte des données s'avère indispensable. En effet, les

¹¹³ MORVAN. P, *op cit*, p.10.

¹¹⁴PETIT. F, *op.cit*, p.77.

¹¹⁵ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2011, p.33.

données statistiques pour une institution d'assurance sociale telle que la CNSS constituent des outils et instruments d'analyse adaptés, pour la prise de toutes les décisions stratégiques, les arbitrages et la validation des choix, la gestion de la performance, le suivi et l'évaluation.

En dépit de quelques tentatives timides d'amélioration de la fonction statistique, avec notamment l'élaboration d'un plan statistique en 1987 réalisé grâce à l'appui technique du BIT, la CNSS n'avait jamais occupé la place qu'il faut dans le dispositif de planification et de production par l'ETAT. La prise de conscience de ce fait est en effet récente et n'a pas encore donné de résultats probants malgré quelques améliorations dans l'identification des besoins en données et l'engagement de s'orienter vers un système d'information fiable et pérenne. Cependant il y a lieu de souligner que depuis les années 1970, des annuaires statistiques étaient produits régulièrement. Un effort de collecte de données était sensible. En effet, chaque mandat de prestations doit systématiquement être accompagné d'une fiche statistique, récapitulant les données y figurant. Ces fiches statistiques sont envoyées chaque mois au service des statistiques pour exploitation.

Ce service fonctionnait relativement bien car son responsable s'était spécialisé en statistiques tout au long de sa carrière à la CNSS. Son départ à la retraite a quelque peu appauvri la structure malgré les efforts soutenus de la nouvelle Division du Contrôle de Gestion dont dépend désormais le service des statistiques. C'est en ce sens que les annuaires ont été produits jusqu'en 2003¹¹⁶. Depuis cette date, la production statistique a cessé pratiquement d'exister jusqu'en 2010, année à partir de laquelle la Division de Contrôle de Gestion a commencé à produire des tableaux statistiques en se basant uniquement sur les registres numériques et sur les rapports d'activités de la Direction des Prestations et celles du Recouvrement essentiellement.

¹¹⁶ Bureau international du travail, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique Occidentale et bureau de pays de l'OIT, (le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, la cote d'ivoire, la Guinée, la Guinée Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Togo), ETD-BP, Dakar, p.7.

Actuellement, le service des statistiques est rattaché au conseiller du Directeur Général chargé de la Communication et de la Collecte des données (janvier 2013)¹¹⁷.

3. Relation entre la protection sociale et le développement économique

Il ya une relation de complémentarité ou réciprocité entre la protection sociale et le développement économique. Reconnaître la nature de cette relation pourrait aider à l'élaboration de politiques à long terme pour la sécurité sociale afin de garantir l'affectation d'un pourcentage du revenu national de la sécurité sociale sans endommager le niveau de développement économique et de diriger le développement économique et le travail de la protection sociale vers l'objectif de développement humain durable.

la protection sociale est en effet une nécessité pour le développement économique grâce à son rôle dans l'augmentation de la productivité de l'élément de travail, la prestation de soins donc la santé physique et mentale, grâce également à l'avantage que produit ou aide financière. Il ne peut y avoir aucune protection sociale sans succès dans la réalisation du développement économique, lequel travaille à satisfaire les besoins de base des individus en améliorant et en augmentant le niveau de vie, en améliorant la qualité de la vie. Dans le cadre de la protection sociale le développement économique s'emploie à créer des emplois et à assurer l'égalité d'accès à l'emploi et aux revenus. Il s'efforce de trouver des systèmes et des réseaux pour garantir la solidarité économique et sociale ; il travaille sur le développement économique des compétences de la main-d'œuvre par la formation continue afin de faire face à l'évolution constante des conditions de la demande de main-d'œuvre au vu du taux de chômage ayant augmenté dans la plupart des pays en développement ces derniers se

¹¹⁷ *Ibid.*

tournent vers une économie de marché, mais en raison des faibles compétences des travailleurs licenciés du secteur public il convient de veiller à la protection sociale de telle sorte que ne soient pas méprisés les efforts de développement de la politique, la sécurité sans la pression économique qui pousse souvent les dépenses publiques vers les zones qui ne servent pas la sécurité sociale.

B. Mécanismes tiers d'assurance sociale

L'assurance sociale constitue dans la conception professionnelle le mécanisme de garantie du droit de la protection contre les risques sociaux ; elle repose sur un certain nombre de principes et mécanismes relatifs aux conditions de protection et à la gestion administrative des prestations. Il faut souligner que, si des efforts préalables ont été déployés dès la fin de XIX^e siècle en vue d'améliorer la protection de la population la plus fragile, il faut cependant attendre les lois de 1928-1930 pour assister en France aux premières assurances sociales¹¹⁸. Trois observations résument l'évolution.

1. Les moyens traditionnels constituent un groupe d'outils existants sur l'idée générale de la solidarité, mais surtout la solidarité traditionnelle et comprennent une assistance individuelle fondée sur l'importance de la charité. Ils prennent la forme de l'aumône, de dons et de legs, la coopération de la famille motivée par le lien du sang et de la parenté. Ils peuvent se matérialiser sous la forme d'organismes de bienfaisance pour aider les pauvres, les infirmes et les personnes âgées, telle est l'image des comités populaires ou des organismes avertis, par exemple, grâce à une ambulance en période de tourmente politique.

2. Utiliser les économies comme un moyen de sécurité à savoir l'épargne, aide les associations interactives, qui détiennent une importante couverture touchant les membres de l'assemblée des commerçants, des professionnels. L'assurance commerciale jouée par les compagnies d'assurance par la collecte des cotisations

¹¹⁸DUPERYROU. J-J, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2011, p.25.

auprès des abonnés c'est une autre technique de garantie sociale.. En effet, « beaucoup reconnaissent que la sécurité sociale sert d'amortisseur à la crise économique, que sans elle il y aurait infiniment plus de pauvreté et qu'elle est créatrice de pouvoir d'achat et d'emplois directs »¹¹⁹ .

3. Les régimes d'assurance modernes, avec le système capitaliste et l'émergence de la société industrielle, ont répondu à la nécessité d'un système de sécurité sociale face à l'instabilité de la demande vu des conditions de chômage élevé du travail, avec des risques accrus en raison du développement technologique et de l'expansion de l'utilisation de machines chez les travailleurs de l'industrie. Des mécanismes de protection sociale visent à réduire la pauvreté et de réduire le risque d'exposition et à atteindre une plus grande égalité. Cela prouve la croissance économique, notamment des programmes d'éducation et de formation, en particulier pour les chômeurs pendant de longues périodes, ou encore des programmes de soins de santé. Il s'agit également de faciliter la recherche d'emplois et de créer des opportunités de travail temporaire, de lancer des projets d'infrastructure dans les régions pauvres, des programmes de micro finance, de lever des fonds sociaux financés par le gouvernement et les donateurs des institutions internationales pour protéger les groupes les plus vulnérables

Paragraphe2. Les sources du droit de la sécurité sociale

Le droit de la protection sociale, comme les autres branches du droit repose sur un ensemble de sources relevant du droit interne, du droit international et européen dont il appartient à la jurisprudence de préciser l'articulation et la portée¹²⁰ .

¹¹⁹ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *op.cit*, p.53.

¹²⁰*Ibid.*

I. Les sources relevant du droit interne

Le droit de la sécurité sociale repose sur des sources relevant du droit constitutionnel dont le respect s'impose en particulier au législateur.

A. La protection sociale du point de vue constitutionnel

Dès l'indépendance de la Mauritanie en 1960, le pays s'est naturellement doté d'une Constitution inspirée de la réalité et de la spécificité religieuse, socioculturelle, économique et certainement géopolitique.

Le 20 mai 1961 est ainsi adoptée la première Constitution.

L'État mauritanien, à l'instar des États africains francophones a intégré l'essentiel des principes constitutionnels. De par leur attachement « aux principes démocratiques définis par la déclaration des droits de l'homme de 1789 et, par la suite, par la déclaration universelle du 10 décembre 1948, les constituants entendaient poser les fondements d'une société de droit en adhérant à des valeurs qui semblent admises comme universelles par toutes les sociétés organisées »¹²¹.

Des dates très importantes marquent l'institution des Constitutions mauritaniennes qui vont porter attentes et les aspirations du peuple, notamment en matière de justice sociale.

« La constitution du 20 juillet 1991 a été adoptée dans le cadre de la démocratisation du système politique mauritanien, après treize années de régime militaire (1978-1991),

¹²¹ BA MOUSSA, A, *L'histoire constitutionnelle de la Mauritanie*, thèse université de Perpignan, 1997.p.15.

précédées d'un long régime civil, parlementaire (1959-1961), puis présidentieliste mono partisan (1961-1978) »¹²².

L'article 15 de la Constitution garantit la protection des biens vitaux, ainsi la protection de la famille.

A titre Comparatif dans la Constitution marocaine, toutes les questions à caractère économique et social sont d'une véritable importance pour le législateur marocain : le titre 4 contient l'article 93 portant l'institution d'un conseil économique et social, l'article 94 avec le conseil économique et social qui peut être consulté par le gouvernement, par la chambre des représentants et par la chambre des conseillers et enfin l'article 95 selon lequel la composition, l'organisation, les attributions et les modalités des fonctionnements du conseil économique et social sont déterminées par une loi organique¹²³.

La Constitution soudanaise en son article 11 précise que « l'État veille à la justice et à la solidarité sociales, en vue de construire les principaux fondements de la société, en assurant à chaque citoyen le niveau le plus élevé possible d'une vie digne, en distribuant équitablement le revenu national de manière à empêcher les écarts graves dans les revenus, les troubles et l'exploitation des faibles tout en veillant sur les personnes âgées et les handicapés »¹²⁴.

La Constitution mauritanienne du 20 juillet 1991 constitue une étape dans la reconversion des mentalités de ce système. Elle sera adaptée aux réalités nationales et aux exigences contemporaines. Ce qui veut dire que le préambule de la Constitution mauritanienne contribue au développement de système de la protection sociale.

On trouve dans le préambule de la constitution de 20 juillet 1991 que le peuple mauritanien proclame solennellement son attachement à l'Islam et aux principes de la

¹²² FORGUES. E, *Recueil des constitutions des états arabes*, Bruylant, Bruxelles, 2000, p.316.

¹²³ FORGUES. E, *op.cit*, p.312.

¹²⁴ *Ibid.*

démocratie tels qu'ils ont été définis par la déclaration de 10 décembre 1948 et la charte africaine des droits de l'homme et des peuples du 28 juin 1981 ainsi que par les autres conventions auxquelles la Mauritanie a souscrit.

Selon le préambule, « Considérant que la liberté, l'égalité et la dignité de l'homme ne peuvent être assurée que dans une société qui consacre la primauté du droit, soucieux de créer les conditions durables d'une évolution sociale harmonieuse, respectueuse des préceptes de l'islam seule source de droit, et ouverte aux exigences du monde moderne, le peuple mauritanien proclame, en particulier, la garantie intangible des droits et principes suivants, « le droit à l'égalité, la liberté et droits fondamentaux de la personne humaine, et les droits économiques et sociaux¹²⁵ ».

Ces précisions vont être la ligne directrice pour la contribution au développement des systèmes de protection sociale.

La Mauritanie, selon l'article premier de la Constitution est une république islamique, indivisible, démocratique et sociale : « La république, assure à tous les citoyens, sans distinction d'origine, de race, de sexe ou des conditions sociales l'égalité devant la loi. Toute propagande particulariste de caractère racial ou ethnique est punie par la loi »¹²⁶.

La particularité du système social mauritanien est son rattachement aux principes et préceptes de l'islam qui sont proclamés par la Constitution.

L'institution sociale islamique représente une source incontournable du système social mauritanien, raison pour laquelle la protection sociale et la lutte contre la pauvreté d'une façon particulière, se posent avec acuité de nos jours dans les pays musulmans et en Mauritanie d'une façon spécifique.

S'agissant de la stabilité politique et économique cela passe toujours par l'amélioration des conditions sociales auxquelles les démunis et les vulnérables sont confrontés.

¹²⁵FORGUES. E, *op.cit*, p.312.

¹²⁶ L'article 1 de la Constitution de la République Islamique de Mauritanie

D'ailleurs les pays occidentaux considèrent que la vraie menace pour la paix civile ne peut venir que de l'intérieur et à travers les révoltes sociales qui génèrent la frustration et donc l'injustice par rapport à une répartition équitable des richesses causant le dysfonctionnement du système de protection sociale. Donc, tant que ces problèmes ne sont pas réglés dans le monde, l'humanité est loin d'être à l'abri des risques et aléas liés à la maladie, la pauvreté, la souffrance.

Un régime de protection sociale des citoyens doit être une ligne directrice de tout projet politique, ce qui veut dire que la sécurité sociale contienne à la fois un droit à un niveau de vie décent et un droit à une garantie contre certains risques et éventualités.

Or, il n'y a pas de textes à vocation constitutionnelle en matière de sécurité sociale. Le régime juridique mauritanien des institutions publiques et de leurs relations avec l'État est encadré par l'ordonnance 91-09 en date du 4 avril 1990 portant statut des établissements publics et des sociétés à capitaux publics et régissant les relations de ces entités avec l'État. Le régime mauritanien de sécurité sociale semble subir les manques de textes juridiques leur permettant de s'adapter avec l'évolution de la société. Les insuffisances juridiques à terme constituent les obstacles du développement de sa mission de service public de sécurité sociale.

Il faut ici mettre en évidence que Ce texte législatif de 1990 régit tant les établissements publics à caractère administratif que ceux à caractère industriel et commercial comme la CNSS, l'organisme gestionnaire de la sécurité sociale.

La Constitution française à travers la Constitution de 1946 dispose pour sa part que : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement ». De même l'article 11 dispose que « la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.

Tout être humain qui en raison de son âge, son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »¹²⁷.

Et le préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 consacre, d'une part, « le droit de la protection de la santé, d'autre part, le droit à des moyens convenables d'existence »¹²⁸. Le législateur français est parti du fait que ces dispositions ne consacrent pas toutefois un véritable droit de la sécurité sociale mais font plus simplement « obligation au législateur de mettre en œuvre des politiques de solidarité au bénéfice de ceux qui sont exposés aux risques et aléas de l'existence »¹²⁹.

La Mauritanie présente un certain nombre de similitudes avec le système français, bien que les sources, spécialement les sources internes, soient d'origine religieuse principalement, car la Mauritanie est un pays musulman. Les textes religieux forment donc une source très importante dans l'élaboration des normes de droit positif, surtout dans le domaine de la protection sociale. Elle possède aussi un système de protection contre les risques sociaux qui concrétise encore de nombreux défis depuis 1960, date de l'indépendance, jusqu'à nos jours contrairement au système Français où l'influence des textes internationaux touchant à la protection sociale et la gestion du risque maladie ne se vérifient pas de prime abord, la Mauritanie va explorer de nouvelles méthodes pour élargir le domaine de la protection contre les risques sociaux de toutes natures.

La loi n° 67-039 du 3 février 1967 stipule qu'il est institué, sur le territoire de la République Islamique de Mauritanie, un régime de Sécurité sociale chargé du service :-des prestations familiales (branche des prestations familiales) ;

¹²⁷ L'article 11 de la constitution française de 1957

¹²⁸ PRETOT X., *op.cit.* p.36.

¹²⁹ *Ibid.*

- des prestations en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles (branche des risques professionnels) ;
- des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès (branche des pensions) ;
- de toutes autres prestations de sécurité sociale qui pourront être instituées à une étape ultérieure en faveur des travailleurs salariés.

« Le financement de la sécurité sociale doit également répondre aux exigences de la constitution. Ainsi les ressources (cotisations et contributions) doivent- elles respecter le principe de l'égalité devant les charges publiques formulé par la déclaration du droit de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 (art.13.) ; de même l'équilibre financier de la sécurité sociale répond- il à une exigence de valeur constitutionnelle »¹³⁰.

Cette question est d'une importance capitale pour les constitutionnalistes français comme mauritaniens, en respectant l'exercice de l'égalité en matière de sécurité sociale. L'équilibre financier dans ce domaine vital pour les citoyens mérite d'être pris en compte avec beaucoup de détermination et de clarté.

L'attachement à l'égalité comme principe constitutionnel dans les deux Constitutions, française et mauritanienne est favorables aux étrangers résidant régulièrement dans les deux pays qui devront normalement accéder aux prestations sociales dans les mêmes conditions que les nationaux.

B. Les sources législatives et réglementaires

La sécurité sociale a deux caractères. Le premier est commutatif, le second distributif. Le fondement du droit à une protection sociale distributive s'explique dans les besoins de l'individu qui, en l'occurrence, doit bénéficier d'une couverture contre les risques

¹³⁰*Ibid.*

lui permettant de subvenir à ses besoins. Quant au deuxième caractère commutatif, il repose sur la contribution par l'exercice d'une activité professionnelle en versant une cotisation grâce à laquelle l'individu sera pris en charge socialement.

L'histoire de protection sociale en Mauritanie remonte à 1955. L'arrêté n° 345. Institut du travail en date du 5 décembre 1955 porte institution d'un régime de prestations familiales en faveur de travailleurs salariés de la Mauritanie. Plusieurs autres textes ont vu le jour de 1955 aux premières années de l'indépendance :

« Les dispositions juridiques ambitionnaient la création et l'aménagement de certaines mesures destinées à assurer aux travailleurs la couverture de certains risques sociaux »¹³¹. On peut citer entre autres :

- décret n° 57.245 du 24.02.1957 sur la réparation et la prévention des accidents de travail ou des maladies professionnelles dans le territoire d'outre-mer¹³² ;

- loi n° 63.146 du 19.7.1963 fixant les ressources et l'organisation financière et portant réglementation du contrôle du régime des prestations familiales¹³³ ;

- loi n° 63.025 du 23.01.1963 portant réglementation et organisation administrative d'une caisse de prévoyance sociale¹³⁴ ;

- décret n° 64.110 du 10.3.1964 fixant le montant des amendes dues ou réglementaire en matière de prévoyance sociale¹³⁵.

- loi n° 65.029 du 02.02. 1965 relative à la subrogation de la caisse nationale de prévoyance sociale au fond des majorations de rentes et de garantie en matière d'accidents du travail et des maladies professionnelles.

¹³¹ OULD T'FAIL H, *Le régime mauritanien de sécurité sociale, réalité et perspectives*, Mémoire Université de Perpignan 1998, p.16.

¹³² *Ibid.*

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ *Ibid.*

- loi n^o 65.034 du 11.02.1965 portant institution d'un régime de vieillesse, d'invalidité et de décès en faveurs des travailleurs salariés¹³⁶

Ceci était une évolution naturelle afin de créer un régime de sécurité sociale en faveur des travailleurs salariés du code du travail et du code de la marine marchande : il s'agit de la loi n^o 67.039 du 03.02.1967 instituant un régime de sécurité sociale en Mauritanie¹³⁷.

Le régime mauritanien d'une façon générale et à travers toutes ces dispositions va adopter l'esprit de la législation française et particulièrement celle destinée aux pays de l'Afrique Occidentale Française. L'importance des sources législatives et réglementaires « s'explique aisément : le système français de sécurité sociale revêt, en effet, le caractère d'un système légal institué par l'État. Celui-ci est régi, des lors, par les normes édictées par ses soins »¹³⁸.

Mais le régime mauritanien de sécurité sociale a besoin d'une révision complète de certains aspects. Par exemple l'ensemble, des textes législatifs et réglementaires de celui-ci nécessite non seulement une révision mais aussi une adaptation au contexte socio-économique actuel de la Mauritanie. Il est d'une importance capitale de revoir les dispositions posant des problèmes d'application, celles qui sont en contradiction avec les préceptes de l'Islam car la religion musulmane, dans son esprit comme dans sa lettre milite, en faveur des plus pauvres. En effet « le Coran contient plus d'un verset qui fait de la justice et de l'équité sociale un paramètre appréciatif de la bonne santé morale de la Oumma »¹³⁹ ; les textes d'application n'ont jamais été pris pour clarifier certaines dispositions législatives et réglementaires du régime de sécurité sociale qui, d'ailleurs, devraient être revues.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ OULD T'FAIL H, *op. cit.*, P.17.

¹³⁸ PRETOT X., *op.cit.* P.36.

¹³⁹OULD T' FAIL H. *op.cit.*, p..6.

Il y a également les dispositions du décret 87/099(bis) du 1er juillet 1987, portant création d'un EPIC (Etablissement public à caractère industriel et commercial) dénommé CNSS et fixant ses règles de fonctionnement. Ce texte est en porte à faux par rapport à l'ordonnement juridique de la Mauritanie, car juridiquement parlant un décret ne peut modifier d'une loi.

Quant à ce décret nous avons constaté qu'il pose un vrai problème sur le statut de la caisse nationale de la sécurité sociale et au niveau du Conseil d'Administration, « dont la composition est passée de 15 membres à 33, s'apparente plutôt à une assemblée générale d'actionnaires »¹⁴⁰.

Le régime mauritanien de la sécurité sociale fait de la CNSS un établissement public à vocation sociale, géré selon les règles du droit privé, investi d'une mission publique avec 33 membres du conseil d'administration pour le rendre plus opérationnel.

La question de financement de la sécurité sociale se varie d'un pays à l'autre, la elle repose d'une façon générale sur deux types des ressources :

- « les cotisations : assises sur les revenus professionnels, les cotisations sont l'instrument privilégié des systèmes de type bismarckien, qui reposent sur un ensemble des régimes socio- professionnels ;
- la fiscalisation : le recours à l'impôt s'impose, en revanche dans les systèmes d'inspirations beveridgienne, qui répond aux principes de la solidarité nationale. La fiscalisation peut aller jusqu'à la budgétisation lorsque le financement de la sécurité sociale est incorporé dans le budget de l'État »¹⁴¹.

¹⁴⁰ CNSS (Mauritanie).

¹⁴¹ PRÉTO. X, *op.cit*, p.86.

En France, la loi de financement de la sécurité sociale retrace, chaque année les prévisions de recettes par catégories : « les cotisations représentent, aujourd'hui encore les deux tiers des ressources de la sécurité sociale »¹⁴².

II. Les sources internationales

Les textes internationaux touchant à la sécurité sociale sont des textes émanant du droit international (avec la Déclaration de Philadelphie de 1944, ou encore la Convention n° 102 de 1961) et des droits européens anciennement droit communautaire, par exemple la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales¹⁴³.

Les sources internationales ont des portées distinctes car les règles internationales et européennes l'emportent en effet, « par le jeu des dispositions de l'article 55 de la Constitution du 4 octobre 1958, sur les lois et les règlements nationaux dont l'application doit être écartée lorsqu'ils s'avèrent incompatibles avec une règle internationale ou européenne »¹⁴⁴. On constate que beaucoup de textes varient parce que leurs objectifs sont divers. L'affirmation au droit à la protection sociale, par des organisations internationales, va permettre de mettre fin au litige que peuvent avoir les praticiens du droit en matière des règles applicables.

Ceci a été expliqué par le Professeur Dupeyroux : « cette pléthore d'instruments internationaux adopte des démarches différentes et va donc affecter les États signataires à des degrés différents eu égard à l'hétérogénéité des législations

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ PRETOT X, *op.cit.* p.37.

¹⁴⁴ *Ibid.*

nationales. Il faut distinguer, dans la nébuleuse des normes internationales les instruments purement déclaratoires, des outils à portée normative »¹⁴⁵.

Notons que la sécurité sociale est vue alors «comme une dette à l'égard des peuples du monde et une raison dans la lueur de la nuit »¹⁴⁶. Ceci va être repris par la Charte de l'Atlantique signée par Roosevelt et Churchill le 12 août 1941 qui va devenir le premier texte à lancer l'idée d'une protection sociale universelle destinée à toute la population. Plus précisément, son article 5 dispose « qu'il est nécessaire d'établir la collaboration la plus complète entre toutes les nations dans le domaine économique, afin d'assurer à tous de meilleures conditions de travail, une situation économique plus favorable et surtout la Sécurité Sociale »¹⁴⁷. Ladite Déclaration adoptée le 10 mai 1944 se situe dans la même ligne que le précédent texte tout en proposant des organisations plus précises à vocation de protéger l'ensemble de la population contre les risques sociaux comme aux réparations.

Cette conscience collective d'unir l'ensemble des États et le renforcement du sort des travailleurs vont marquer cette époque Post-Libération puisqu'en 1948 est adoptée le 10 décembre 1948 la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, qui, dans ses articles 22 et 25, pose respectivement le principe que toute personne « en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale ;elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre évolution et développement de sa personnalité». Ajoutons également le principe que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien - être et ceux de sa famille, notamment pour les soins médicaux, ainsi que pour les services sociaux nécessaire ; elle a droit à la sécurité en cas où il y a chômage,

¹⁴⁵ DUPEYROUX J-J., *op.cit.*, p.394

¹⁴⁶ KESSLER. F, *op.cit.* p.126.

¹⁴⁷ DUPEYROUX. J-J, *op.cit.* p. 395.

maladie, invalidité, veuvage, vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté »¹⁴⁸.

Tout ceci est plus profond que les autres textes précédemment adoptés car il érige d'une façon très importante le droit fondamental de l'Homme, le droit à un niveau de vie suffisant, et surtout le droit à la protection contre le plus connu des risques sociaux, à savoir la perte d'emploi par exemple.

En ce qui concerne le droit communautaire, le traité de Rome du 27 mars 1957 pose le principe de la libre circulation des travailleurs sur l'ensemble des États signataires et, pour éviter que les travailleurs ne perdent leur droit d'un pays à l'autre, prévoit à l'article 42 le maintien des droits obtenus dans le pays d'origine¹⁴⁹. En outre, selon l'article 2 du Traité d'Amsterdam du 2 octobre 1997 « la Communauté Européenne fait de la protection sociale et du maintien du niveau élevé d'emploi, un de ses objectifs fondamentaux ». Cependant, c'est avec le Traité de Nice que l'Union Européenne(UN) va consacrer un « volet social », car jusqu'à la signature lors du Sommet européen de Nice le 7 Décembre 2000 et entré en vigueur le 1^{er} Février 2003, la volonté d'harmoniser les politiques de protection sociale des États-membres semblait plus relever du vœu pieux que d'une réalité. Le nouvel article 137 du Traité n'apporte guère d'éclaircissements supplémentaires quant aux orientations données par l'Union Européenne en matière de protection sociale¹⁵⁰. Cette idée d'harmonisation des systèmes nationaux avait été envisagée afin d'assembler en un tout les règles de chaque État, ce qui par la suite va aider la communauté européenne à établir ses propres règles de la sécurité sociale. « C'est donc l'objectif de coordination entre les législations qui a été privilégié au sein de l'Union européenne : cela signifie que

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ PETIT. F, *op.cit*, p. 99.

¹⁵⁰ Le nouvel article 137 : « à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres ».

chaque État membre doit, sans être obligé de s'aligner sur les règles des autres États, reconnaître leurs régimes de sécurité sociale »¹⁵¹.

Le Professeur Laborde¹⁵² souligne très justement que malgré leur caractère solennel, la plupart des sources précitées se bornent à émettre des recommandations ou des déclarations de principes. Elles n'ont aucune force contraignante hormis l'obligation morale pour les États signataires de respecter lesdits textes. C'est pour cela qu'il est important d'étudier l'impact des instruments normatifs, en particulier ceux issus d'organismes tels que l'Organisation Internationale du Travail (OIT).

Principalement les Conventions de l'Organisation Internationale du Travail, créée en 1919 et qui siège à Genève, vont rendre effectives les normes que nous venons d'exposer. L'Organisation va édicter des textes dont les dispositions ne se limitent pas au seul Droit du Travail et procède aussi à l'édiction de normes standards, de minima sociaux en matière de Protection Sociale, visant comme le souligne le Professeur Laborde¹⁵³, à harmoniser (tant une unification des Droit paraît impossible à l'échelle internationale) les législations des États signataires des Conventions. D'ailleurs la Déclaration de Philadelphie de 1944 faisait une obligation solennelle pour l'OIT d'œuvrer en faveur de l'évolution de la Sécurité Sociale, à son extension aux plus démunis dans le monde.

L'abondance des textes témoigne de l'activité de l'Organisation ; la plus connue des conventions est celle signée en 1952, lors de la 34^e session de la Conférence Internationale du Travail, dite « convention n° 102 » entrée en vigueur le 27 avril 1955. Ce texte extrêmement important porte sur les normes minimales en matière de Sécurité Sociale. Elle englobe dans le domaine de la Sécurité Sociale neuf types de risques qui sont les suivants : la maladie, la maternité, la vieillesse, les accidents du

¹⁵¹ PETIT. F, *op.cit.* p.99.

¹⁵² Laborde J-P, *Droit de la Sécurité Sociale*, PUF, 2005, p.209.

¹⁵³ *Ibid.* p.210.

travail, la maladie professionnelle, le décès, les charges familiales, le chômage, l'invalidité.

L'examen de cette convention est intéressant à plus d'un titre, car elle participe à l'émergence d'un concept international de Sécurité Sociale et tient compte des particularismes nationaux car la rédaction des dispositions est assez souple pour pouvoir s'appliquer aussi bien à des États en voie de développement, qu'à des nations déjà socialement très avancées. Les États les moins avancés peuvent tout de même ratifier la convention en acceptant de ratifier par tranche de trois les chapitres relatifs aux principaux risques. Un bilan régulier est mis en œuvre afin de voir dans quelles mesures lesdits États peuvent développer leur action pour, à terme, ratifier complètement la convention, et donc toutes les normes minimales. D'autres conventions de l'OIT plus particulières vont compléter la convention n°102 ; elles constituent ce qu'on appelle la seconde génération de conventions, et visent une branche particulière de la Sécurité Sociale.

De cette constellation de textes que faut-il retenir ? L'importance d'une protection sociale et la nécessité de sa généralisation. Cependant, toutes les normes n'ont pas la même portée, voire il n'existe aucune force contraignante. Néanmoins, il importe de souligner que, dans le cas de la France, ces mêmes normes ont guidé l'action du législateur, car nous retrouvons dans les sources constitutionnelles, entre autres, les principes qui ont contribué à l'élaboration d'un socle international commun de Sécurité Sociale, comme par exemple l'amélioration du sort du travailleur et des conditions de logement, de bien-être et de santé adéquats pour ce dernier et sa famille.

A. Les conventions internationales

Dans un objectif de sécurisation et de contrôle des populations. Des conventions bilatérales ont été conclues par les États, en premier lieu entre les anciennes puissances coloniales et les pays issus du démembrement des colonies.

Comme texte purement déclaratoire, on peut citer la Déclaration des droits de l'homme du 10 décembre 1948 qui, à l'article 22, proclame :« Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays »¹⁵⁴. Cette déclaration a joué un rôle très important pour l'institution de la sécurité sociale dans certains pays (les pays industriels). Sauf que dans certains pays pauvres, comme par exemple les États africains particulièrement la Mauritanie, la sécurité sociale va se heurter à de réels problèmes entre autres l'absence des infrastructures solides et également de cadres spécialisés en la matière, d'un coté, et la gabegie et la corruption de l'autre coté.

La Mauritanie va multiplier les projets d'accords avec les autres pays. Elle va également développer la coopération avec les États membres de l'Union Européenne, notamment sur les questions de protection sociale, qui œuvrent principalement par voie de conventions et d'accords. en témoigne la convention européenne des droits de l'homme (1950). Certaines juridictions, par exemple les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) et la cour nationale de l'incapacité et de la tarification des accidents du travail(CNITAT), présentaient la particularité d'être composés en partie d'agents fonctionnaires issus de l'administration de la sécurité sociale¹⁵⁵.

Ensuite, la charte sociale européenne révisée du 3 mai 1996 s'est montrée favorable à la reconnaissance du même droit pour toute personne, sans lui réserver la qualité de travailleur.

En réalité, la contribution la plus importante à la construction dans le droit de la protection sociale provient, sur le continent européen, de l'Union européenne. Rappelons que « le traité de Rome du 25 mars 1957 pose le principe de la libre

¹⁵⁴ PETIT. F, *op.cit*, p.76.

¹⁵⁵*Ibid.*

circulation des travailleurs sur l'ensemble des territoires des États signataires »¹⁵⁶ ; Pour éviter que les travailleurs ne perdent leurs droits d'un pays à l'autre, il prévoit par l'article 42 le maintien des droits obtenus dans le pays d'origine : « dès le départ s'est affiché le souci d'assurer la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale¹⁵⁷ », les conventions bilatérales ne mettent en jeu que deux législations nationales, il existe d'autres types de conventions plus ambitieuses qui soit tentent d'harmoniser les législations nationales, par exemple « des Conventions internationales ou universalistes, soit s'adressent à un nombre limité d'États conventions régionales et sous-régionales : Organisation Internationale du Travail (OIT), organisation des Nations unies et Association Internationale de Sécurité Sociale (AISS) qui jouent des rôles de premier plan même au sein des deux dernières organisations les conventions de sécurité sociale ne sont pas conclues »¹⁵⁸.

La variante sécurité sociale de l'expression résulte de la législation et des organismes qui concrétisent celle-ci, ayant pour finalité de couvrir l'assujetti et sa famille à la sécurité sociale contre certains aléas sociaux possibles. Il en est ainsi des pactes onusiens de sécurité sociale, du rôle joué par l'Agence Internationale de la Sécurité Sociale(a), ainsi que des conventions de l'OIT (b)

a. Le rôle de l'agence internationale de sécurité sociale

Pour comprendre ce rôle, un nouveau droit de la sécurité sociale relatif aux droit économiques, sociaux et culturels fut institué en 1961 par le pacte de l'ONU qui a corrigé en quelque sorte les insuffisances du droit interne en matière de sécurité sociale. Ce droit reconnaît à tout individu « le droit à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales et garantit également aux mères salariées le bénéfice pendant une période raisonnable avant et après la naissance des enfants d'un congé payé ou

¹⁵⁶ PETIT. F, *op.cit.* 2009. P. 79.

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ AMADOU ALIOU SOW, *Les conventions de la sécurité sociale*, université de Nouakchott, 1988, p 4.

accompagné de prestations adéquates de la sécurité sociale »¹⁵⁹. Avec l'institution de cette agence internationale spécialisée dans la sécurité sociale nous constatons que membre de pays vont adhérer et ratifier les nouveaux textes proposé par cette agence dont la vocation est de protéger l'individu dans la société, notamment les plus défavorisés.

1. L'accord onusien

Après les deux guerres mondiales la protection sociale va devenir une nécessité pour l'O.N.U cette organisation qui dans le cadre de son intervention va insister sur la prolifération de la sécurité sociale partout dans le monde, ce qui signifie que la sécurité sociale doit être un droit fondamental. « L'Assemblée Générale des Nations Unies a élaboré en 1966 deux pactes internationaux relatifs au droit social »¹⁶⁰. En 2004 l'Organisation Internationale du Travail va créer la commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation et concluait qu'un minimum de protection sociale des individus et des familles devait être accepté comme faisant partie intégrante du socle socio-économique de l'économie mondiale¹⁶¹. Le premier accord est consacré aux droits économiques, sociaux et culturels ; le second aux droits civils et politiques. Ces deux accords édictent des dispositions relatives à la discrimination, au travail forcé, aux syndicats, au droit au travail, au droit de grève, au droit à un niveau de vie décent et au droit à la sécurité sociale

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ KESSLER .P, *op.cit*, p.157.

2. Le rôle de l'Association Internationale de Sécurité Sociale

L'institution d'une Association internationale de la sécurité sociale répond à vouloir promouvoir la sécurité sociale dans le monde et, en outre, à coordonner l'ensemble des organisations internationales pour leur permettre de bien mener les missions qui sont leur dévolues. En ce sens l'Association internationale de sécurité sociale aide à former les cadres des différents pays pour incarner la sécurité sociale dans le cœur des stratégies des gouvernements de tout les pays du monde. Certes, cette mission n'est pas facile, surtout quant il s'agit les pays pauvres. Le rapport entre la Mauritanie et cette Association reste inefficace du fait de l'absence des infrastructures qui peuvent permettre à la sécurité sociale de jouer son rôle, celui d'assister et de protéger les individus contre les risques qui peuvent troubler leur tranquillité. Nous allons constater que cette agence doit « promouvoir une sécurité sociale dynamique en tant que dimension sociale dans le contexte de la mondialisation en favorisant l'excellence dans la gestion de la sécurité sociale »¹⁶².

Il faut noter également que cette association « obéit au principe de la répartition géographique de ses activités (Afrique, Amérique, Asie, et Océanie et Europe) »¹⁶³. Elle a également vocation de rassembler les institutions, les organismes qui gèrent la question de la sécurité sociale partout dans le monde. On constate en Afrique, que cette association a institué « une Conférence Régionale Africaine qui a lieu tous les trois ans »¹⁶⁴.

¹⁶² Association internationale de la sécurité sociale-Genève internationale. En ligne sur <http://www.geneve-int.ch/fr/association-internationale-de-la-s-curit-sociale-aiss-1> (consulté le 09/06/2017).

¹⁶³ SOW. A-A, *op.cit.* p.5.

¹⁶⁴ *Ibid.*

b. Les conventions de l'OIT

Sur la base du mandat défini dans la Constitution de l'OIT, y compris la Déclaration de Philadelphie (1944), « qui reste pleinement pertinente, l'OIT a l'obligation solennelle d'accompagner, parmi les nations du monde, la mise en œuvre de programmes propres à réaliser les objectifs que constituent le plein emploi et l'élévation des niveaux de vie, un salaire minimum vital et l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui en ont besoin, ainsi que l'ensemble des autres objectifs énoncés dans la déclaration de Philadelphie» De nombreux textes internationaux cherchent à promouvoir le droit des individus à la protection sociale, soit par déclaration ou énonciation, soit en posant directement des règles contraignantes.

Comme les textes purement déclaratoires, on citera la Déclaration universelle des droits de l'homme (10 décembre 1948) qui, à l'article 22, proclame que toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir satisfaction des droits économiques sociaux et culturels, indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à « l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays »¹⁶⁵.

L'OIT joue ainsi un rôle indispensable à travers toutes « les conventions élaborées et conclues en son sein, d'une part, et de ses conférences internationales et régionales, d'autre part, atteste de sa prééminence en matière de Droit social de façon générale et du Droit de la sécurité sociale en particulier »¹⁶⁶. Plus précisément convient-il d'évoquer le rôle dévolu à la Conférence Internationale du Travail (1) et les Conférences Régionales Africaines (2).

¹⁶⁵ BIT : Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, Conférence internationale du Travail, 97e session, Genève, 10 juin 2008.

¹⁶⁶ PETIT. F., *op.cit.* p.76.

1. La Conférence Internationale du Travail

Les procédures d'adoption des conventions internationales de sécurité sociale et du travail sont simples. Elles passent par, principalement, la Conférence Internationale du Travail qui se tient annuellement ; en l'occurrence tous les États membres de cette organisation y sont représentés. On constate que dans la Déclaration de Philadelphie, « l'organisation internationale du travail s'est vue confié la tâche d'examiner tous les programmes d'action et de mesures d'ordre économique et financiers et de prendre en compte tous les êtres humains, quels que soient leur race, leur croyance ou leurs sexes. Il faut également rappeler que, « l'ensemble des conventions et recommandations de l'OIT sur la sécurité sociale peuvent être classées en génération de normes qui correspondent à des approches différentes »¹⁶⁷.

La question de compétence des accords ainsi passés est très importante et la Cour Internationale de Justice tranche lors de la survenance d'un litige d'interprétation qui découlerait de l'application de ces conventions. « Leur adoption impose une majorité des deux tiers »¹⁶⁸. Également leur préparation se fait obligatoirement dans le cadre de l'Organisation même si les États décident du contraire. En effet « la procédure de ratification est soumise aux États membres qui demeureront libres de tout engagement avant son accomplissement et prévoit une répartition régionale par aire géographique »¹⁶⁹.

La convention de l'OIT numéro 102 de 1952 reste la convention la plus importante dans le domaine de la sécurité sociale. Cette convention, « marque un tournant dans

¹⁶⁷ *Ibid.*

¹⁶⁸ SOW. A-A, *op.cit.* p.14.

¹⁶⁹ *Ibid.*

l'activité normative de l'OIT consacrée jusqu' alors à la promotion de l'assurance sociale »¹⁷⁰.

Les Conférences Régionales de l'O.I.T. tentent de résoudre des problèmes spéciaux qui se posent aux différentes régions concernées, on citera le préambule de la constitution de l'OIT, la charte de l'Atlantique (aout 1941) et la déclaration de Philadelphie (déclaration concernant les buts et objectifs de l'OIT, adoptée le 10 mai 1944) qui en particulier s'est montrée insistante sur le besoin de sécurité sociale et la nécessité de son élargissement ¹⁷¹

2. Le rôle de la Conférence Régionale Africaine(C.R.A)

À l'instar des Conférences américaines, asiatiques et européennes, il existe une Conférence Régionale Africaine créée en 1958. Les Conférences Régionales ont une compétence *ratione materiae* en ce sens qu'elles ne peuvent traiter que les problèmes de ratification et d'application de certaines conventions et de prise de recommandations.

La CRA joue un rôle plus ou moins important dans l'harmonisation de l'ensemble des textes qui régissent la sécurité sociale en Afrique réunissant. « la plupart des États africains et des représentants de l'O.I.T. et certaines associations les C.R.A. ont eu lieu respectivement en 1960 à Lagos, en 1964 à Addis-Abeba, en 1969 à Accra, en 1973 à Nairobi et en 1977 à Abidjan »¹⁷². Sur ce point les résolutions de Nairobi (4^e CRA) affirment par exemple que « Les États africains qui ne l'ont pas encore fait sont invités à ratifier et à appliquer les normes de l'O.I.T. en matière de Sécurité Sociale »¹⁷³.

¹⁷⁰KESSLER. P, *op.cit*, p.162

¹⁷¹BONNECHERE. M. *La protection sociale de l'immigré en situation irrégulière*, RDSS, 1987, p .306.

¹⁷² SOW. A-A, *op.cit*, p. 5.

¹⁷³MORTON .P, *Problèmes internationaux de sécurité sociale*, Encyclopédie juridique, volume n^o 8, p.342.

L'idée d'harmoniser les législations en vigueur dans tous les pays africains a été lancée en 1977 à Abidjan. Les Etats africains veulent élaborer de nouvelles réglementations en matière de sécurité sociale qui seront conformes et compatibles avec les législations internationales de l'O.I.T on constate qu'à cette époque il y avait un certain nombre de pays qui n'avaient pas encore ratifié et souscrit à la convention de l'OIT n° 102¹⁷⁴ et tel devrait constituer un objectif à atteindre.

Enfin, on souligne qu'entre 1919 date de la création de l'O.I.T. et 2017 de nombreuses conventions ont ainsi été élaborées dans l'enceinte de cette organisation.

B. L'institution de la sécurité sociale et les conventions multilatérales

« Le système de la sécurité sociale a connu bien des évolutions par exemple, les institutions charitables, naguère, seules, organisées généralement par les églises, pour l'Europe en tout cas, venaient en aide aux victimes les plus éprouvées et les plus déshérités »¹⁷⁵. De son côté, « la religion musulmane, dans son esprit comme dans sa lettre militait en faveur des causes des plus pauvres »¹⁷⁶. En effet on souligne que, « le coran contient nombre de versets qui font de la justice et de l'équité sociale un paramètre appréciatif de la bonne santé morale de l'*Oumma* »¹⁷⁷. Ensuite, « les musulmans à l'ère de l'électronique font subroger par le trésor public, était en priorité destiné à la prise en charge des pauvres par une redistribution des biens à travers l'institution de la *Zakat* »¹⁷⁸.

¹⁷⁴Convention sur la norme minimum en matière de sécurité sociale

¹⁷⁵OULD T'FAIL. H., *op.cit*, p. 6.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ *Ibid.*

¹⁷⁸*Ibid.*,

En France « le régime de Sécurité sociale actuel a été créé par l'ordonnance du 4 octobre 1945¹⁷⁹ », qui institua « une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent »¹⁸⁰.

Le système français de Sécurité sociale se caractérise aujourd'hui par « une protection contre les risques sociaux (maladie, maternité, charges familiales, invalidité, vieillesse, veuvage, accidents du travail, maladies professionnelles) généralisée à l'ensemble de la population mais éclatée entre de nombreuses institutions faisant appel à des sources diversifiées de financement »¹⁸¹. Deux autres risques, « le chômage et la dépendance, ne font pas partie de la Sécurité sociale. Le premier est couvert pour partie par des prestations versées par l'État (ministère du Travail) et pour partie par des prestations versées par l'UNEDIC (et son réseau local d'ASSEDIC) »¹⁸².

Pour sa part, la Mauritanie fait partie des États qui ont souscrit à la Convention de l'OIT n°102 de 1952 relative à la Sécurité Sociale. Le pays dispose de plusieurs régimes de sécurité sociale :

1-celui qui est géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) en faveur des travailleurs salariés du Code du Travail et du Code de la Marine Marchande. Ce régime a été établi par la loi 67-039 du 3 février 1967. Le financement de ce régime est basé principalement sur les cotisations des employeurs et des travailleurs salariés (15% des cotisations sont à la charge de l'employeur et 1% à la charge du travailleur). Selon les dernières statistiques, la CNSS couvrirait environ 8,55 % de la population ;

2- celui qui est géré par la Caisse des Retraites de l'État en faveur des fonctionnaires ;

¹⁷⁹ZAKOUR. J., *La couverture du risque maladie*, Université de Bourdeaux, 2006 p. 35.

¹⁸⁰*Ibid.*

¹⁸¹*Ibid.*

¹⁸² *Ibid.*

3-celui de l'assurance maladie qui est géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladies (CNAM). Les principaux textes régissant la CNAM sont les suivants : l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 qui concernait à l'origine les fonctionnaires, les militaires et parlementaires ; la loi n° 2010-018 du 3 février 2010 qui a étendu le système au personnel des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et personnes morales de droit public ; la loi n° 2012-001 qui a étendu le système aux salariés des collectivités locales et établissements publics, aux personnes exerçant une profession libérale, aux salariés et titulaires de pensions du secteur privé, aux associations de droit privé et autres organisations de la société civile, aux journalistes professionnels, aux travailleurs indépendants qui pour leur propre compte exercent une activité génératrice de revenus.

« La Mauritanie s'est engagée en outre, depuis 2005, dans un processus de couverture maladie universelle qui s'est matérialisé par la mise en place d'un régime d'assurance maladie visant à développer des mécanismes de solidarité et de partage du risque. Cette orientation sociale est clairement confirmée dans le document cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP 2011-2015 MAED)¹⁸³ » ceci sans mettre l'importance de l'ancrage de la croissance dans la sphère économique, ce que l'on appelle l'axe 2 de la politique sociale

Ce volet prévoit « le renforcement des capacités de la CNAM La construction d'une sécurité sociale contre tout risque maladie dépend essentiellement de l'État, c'est-à-dire une couverture publique, mais aussi de l'assurance complémentaire éventuellement souscrite. Il faut savoir que le rapprochement de ces deux types d'assurance maladie ne signifie pas qu'il y aurait équivalence ou confusion entre elles.

L'idée de l'assurance maladie obligatoire en France est apparue pour une vraie solidarité entre l'ensemble des assurés sociaux, sans considération de l'état de santé ou des facteurs de risque de chacun, et donc si « le régime général de la sécurité sociale

¹⁸³ Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté en Mauritanie (CSLP 2011-2015 MAED), p.11.

malgré son appellation, s'applique premièrement aux salariés... il est également le régime de rattachement pour d'autres catégories de la population »¹⁸⁴.

Depuis 2005, la Mauritanie s'est engagée dans un processus de couverture maladie universelle qui s'est matérialisé par la mise en place d'un régime d'assurance maladie visant à développer des mécanismes de solidarité et de partage du risque, en sachant que « le régime de l'assurance maladie en Mauritanie est fondé sur le principe contributif et celui de la mutualisation des risques »¹⁸⁵. L'objectif de cette politique est d'arriver graduellement à la couverture maladie pour l'ensemble de la population. La CNAM devient donc un régime « fourre-tout » dont il serait utile de délimiter clairement le champ d'application, notamment à l'égard de l'Office National de la Médecine du Travail (ONMT), régi par la loi 2004/017 du 6 juillet 2004 portant code du travail en son article 255, chargé de promouvoir et maintenir le bien-être physique, mental et social de tous les travailleurs. D'autre part on rappellera ici que la signature, la ratification et l'entrée en vigueur des conventions bilatérales de sécurité sociale, reposent sur « des formalités généralement exigées de toute convention afin qu'elle produise ses effets juridiques. L'adoption d'un projet de convention n'est surement pas tâche aisée »¹⁸⁶ si les conventions tentent de couvrir plusieurs législations nationales en vue d'assurer une meilleure coordination à un stade poussé et à une échelle vaste. Tel est cependant le souhait de voir les États africains conclure entre eux une convention unique (a) mais la réalité veut que seules les conventions régionales et sous régionales connaissent un certain succès en Afrique (b).

¹⁸⁴KESSLER. F., *op.cit*, p.195.

¹⁸⁵Cf. l'orientation et l'axe 2 déjà évoqué

¹⁸⁶La convention au 5 décembre 1987 qui lie actuellement le Sénégal et la république islamique de Mauritanie. N'a nécessité qu'une approbation c'est-à-dire des actes de confirmation de la convention signée le 8 octobre 1972

a. Une convention africaine en matière sociale pour une sécurité sociale universelle

Après l'indépendance, l'O.U.A. fut mise sur pied. Elle devait élaborer des conventions en matière sociale en vertu de sa compétence générale et plus spécialement à travers ses commissions : « la Commission Economique et Sociale, celle de la Santé, de l'Hygiène et de la Nutrition »¹⁸⁷. On peut constater amèrement que ces Commissions n'ont rien produit de fructueux se contentant de ne faire que des propositions. De plus, « il n'existe nullement en Afrique l'équivalent de l'Organisation Arabe du Travail, encore moins des règlements européens de Sécurité Sociale »¹⁸⁸.

A cette époque il s'avérait l'impossible de mettre en place une convention qui regroupe tous les Etats africains vu « les difficultés liées à l'héritage des régimes de Sécurité Sociale des anciennes puissances coloniales »¹⁸⁹. L'absence d'une convention continentale qui méprise les aspirations des travailleurs migrants et, en même temps, ne répond pas aux attentes des autorités administratives dont l'objectif est de mettre en place un système de sécurité sociale accessible à tous.

b. Les conventions sous régionales et régionales

Les conventions sous régionales et régionales se heurtent à de nombreux obstacles liés à la question migratoire pour les africains ceci exige de nouvelles coordinations en vue, comme nous l'avons déjà expliqué, d'harmoniser les différentes législations liées à la question de sécurité sociale, « des États d'immigration et d'émigration, ce qui justifie la conclusion de différentes conventions régionales et sous régionales de sécurité sociale qui lient le plus souvent des États voisins appartenant à une même linguistique (Afrique de l'Ouest, de l'Est, etc.). Des situations naturelles influent

¹⁸⁷ SOW A-A, *op.cit.*, p. 28.

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ *Ibid.*

également dans la conclusion de tels accords (Fleuve Sénégal, Grands lacs,...) »¹⁹⁰. Auparavant il existait plusieurs conventions sous-régionales et régionales, « la plus ancienne et illustre convention régionale africaine est celle de l'Organisation Commune Africaine et Malgache (OCAM) créée en 1971 complétée par un accord administratif en 1973, dispositions qui continuent à lier les États signataires. Dans le cadre de la CEDEAO, a été mis en œuvre un protocole relatif à la libre circulation des personnes, le droit de résidence et d'établissement qui contient des dispositions en matière sociale. L'Union douanière et économique des États de l'Afrique Centrale (UDEAC) qui est un accord entre les États de la région en date de 1959 contient des dispositions sur les prestations familiales »¹⁹¹.

Le concept convention sous-régionale concerne trois à six pays. On peut citer entre autres « celle de la Communauté économique des pays grands lacs (CEPGL) conclue le 10 octobre 1978 et entrée en vigueur le 1^{er} Janvier 1980; le projet de convention de l'organisation des États riverains du Sénégal adoptée en juillet 1978 à Nouakchott entre la Guinée, le Mali, La Mauritanie et le Sénégal qui n'a pas connu un début d'exécution du fait du retrait de la Guinée de l'organisation »¹⁹².

La ratification d'une convention bilatérale n'aurait qu'une valeur minime si l'on ignorait le cadre procédural général représente la Pierre angulaire de ce qu'on appelle une convention bilatérale. De ce point de vue, il serait nécessaire de se familiariser avec le droit international qui régit particulièrement le droit de la Sécurité Sociale. En effet, la question de protection sociale est très présente dans les différentes Constitutions En effet, le préambule de la Constitution française de 1946, plus précisément son article 10 dispose que « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement », de même l'article 11 dispose que « la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, et aux vieux travailleurs, la

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² *Ibid.*

protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui en raison de son âge, son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »¹⁹³.

III. Conventions de sécurité sociale Mauritanie-Sénégal-France

Les principes de ces conventions consistent en l'harmonisation des législations de sécurité sociale en vue d'élaborer des législations plus efficaces pour l'ensemble des ressortissants des Etats. Cette idée d'harmonisation va ou peut se heurter à des nombreuses divergences politico-économiques entre ces pays. Ceci aboutit à l'échec d'un regroupement à ce niveau. Nous allons observer la conclusion de conventions bilatérales qui ne touchent qu'une infime partie de leurs souverainetés respective.

A. Le fondement juridique de ces conventions

Le fondement de ces conventions tourne autour des bonnes relations, des coopérations entre les différents pays, objets de ces conventions.

a. Conventions entre la Mauritanie et le Sénégal

L'histoire des conventions entre la Mauritanie et le Sénégal couvre beaucoup des coopérations dans tous les domaines, notamment le domaine socio-sanitaire. Par exemple la convention du « 5 décembre 1967 qui constitue une amélioration sur tous

¹⁹³L'article 11 du Préambule de la Constitution française de 1946

les plans et en particulier sur celui des principes de coordinations de celle du 28 octobre de 1972 plus laconique, qu'elle abroge et remplace »¹⁹⁴.

1. L'égalité de traitement des ressortissants

L'égalité de traitement des ressortissants est une protection juridique qui vise à combattre toute sorte de discriminations « de droit et de fait entre les travailleurs migrants et nationaux et certains réfugiés ou apatrides aussi bien au niveau de l'ajustement au régime de sécurité sociale qu'à celui du bénéfice des prestations »¹⁹⁵. Le législateur mauritanien et sénégalais met en avant la question des ressortissants mauritaniens et sénégalais exerçant au Sénégal ou en Mauritanie une activité salariée ou assimilée. Parmi les législations propres à ceux-ci, pour les protéger, on peut citer:

- les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- les prestations familiales ;
- les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie.

2. Les droits acquis et en cours d'acquisition

Ce principe complète celui de l'égalité de traitement. Il serait en effet inconcevable que des droits acquis légalement par un travailleur ne lui soient pas garantis quand celui-ci quitte le pays d'emploi (d'immigration), à plus forte raison qu'il les perde simplement parce que sa famille ou ses ayants droit résident hors de ce pays d'immigration.

¹⁹⁴ SAW. A- A., *op.cit*, p.13.

¹⁹⁵ *Ibid.*

Pour les prestations familiales: « lorsque, pour l'ouverture du droit aux prestations familiales, le travailleur ne justifie de toute période d'emploi requise par la législation du nouveau pays d'emploi, ou assimilée accomplie dans l'autre pays »¹⁹⁶.

3. Disposition de non cumul :

l'objectif de ce principe c'est la garantir en face aux inégalité de droit qui peut se produire ; le rôle des législateurs de deux pays va concerner la protection des ces travailleurs migrants occupés dans les deux pays, « les principes de l'égalité, la conservation des droits acquis et en cours d'acquisition intègrent largement cette logique, mais il faut freiner une éventuelle accumulation illégale du droit de bénéficier de plusieurs prestations de même nature ou se rapportant à la même période d'assurance. En effet, il est anormal qu'un travailleur puisse bénéficier d'une prestation deux fois, c'est-à-dire à la fois dans son pays d'origine et dans celui d'accueil »¹⁹⁷.

4. la législation applicable : la législation désigne les lois et les règlements et les dispositions statutaires qui sont en vigueur dans les deux pays. Le problème est de savoir quelle législation doit être appliquée aux travailleurs migrants afin d'éviter que les législations des deux pays ne s'appliquent à la fois (conflit de droit positif) ou qu'aucune d'elles ne s'applique (conflit négatif).L'article 8 de la convention affirme l'application de la législation du pays d'emploi en comptant cependant une série d'exceptions :

- les travailleurs salariés détachés par leurs employeurs pour une période qui ne dépasse pas 12 mois renouvelable une fois ;

¹⁹⁶ Article 17 de l'arrêté n° 464 du ministre de la Santé et du Travail portant règlement du service des prestations de la sécurité sociale: les travailleurs assujettis au régime de sécurité sociale et qui ont un ou plusieurs enfants à charge bénéficient des prestations familiales pour les mois pendant lesquels ils ont accompli un minimum de travail de 18 jours ou de 120 heures, perçu un salaire égal au salaire minimum interprofessionnel garanti.

Si donc un travailleur occupe deux emplois temporaires successifs dans les deux pays, on totalise la durée de travail dans les États pour vérifier le travail.

¹⁹⁷ *Ibid.*

- les personnels salariés détachés qui ne sont ni fonctionnaires civils et militaires et encore moins les personnes assimilées d'un service d'une administration de l'un des États affectés dans l'autres pays ;
- les personnels salariés des postes diplomatiques ou consulaires qui sont rattachés à la législation de l'État qui les a accrédités de même que les travailleurs au service personnel de ces agents qui ont une faculté d'option entre les deux législations s'ils sont ressortissants de l'État accréditant ;
- les agents non fonctionnaires mis par l'un des États à la disposition de l'autre par le fait d'un contrat restent soumis à la législation de partie soumissionnaires.

b. Les principes de coordination de la convention France-Mauritanie

Plusieurs accords et conventions ont été conclus entre la France et la Mauritanie dans plusieurs domaines et dans le domaine de la sécurité sociale plus spécifiquement. « Les travailleurs français ou mauritaniens, salariés ou assimilés aux salariés, sont soumis respectivement aux législations de sécurité sociale énumérées à l'article 2, applicables en Mauritanie ou en France, et, sous les réserves inscrites à l'article 2, en bénéficient ainsi que leurs ayants droits dans les mêmes conditions que les ressortissants de chacun de ces États »¹⁹⁸.

On constate que cette couverture s'étend sur les territoires déterminés par la loi par exemple : « Les territoires couverts par les dispositions de la présente Convention sont, en ce qui concerne la France : la France métropolitaine et les départements d'outre-mer ; en ce qui concerne la République islamique de Mauritanie : le territoire de la République islamique de Mauritanie »¹⁹⁹. La convention ne fait référence directement qu'à deux principes de coordination.

¹⁹⁸ SAW A-A, op.cit. p.15.

¹⁹⁹ Convention générale du 22 juillet 1965 modifiée par l'*Avenant du 30 juin 1977*, (décret n° 81-810 du 19 août 1981, publié au JO du 28 août 1981), entré en vigueur le 1er août 1981, publié au BO C.A.I. 21356, p.9.

1. Le principe de l'égalité de traitement et la conservation des droits acquis

Ce sont des principes affirmés dans le préambule de la convention.

2. La législation applicable

« Les articles 3 et 4 de la convention qui relie la France et la Mauritanie en matière de sécurité sociale contiennent à la fois la référence au principe et ses exceptions. L'article 3 paragraphe 1 énonce que les travailleurs salariés ou assimilés, occupés sur le territoire de l'un des deux pays, sont soumis aux législations en vigueur au lieu de leur résidence »²⁰⁰.

La convention du 22 juillet 1965, modifiée par l'avenant du 30 juin 1977 stipule que « ce principe s'applique d'après l'article 4 paragraphe 1 aux travailleurs salariés ou assimilés quelle que soit leur nationalité, occupés dans les postes diplomatiques ou consulaires français ou mauritaniens ou qui sont au service personnel d'agents de ces postes »²⁰¹. Ce principe comporte 5 exceptions

- les travailleurs d'une entreprise détachés sur le territoire de l'autre pays pour y travailler à condition que l'adurée de travail n'excède pas trois ans y compris la durée du congé²⁰² ;

- les agents non fonctionnaires mis à la disposition de l'un des pays par l'autre. Ces deux catégories des travailleurs restent soumises à la législation du pays d'origine. L'article 4 ajoute et complète les exceptions L'exemption des agents diplomatiques, consulaires et les fonctionnaires cadres des chancelleries du champ d'application de la législation du pays de résidence²⁰³.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² Convention générale du 22 juillet entre la France et la Mauritanie, 1965 *op.cit.*, p.9.

²⁰³ *Ibid.*

- les travailleurs salariés ou assimilés occupant un poste diplomatique ou consulaire dans l'un des pays où ils ne se sont pas définitivement fixés disposent d'un droit d'option entre les deux législations des deux États²⁰⁴ ;

Les travailleurs français ou mauritaniens qui pourront justifier :

- d'une part, de périodes d'assurance obligatoire ou volontaire auprès des régimes français d'assurance vieillesse, résultant de dispositions législatives ou réglementaires relatives aux salariés ou assimilés²⁰⁵ ;

- et, d'autre part, de périodes accomplies en Mauritanie et prises en considération par la Caisse nationale de prévoyance sociale, pourront demander que ces périodes soient totalisées, dans la mesure où elles ne se superposent pas, en vue de la détermination dans chacun des deux régimes de leurs droits aux prestations de vieillesse²⁰⁶.

Enfin, le paragraphe 2 de l'article 4 précise que les travailleurs au service d'une administration gouvernementale restent dépendants de la législation de leur pays même ils sont détachés sur le territoire de l'autre.

3. Disposition de non cumul

L'article 5 de la convention indique que les périodes d'assurance effectuées sous les régimes des deux pays sont cumulables mais ne peuvent se superposer. Le paragraphe 2 de cet article précise « les périodes d'assurance accomplies sous le régime en vigueur dans le premier pays ou les périodes reconnues équivalentes sous le régime de l'autre pays »²⁰⁷.

²⁰⁴ *Ibid.*

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ Convention générale du 22 juillet 1965, *op.cit.*, p.10.

²⁰⁷ SAW. A-A., *op.cit.*, p.19.

Section 2 Les régimes islamiques et traditionnels

Comme dans la plupart des pays africains, il y a une multiplicité de formes de solidarité locales et traditionnelles en Mauritanie, basées soit sur les liens de parenté, soit sur les valeurs religieuses. Certains de ces systèmes traditionnels d'entraide et de solidarité communautaire tendent à s'effriter sous la force des bouleversements sociaux provoqués par des crises environnementales et économiques récentes, conduisant à des formes de sédentarisation et d'urbanisation favorisant l'individualisme aux dépens de la solidarité de groupe. Mais d'autres formes de solidarité traditionnelle peuvent aussi permettre la construction de nouvelles formes de sécurité sociale ce qui est d'autant plus nécessaire dans un contexte qui voit la disparition des anciennes formes d'interdépendances fondées sur les relations inégales de pouvoir entre groupes dominants et subalternes et l'émergence d'une société plus démocratique et de nouveaux liens entre individus et groupes.

Dans les deux cas, la famille, quelle que soit sa structure, reste l'institution de protection sociale de base, responsable, en premier lieu, de sauvegarder et de promouvoir le bien-être de tous ses membres. Toute politique de protection sociale doit prendre en compte ses forces et ses faiblesses et prévoir des mesures appropriées pour renforcer la résilience des ménages ainsi que leurs capacités de faire face aux risques de toutes sortes.

Paragraphe1. Solidarité islamique

I. Le fondement islamique et religieux de la protection sociale

Du point de vue moral et religieux selon les principes islamiques, le Coran et les hadiths prophétiques ne cessent d'inciter les musulmans à venir en aide les uns aux

autres. À ce sujet un hadith dit « *Dieu vient en aide au fidèle tant que celui-ci vient en aide à son frère fidèle* » (al nawawi).

En fait, la protection sociale est au cœur de l’Islam, le principe de *zakat* (ou aumône) étant l’un de ses cinq piliers.

Une étude sur les notions de l’indigence et des systèmes de solidarité traditionnelle pour la prise en charge des indigents dans « les *wilaya* des deux *Hodhs* »²⁰⁸ a identifié plusieurs formes de supports et de mécanismes de pérennisation de l’action sociale dans une société où les droits des tiers nécessiteux sont inaliénables. Surtout dans le monde rural, et parmi les groupes les plus vulnérables, l’incidence des réseaux traditionnels de solidarité fait que 2/3 de la population trouvent satisfaction en s’adressant aux mécanismes sociaux d’entraide dont 37 % trouvent des solutions dans la famille tribale et seulement 4,6 % s’adressent à l’État en 2016.

II. Les formes de sécurité sociale identifiées démontrent une vraie richesse de diversité

- *la Zakat* : constitue l’élément principal, en raison du rang de troisième pilier de l’islam qu’elle occupe parmi les obligations islamiques. Elle consiste en un prélèvement proportionné selon la fortune en faveur des pauvres, ses conditions de perceptions, de distributions, les biens qui en ont font l’objet et les catégories qui en bénéficient²⁰⁹.

La *Zakat* a été ordonnée par Dieu aux bénéficiaires désignés dans le livre saint et dans la Sunna il s’agit de la charité. Le prophète Mohamed lorsqu’il a envoyé *Mouad* en expédition au Yémen, lui dit « Tu vas chez des gens du livre et leur dis que, Dieu leur

²⁰⁸ Les deux plus grandes régions en Mauritanie

²⁰⁹ OULD T’FAIL. H, *op.cit.* p.41.

supposée charité, leur argent tiré de leur riches et donné à leurs pauvres.)²¹⁰ La fortune est comprise dans le sens des biens matériels (graines, animaux) et liquides (or et argent ou équivalent). En ce qui concerne les autres institutions, telles que l'obligation alimentaire elles participent à la solidarité sociale musulmane, Cette participation ne doit pas être occultée par l'importance de l'institution de la Zakat mais plutôt valorisée en vue d'arriver à un système de solidarité complémentaire²¹¹.

La *zakat* est clairement ordonnée dans le Coran, à travers le verset « préleve de leurs fortune une amande »²¹², ce verset fait de la zakat une institution obligatoire. Cependant, si le principe général est l'obligation de la *Zakat*, mais celle-ci ne s'applique pas sur toutes les personnes et tous les biens

- *Sadaghe* : (Charité) consiste à donner quelque chose d'utile au pauvre pour l'aider à survivre. Elle n'a pas de limite quantitative ou qualitative et dépend des moyens du donateur. La charité n'est donnée qu'au nom d'Allah et non pour des visées personnelles d'ici-bas²¹³.

- *la Hiba* est le don destiné au pauvre mais qui comporte une considération spéciale à ce dernier tant de parenté ou de responsabilité sociale prioritaire fondée par les liens sociaux de la *Assabe*²¹⁴. (*Assabe* est un lien de parenté).

- *La Waghef* est le don en usufruit (d'une maison, par exemple). Pour préserver la durabilité du résultat, le pauvre ne peut pas le vendre ni l'échanger et le propriétaire ne peut pas non plus le retirer jusqu'à sa mort ; se définit linguistiquement comme étant l'immobilisation des biens

- *la Houbs* c'est comme ainsi dire-t-on « j'ai mis cette maison en *Waqf* »²¹⁵. Ce qui signifie le fait de se dessaisir d'une chose ou le fait de renoncer à faire une chose²¹⁶

²¹⁰*Ibid.* p. 43.

²¹¹*Ibid.*

²¹² Coran, verset 103 de la sourate 9, at-Tawba (le repentir).

²¹³ WATSON. C, OULD BRAHIM.. F, *op.cit.*P.32

²¹⁴ *Ibid.*

²¹⁵*Ibid.*

²¹⁶EL FAYOUMI, AL MISBAH AL MOUNIR, *op.cit.*, p.669.

- *la Oumra*: est le don dont profite le pauvre pendant toute sa vie, mais qui est remis au propriétaire légitime ou ses ayants droit après sa mort²¹⁷.

- *la Ifghar* est la mise à disposition du pauvre d'un animal pour l'utiliser comme monture. En milieu rural la monture permet de faire la Deyara, la caravane d'Amersalet autres services rémunérés, qui sont donc des sources de revenus pour les pauvres²¹⁸.

- *la Iskane* est la mise à disposition d'un pauvre d'un habitat durant toute sa vie et qui revient après sa mort au propriétaire vivant ou à ses ayants droits »²¹⁹.

- *la Minha* est le don à un pauvre d'une vache, chèvre, chamelle ou brebis uniquement pour l'utilisation du lait durant la période de lactation²²⁰.

- *la Erya* est le don de la production dattière durant la période de *guetna*²²¹, pendant la période d'été en Mauritanie (récolte de dates).

l'Arya : est le prêt de toute chose à celui qui en a besoin jusqu'à disparition du besoin²²².

la Assabe le terme *assabe* signifie « lien de solidarité » entre les cousins patrilinéaires les plus proches. Elle est responsable pour la compensation de meurtre et le *figh* islamique.

La loha traditionnellement, différentes groupes sociaux collecte des moyens matériels et financiers pour les personnes ou les familles éprouvées par un problème de solvabilité ou d'acquisition de produits²²³.

Hagh El Jarre est le droit de bénéficier de l'aide d'un voisin dans des circonstances particulièrement difficiles (ce droit étant prévu par la jurisprudence et la coutume)²²⁴.

²¹⁷ WATSON. C, OULD BRAHIM.. F, *op.cit.*P.33

²¹⁸ *Ibid.*

²¹⁹ *Ibid.*

²²⁰ *Ibid.* p.33.

²²¹ *Ibid.*

²²² *Ibid.*

²²³ *Ibid.*

²²⁴ *Ibid.*

Twize : comme vu précédemment, par ce système un individu peut profiter du travail des autres pour résoudre dans les délais limites un problème demandant l'investissement du facteur physique humain et animal²²⁵.

Zend est une variation linguistique de l'appellation de la *Twize* par certaines strates et certaines localités surtout agricoles²²⁶.

L'analyse de ces types de solidarités permet de faire un certain nombre d'observations par rapport à leur application à la situation des pauvres et des indigents. A titre indicatif, la Zakat n'est plus observée avec la rigueur traditionnellement exigée par le droit islamique. Dans les autres pays islamiques il existe une institution formelle de collecte et de répartition de la Zakat aux pauvres et indigents alors qu'en Mauritanie la Zakat relève de la liberté des individus. Selon le chef de l'association des ulémas à Nouakchott, il serait utile de réfléchir sur la systématisation de la Zakat comme forme puissante de redistribution ancrée dans les valeurs et les préceptes islamiques.

L'utilisation de la Zakat comme outil de lutte contre la pauvreté est, d'ailleurs, identifiée comme l'une des questions ouvertes dans le Plan cadre de lutte contre la pauvreté 2010-2016.

Actuellement, la Direction des *Awqaf* intervient dans l'assistance sociale à travers la distribution de rations alimentaires en faveur des familles démunies et en milieu carcéral pendant le mois du Ramadan.

Paragraphe2. Solidarités traditionnelles et informelles

I. La solidarité traditionnelle

« La formulation traditionnelle de la pauvreté en terme de question sociale exprime l'angoisse de la société d'une dislocation née des désordres sociaux qu'engendre la

²²⁵ *Ibid.* p.34

²²⁶ *Ibid.*

pauvreté en son sein »²²⁷. Historiquement un certain nombre de mesures juridiques ont été adoptées, « envers les pauvres traduisant ce dytique d'assistance et méfiance »²²⁸.

Cette recherche sur la solidarité sociale et la lutte contre la pauvreté en Mauritanie montre plusieurs formes de solidarité traditionnelle à caractère altruiste au sein de différents groupes ethniques.

Dans la société *maure*²²⁹, il s'agit des *lawhat* de la *touiza*. Les *lawhat* sont des sortes de cotisation monétaire que font les membres d'une famille, d'un groupe, d'une tribu ou d'un clan, traditionnellement à l'occasion de certaines circonstances catastrophiques comme les *diyās* (compensation monétaire déterminée en faveur du tuteur d'une personne tuée), mais aussi, et de plus en plus, à l'occasion d'autres événements sociaux, les mariages, par exemple. La *touiza* est une forme de travail collectif qu'effectuent les membres d'un groupe, d'une classe d'âge ou d'un clan pour répondre à un impératif de production dont pourrait bénéficier un ou plusieurs individus. Par exemple, en période d'hivernage ou en période de culture, les membres d'une classe d'âge peuvent s'adonner à un travail de défrichage collectif de tous les champs des membres du groupe et ceci à tour de rôle (le même mécanisme pourrait aussi s'appliquer à la réparation des cases endommagées).

La pratique de la *touiza* se fonde culturellement sur l'esprit associatif et d'entraide africaine. Dans ses formes modernes, la *touiza* se pratique sous forme de participation à la réalisation de petits projets collectifs (digues, barrages, écoles, etc.). Certaines ONG explorent les terrains de la *touiza* pour élaborer des petits programmes de développement en s'associant avec des groupes sociaux pour réaliser des dispensaires, des mosquées, Le programme national *Twize* a été mise en place en juillet 2003 par le Commissariat des droits de l'homme, de la lutte contre la pauvreté et de l'insertion (CDHLCPI), faisant partie d'une convention tripartite entre le ministère des Affaires

²²⁷ ROMAN D., *op.cit.*, p.243.

²²⁸ *Ibid.*

²²⁹ La société *maure* c'est la société Arabo berbère en Mauritanie

économiques et du Développement, le CDHLCPI (remplacé, à partir de 2007, par les ministères de l'Urbanisme et de l'Habitat) et le Groupe de recherche et d'échanges technologiques (GRET), sous financement de l'Association internationale de développement. L'objectif du programme est de contribuer à la lutte contre la pauvreté en milieu urbain par la facilitation de l'accès au logement et l'aménagement des quartiers précaires de Nouakchott (7 quartiers) et Nouadhibou (4 quartiers). Le programme, qui a évolué depuis ses débuts, octroie des crédits à l'habitat à titre individuel et solidaire (aux groupements, Twize de 5 à 10 personnes qui se portent caution mutuellement) pour la construction de modules, pièces ou latrines. En 2008, le coût total du module était estimé à 400 000 MRO (subvention de l'État à 60% plus apport personnel). D'autres composantes du programme visent l'octroi du microcrédit classique pour le financement d'activités économiques génératrices de revenus, les crédits individuels économiques pour le financement de très petites entreprises et le crédit à l'habitat non subventionné par l'État. Durant la période entre 2004 et 2008, selon la présentation du *Beit-el-Mal* (nouvelle dénomination du programme), le volume des prêts se monte à environ 1,87 milliards MRO (la monnaie mauritanienne) ; l'encours de crédit s'élevait à plus de 430 millions MRO pour plus de 200 000 bénéficiaires actifs, dont 70% de femmes. Il est évident que les populations des quartiers défavorisés telles que celles touchées par *Twize* et *Beit el Mal* bénéficient vraiment de ce genre de soutien à l'habitat social. En France « le paradoxe de la situation française est connu : le produit intérieur brut a augmenté de 50% en 25 ans, tandis que le nombre des pauvres n'a cessé de croître. Ainsi entre 1970 et 1995, le nombre des pauvres a augmenté de 40% »²³⁰.

Le régime traditionnel étant l'ensemble des activités dont la rentabilité est très limitée, il est important d'analyser le concept même du régime traditionnel qui est d'utilisation courante dans l'étude des problèmes du développement. Il n'est pas possible de traiter du marché du travail urbain sans se heurter à cette réalité qu'on désigne sous le

²³⁰ CERC Association « les minima sociaux : 25 ans de transformation », les dossiers de CERC Association. N², 1997, p.80 ;

vocable de secteur informel (traditionnel). Selon Paul Martel Roy et Paul BODSON, « les définitions du régime traditionnel abondent ; les hypothèses qui s’y rapportent sont nombreuses et variées ; en outre les théories et les modèles qui y font appel sont souvent contradictoires »²³¹. Il convient donc de préciser ces caractéristiques , à savoir facilité d’accès à l’activité, recours aux ressources locales, propriété familiale des entreprises, échelle restreinte des opérations, technique à forte intensité de main d’œuvre et dûment adaptée, qualifications acquises en dehors du système scolaire officiel, marchés échappant à tout règlement et ouvert à la concurrence²³². Ainsi tout individu souhaitant accéder à ce secteur peut y trouver un travail quelconque lui assurant une rémunération vu les possibilités réelles et pratiques de recherche d’emploi.

Il semble, d’après ce qui précède, que la solidarité traditionnelle est partie prenante de la société mauritanienne. En France elle constitue une forme de la protection sociale²³³, consécration d’un des engagements du programme du Conseil national de la Résistance. C’est une institution sociale qui a profondément changé la façon française de se soigner et donc de faire face aux risques sociaux de la naissance à la mort.

Enfin, il faut rappeler qu’il existe d’autres institutions de solidarité sociale il s’agit : d’une solidarité ordinaire et de solidarités volontaires.

A. Solidarité ordinaire ou obligation alimentaire

L’islam a consacré une place importante à la solidarité alimentaire, notamment quant aux débiteurs alimentaires et à l’obligation alimentaire.

²³¹BODSON P, ROY Paul-Martel, *Politiques d’appui au secteur informel*,. Université de Nouakchott, 1995. P.3.

²³²*Ibid.* p. 4.

²³³ Fondation Gabriel Péri, *La sécurité sociale solidaire*, ESSOR, 2015, p.5.

Le droit de la famille exprime en normes juridiques des intérêts matériels et moraux considérables. L'organisation de la famille musulmane repose sur le régime du patriarcat, commun à toutes les sociétés à caractère primitif, et qui fut celui des Romains, des Francs avec les Arabes à l'époque préislamique²³⁴.

En ce qui concerne cette obligation alimentaire, les enfants allaités sont notamment, à la charge de son père. Et si celui-ci décède, elle incombera à son héritier. L'enfant aussi de son côté a des obligations alimentaires à remplir à l'endroit de ses parents : le père ou la mère, devenus vieux, malades ou pauvres ont besoin de la couverture alimentaire de leurs descendants. Les enseignements du Coran et de la tradition prophétique ont clairement pris position sur la concorde familiale et ont interdit de désobéir aux parents.

Allah a dit « Ton seigneur en a décidé ainsi : que vous n'adorez que lui et de traiter les deux géniteurs (père et mère) avec bienveillance. Si l'un des deux ou tous les deux atteignent la vieillesse auprès de toi, ne leur dis point 'ouf', ne leur réponds pas avec brutalité et tiens- leur un langage généreux. Baisse pour eux l'aile de l'humilité pour miséricorde et dis seigneur ! Garde-les en Ta miséricorde, comme ils le firent pour moi lorsqu'ils m'élèvent tout petit »²³⁵. Il y a ce qu'on appelle également les conditions de l'obligation alimentaire entre collatéraux et créanciers d'aliments. L'indigence est la première condition. Le créancier de l'obligation alimentaire doit se trouver dans l'état de besoin, c'est-à-dire qu'il n'a pas les ressources suffisantes pour faire face aux exigences du quotidien. Le jour où il pourra assumer ses besoins, il cessera d'avoir droit à des aliments. Enfin, la durée de l'obligation alimentaire entre collatéraux est très simple. Cette obligation est née avec l'état de besoin. Elle disparaît, tout naturellement, lorsque le nécessiteux dispose de ressources suffisantes pour la satisfaction de ses besoins. En France l'assistance aux pauvres incombe traditionnellement à un débiteur principal, la famille, et relève d'un mécanisme aux

²³⁴OULD T'FAIL. H., *op.cit.*, p.111.

²³⁵*Ibid.* p.112.

solides assises historique et juridique : l'obligation alimentaire²³⁶. Ceci justifie que la famille est la première protection, notamment la question de l'obligation alimentaire, en tant que le premier cercle de solidarité.

B. L'union occasionnelle, « *la diya* »

La solidarité occasionnelle résulte de l'application d'un principe de droit musulman. Celui qui cause la mort de quelqu'un doit le dédommager²³⁷. Ce qu'on appelle la « diya » constitue une solidarité occasionnelle. En vue de prendre en charge les ayants droit de la victime, l'islam préfère substituer à la vengeance privée leur indemnisation. Toutefois, cela n'exclut pas qu'il entérine le principe de *Qissas* ou du talion qui est prévu par le même verset que la récompense matérielle : « Ho, les croyants ! On vous a prescrit le talion au sujet des tués ; libre pour libre, esclave pour esclave, femme pour femme. Contre celui, donc, à qui son frère aura pardonné quelque chose, une poursuite au mieux de la coutume, et un dédommagement de bienfaisance ; ceci est un allègement de la part de votre seigneur, et une miséricorde. Donc quiconque, après cela, transgresse, alors il y a pour lui un châtement douloureux »²³⁸.

Avec l'évolution des mœurs, de la conjoncture économique et avec les progrès enregistrés par la communauté musulmane, la *Diyaa* a subi également des changements plus ou moins importants. Alors qu'à l'origine, pour un meurtre, les ayants droit de la victime pouvaient obtenir cent chameaux, les jurisconsultes ont admis le paiement de la Diya en bœufs ou en brebis. Dans ce dernier cas, pour la perte

²³⁶ ROMAN D., *op.cit*, p.190

²³⁷ *Ibid.*

²³⁸ Coran, verset 178 de la sourate II (la vache).

d'une vie humaine, il fallait payer en guise d'indemnisation deux cent bœufs ou mille brebis²³⁹.

Ces principes islamiques représentent un véritable aspect de cohésion sociale voire une protection sociale claire et avérée pour la Mauritanie qui en effet s'inspire de l'islam, qui représente une source incontestable pour le pays surtout en matière pénale et sociale.

Au début, la création de la sécurité sociale était destinée à garantir les travailleurs et leurs familles, « contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacités de gain, à couvrir les charges de maternité et celles familiales qu'elles support en »²⁴⁰. La doctrine française souligne « la divergence sensible existant entre le système anglais et celui français quant aux moyens retenus pour assurer la sécurité des assurés »²⁴¹. En ce sens la sécurité sociale française s'inspire des idées bismarckiennes, « concevant la protection sociale comme devant viser la lutte moins la lutte contre la pauvreté que le maintien du revenu des bénéficiaires²⁴².

II. Secteur informel

Le secteur informel peut être défini comme l'ensemble des activités à petite échelle, où le salaire est très limité ainsi que le capital mais où il y a une circulation monétaire, ventes, par exemple, des services et des biens.

Les critères les plus souvent retenus sont « la facilité d'accès à l'activité de la main d'œuvre, des qualifications qui s'acquièrent en dehors du système scolaire, des marchés parallèles échappant à tout règlement »²⁴³. L'importance du secteur informel

²³⁹ OULD T'FAIL, *op.cit.* p.124.

²⁴⁰ ROMAN D., *op.cit.*, p.196.

²⁴¹ *Ibid.*

²⁴² *Ibid.*, p.199.

²⁴³ ZAKARIYA .Y, *Le secteur informel en Mauritanie*, Université de Perpignan, Mémoire, 2008. P.1.

en Afrique en général et en Mauritanie en particulier, en tant que générateur d'emplois urbains et régulateur des migrations rurales, a été démultipliée par les mesures de restructuration de l'économie et de la fonction publique. En effet, le secteur informel pourrait représenter aujourd'hui plus de 80%²⁴⁴ de la force de travail en zones urbaines. Il occupe une place centrale dans les stratégies de développement pour les pays en voie de développement (P.V.D). Jusqu'à aujourd'hui le secteur informel et la solidarité traditionnelle restent très présents notamment en cas de réalisation d'un risque social.

La relance et le développement de ce secteur dans les pays africains, notamment en Mauritanie, sont vivement recommandés par les institutions financières internationales et les acteurs sociaux. Car, face à cette crise généralisée que traversent les pays en voie de développement, la promotion du secteur informel mérite une attention particulière pour lutter contre la pauvreté, le chômage et les risques sociaux. C'est dans cette optique que « la Mauritanie a déployé des efforts considérables pour relancer le secteur informel par la mise en place d'un secteur bancaire privé développé et l'émergence de certaines mutuelles de crédit et d'épargne (CAPEC, I.D.M, AMCPE) »²⁴⁵. Par ailleurs, le secteur informel absorbe plus de 60% de la population active. Cependant, en Mauritanie, où le taux de chômage est croissant et où la crise devient de plus en plus profonde, l'urgence est de créer un cadre micro-économique incitatif pour la promotion du secteur informel vu l'absence de vraies stratégies et même de politiques sociales afin de protéger toute la population face aux aléas et risques de la vie, par exemple pour une personne à l'origine d'un accident il importe qu'il soit solvable ou bien assuré car en Mauritanie la couverture maladie reste très limitée et n'est pas généralisée, raison pour laquelle le risque social représente une véritable contrainte.

²⁴⁴BODSON. P et ROY P. M, *op.cit.*, p. 5.

²⁴⁵ CBMT (Cadre Budgétaire à Moyen Terme), Rapport 2010, p.27.

La notion du secteur informel fut reprise par le rapport du Bureau International du Travail en 1973 qui proposait la formulation suivante à partir de sept caractéristiques propres à ce secteur : absence de barrière à l'entrée, utilisation des ressources locales, échelle d'activité réduite, propriété familiale de l'entreprise, techniques qui privilégient le recours à la main-d'œuvre familiale, qualification acquise hors du système de formation officielle, marchés compétitifs et sans réglementation.

Ces caractéristiques distinguent le secteur informel du secteur formel. Il est intéressant de noter le changement qui s'est opéré.

K. Hart donne une terminologie différente de celle de l'OIT²⁴⁶ : il avait considéré l'apparition du secteur informel comme le résultat de l'inadéquation entre le niveau de salaire réel faible et la forte hausse nominale des produits de substance par contre la problématique du secteur informel, selon l'OIT, va privilégier l'approche selon l'excédent structurel de force de travail et la solvabilité de faire face aux aléas et risques de la vie. Cette dernière acceptation du secteur informel en termes d'emploi va devenir dominante, l'économie informelle ou secteur informel pouvant être définie comme l'ensemble des activités économiques marchandes qui échappent aux normes légales, en matière fiscale, juridique ou d'enregistrement statistique. Cette économie revêt diverses formes. En Mauritanie, l'informel est une sorte avant tout d'assistance, c'est-à-dire un devoir de charité au même titre que les actions menées par les institutions religieuses, tel que, la Zakat, le don et ainsi de suite.

En ce qui concerne, le niveau des activités marchandes et de l'administration, on peut illustrer cette diversité et cette omniprésence par les exemples suivants :

- dans les secteurs primaires, la petite paysannerie renvoie pour une large part à cette logique informelle ;

²⁴⁶ Rapport de l'organisation Internationale du Travail, 1952.

- dans les secteurs primaires et tertiaires, du petit vendeur ambulancier qui agit pour son propre compte à la grande entreprise de menuiserie métallique qui recrute sa main-d'œuvre pour la plupart 'illégalement, avec un développement hors de tout contrôle de l'État - un dernier secteur regroupe aussi bien des emplois familiaux dans différents domaines, que des activités occasionnelles ou temporaires à l'intérieur du formel : tacheurs du bâtiment, journaliers, manœuvres flottants, ouvriers²⁴⁷. On peut y classer aussi toutes les activités illicites (vente de stupéfiants, prostitutions, etc.).

Tous ces secteurs contiennent donc, à des degrés divers et selon des formes spécifiques, des activités de type informel. D'ailleurs les principales activités du secteur informel sont le commerce, l'artisanat, l'industrie et la construction. La diversité des appellations traduit un manque de clarté dans la définition de ce secteur et rend bien mal compte de la réalité de ces activités et de son influence sur la sécurité sociale.

Le commerce représente 3/5^e du secteur informel, cette tendance vers le commerce et les services est justifiée par les modifications des structures traditionnelles de la société mauritanienne²⁴⁸ Les activités informelles sont par contre en grande partie cachées dans les statistiques car celles-ci ont une source et une raison formelle (taxation, contrôle douanier, etc....) ; or le propre de l'informel est précisément de connaître des revenus irréguliers et difficilement contrôlables, et ainsi d'échapper en totalité ou en partie à l'enregistrement, certains activités étant totalement illégales comme la contrebande. D'autres sont soumises à une autorisation administrative préalable, versement d'une taxe et d'une réglementation tracassière, etc.²⁴⁹.

²⁴⁷ZAKARIYA .Y. *op.cit*, mémoire Université de Perpignan, 2008, p.1.

²⁴⁸*Ibid.*.

²⁴⁹DIALLO. S, *Problématique et promotion du secteur informel en Mauritanie*, université de Perpignan 1997, p. 14.

III. Économie mondiale contemporaine

Depuis deux décennies, la Mauritanie a connu l'émergence de plus en plus de promoteurs privés porteurs de projets qui ont contribué au développement du secteur privé par la mise en œuvre de plusieurs micro-entreprises et P.M.E. Cela correspond à un ensemble d'unités de production centrée essentiellement sur l'artisanat traditionnel et sur le commerce : plus 18.000 micro-entreprises en 1993, 80% des micro-entreprises sont localisées à Nouakchott, 18% à Nouadhibou et le reste à l'intérieur du pays.

En, 2014 60 % soit à Nouakchott, 15% à Nouadhibou et le reste à l'intérieur du pays. Elles interviennent à 73% dans le commerce, 16% dans les services et 11% dans l'artisanat. Ce nombre est aussi à la hausse avec le développement des infrastructures de base qu'a connu la Mauritanie ces dernières années par la mise en place d'un secteur bancaire privé développé et l'émergence de certaines mutuelle de crédit et d'épargne (CAPEC, IDM, AMCPE, etc....)²⁵⁰.

Ces dernières ont contribué au financement de plusieurs micro-entreprises ; cependant, si le secteur informel reste vulnérable à beaucoup de contraintes.

IV. L'incertain du secteur informel

Les contraintes du secteur informel se subdivisent en contraintes endogènes exogènes.

A. Contraintes endogènes

Parmi celles-ci, on peut citer :

²⁵⁰Ministère de l'Economie entretien avec le chargé des affaires juridique, décembre 2015.

- le manque de compétence car si les Mauritaniens sont généralement animés d'un assez bon esprit d'entreprise la plupart d'entre eux manquent de compétence technique. La capacité à s'agrandir, se diversifier, à innover, à améliorer la qualité des produits, à élaborer des stratégies de marketing efficace est limitée par des compétences techniques et de gestion des affaires très faible²⁵¹ ;

- le manque d'étude de faisabilité technico-économique et de soumissions bien ficelées ;

- une protection sociale qui laisse à désirer. En effet, le plus ancien des modes de protection sociale est sans doute celui de l'assurance, qui trouve de nos jours sa traduction dans ce que l'on appelle l'aide sociale ; celle-ci se définit, selon le Vocabulaire Juridique Capitan²⁵², comme un système de protection sociale à base de solidarité qui tend principalement par l'octroi de prestations divers, à permettre aux personnes démunies de ressources suffisantes de subsister, mais peut également viser à la réadaptions au reclassement de ses bénéficiaires et présente en tant que secours de la collectivité publique, un caractère subsidiaire par rapport à toute autres forme de protection individuelle ou sociale. Les ouvriers du secteur informel travaillent à leurs risques et ne bénéficient d'aucune garantie quant à leurs protections physiques.

Ces activités ne sont pas régies par le droit du travail et les travailleurs ne peuvent pas avoir recours à la justice en cas de remerciement abusif ;

- le loyer qui varie d'une entreprise à une autre puisque son prix est déterminé par divers éléments à savoir l'emplacement, l'état des lieux, la taille ; mais c'est surtout l'emplacement qui compte le plus. En effet, un atelier qui se situe dans un endroit fréquenté coûte plus cher que celui qui est placé dans un endroit enclavé.

²⁵¹Source DAS (direction des affaires sociales de la Mauritanie).

²⁵² PETIT F., *op.cit.*, p. 22.

Les prix varient entre 5 000UM et 40 000UM²⁵³, (Mauritanie) en 1997, le triple maintenant en 2015 donc jusqu'aux environs 120 000 à 150 000UM. En ce qui concerne le logement trois critères ont été pris en compte dans l'évaluation de sa qualité c'est-à-dire le type de logement, le mode de logement, d'approvisionnement en eau potable et la source d'éclairage ; cet examen indique de grande différence entre le milieu urbain et rural ;

- la consommation d'électricité qui dans le secteur informel, n'est pas d'usage général selon les besoins des productions. Elle est variable d'un atelier à un autre. Celle-ci dépend du genre d'instruments utilisés. Les factures d'électricité varient entre 1 500 et 30 000UM, en 1997, sept fois plus en 2015 Le taux le plus élevé est attribué évidemment aux grandes entreprises (menuiseries métalliques, boulangeries, etc.)

B. Les contraintes exogènes

Il existe plusieurs de ces contraintes qui limitent le développement du secteur informel. Parmi celles-ci, on peut citer :- un accès limité aux services financiers : les ressources financières nécessaires pour le lancement d'une entreprise, pour le fond de roulement et pour les investissements à long terme sont très limitées. Le réseau familial et le système financier informel fournissent des petites sommes d'argent pour couvrir les coûts de la mise sur pied d'une entreprise.

Ces réseaux informels sont également limités en termes de nombre de personnes qui peuvent y avoir accès. En Mauritanie comme dans beaucoup des pays de l'Afrique, l'accès au crédit constitue une contrainte majeure de l'expansion du secteur informel, qu'il s'agisse du démarrage de l'activité ou de l'investissement additionnel²⁵⁴ ;

²⁵³ DAS la direction des affaires sociale Rapport, 2011, p.12.

²⁵⁴ZAKARIYA. Y., *op.cit*, p.12.

- un manque de demande : en effet, la demande pour les produits du secteur informel est limitée par la petite taille de la population, des niveaux de revenus très bas et par la férocité de la concurrence du fait du grand nombre de producteurs dans la plupart des lignes de produits.

- le précarité de l'infrastructure : dans les villes et les bidonvilles les commerces sont gérés à partir de cabanes, de tentes ou sous le soleil dans des endroits où il n'y a ni eau, ni électricité, ni système sanitaire ;- les difficultés d'approvisionnement en matières premières ;- les contraintes d'exportation et de fiscalité ;- La patente, taxe communale qui frappe toute entreprise du secteur informel en fonction de l'envergure de l'entreprise (le minimum dans le domaine de la restauration est 1.000UM)²⁵⁵.

V. Promotion du secteur informel

Après avoir esquissé les défis que rencontre le secteur informel dans un environnement ouvert et turbulent, il reste à examiner quelles stratégies favorisent sa promotion à commencer par quelques éléments de réflexions sur l'informel comme domaine traditionnel de la protection sociale.

A. Théories économiques

Jusqu'à une période récente, la théorie économique n'offrait pas de possibilité d'intégration des activités informelles dans le système général qui n'étaient analysées que comme des structures traditionnelles. C'est ainsi que plusieurs théories économiques, aussi bien la pensée libérale que la pensée d'inspiration marxiste, ont perçu ces activités non structurées comme des facteurs de blocage du développement :

²⁵⁵DAS rapport 2011 p .18.

- La pensée libérale : considère le sous-développement comme un retard dû à des causes endogènes et spécifiques (mauvaise allocation des ressources, mauvaise politique économique... etc.)²⁵⁶. Bloquant ainsi la croissance en perpétuant des formes économiques traditionnelles non performantes, ces activités empêchent le décollage ;

- la pensée marxiste, par contre, considère le sous - développement comme un retard. Mais à la différence des libéraux, les marxistes l'attribuent aux facteurs exogènes.

Aucune de ces deux analyses n'est satisfaisante, Ce qui fait dire à Pierre MITTELIN que chacune d'elles relève d'un « système d'interprétation préconçu dans lequel on entend intégrer la réalité²⁵⁷ ». Pour ces deux approches les activités informelles ne peuvent pas être un facteur de progrès. Ces deux thèses sont révolues aujourd'hui avec la nouvelle donne économique mondiale, la mise en place d'un secteur bancaire privé développé et l'émergence de certaines mutuelles de crédit et d'épargne. Le secteur informel occupe une place centrale dans les stratégies de développement.

B. L'État et l'informel

Le secteur informel est considéré aujourd'hui comme une « Planche de salut à laquelle s'accroche la grande majorité des pays en voie de développement en difficulté ou en détresse »²⁵⁸. On peut dire que l'État mauritanien n'a reconnu de façon officielle l'importance du secteur informel qu'au début des années 90.

En effet, pour faire face à l'arrivée massive des rapatriés du Sénégal à la suite des douloureux événements survenus entre la Mauritanie et le Sénégal, les cadres rapatriés ont été pour la plupart intégrés dans la fonction publique. Par contre, pour les rapatriés

²⁵⁶CTS (Comité Technique Sectoriel), rapport de 2013 p.28.

²⁵⁷DIALLO. S, *op.cit.* p.18.

²⁵⁸ BODSON. P et ROY P. M. *op.cit.*, P.1.

sans qualification une cellule de réinsertion a été créée pour eux et des stages de formation étaient organisés dans divers domaines tels que la menuiserie, la mécanique, la pêche, etc. « C'est ainsi que le rôle de l'État suite aux profondes transformations du paysage économique consécutives aux réformes structurelles ininterrompues mises en œuvre depuis 1985 s'est qui se sont traduit par l'inefficacité pour parvenir aux objectifs fixés par l'État »²⁵⁹. Cette évolution n'a certes pas fait perdre à l'État son rôle stratégique exclusif de conception des politiques et des stratégies de développement et de production de normes, de lois et de règlements qui régulent l'activité économique. Ces derniers Mauritanien, après leurs formations, ont ouvert des micro-entreprises ou été employés par des patrons (informels) déjà sur place.

C'est surtout à travers des politiques de dynamisation que l'action de l'État peut être qualifiée d'appui au secteur informel. A titre d'exemple on peut citer les politiques d'appui au secteur informel initiées par le ministère du Commerce et de l'Artisanat, la cellule d'insertion et de réinsertion, le secrétariat d'État à la condition féminine et l'émergence de certaines mutuelles de crédit et d'épargne (CAPEC, IDM, AMCPE...etc.) spécialisées dans le financement des micro-entreprises. Mais il faut indiquer que cet appui reste toujours inefficace et ne répond pas aux aspirations du peuple mauritanien selon beaucoup de chercheurs et acteurs de la société civile.

Ces dernières années l'emploi dans le secteur informel mauritanien a connu une évolution rapide de sorte que ses effectifs, selon différentes sources, ont presque doublés en moins dix ans²⁶⁰. D'une part une thèse animée par l'école de Paris autour de Philippe Hugon considère que ce secteur ne peut en aucun cas constituer une alternative économique. Néanmoins, elle reconnaît son rôle positif en matière de création d'emploi, de revenus, d'accessibilité à des biens et services adaptés au pouvoir d'achat des populations, de régulateur de crise. Mais en aucune manière, elle ne voit en lui une issue au développement. D'autre part, la thèse soutenue par l'école

²⁵⁹CHEIKH SIDIYA, *Politique et stratégie du gouvernement mauritanien en matière de lutte contre la pauvreté et de la promotion de l'emploi*. Mémoire Université de perpignan, 2008, p. 28.

²⁶⁰ZAKARIYA. Y. *op.cit*, p.15.

de Bordeaux autour de M. O. Pen, reconnaît non seulement au secteur informel un rôle contributif mais aussi un rôle futur dans les économies en développement permettant le passage d'une économie traditionnelle à une économie moderne.

Tout aussi nécessaire est d'œuvrer pour une organisation du secteur informel. En effet la plupart des entreprises de ce secteur informel ne sont pas organisées en groupement d'intérêt économique. Or celui-ci est une condition primordiale pour la dynamique du secteur et son intégration dans l'économie officielle.

Il permet aussi de défendre les intérêts communs et de définir avec les autres partenaires sociaux les voies et moyens de politiques de développement concrètes et durables. Pour en terminer, il faut améliorer l'environnement car celui du secteur informel est incertain, turbulent et insaisissable. Pour ce faire, il revient à l'État d'assouplir la réglementation et d'octroyer des crédits préférentiels²⁶¹.

²⁶¹ Stratégies économiques en Mauritanie, rapport, 2015, p.12.

Chapitre 2. Cadre global de la protection sociale moderne

Il y a différentes définitions de la protection sociale qui, de plus, évoluent dans le temps, chaque pays lui donnant des accents et des interprétations particuliers selon les priorités et les politiques nationales. En général, la protection sociale englobe tout un ensemble d'investissements publics et d'initiatives, tant formelles qu'informelles, susceptibles directement de remédier aux risques, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique. Au plan opérationnel, la protection sociale comprend:

-une assistance sociale aux personnes et ménages extrêmement pauvres qui comporte généralement des transferts réguliers, prévisibles (en espèces ou en nature, y compris les exonérations de frais) de la part d'entités gouvernementales et non gouvernementales en faveur d'individus et/ou de ménages, ces transferts visant à réduire la pauvreté et la vulnérabilité, accroître l'accès aux services de base et assurer l'accumulation de richesses ;

- des services sociaux en faveur des groupes marginalisés qui ont besoin de soins particuliers ou qui se verraient refuser l'accès aux services de base à cause de leurs caractéristiques sociales (plutôt qu'économiques) particulières. De tels services sont normalement destinés à ceux qui ont connu la maladie, le décès d'un soutien familial/parental, un accident ou une catastrophe naturelle, ou qui souffrent d'un handicap, de violences familiales ou extra-familiales, de l'effondrement de la structure familiale, du chômage, ou qui sont des anciens combattants ou des réfugiés. ;

- une assurance sociale pour protéger les gens contre les risques et leurs conséquences sur les conditions de vie, la santé, etc. L'assurance sociale permet aux ménages pauvres d'avoir accès aux services en temps de crise. Elle prend généralement la forme

de mécanismes de subvention contre les risques, avec des dérogations de paiement potentielles pour les pauvres ;

- des mesures d'équité sociale pour protéger les gens contre les risques sociaux tels que la discrimination et la maltraitance. Il s'agit, entre autres, de dispositifs législatifs contre la discrimination (en termes d'accès à la propriété, au crédit, aux biens et aux services) de même que des mesures d'action affirmative en vue de redresser des cas de discrimination. La dimension d'expression et d'action peut être cruciale également dans la conception, l'évaluation et l'opérationnalisation des instruments de protection sociale.

Le système de protection sociale en France à travers la réforme de 1967 prépara la sécurité sociale à de nouvelles extensions. Il fut prévu d'écarter les conditions de l'activité professionnelle pour permettre à tout citoyen de bénéficier de la sécurité sociale ; ce fut pour l'assurance maladie, maternité, vieillesse, l'œuvre de la loi du 24 décembre 1967. Une deuxième loi en date du 4 juillet 1975 supprima la condition de l'activité professionnelle pour l'accès aux allocations familiales, la sécurité sociale renouant avec l'idée d'universalité. Cette tendance se confirma en 1978 avec l'institution d'un régime particulier de sécurité sociale pour les religieux et d'une assurance personnelle avec tous ceux (tels que les rentiers) qui ne pouvaient, en raison de leur inactivité professionnelle, se rattacher à un régime existant »²⁶²

La protection sociale en Mauritanie s'inspire de celle de la France, notamment, par le régime de sécurité sociale mauritanien, le régime des fonctionnaires, et le régime de l'assurance maladie qui fut institué par l'ordonnance numéro 006 du 29 septembre 2005. L'étude portera sur la protection sociale moderne (section1) et la pauvreté et la protection sociale (section2).

²⁶² PETIT. F., *op.cit*, 2009, p.39.

Section 1. La protection sociale moderne

Les mots sécurité sociale désignent à la fois une institution ou un ensemble d'institutions modernes et une aspiration individuelle. De tout temps, comme il a déjà été souligné, l'individu a eu besoin d'une certaine protection. C'est « la garantie pour chacun qu'en toute circonstance, il sera à même d'assurer dans des conditions convenables sa subsistance et celle des personnes à sa charge²⁶³ ».

En tant que telle, la sécurité sociale a cependant eu pour ancêtre l'assurance sociale qui en constitue une forme moins évoluée eu égard à son champ d'application limité à certaines catégories de travailleurs. A cet effet, il importe de fixer les contours réels de ces deux notions que sont les différents modèles de sécurité sociale (paragraphe1) et de l'assurance sociale (paragraphe2).

Paragraphe 1. Différents modèles de la sécurité sociale

La notion ayant été définie précédemment il est alors possible de se limiter à présenter brièvement ce système en France et dans quelques pays européens avant de la mettre en exergue en Mauritanie et dans la zone dénommée historiquement Afrique Occidentale Française (AOF).

I. Généralités

« Pour venir à bout de la crise économique de 1929, le président américain *Roosevelt* substitue à la tradition libérale de l'état gendarme, l'idée de *welfare state* (l'État du

²⁶³ MORVAN. P., *op.cit*, p.73.

bien-être). La loi de sécurité sociale de 1935 en États-Unis crée une assurance vieillesse pour les salariés, renforce la protection contre le chômage, renouvelle les politiques d'assistance au profit des aveugles, orphelins et de façon plus globale aux plus nécessiteux »²⁶⁴ .

Avant d'évoquer le régime français de sécurité sociale il est intéressant de donner quelques chiffres de la sécurité sociale dans les pays de l'Afrique du nord, en Mauritanie et en France en tant que modèle.

En Algérie, l'agriculture contribue à environ 12% du PIB²⁶⁵ et emploie 1/5^{ème} de la population active. Les principales récoltes sont le blé, l'orge, l'avoine, les agrumes, la viticulture, les olives, le tabac et les dattes. Elle est un grand producteur de liège et un important éleveur de bétail. L'industrie contribue à près de 55%²⁶⁶ du PIB et emploie 1/4 de la population. Le secteur tertiaire contribue à environ un tiers du PIB et emploie plus de la moitié de la population. En Tunisie, « L'agriculture est un secteur clé de l'économie. Ces dernières années, l'amélioration de la production agricole a permis de développer davantage le secteur et a également permis au pays d'atteindre un niveau meilleur de sécurité alimentaire. L'agriculture assure environ 11% »²⁶⁷ du PIB et emploie approximativement 18% de la main-d'œuvre. L'économie locale est largement tournée vers les services qui comptent environ 40% du PIB et emploi à peu près 50% de la population active occupée.

La Population active regroupe la population active occupée (ayant un emploi) et les chômeurs (personnes chercheuses d'emplois).

Ces dernières années, « l'Algérie a connu un ralentissement de sa croissance économique dû notamment aux effets de la récession mondiale et de la chute des cours

²⁶⁴OULD T'FEIL H, *op.cit.* p. 13.

²⁶⁵Association internationale de la sécurité sociale (Etude comparative sur la couverture sociale des travailleurs salariés et non salarié de l'Afrique du nord. Rapport de 2011, p.8.

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ *Ibid.*

du pétrole et du gaz. En 2010, la croissance est repartie à nouveau grâce à la reprise de la demande dans le secteur des hydrocarbures et au dynamisme des secteurs des services et de la construction qui ont été soutenus par le programme d'investissements publics (PIP). En effet la croissance a atteint 3%²⁶⁸ en 2010 (contre 2,4%²⁶⁹ en 2009) et devrait se consolider en 2011. La population active en 2010 était de 10,8 millions de personnes. Le taux d'activité économique de la population âgée de 15 ans et plus s'établit à 41,7%. La population active occupée a atteint 9,7 millions de personnes en 2010, soit un taux d'occupation de 27,2%. Le salariat constitue la forme d'emploi qui concerne deux occupés sur trois (66,3%); 33,4% des occupés sont des salariés permanents et 32,9% des salariés non permanents et des apprentis. L'entrepreneuriat et l'emploi indépendant constituent 29,5% de la main d'œuvre totale, alors que 4,2% des occupés sont des aides familiaux. Le taux de chômage en 2010 s'est établi à 10%. Le chômage des jeunes demeure le plus élevé et reste la préoccupation majeure des pouvoirs publics »²⁷⁰.

En ce qui concerne le Maroc, le secteur agricole est le secteur dominant à pour près de la moitié de la population active occupée ou employée dans ce secteur qui contribue à hauteur de 20% du PIB. La croissance économique est considérablement dépendante de ce secteur. Le Maroc a peu de ressources minérales, les phosphates sont sa richesse principale l'industrie contribue à près d'un tiers du PIB grâce aux secteurs du textile, des articles de cuir, de la transformation des aliments, du raffinage du pétrole, et du montage électronique. Le secteur tertiaire contribue à hauteur de 50% du PIB²⁷¹. Le Royaume tente de diversifier son économie afin de ne plus rester extrêmement dépendant du secteur agricole, « La population active représente 36%²⁷² de la population marocaine dont 91%²⁷³ est occupée, qui est composée de 44% de

²⁶⁸ *Ibid.*

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ Association internationale de la sécurité sociale (Etude comparative sur la couverture sociale des travailleurs salariés et non salarié de l'Afrique du nord. Rapport, 2011, p.8.

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² *Ibid.*

²⁷³ *Ibid.*

travailleurs salariés et 58% de non-salariés. L'entrepreneuriat et l'emploi indépendant constituent 46,6% de la population occupée. Le taux de chômage est de 10% en 2010 touchant particulièrement certaines tranches d'âge notamment ceux entre 15 et 24 ans. En Mauritanie, le pays connaît actuellement de profondes transformations doté de mines de fer et de côtes maritimes comptant parmi les plus poissonneuses du monde²⁷⁴». L'agriculture occupe 67%²⁷⁵ de la population active et contribue pour un tiers du PIB. La Mauritanie a affiché des résultats encourageants en 2010 ; en effet, elle a enregistré une croissance d'environ 5% en 2010, en misant sur un cours élevé des produits miniers (fer et cuivre) et la reprise économiques chez ses principaux clients et partenaires commerciaux. Il s'agit d'une économie essentiellement tirée par l'agriculture et les industries extractives (fer, cuivre et or). L'inflation a atteint 6,7% en juin 2010²⁷⁶ en raison de la hausse des prix énergétiques et alimentaires. La population active représente 52% dont 68% est occupée. Le taux de chômage avoisine 32% et 95% de la population mauritanienne vit de l'agriculture et du secteur informel.

Les anciennes colonies Françaises de l'Afrique occidentale disposaient de systèmes de sécurité sociale plus ou moins analogues. Le plan français de la sécurité sociale date de 1945. Il s'inspire du plan *Beveridge* mais tient plus ou moins compte de la situation qui existait alors. La vie sociale ne s'exprime plus seulement par les traditionnelles institutions civiles. Elle a aussi des terres inconnues où s'étend entre autres le vaste domaine de la sécurité sociale et le temps est venu d'explorer cette terre²⁷⁷.

Rappelons brièvement les dates les plus importantes de son évolution : 1898 une loi fixe les règles de la réparation pour les accidents de travail. Elle met en jeu les compagnies d'assurances privées avec un fond national de garantie ; 1930 et 1935 : loi sur les assurances sociales confiées à des caisses autonomes privées. L'immatriculation et l'encaissement des cotisations sont confiés à un service étatique (direction des assurances sociales, d'abord départementale puis régionale à partir de

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ *Ibid.*

²⁷⁶ *Ibid.*

²⁷⁷ DURAND. P, Exploration d'une terre inconnue : la sécurité sociale, 1949, p.201.

1935) ; 1932, loi rendant obligatoires les allocations familiales ; 1939 ; extension de ces allocations familiales (code de la famille) ; 1941, loi sur les vieux travailleurs salariés étendant le système de retraites pour les catégories n'ayant pas cotisé. En 1945, le plan français de sécurité sociale se proposait d'étendre la protection à toute la nation ; une loi du 22 mai 1946 à pour principe d'unifier la gestion confiée désormais à un seul organisme dans la circonscription territoriale.

Cependant la loi du 22 mai 1946 ne peut être appliquée eu égard aux résistances farouchement menées par certains groupes, de nombreux régimes particuliers subsistent (agricoles, SNCF, etc.) et cette existence séparée devient officielle avec le décret du 8 juin 1946. Néanmoins, on constate qu'à l'intérieur même du régime général, de nombreuses catégories jouissent de dispositions particulières (tels que les fonctionnaires). On peut même dire que le régime dit « général » n'est en fait que le plus important des régimes particuliers²⁷⁸. Pour le recouvrement des cotisations, les principes des URCS.AF (Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité et d'Allocation Familiales) furent admis en 1952 et l'obligation en fut décidée en 1960.

En réalité la sécurité sociale en France, en dépit d'une pléthore de dispositions juridiques et d'un ardent souci de passer l'éponge sur les séquelles de la guerre en établissant un élan de solidarité nationale par une forme d'épargne collective et une redistribution des ressources nationales, n'a pu s'étendre à la quasi-totalité de la nation, mais par étapes successives et en laissant subsister des variantes suivant les catégories. Le principe de solidarité n'a donc pas entièrement triomphé et n'a pu prévaloir qu'à l'intérieur des groupes professionnels, « La sécurité sociale a d'abord été organisée par l'État et par la loi, du moins est-ce l'orientation française ; mais quelle que soit sa place dans la nation, elle demeure entourée d'une série d'institutions parallèles qui souvent l'ont précédée ou qui prolonge son action. Un souci de

²⁷⁸Article 22 du code français de la sécurité sociale.

protection contre les risques sociaux se manifeste ainsi en dehors de la sécurité sociale »²⁷⁹.

Lors de la Deuxième Guerre mondiale, lord Beveridge fut mandaté pour procéder à l'étude d'un système de sécurité sociale. Il présenta deux rapports qui furent publiés par le gouvernement du Royaume- uni sous forme de livres blancs au sein desquels il fut proposé d'unifier le système et les organismes chargés de l'assurance sociale et insistant sur la nécessité d'harmoniser les avantages fournis à tous les citoyens. Ces rapports ont joué un rôle important aussi bien en Angleterre que dans les autre pays industrialisés. En 1945, le Parlement anglais vote une loi relative à l'assurance sociale ayant trait aux prestations familiales et en 1946 c'est la création du *National Health Service* (service national de sécurité sociale). Les lois ont modifié les avantages pour tous les citoyens comme le suggérait lord Beveridge.

Contrairement au système français qui fut corroboré et consolidé par un arsenal juridique et réglementaire avec l'avènement de la cinquième République en France, le système anglais fut restreint par une loi en 1966.

II. Le système mauritanien de sécurité sociale

En Mauritanie, la première mesure relative à la sécurité sociale remonte à 1955²⁸⁰. Cependant plusieurs autres textes ont vu le jour de 1955 à l'Indépendance, les dispositions juridiques ambitionnaient la création et l'aménagement de certaines mesures destinées à assurer aux travailleurs la couverture de certains risques.

On peut citer entre autres :

²⁷⁹CHAUCHARD J-P, *op.cit.*, p. 95.

²⁸⁰Arrêté n° 345, institut du travail de la 5 décembre1955 portant institution d'un régime de prestations familiales en faveur des travailleurs salariés de la Mauritanie.

- le décret n° 57.245 du 24/12/1957 sur la réparation et la prévention des accidents de travail ou des maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer ;
- la loi n° 63.025 du 23 janvier 1963 portant réglementation et organisation administrative d'une caisse de prévoyance sociale ; les lois n° 63.146 du 19 juillet 1963 fixant les ressources et l'organisation financière et portant réglementation du contrôle du régime des prestations familiales ;
- la loi n° 63.147 du 19/juillet 1963 confiant à la caisse nationale de prévoyance sociale la gestion de la branche des risques professionnels et modifiant et complétant le décret 55.245 fixant le montant des amendes en matière de prévoyance sociale²⁸¹ ;
- les lois n° 65.029 du 2 février 1965 relative à la subrogation de la caisse nationale de prévoyance sociale au fond de majoration des rentes et de la garantie en matière d'accident de travail et de maladies professionnelles ;
- la loi n° 65.034 du 11 février 1965 portant institution d'un régime de vieillesse, d'invalidité, décès en faveur des travailleurs salariés, enfin l'institution du régime de sécurité sociale en Mauritanie. De façon générale, nous pouvons constater que dans ses dispositions les plus importantes, par la loi n° 67.039 du 3 février 1967 le régime mauritanien de sécurité sociale du mal à s'adapter non à l'esprit mais aux moyens de la législation française en matière de protection sociale, en raison de difficultés rencontrées dans pratiquement tous les domaines à savoir, le financement social, la gestion et surtout le défaut de personnel compétent en la matière, qui vaut pour quasiment tous les pays d'Afrique.

²⁸¹Décret n° 64.110 du 03/07/1964

III. Le service de la sécurité sociale

Rappelons que le régime de sécurité sociale, institué par la loi 67/39 du 3 février 1967, comprend les services suivants au nombre de six :

1. des prestations familiales (branche des prestations familiales) ;
2. des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (branche des risques professionnels) ;
3. l'affiliation au régime obligatoire pour les travailleurs soumis aux dispositions du Code du travail ou du Code de la marine marchande, occupés principalement sur le territoire mauritanien, et les salariés de l'État ne disposant pas d'un régime particulier de sécurité sociale notamment les auxiliaires et contractuels ;
4. la lutte contre la pauvreté au niveau sociale ;

La question qui se pose d'emblée est de savoir si face à tant de défis, la sécurité sociale en Mauritanie est condamnée à végéter avec les mêmes problématiques depuis sa création. Sans nul doute, la protection sociale en Mauritanie fera face à de nouveaux besoins, qui nécessiteront de nouveaux mécanismes de financement ou, à la rigueur, une réforme en profondeur de ce qui existe. Face à la nouvelle donne, une analyse pertinente des moyens et des initiatives à mettre en œuvre, a été faite par Mohamed Ali Ould Sidi²⁸² en ces termes :

« Dans le contexte actuel des pays africains, une constante se dégage de la volonté politique des dirigeants : la lutte contre la pauvreté qui affecte la majorité de la population. Les politiques économiques et sociales conçues à cet effet appellent, entre

²⁸² Directeur du Bureau sous Régional de l'OIT pour le Sahel, dans la préface de l'étude sur La contribution des systèmes de protection sociale dans la lutte contre la pauvreté. Exemples de la Guinée, du Mali, Mauritanie et du Sénégal »BIT, 2006..

autres, la mise en œuvre des programmes de création de richesses, de création d'emplois et d'accès aux services sociaux de base. Il est important de mettre en évidence les potentiels des systèmes de protection sociale et surtout les impacts de leurs réalisations pour convaincre de leur pertinence. »²⁸³. La pauvreté n'est pas inéluctable car elle peut concourir à converger dans le sens d'un remodelage du système de sécurité sociale mauritanien mieux adapté à pouvoir relever au moins le niveau économique des classes moyennes. Le tout est tributaire d'une volonté politique d'agir à long terme alors que la protection de l'homme est garantie traditionnellement par les siens dans le cadre de la famille ou de la tribu. L'évolution de cette protection suit en quelque sorte celle de « l'économie » et de la « société ». D'ailleurs au Moyen Age, cette protection ne se manifestait-elle pas dans le cadre de structures économiques telles que les corporations, les communautés de base de nos jours sous la forme de coopératives, mutuelles, d'associations. Il faut s'en tenir à des principes de gestion simples mais efficaces, à savoir la gestion par les intéressés (qui s'applique déjà au régime des travailleurs salariés de la CNSS); l'autofinancement des régimes; l'obligation d'assurance; le rôle de l'État en tant que garant et régulateur; et le renforcement des capacités de dialogue des intéressés.

La conclusion de l'analyse du BIT est que la Mauritanie devrait mettre au point, à travers un dialogue social, un système national de sécurité sociale qui réponde aux besoins de toute la population et, en particulier, des groupes actuellement exclus.

Ce système devrait tenir compte des tendances lourdes de la société mauritanienne (vieillesse de la population; recul de la salarisation; tradition de solidarité inscrite dans l'histoire, la culture et même la religion) et les grandes orientations publiques, surtout axées sur la lutte contre la pauvreté²⁸⁴.

Dès lors, un système de couverture à trois niveaux est envisageable :

- le premier niveau s'adresserait aux personnes qui vivent de l'agriculture et du secteur informel, et qui représentent presque 95% de la population mauritanienne

²⁸³ *Ibid.*

²⁸⁴ L'analyse du BIT sur la Mauritanie année, 2010.

totale: il s'agirait de personnes qui disposent d'une capacité de financement (en vertu de leur intégration à des organisations communautaires, coopératives, mutuelles, associations) ou de personnes qui n'ont aucun pouvoir contributif mais qui pourraient l'acquérir sous certaines conditions (à travers une aide). « La politique relative à l'extension de la couverture sociale en Mauritanie doit s'intéresser, en priorité, à ce premier niveau de protection sociale et consacrer tous ses efforts aux deux groupes qui le composent »²⁸⁵.

- le deuxième niveau est propre au secteur moderne. Si, d'une part, le secteur public et les salariés du secteur privé disposent déjà d'une couverture assez bien adaptée (à condition qu'elle soit davantage ajustée), les non-salariés employeurs de main d'œuvre ainsi que les travailleurs indépendants ne bénéficient d'aucune protection malgré le fait que leurs capacités de financement soient grandes.

« L'ensemble de ces groupes cibles, qui ne représente finalement que 5 à 6% de la population du pays, à jusqu'à ce jour mobilisé toutes les énergies. Il est temps aujourd'hui de se tourner en priorité vers les 95% restant de la population. »²⁸⁶

C'est ainsi que l'on voit se constituer de véritables sociétés de secours mutuels dans le cadre de telle ou telle de la profession. Une protection parallèle à caractère purement charitable est faite de groupements religieux²⁸⁷ ;

5. Les Institutions charitables : naguère, seules les institutions à caractère charitable organisées généralement par les Églises, pour l'Europe en tout cas, venaient en aide aux victimes les plus éprouvées et les plus déshéritées. Mais ces institutions disposaient de très peu de moyens et l'efficacité de leurs actions était inévitablement limitée. La religion musulmane, dans son esprit comme dans la lettre, militait en faveur des causes les plus pauvres. En effet le Coran contient plus d'un verset qui fait

²⁸⁵ELIMANE Kane Mamadou, *Pauvreté et sécurité Sociale*, Nouakchott, 2006 p.8.

²⁸⁶BIT (2003), *Rapport au gouvernement de la République Islamique de Mauritanie sur l'instauration d'une politique nationale de protection sociale*, p.34.

²⁸⁷*Ibid.*

de la justice et de l'équité sociale un paramètre appréciatif de la « bonne santé morale » de l'OUMA²⁸⁸.

Mieux le « *beit el- mal* » que les musulmans à l'ère de l'électronique font subroger par le trésor public, prévoyait la prise en charge des pauvres par une redistribution économique à travers l'institution de la *zakatt*. Mais de par le monde le sentiment religieux s'affaiblit et son caractère facultatif (pas de châtement dans la vie au moins) remet en cause certaines dimensions qui lui conféraient sa signification réelle laissant ainsi place à d'autres formes marquées parfois par l'interventionnisme étatique.

On se rappelle ici que, le fondement juridique de la zakat est expressément stipulée dans le coran à travers le verset : « prélève sur leur fortune une amande²⁸⁹ ». Ainsi l'obligation de la zakat est-elle consacrée par le coran et la pratique. Mais son obligation est effective sur les biens des personnes qui en réunissent les conditions²⁹⁰ ;

6. Aides aux indigents : dans le milieu du XIX^e siècle plusieurs pays européens ont institué, « par voie législative, des systèmes d'aides ou de secours aux indigents en vertu desquels les personnes sans ressources autrement dit les pauvres pouvaient obtenir des secours gratuits en perdant leurs droits civiques. Du fait de cette condition dégradante, personne ne sollicitait le secours aux indigènes sans y être absolument contraint par le besoin²⁹¹ ». Ce fut le principal défaut de cette technique qui souffrait aussi de la modicité de ces moyens. Mais elle a eu le mérite de reconnaître la responsabilité publique dans l'assistance aux indigents, de prévoir dans certains pays des crédits spéciaux et intéresser un nombre appréciable de personnes, préfigurant quelques-uns des principes essentiels de la sécurité sociale un siècle plus tard.

²⁸⁸OULD T'FAIL, H, *op.cit.* p.6.

²⁸⁹Coran, verset 103 de la sourate9, AT-TAWBA (le repentir)

²⁹⁰OULD T'FEIL. H, *Islam et sécurité sociale*, Université de Perpignan, thèse, 2008, p. 43.

²⁹¹*Ibid.*

Paragraphe2. L'assurance sociale

I. Le domaine de l'assurance sociale

Son domaine est limité à un groupe restreint de salariés, mais couvre les travailleurs de l'industrie et surtout les ouvriers dont le gain est inférieur à un certain montant.

Elle se caractérise aussi par l'obligation pour tous les travailleurs assurés des frais financiers« Une assurance sociale pour protéger les gens contre les risques et leurs conséquences sur les conditions de vie, la santé, etc. L'assurance sociale permet aux ménages pauvres d'avoir accès aux Services en temps de crise. Elle prend généralement la forme de mécanismes de subvention contre les risques, avec des dérogations de paiement potentielles pour les pauvres »²⁹².

La prévoyance collective s'est appliquée, dès la première moitié du XIX^e siècle, à la prise en charge des risques sociaux, donnant naissance à de nombreuses sociétés de secours mutuels. Quoique, encouragé par les pouvoirs publics, le développement de la prévoyance collective se heurte cependant à des difficultés tenant en particulier à l'insuffisance des ressources de caisses mutuelles²⁹³. En France les pouvoirs publics ont donc favorisé dès le milieu du XIX^e siècle le développement de la mutualité, de la prévoyance collective et soumis, à la fin du siècle, les accidents du travail à un régime juridique propre (loi du 9 avril 1898). En revanche, les assurances sociales n'ont connu aucune application véritable avant la Première Guerre mondiale, réserve faite de l'institution des retraites ouvrières et paysannes (loi du 5 avril 1910) limitées au seul risque vieillesse. Celles-ci« révélèrent toutefois un échec, ne serait-ce qu'en raison du

²⁹²Ministère des affaires sociales, rapport annuel 2013, p .101.

²⁹³ PRETOT X, *op.cit.* .p13.

caractère purement facultatif de l'affiliation au régime »²⁹⁴. Enfin, les assurances maladies, accident du travail et pension, constituent des branches distinctes possédant chacune sa propre structure administrative et financière.

Par rapport à l'assurance privée, l'assurance sociale présente un aspect important car l'assujettissement obligatoire donne à l'institution la certitude que ses opérations seront menées à leur terme par la continuité des cotisations. Mais les assurances sociales laissent malgré tout des domaines importants dans lesquels des progrès sont nécessaires. La juxtaposition des mesures pour faire face à chaque risque et à l'égard des différentes catégories des personnes protégées provoque la multiplicité des services intéressés à l'indemnisation des risques sociaux qui ne se présentent pas comme les éléments d'un tout mais comme des institutions autonomes et de caractère partiel ne couvrant que certains risques et certaines catégories de travailleurs, d'où des lacunes dans la protection.

En France, après la promulgation de la loi Le Chapelier en 1871 qui interdisait tout groupement pour défendre des « prétendus intérêts communs », l'aide promise par l'État aux déshérités restera une pieuse intention de lutte contre la pauvreté. La durée d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie professionnelle est prise en compte pour la détermination de tous les avantages légaux et conventionnels liés à l'ancienneté dans l'entreprise²⁹⁵.

II. L'importance de l'assurance sociale

La distinction est importante entre l'assurance sociale et l'assurance maladie. Selon l'article 111-1-2 du code de la sécurité sociale issu de la loi n^o 2004-810 du 13 août 2004 :

²⁹⁴*Ibid.*

³⁶⁵<http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/sante-conditions-de-travail,115/1-accident-du-travail-1-accident,1055.html>

-la notion de l'assurance sociale affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ;

- indépendant de son âge de son état de santé, chaque assuré sociale bénéficie, contre les risques et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ;

- l'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

En Mauritanie l'assurance maladie est instituée par l'ordonnance n^o 006 du 29 septembre 2005. Cette couverture médicale ne concerne pas toute la population elle est réservé aux fonctionnaires et agents de l'État, des forces armées, les parlementaires, les retraités et tout récemment s'étend sur le secteur privé. L'assurance maladie en Mauritanie est fondée sur le principe contributif et de la mutualisation de risques.

La protection sociale ne se manifestera qu'après la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, époque où la misère créée par la révolution industrielle en augmentait le besoin. Cependant, cet interventionnisme étatique se bornait en France à :

1831 : créations d'un régime de pension militaire.

1853 : protection de fonctionnaires pour la maladie et institution d'une retraite.

« 1852 : Premier statut de la mutualité (qui sera refondue en 1898).

1853 créations de la caisse nationale de la vieillesse.

L'évolution s'accélère vers la fin du siècle avec quelque disposition importante :

1889 : Loi sur l'assurance médicale gratuite.

1895 : Loi instituant une protection maladie et vieillesse dans les mines.

1898 : Statut de la mutualité, loi sur les accidents du travail.

1905 : Loi instituant un régime de protection pour les employés de chemin de Fer

1910 : Loi sur les retraites ouvrières et paysannes (ROP)

« Parallèlement à la réalisation de ces acquis importants se développe à partir de 1891 l'idée, inspirée par la doctrine sociale chrétienne, d'un salaire différencié suivant les charges de famille (sursalaire familial). Après la Première Guerre mondiale, de nombreux employeurs souscrivent à cette formule et créent pour s'en repartir la charge, des caisses de compensation, qui deviennent plus tard les caisses d'allocation familiales »²⁹⁶.

Le grand tournant est pris vers 1930 avec la loi instituant un régime obligatoire d'assurance sociale pour l'ensemble des salariés à l'exception de ceux qui gagnent plus d'un certain plafond. On estime en effet que ces derniers peuvent eux-mêmes assurer leur protection par l'épargne ou l'assurance privée. Ce régime, en dépit de la limite de sa couverture et des problèmes liés à l'hétérogénéité des organes de gestion reste le même jusqu'à 1945.

Après la fin de la Seconde Guerre mondiale, les salaires étant bloqués, la nécessité d'une protection organisée s'imposant en toute acuité, les ordonnances de 1945 vont permettre de réorganiser totalement et donner une nouvelle philosophie à l'idée de sécurité sociale en remplaçant la notion de protection et d'assurance sociale par celle de solidarité. L'idée du législateur aura été de réaliser en seul régime élargi à toute la population qui bénéficiera d'une protection très étendue.

Section 2. Pauvreté et protection sociale

« La pauvreté, c'est l'absence d'avoir, de savoir et de pouvoir »²⁹⁷. Elle a depuis toujours été une dimension de la vie humaine, et a fait l'objet de réflexion des penseurs. Mais c'est avec « l'émergence de la société industrielle, qu'elle a commencé

²⁹⁶OULD T'FAIL H *op.cit.* p.10.

²⁹⁷Proverbe africain.

à constituer un véritable problème de société et partant une problématique économique, sociale et politique »²⁹⁸.

Selon J. FIERENS, « la question de la pauvreté honte la pensée juridique depuis l'aube de notre civilisation. Elle habite le cœur du politique, donc du droit qui est le langage achevé du politique »²⁹⁹.

La pauvreté peut être appréhendée par elle-même et dans sa dimension temporelle, car ses conséquences sont plus graves lorsque la situation de pauvreté se prolonge. Elle a été incorporée dans des approches globales des problèmes des sociétés, spécialement économiques, dont elle ne constitua qu'un des aspects. En conséquence la pauvreté se traduit par des privations affectant non seulement le pouvoir d'achat des populations, mais aussi la condition d'existence.

Les États d'Afrique subsahariens continueront la colonisation pour ce qui concerne plusieurs aspects notamment la planification mais réintégreront « la pauvreté dans une problématique globale de développement économique »³⁰⁰. La Mauritanie est un pays parmi les plus pauvres au monde. La pauvreté y est un phénomène multidimensionnel, monétaire et touche les conditions de vie (éducation, santé, accès à l'eau potable, logement).

Il existe en effet une pauvreté monétaire traduite par un seuil de pauvreté défini selon les sources du cadre de lutte contre la pauvreté par rapport à l'incapacité d'avoir une ration quotidienne minimale de 2 400 calories par personne, qui correspond à 5 381 Ouguiya soit, moins de 200\$ US. Les personnes en dessous de ce seuil représentent

²⁹⁸ KHOULE EL HADJI, *Politique et stratégie de lutte contre la pauvreté au Sénégal*, Thèse université de perpignan thèse, 2008, p.5.

²⁹⁹ FIERENS. J., *Droit et pauvreté ; droit de l'homme, sécurité sociale, aide sociale*, Bruylant, 1992, Bruxelles, p.413.

³⁰⁰ *Ibid.*

50,5% de la population mondiale. Dans ce même sens, être pauvre « c'est disposer d'un revenu inférieur à un montant donné appelé le seuil de pauvreté »³⁰¹.

La réflexion de savoir qui est pauvre, consiste à définir que la pauvreté désigne « l'état, la condition d'une personne qui manque de ressources, de moyens matériels pour mener une vie décente »³⁰², des besoins minimaux. Les personnes dont les besoins minimaux ne sont pas satisfaits sont donc définies comme pauvres.

Le Conseil européen a donné en 1984 une définition de la pauvreté : « le revenu et les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont à ce point insuffisantes qu'elles empêchent les populations d'avoir des conditions de vie décente »³⁰³.

Il faut mettre en évidence que la pauvreté n'est jamais définie par elle-même mais perçue et abordée par d'autres concepts tels que le bien-être, l'exclusion sociale, les besoins essentiels.

En ce qui concerne la pauvreté les définitions et les approches sont ainsi nombreuses. Elles peuvent être fondées aussi bien sur des critères quantitatifs (niveau de revenu, espérance de vie, accès aux infrastructures, etc.), que qualitatifs (bien-être, sécurité, etc.).

Quelle que soit la définition retenue, la pauvreté renvoie à la détermination d'un seuil en dessous duquel un individu ou un ménage ne parvient pas à satisfaire ses besoins essentiels. Mais, la définition classique que véhicule la pauvreté, se focalise essentiellement sur des mesures du revenu par habitant.

Ceci justifie et explique le consensus autour duquel la dimension pluridimensionnelle de la pauvreté ne se limite pas à une simple insuffisance de revenu, et qu'elle contient

³⁰¹OULD MOHAMED TOMY. M, *La lutte contre la pauvreté en Mauritanie*, mémoire Université de Perpignan, 2007, p14.

³⁰² KHOULE EL HADJI, *op.cit.* p.8.

³⁰³*Ibid.*

aussi des aspects plus qualitatifs de la vie, donc la pauvreté économique mais aussi sociale, politique et culturelle. D'ailleurs la pauvreté ne peut être appréhendée exclusivement sur une base monétaire. Elle se manifeste par l'insécurité, la vulnérabilité, l'impuissance à développer les capacités individuelles voire collectives.

Le caractère multidimensionnel de la pauvreté entretient un nombre important de relations avec la sécurité sociale. En effet, les prestations en espèces et/ou en nature versées par la CNSS permettent d'éviter aux travailleurs qui ont des charges de famille (Allocations familiales) ou qui ont perdu momentanément ou définitivement leurs revenus tirés du travail, de subvenir à leurs besoins, du moins en partie.

Il sera utile de présenter quelques chiffres, pour mieux comprendre la situation dans laquelle se trouve la population mauritanienne en ce qui concerne la pauvreté et les mesures prises par l'État dans le domaine de protection sociale, surtout quand il s'agit des démunis et des vulnérables. En Mauritanie, 10% des populations ne réalise que 2,5% des dépenses nationales consacrées à la consommation et alors que 10% des plus riches consacrent 44,1% aux dépenses de consommation. Mais ceci reste relatif, car la Mauritanie est un pays de bas revenu par tête malgré une croissance de 6% en 2014. Il convient de rappeler que cette croissance est due à l'augmentation du prix du fer dans le monde et que la politique mauritanienne en ce sens reste fondée sur la priorité donnée à la clientèle européenne en raison de la proximité géographique qui assure une meilleure valorisation de ses produits et des relations de longue durée. Devait émerger le souci de diversification géographique pour se positionner sur les marchés en croissance, trouver des débouchés pour des nouveaux produits et pouvoir faire face au ralentissement éventuel d'un marché donné. Un effet en ce sens devait accompagner une politique d'accessibilité aux structures et aux services de santé. A ce niveau il est révélateur de constater que le taux de mortalité est loin d'approcher les normes retenues par l'OMS soit 6% et que l'accès aux structures sanitaires des populations, même s'il peut être qualifié d'évolutif, reste encore très faible. En dépit des efforts louables effectués dans le domaine de l'alphabétisation, les études montrent que 40,2% des populations âgées plus de 15 ans sont analphabètes ce qui est excessif pour un pays qui a besoin de mobiliser toutes les ressources humaines dans le

développement. Le PIB mauritanien par habitant reste très faible comparé à celui d'un pays développé qui se situe pour la même période à 26,692 dollars US. Le montant moyen annuel des dépenses de santé n'atteint même pas 20\$³⁰⁴ US et le tissu sanitaire national censé apporter une bonne couverture ne reçoit même pas 2% des richesses nationales, c'est dire dans quel dénuement sanitaire se trouvent les populations.

L'analyse en termes d'accès aux infrastructures et prestations sanitaires prouve que l'état de pauvreté est préoccupant : seulement 33% de la population ont recours aux équipements sanitaires et le nombre de médecins pour 100 000 habitants reste en deçà des exigences de l'OMS. Les populations ayant accès au médicament sont selon l'OMS insuffisantes.

L'indice du niveau d'instruction reste faible 0,42 en comparaison avec la moyenne admise dans les autres pays (0,51 ; 0,79) en dépit des sommes allouées à l'éducation. En outre on rappellera que les données disponibles sur la pauvreté en Mauritanie sont fragmentaires.

Il faut relier différents aspects multidimensionnels car les différentes formes de la pauvreté, le revenu, les conditions de vie, sont étroitement liées. Au niveau individuel, « le faible niveau de revenu renvoie à une productivité faible du travail, déterminée entre autres par des facteurs liés à la santé ou à l'éducation. L'accès à ces derniers est de même fortement influencé par la situation monétaire des ménages. Le cadre macro-économique, la politique publique, l'environnement institutionnel et culturel sont également, à un niveau plus global, les conditions de la production, le cadre de vie et les compétences socioculturelles. Maintes enquêtes ont vu le jour, par exemple sur les conditions de vie des ménages, la pauvreté concernant en 1996 près de la moitié de la population mauritanienne, tandis que celle de l'extrême pauvreté touchait près du tiers de celle-ci. L'étendue de la pauvreté a toutefois reculé par rapport au début de la décennie (56.6% en 1996). Exprimée en termes de ménages, la baisse est encore

³⁰⁴ Rapport mondial sur le développement humain, 2012.

significative : la part des ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté est passé de 50,6% en 1990 à 40,7% en 1996 »³⁰⁵.

Ensuite, en 2014 à travers des études de la banque mondiale et de la PNUD, ces dernières ont montré qu'en Mauritanie plus d'un tiers de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Pour mieux comprendre ce lien entre pauvreté et sécurité sociale il sera utile de s'arrêter tour à tour sur la protection sociale, outil de lutte contre la pauvreté (paragraphe 1) et sur l'intégration de la sécurité sociale dans la lutte contre la pauvreté (paragraphe 2).

Paragraphe 1. La protection sociale, outil de lutte contre la pauvreté

En Mauritanie la pauvreté est un phénomène à caractère multidimensionnel, ce fut souligné, donc la protection sociale peut se définir comme l'organisation de solidarités professionnelles qui ont pour effet de prélever une partie du revenu des travailleurs pour le reverser à des personnes qui ne travaillent pas (retraités, invalides, etc.) ou pour alimenter un fond commun destiné à financer certaines dépenses (soins de santé, charges familiales, etc.)

I. Risques couverts par la CNSS

La protection sociale assure deux fonctions essentielles :

- 1- garantir l'accès aux biens et services pour assurer la sécurité économique ;
- 2- promouvoir et conduire une politique de prévention contre les risques sociaux ;

³⁰⁵ CHEIKH SIDIYA D, op.cit. .p.9.

Vu sous cet angle la sécurité sociale milite en faveur de la lutte contre l'exclusion et constitue un instrument susceptible d'aider à maintenir une harmonie sociale. Depuis les années 1980 en Mauritanie furent élaborées des stratégies d'ajustement économique à moyen et long terme. Destinée au développement social, cette stratégie consiste à intervenir nutritionnellement et l'État, à travers l'application de la charia islamique, octroie à ses citoyens plus de chances et essaie de veiller sur l'intérêt de l'individu dans la société par une sorte de partage équitable des charges.

La CNSS est conçue et mise en place au profit exclusif des travailleurs salariés et de leurs familles en vue de les protéger contre certaines éventualités (perte partielle ou permanente du salaire et charge d'enfants). L'accès aux prestations est subordonné au salaire dont un pourcentage est prélevé pour financer l'institution. Les fonctionnaires de l'État (cadre et autres) bénéficient d'un régime particulier dont le mode de fonctionnement est différent de celui de la CNSS.

L'étendue de la couverture peut s'apprécier en déterminant le nombre de bénéficiaires comparé à la population totale. En France, perçue initialement au taux de 1,3% la contribution sociale généralisée était affectée pour l'inégalité de son montant au financement de la branche famille³⁰⁶. En appliquant ce mécanisme on s'aperçoit que le taux de couverture est en deçà des espérances.

Le nombre de bénéficiaires (enfants à charge, rentiers, pensionnés, allocataires) représente un pourcentage important, soit 25,9% ce qui n'est pas négligeable dans un pays caractérisé par une économie faible, tel que la Mauritanie.

Du point de vue institutionnel la Caisse Nationale est un établissement public à caractère industriel et commercial qui gère trois branches, à savoir :

la branche des prestations familiales, la branche des accidents de travail et maladie professionnelle et la branche des pensions (invalidité et décès).

³⁰⁶ PRETOT. X *op.cit.* p, 89.

Du point de vue des risques couverts, les prestations en nature des soins médicaux concernent une prise en charge partielle des frais d'accouchement, d'hospitalisation. La branche maladie n'est pas mise en place. Les prestations familiales consistent au versement d'allocations en espèces pour aider à l'entretien des enfants à charge et en fourniture des prestations en nature à travers des soins médicaux prodigués à l'enfant et à la mère avant et après l'accouchement. Pour les femmes salariées, les prestations liées à la maternité visent à pallier la perte des revenus consécutive à l'arrêt de travail (congé de maternité) Les prestations liées aux accidents du travail donnent lieu à la prise en charge intégrale des soins médicaux et en cas d'incapacité au versement d'une rente. Les prestations de vieillesse consistent à verser des pensions de vieillesse après la cessation d'activité. En cas de décès du titulaire du droit, une réversion au profit des enfants et de la conjointe (ou conjoint) est effectuée.

II. Financement de la Sécurité Sociale

La question du financement de la Sécurité Sociale reste au cœur des préoccupations du législateur français et mauritanien.

L'article L.242-1 du code de la sécurité sociale français dispose que « pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunération toutes les sommes dues ou versées aux travailleurs en contre partie ou à l'occasion du travail notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant de sommes retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre provisoire³⁰⁷ ».

³⁰⁷KESSLER. F, *op.cit*, p. 368.

En France, le financement de la sécurité sociale a revêtu un caractère plus marqué du fait notamment de la création de la contribution sociale généralisée³⁰⁸.

Par ailleurs, en Mauritanie le financement de la sécurité sociale est essentiellement assuré par les cotisations salariales et patronales. Une faible part du financement provient des placements immobiliers. Même si les ressources de la CNSS restent limitées par rapport au PIB (0,67%) comparées au budget national elles ont représenté à peu près 1,8% du budget national. Le défaut d'élaboration d'un budget social de la nation rendant fidèlement compte des efforts consentis par régime de sécurité sociale pour réduire la vulnérabilité des travailleurs masque l'importance des ressources immobilisées dans le domaine de la protection sociale.

III. L'impact qualitatif de la sécurité sociale sur la réduction de la pauvreté

Le système de sécurité sociale constitue un facteur de cohésion sociale. Fondé sur la solidarité, il assure trois types de fonctions :

- une fonction d'assurance par la mutualisation des risques qu'il opère entre les personnes protégées ;
- une fonction de transferts de revenus entre les générations ;
- une fonction de redistribution, à partir du moment où la contribution n'est pas calculée en fonction de l'appartenance à une classe de risque mais en fonction des capacités contributives de chacun.

L'importance des dépenses de transfert et la contribution à la couverture socio-sanitaire pourraient expliquer l'importance de la sécurité sociale dans la lutte contre la

³⁰⁸ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *op.cit*, p.240.

pauvreté. L'importance des dépenses de la sécurité sociale, les montants des transferts, les dépenses de personnel et les frais de gestion exclus sont moyennement considérables quant aux sommes dégagées au titre seulement des pensions et représentent la part la plus importante ; suivent les prestations de service aux victimes d'accident du travail.

Les dépenses de sécurité sociale moyennes annuelles par habitant sont en rapport du SMIG. Etant donné que la couverture du système se limite aux travailleurs affiliés et à leurs familles une comparaison entre la dépense de la sécurité sociale et le SMIG est possible, elle montre que la dépense de la sécurité sociale n'est pas négligeable même si des efforts doivent être faits pour assurer intégralement la sécurité économique.

Concernant la contribution de la sécurité sociale à la couverture socio-sanitaire, la CNSS consacre une action même modeste afin d'améliorer la prise en charge socio-sanitaire des assurés et leurs familles. Ces prestations en nature complètent les prestations en espèces et peuvent être multiformes (protection de la mère et de l'enfant, secours aux personnes en détresse, prise en charge de certains examens et hospitalisation, etc.).

La CNSS dispose de structures sanitaires qui lui sont propres ou exerce un personnel médical (médecins, généralistes, médecins spécialistes) et paramédical (sage-femme, infirmière, aides-soignants, assistés sociaux). La CNSS par ce biais participe à la stimulation de la demande de soins et rend accessible les structures sanitaires à une frange non négligeable de la population.

IV. L'impact qualitatif de la protection sociale sur la pauvreté

La mission de la CNSS est de mettre en œuvre les solidarités professionnelles : les bien-portants paient pour les malades, les célibataires et les couples sans enfants pour les travailleurs ayant à charge des enfants, les actifs pour les inactifs. La redistribution

consiste après prélèvement des cotisations (salariales/ patronales) en formulaire de prestation (en espèces ou en nature) aux travailleurs et/ou à leurs familles. Pour avoir une idée de l'impact de la sécurité sociale sur les revenus des populations couvertes, selon les résultats d'une enquête faite sur un échantillon très limité de 96 personnes sur 134597 bénéficiaires³⁰⁹ la quasi-totalité des personnes estime avoir bénéficiés de prestations dont, à peu près, 96% des prestations en espèces.

À travers ce relevé on peut s'apercevoir que les allocations familiales constituent les allocations en espèces les plus courantes pour la CNSS « Les consultations et la fourniture des médicaments constituent les volets les plus importants des prestations en nature. Mais 50% des populations estiment que les prestations en espèces constituent un complément de salaire et 68,2% que les prestations en nature favorisent l'accessibilité des structures socio-sanitaires »³¹⁰. Les prestations et les services apparaissent comme un moyen de raffermir la cohésion sociale. Elles constituent, même si elles sont encore faibles, un complément de salaire. Elles contribuent à la préservation des ressources humaines en facilitant l'accès aux structures aux personnes couvertes.

Paragraphe 2. Intégration de la sécurité sociale dans la lutte contre la pauvreté

Par les prestations que l'institution de la Sécurité sociale verse à son ressortissant, cette dernière évite, comme ce fut indiqué plus haut, cette catégorie de personnes pauvres de tomber dans la précarité. L'absence de cette protection peut provoquer des situations dramatiques, ce qui justifie aujourd'hui son extension à toutes les catégories non protégées. Ceci ne pourra être réalisé que dans la consolidation des acquis en matière de droits sociaux.

³⁰⁹ SOW. A-A, p.13.

³¹⁰ Statistiques de la CNSS, Année 2013, p.33.

Il faut savoir avant de parler de cette intégration de la sécurité sociale dans la lutte contre la pauvreté que « la pauvreté est devenue un objet d'étude particulièrement fécond »³¹¹, c'est-à-dire qu'elle peut être aussi un objet d'étude juridique. Pour mieux comprendre le rapport entre le droit et la pauvreté, Roman Diane explique que « l'étude de l'appréhension juridique de la pauvreté permet, non seulement de repérer l'influence des facteurs extérieurs dans l'édiction de la norme, mais aussi de souligner les hésitations de l'ordre juridique quant aux fins qu'il poursuit »³¹². Pour parvenir à des services sociaux de base voire une meilleure sécurité sociale, il serait opportun de lutter contre toute forme de violation des droits fondamentaux.

En effet, nous constatons que la Mauritanie a connue ces dernières années une prise de conscience de l'importance du rôle que peut jouer la Sécurité Sociale. Dans la lutte contre toute sorte de précarité et vulnérabilité ce qui justifie la faiblesse du niveau des prestations et du niveau de la couverture (- 10% de la population) pose un problème de légitimité du régime. La modicité des pensions de retraites, en outre les dépenses de la sécurité sociale exprimées à 0.6 % du PIB se situent à une moyenne mondiale de 14,5% et de 24,4% en Europe alors qu'elles n'atteignent même pas 5% en Mauritanie, ce qui révèle que les effets consentis sont encore faibles.³¹³ Les pourcentages des personnes actives couvertes restent encore très faibles, En conséquence, l'extension au-delà des seuls salariés du secteur formel s'avère nécessaire.

I. La sécurité sociale, élément stratégique

Au vu de ce qui précède il devient urgent d'intégrer la protection sociale dans un dispositif d'ensemble de lutte contre la pauvreté, laquelle ne saurait se faire

³¹¹ DIANE. R., *Le droit public face à la pauvreté*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2002, p.7.

³¹² DIANE. R., *op.cit*, p.15.

³¹³ SOW. A-A, *op.cit*, p.25.

efficacement en ignorant ou en utilisant très faiblement et de manière isolée les effets tirés de la redistribution opérée dans le cadre de la sécurité sociale.

Il convient, afin de parvenir à une meilleure prise en compte de la protection sociale pour réduire la pauvreté, ou une large campagne de lutte contre l'évasion sociale soit envisagée. Le versement de cotisations sociales est le seul moyen qui peut permettre au système de sécurité sociale de perdurer dans le temps et donner des résultats efficaces en matière de protection sociale. Il faut souligner que la question de la vulnérabilité faute de revenus des individus justifie l'intervention de l'Etat pour qu'il n'y ait pas un basculement d'une couche de la population dans la précarité .

Une amélioration du niveau de pension pourrait assurer aux retraités une bonne qualité de vie.

II. Nouveau mode de financement

Les populations non protégées ne disposant pas de revenus garantis pourraient contribuer au financement d'un système de protection. « Dans ce cas, les ruraux exerçant une activité dans le secteur de l'agriculture pourront à partir de la commercialisation de leurs produits contribuer à la mise en place d'une assurance maladie »³¹⁴.

En France on constate que « le thème le financement de la sécurité sociale est récurrent³¹⁵ ». Il est souvent abordé d'un point de vue « des mesures propres à résorber ou réduire les déficits³¹⁶ ».

³¹⁴ ABDE ARAHMAN MOHAMED LEMINE, conseiller juridique du ministère de la Santé lors d'un entretien le 6 janvier 2015.

³¹⁵ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *op.cit*, p.243.

³¹⁶ *Ibid.*

II. L'aide sociale des Indigents

L'article L.223-1 précise les objectifs du Code de l'action sociale et des familles : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »³¹⁷. On ne peut pas parler des indigent et pauvres sans pour autant parler de l'aide sociale qui est « au sens strict repose sur l'aide d'assistance sociale des secours aux pauvres ou indigénats aux exclus et aux personne vulnérables »³¹⁸.

La période allant de 1980 à 1990 fut caractérisée en Mauritanie par la restructuration des Affaires sociales dans l'objectif d'améliorer les activités de leurs services et promouvoir leurs actions au profit des couches vulnérables et défavorisées. « L'action des Affaires Sociales a porté essentiellement sur l'aide d'urgence aux handicapés et aux personnes nécessiteuses, l'ouverture de jardins d'enfants, la prise en charge des frais médicaux des indigents, la prise en charge des enfants sans familles, la réadaptation des handicapés et l'appui aux coopératives féminines »³¹⁹.

De 1990 à 2010, en matière d'action sociale fut mis en place un cadre institutionnel défini par le décret 09/98 en date du 10 janvier 1998 qui précise les missions de la Direction des Affaires Sociales, laquelle est chargée d'étudier les problèmes sociaux définis par le gouvernement ; étudier la politique d'aide et de protection sociale ; élaborer la législation sociale et suivre son exécution ; veiller aux questions concernant l'enfance en danger ; prendre des mesures d'assistance en faveur des couches sociales défavorisées et des handicapés physiques et mentaux.

³¹⁷<http://www.motsdunjuriste.fr/article-les-frais-d-obseques-des-indigents-67538711.html>

³¹⁸ MORVAN. P, *op.cit*, p.355.

³¹⁹THIAM CHEIKH, OULD SIDI. SIDI MOHAMED, *Protection sociale en Mauritanie.*, mission parlementaire, mai 2011, p.12.

Si l'on compare les rythmes de développement de politique sociale avec les pays industrialisés, le retard français apparaît nettement, comparé à l'Allemagne qui élabore à partir de 1883 une législation très complète sur les assurances sociales³²⁰.

A. État des lieux

Le décret 93/2000, précise en Mauritanie que les attributions de la Direction des Affaires Sociales sont : l'étude et le suivi de toutes les actions sociales ; étude des voies et moyens et moyens adaptés pour la protection de l'enfance déshéritée ; la promotion des couches les plus défavorisées ; la rééducation des personnes handicapées ; en France les indigents et les personnes âgées « bénéficient de prestations non contributives prévues par le code de la sécurité sociale »³²¹, également l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé de diverses missions³²². En Mauritanie, il est vrai que l'instabilité institutionnelle qui a caractérisé l'histoire récente du pays en général a constitué une entrave à l'élaboration d'une stratégie d'action et à sa mise en œuvre.

Il faut également relever que les affaires sociales étaient éparpillées parmi plusieurs structures ce qui les rendaient inefficaces faute d'organisation et de définition de responsabilités réelles pour la promotion de cet important outil de lutte contre la pauvreté. C'est pourquoi l'érection d'un ministère séparé pour s'occuper des affaires sociales, en l'occurrence le ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille, témoigne certainement de l'importance accordée à ce sujet par le gouvernement mauritanien. Le problème de l'indigence est lié à la pauvreté pour certains juristes « il n'existe en France aucune définition de la pauvreté, mot qui peut

³²⁰MERRIEN. F-X, *L'état social*. 2005, p.89.

³²¹MORVAN. P, *op.cit*, p.361;

³²²*Ibid.* p.360.

recouvrir des situations très variées, allant du dénuement total (les sans domicile fixe ou SDF)³²³

Cependant, reste toujours posé le défi de l'intersectoriel en ce qui concerne la mise en place d'une stratégie intégrée et multidimensionnelle de la protection sociale, faute d'une structure de coordination.

Les prestations dans le domaine de la protection sociale ont pour objectif principal de donner satisfaction aux besoins de groupe-cibles à travers les deux interventions suivantes :

1. L'assistance sociale qui comporte :

- l'aide alimentaire aux nécessiteux ;
- la prise en charge des services et soins de santé (dialysés, évacués et hospitalisés dans les hôpitaux nationaux) ;
- l'offre de prestations sociales directes (accueil, réception, orientation)³²⁴.

En France, « la tâche de mener à bien celle-ci échoit à la direction générale des assurances sociales, c'est d'ailleurs dans ce service de la place Fontenoy, siège du ministre du Travail, que le plan de sécurité sociale fut pensé et élaboré entre octobre 1944 et juin 1945, plan réalisé sous l'autorité publique³²⁵.

2. La promotion sociale qui œuvre pour :

- la réhabilitation et la réinsertion des groupes cibles dans la vie active ;
- l'encadrement, l'orientation et le conseil des groupes cibles ;

³²³ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *op.cit*, p.161.

³²⁴THIAM CHEIKH, OULD SIDI MOHAMED, *La protection sociale en Mauritanie : Etat de lieux, Difficultés, Perspectives* Rapport de l'assemblée nationale Mars 2011 p. 44.

³²⁵ BRUNO .V, *Histoire de la sécurité sociale*, Paris, 2001, p.41.

- la prévention sociale ;
- la législation dans le domaine de la protection sociale ;
- l'assurance sociale.
- la mobilisation sociale ;

En outre, la promotion de la Solidarité Nationale traite de :

- la promotion du système mutualiste particulièrement dans le domaine l'accès aux soins ;
- la promotion des caisses communautaires d'intervention en urgences.

En France la solidarité reste toujours dans le cœur des actions sociales et sanitaires. Cependant nombre de réformes peuvent paraître régressives du fait de différents gouvernements, au motif de maîtriser la dépense de santé. Pour faire accepter ce recul, une énorme campagne de culpabilisation des malades désigne ces derniers comme responsables du « trou de la sécu »³²⁶.

B. Principales contraintes de la protection sociale des indigents

Le système de la protection sociale en Mauritanie s'inspire des valeurs religieuses et culturelles en vigueur dans le pays. La solidarité sociale traditionnelle reste le moyen efficace pour la protection des individus et les groupes nécessiteux, au niveau tant de la prise en charge que de la solidarité à l'échelle locale ou nationale. Mais, la situation de la protection sociale souffre actuellement de plusieurs difficultés au niveau institutionnel et programmatique malgré la création d'un département chargé des

³²⁶GABERIEL. P, la sécurité sociale solidaire. 2015, p 11

affaires sociales. Le cadre institutionnel de la protection sociale reste partagé entre plusieurs départements (MASEF, CSA, CDHAHRSC, CNSS, les municipalités, etc.³²⁷).

Cette situation, héritée du passé, limite la qualité des prestations offertes aux groupes-cibles à cause du manque de coordination, du chevauchement des missions et du manque de synergie, en plus d'un cadre juridique et réglementaire relatif à l'organisation des domaines sociaux qui doit être amélioré et précisé.

Quant au niveau programmatique, les programmes relatifs à la protection sociale, et malgré la multiplicité des institutions qui s'en occupent, souffrent de plusieurs insuffisances dont, notamment :

- l'absence de mission stratégique intégrée pour la protection sociale ;
- des ressources humaines limitées (assistants sociaux, sociologues, éducateurs spécialisés, etc.) ;

En effet, le système souffre de plusieurs contraintes :

- insuffisance des ressources financières pour assistance aux individus sinistrés (incendies, inondations, longues maladies, autres cas sociaux, etc.) ;
- absence de bases de données sur les groupes vulnérables ;
- absence de législation et réglementation dans le domaine social ;
- absence de stratégie nationale de protection sociale.

L'un des problèmes qui se pose souvent réside dans la définition même de la notion d'indigent. Sont généralement considérées comme indigentes les personnes âgées qui ne sont plus prises en charge par la solidarité familiale et les personnes handicapées dont la protection relèverait plutôt de mécanismes du type aide sociale qui, en dehors

³²⁷ KANE M, *op.cit*, p.29.

de quelques ONG, s'avèrent très difficiles en l'état à mettre en place dans les pays en développement.

Une étude sur la réalité de la couverture dans les pays d'Afrique subsaharienne montre que 90%³²⁸ de la population reste en dehors de toute couverture sociale, ce qui a de graves conséquences sur le fondement même de la société, car l'exclusion sociale suppose non seulement les privations dues à la pauvreté, mais aussi le manque de liens sociaux avec la famille, la communauté, les organisations volontaires, voire la nation.

La Mauritanie n'est pas très loin de cette réalité. Sans s'arrêter sur les groupes vulnérables, représentés par les personnes en situation d'extrême pauvreté tels les indigents, les femmes en général et en particulier les femmes chefs de ménages, les chômeurs, les personnes handicapées, les marginalisés et les exclus (mendiants, sujets de troisième âge vivants seuls...), la population active elle-même est constituée dans sa grande majorité par des travailleurs se retrouvant essentiellement dans le secteur informel.

En comparaison, la France montre que « la lutte contre la pauvreté et les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. Elle tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans le domaine de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance »³²⁹.

³²⁸OULD T'FAIL. H, *op.cit*, p.21.

³²⁹MORVAN. P., *Droit de la protection sociale*. 2011, p. 355.

C. Problèmes actuels du système mauritanien de protection sociale

a. Un déficit en couverture de la population

Les systèmes classiques de sécurité sociale ne protègent pas plus de 20 % de la population active dans beaucoup de pays en développement. Ce pourcentage ne dépasse guère les 10 % dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne. Il s'agit des travailleurs organisés au sein du secteur formel qu'il soit public, tels que les fonctionnaires de l'État et des services publics, ou qu'il soit privé, au sein des grandes entreprises. Échappent, la plupart du temps, à cette protection sociale, les populations qui exercent leur activité dans ce qu'on appelle et que l'on a défini précédemment le secteur informel des artisans, commerçants, professions libérales, agriculteurs. Le fait de disposer de revenus leur donne la possibilité d'envisager des perspectives de mise en place de mécanismes nouveaux mais ils restent encore en dehors du système de protection sociale.

b. Une discordance entre le personnel légalement assujéti et le personnel réellement couvert

La protection sociale des travailleurs du secteur privé a été instituée par la loi n° 67-039 du 3 février 1967. Elle couvre les travailleurs salariés y compris les travailleurs temporaires ou les occasionnels, les gens de mer, les travailleurs domestiques, les stagiaires, les apprentis, et les étudiants des écoles professionnelles.

Quant au secteur public, il couvre, en vertu de la loi n°61/016 de 1961, les fonctionnaires civils titulaires qui relèvent du statut général de la Fonction publique, les magistrats de l'ordre judiciaire et les militaires, auxquels on a ajouté les auxiliaires

ou contractuels employés par l'État, en vertu de la loi n°74-029 ainsi que les parlementaires - loi n°2000-04³³⁰.

Manifestement, toute la frange des non-salariés (médecins, pharmaciens et professions libérales en général), de certaines sociétés privées structurées, de travailleurs dans l'informel (petits exploitants et salariés agricoles, petits commerçants, marchands) reste en dehors de cette protection.

D. Une couverture en dessous des besoins réels des travailleurs

Sur le plan des cotisations des employés et des contributions des employeurs, le taux de cotisation pour les fonctionnaires dans le secteur public est de 18% (6% à la charge du salarié et 12% à la charge de l'employeur prélevés sur le budget de l'État).

Or, si l'on s'attelait à isoler les charges sociales au niveau du budget de l'État pour le comparer avec les dépenses, on aurait certainement quelques difficultés à apprécier l'équilibre du régime, de fait opaque et peu visible. Dans ce cadre, un recensement exhaustif des fonctionnaires permettrait de lever cette équivoque et d'avoir une idée précise sur la contribution du régime des fonctionnaires dans le dispositif de la protection sociale mauritanien.

Au niveau du secteur privé et des établissements publics, le taux de cotisation est de 14 % (13 % à la charge de l'employeur et 1 % à la charge du salarié)³³¹.

Si le partage entre travailleurs et employeur à raison de deux tiers un tiers répond aux normes communément admises en la matière dans le secteur public, un déséquilibre

³³⁰ THIAM CHEIKH, OULD SIDI MOHAMED, *op.cit*, p. 48.

³³¹ *Ibid.* p.49.

flagrant caractérise alors le régime géré par la CNSS, ce qui est de nature à faire supporter le poids de la quasi-totalité des charges sociales sur l'employeur, peu enclin ainsi à embaucher et à générer donc des surplus de financement pour les régimes sociaux. Ce seuil de contribution des travailleurs a des répercussions négatives sur le niveau des prestations sociales, notamment les pensions de retraites qui sont de 37.800 UM (monnaie de la Mauritanie) par trimestre, pour les pensions minimales, soit 12 600UM par mois³³², ce qui est en deçà de l'évolution du coût de la vie actuelle.

En outre, le problème des taux de cotisations se pose de plus en plus avec beaucoup d'acuité, car les mécanismes de prélèvement n'ont pas évolué depuis 1974. L'indigent, au regard de l'article L.2223-27 du CGCT, est la personne dont le patrimoine connu ne peut recouvrir les frais du service des pompes funèbres (article L.2223-19 du CGCT)³³³. C'est pourquoi, dans les conclusions et recommandations de la dernière étude actuarielle de 2002, il a été proposé un chronogramme de relèvement des taux de cotisations qui devrait se situer en 2010 à 20% mais cette recommandation n'a pas encore été appliquée vu la réticence des employeurs.

En effet, une comparaison des taux de cotisations pratiqués dans la sous-région montre que la Mauritanie dispose du taux le plus bas, notamment en termes d'apport des employeurs et de participation des travailleurs au financement de la branche retraite.³³⁴ Dans une étude récente menée par la CNSS, le problème du recouvrement des cotisations a été posé en termes de révision de ses objectifs, de ses méthodes et de ses moyens de travail pour lui permettre de s'acquitter convenablement de sa mission.

L'étude estime que les problèmes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale se « posent d'une part, en raison de la structure des recettes qui fait que la seule ressource réellement disponible est constituée par les cotisations, et, d'autre part du

³³²*Ibid.*

³³³<http://www.motsdunjuriste.fr/article-les-frais-d-obseques-des-indigents-67538711.html>

³³⁴THIAM CHEIKH, OULD SIDI MOHAMED, *op.cit.*, p.50.

système de financement du régime basé sur la répartition. En 2008, la part des cotisations dans les recettes globales correspondait à 99% tandis que les autres produits ne représentaient que 1% ³³⁵». Cette même tendance se confirme au niveau des recettes de l'exercice 2009 ». Par ailleurs, il est démontré qu'un système de sécurité sociale qui n'obligerait pas, à travers des outils coercitifs, les employeurs à s'acquitter régulièrement de leurs contributions, a toutes les chances de ne pas être efficient, et ne sera pas en mesure d'assurer les transferts sociaux. C'est le cas en Mauritanie où les textes régissant les régimes de sécurité sociale sont en grande partie obsolètes et ne répondent plus aux besoins des populations, notamment de la loi 67 039 du 3 février 1967 qui doit être révisée en profondeur en fonction des réalités mauritaniennes.

Par ailleurs, malgré les efforts consentis par les différents organismes gestionnaires, les recettes destinées au financement des différentes branches de la sécurité sociale sont encore gérées par des institutions différentes et sont exigibles selon les conditions des textes les régissant.

C'est ainsi que le salarié du secteur privé ou de l'établissement public cotise au niveau de la CNSS pour bénéficier des prestations de retraite et doit en même temps s'acquitter d'une cotisation auprès de la CNAM pour financer la branche maladie, sans parler des autres impôts déjà lourdement supportés, notamment l'ITS, cela, vient s'ajouter la double déclaration que l'employeur doit faire mensuellement pour faire face à ses engagements vis-à-vis de la CNSS/ONMT et de la CNAM. ³³⁶

Doit-on alors mettre en œuvre une homogénéisation de l'ensemble du secteur de la protection sociale à travers un système de gestion opérationnelle efficient et efficace, afin d'en assurer sa viabilité et sa pérennité ?

³³⁵Caisse Nationale de Sécurité Sociale

³³⁶Loi 67-039 du 3 février 1967 instituant un régime de sécurité sociale en Mauritanie, la loi 2004/017 du 6 juillet 2004 portant code du travail en son article 255, ordonnance 006 du 29 septembre portant l'institution de l'assurance maladie en Mauritanie.

Ceci passera nécessairement par une intégration de toutes les branches au niveau d'un même et unique système d'information informatique moderne et sécurisé. Au plan des prestations déjà servies il est observé que dans le processus de liquidation des pensions de vieillesse, le rendement des annuités liquidables limité à 20 % du salaire moyen perçu au cours des trois ou cinq dernières années après cent quatre-vingt mois d'activité s'avère peu dissuasif pour les travailleurs qui ne sont pas ainsi attirés par ce régime même si ces 20% sont augmentés de 1,33 % par tranche de douze mois d'assurance accomplie au-delà de 180 mois, soit finalement une pension équivalente à un peu moins de la moitié du salaire d'activité pour 35 ans de service. Enfin, les pensions payées au niveau de la Caisse de retraites des fonctionnaires ou de la CNSS, malgré l'élévation du coût de la vie, n'ont jamais comporté des mécanismes de revalorisation régulière.

Par exemple, « la dernière revalorisation des pensions servies par la CNSS, suite au relèvement du SMIG en 2005 a contribué à créer une certaine disparité entre les pensionnés du même régime dont certains bénéficiaires avant l'augmentation du SMIG continuent à percevoir des pensions en deçà de la pension minimale de 37 800 UM même après une majoration de 30% »³³⁷ opérée en janvier 2009. La faiblesse ou le défaut de revalorisation automatique des prestations en espèces, notamment celles des pensions et des allocations familiales contribue à l'érosion du pouvoir d'achat des personnes couvertes par les systèmes de sécurité sociale et subséquemment les expose à la vulnérabilité. Sur l'essentiel de toutes ces questions, il convient de reprendre quelques propositions faites par le gouvernement mauritanien en matière de la protection sociales dans les années à venir.

³³⁷THIAM CHEIKH, OULD SIDI MOHAMED, *op.cit*, p. 25.

PARTIE II. ORGANISATION ET FINANCEMENT DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE EN MAURITANIE

Selon F. KESSLER, « les organismes de gestion sont non seulement marqués par leur multiplicité mais également par leur complexité »³³⁸. Le système mauritanien de sécurité sociale des travailleurs salariés contient les branches suivantes : maladie, vieillesse, invalidité, décès (survivants), accidents du travail, maladies professionnelles, prestations familiales. Il ne couvre pas le risque chômage³³⁹.

Les employeurs sont tenus, « dans le cadre du droit du travail, d'assumer le paiement des indemnités journalières en cas de maladie »³⁴⁰. Au niveau national, la CNSS évolue en marge d'un système statistique national qui comprend l'ensemble des principaux organismes producteurs de la statistique en Mauritanie, dont elle est en principe un acteur important. La production et la coordination en matière de statistique sont gérées dans le cadre de la stratégie nationale de développement de la statistique adoptée par le Gouvernement Mauritanien pour la période 2011-2015.

En ce qui concerne les indemnités journalières de maternité, elles sont servies dans le cadre des prestations familiales. Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts par le régime sauf pour le risque maladie. Cependant l'ordonnance 006 du 29 septembre 2005 a institué un régime d'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires. La loi n° 2012-007 du 7 février 2012 a étendu ce régime aux : « Employés des sociétés privées ; Journalistes de la presse privée ; personnes exerçant une profession libérale, travailleurs indépendants exerçant pour leur compte une activité génératrice de revenu,

³³⁸ KESSLER. F, *op.cit*, p.353;

³³⁹http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mauritanie.html#generalites

³⁴⁰*Ibid.*

quelle que soit la nature de l'activité ou du revenu ; titulaires de pension issus de ces groupes »³⁴¹.

En France l'administration du régime général de sécurité sociale est organisée comme suit :

- des branches composées d'organismes des différents risques : branches famille, retraite, maladie et branche recouvrement³⁴² ;
- une organisation pyramidale³⁴³

Notons que l'article premier de la loi n^o 67-039 du 3 février du 1967 crée sur le territoire de la République Islamique de Mauritanie un régime de Sécurité sociale chargé du service :

- a) des prestations familiales (branche des prestations familiales)³⁴⁴ ;
- b) des prestations en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles (branche des risques professionnels)³⁴⁵ ;
- c) des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès (branche des pensions)³⁴⁶ ;
- d) et de toutes autres prestations de Sécurité sociale qui pourront être instituées à une étape ultérieure en faveur des travailleurs salariés³⁴⁷.

La Caisse Nationale de Sécurité sociale, appelée ci-après la Caisse, est chargée de la gestion du régime de Sécurité sociale institué par la présente loi. La Caisse est un

³⁴¹ *Ibid.*

³⁴² KESSELER. F, *op.cit*, p.354.

³⁴³ *Ibid.*

³⁴⁴ THIAM. C, OULD AHMED SALEM..S, *op.cit*, p. 27.

³⁴⁵ *Ibid.*

³⁴⁶ *Ibid.*

³⁴⁷ *Ibid.*

établissement public de l'État à caractère administratif doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière et placé sous la tutelle du ministre du Travail³⁴⁸.

Elle peut notamment et selon le même article précédemment cité : recevoir de l'État et des collectivités publiques des avances et des subventions ; recevoir des dons et legs ; acquérir à titre onéreux ou aliéner tout bien meuble, et tout bien immeuble sous réserve de l'autorisation du ministre du Travail ; conclure des baux relatifs à des immeubles pour les besoins de ses services ; Le siège de la Caisse est fixé à Nouakchott. Les organes de la Caisse comprennent le Conseil d'Administration et la commission technique.

En ce qui concerne la question de financement de la sécurité sociale en Mauritanie, un tableau avec toutes les branches et les cotisations permet de comprendre le fonctionnement de la CNSS et autorise certaines critiques qu'on peut avoir. En France, « les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales, de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixant ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévus par une loi organique »³⁴⁹.

Concernant les ressources de la CNSS en Mauritanie, elles sont constituées par « Les cotisations destinées au financement des différentes branches du régime de Sécurité sociale ; les majorations encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations et les intérêts moratoires ; le produit des placements de fonds ; les dons et legs ; toutes autres ressources attribuées à la Caisse par un texte législatif ou réglementaire. En revanche, les ressources de la Caisse ne peuvent être utilisées qu'aux fins prévues par la présente loi et pour couvrir les frais d'administration indispensables au fonctionnement du régime »³⁵⁰.

³⁴⁸Article 4 de la loi n^o 67-039 du 3 février 1967 instituant un régime de sécurité sociale en Mauritanie.

³⁴⁹ MORVAN. P, *op.cit*, p.29.

³⁵⁰Article 18 de la loi n^o 67-039 du 3 février 1967 instituant un régime de sécurité sociale en Mauritanie

Travailleurs salariés³⁵¹

Cotisations au 1 ^{er} janvier 2016			
Branches	Part patronale	Part salariale	Plafond mensuel en MRO ³⁵²
Maladie	4 %	5 %	Totalité du salaire
Vieillesse - Invalidité - Décès (survivants)	8 %	1 %	70.000
Accidents du travail - Maladies professionnelles	3 % ou 2,5 % ²	-	70.000
Prestations familiales dont prestations en espèces de maternité	3 %	-	70.000
Total	17,5ou 18 %	6 %	

Le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) s'élève à 30.000 MRO pour 40 heures de travail hebdomadaire depuis le 1er septembre 2011. Les travailleurs indépendants cotisent à hauteur de 9 % au risque maladie sur la totalité des revenus.

³⁵¹http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mauritanie.html#generalites

³⁵²Au 2 février 2016, 1 ouguiya (MRO) vaut 0.00268 euro, le taux est réduit à 2.5% si l'employeur assure le service des soins et des prestations en espèce d'incapacité temporaire

La CNSS n'ouvre pas de droit aux couvertures vieillesse-invalidité-décès, accidents du travail-maladies professionnelles et prestations familiales.

Titulaires de pension

Les titulaires de pension cotisent au risque maladie à hauteur de 2,5 % de leur pension de vieillesse.

Pour la question des soins « La prise en charge des frais des prestations de soins garanties par la présente ordonnance s'effectue, quel que soit le prestataire de soins, conventionné ou non, sur la base du tarif national de référence défini dans la convention³⁵³ ». La modalité de remboursement de ce dernier ou la prise en charge directe des frais de soins préventifs, curatifs, et de réhabilitation, s'effectue à hauteur de :

- 67 % pour les médicaments avec un plafond de Co-paiement de 1.500 MRO par médicament³⁵⁴ ;
- 80 %³⁵⁵ pour les consultations, les examens complémentaires (analyses et imagerie radiologique), la rééducation fonctionnelle, effectués dans un établissement privé ;
- 90 %³⁵⁶ pour les consultations, les examens complémentaires (analyses et imagerie radiologique), la rééducation fonctionnelle, effectués dans un établissement public, avec un plafond de Co-paiement de 10.000 MRO par prestation ;
- 90 %³⁵⁷ pour les hospitalisations, la radiothérapie, avec un plafond de co-paiement de 10.000 MRO par hospitalisation ou traitement ;

³⁵³ Article 18 de l'ordonnance 006 du 29 septembre 2005 portant sur la création d'un régime d'assurance maladie obligatoire en Mauritanie.

³⁵⁴ http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mauritanie.html#generalites

³⁵⁵ *Ibid.*

³⁵⁶ *Ibid.*

³⁵⁷ *Ibid.*

- 90 %³⁵⁸ pour les appareillages orthopédiques, les prothèses auditives avec un plafond de Co-paiement de 10.000 MRO par matériel ;
- 100 %³⁵⁹ pour les évacuations sanitaires sur le territoire national ou à l'étranger, les séances d'hémodialyse ainsi que le traitement et le suivi des affections lourdes ou chroniques dites affections de longue durée (ALD).

Pour les indemnités journalières de maladie, l'employeur selon le code du travail assume le paiement des indemnités journalières en cas de maladie, pendant un nombre de jours défini selon la loi.

S'agissant des risques de vieillesse, invalidité, décès, ils sont couverts quels que soient les travailleurs salariés ou les travailleurs temporaires et occasionnels. Les travailleurs indépendants sont exclus de ces risques précédemment. Pour bénéficier d'une pension de vieillesse, l'assuré doit remplir les conditions suivantes : « Être âgé de 60 ans (55 ans en cas d'usure prématurée de l'organisme), avoir été immatriculé depuis au moins 20 ans, avoir accompli au moins 60 mois d'assurance au cours des 10 dernières années, cesser toute activité salariée. Cette pension de vieillesse est de 20 % du salaire moyen perçu au cours des 3 ou 5 dernières années »³⁶⁰. En France, « l'assuré à droit d'une pension d'invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain »³⁶¹. Quant à l'assurance vieillesse en France, « fin 2008, 15 millions de personnes (tous régimes obligatoires confondus) percevaient une pension de retraite et 5,4 percevaient un outre une pension de réversion le montant des prestations s'élevait à 251 milliards euros soit 12,9% du PIB »³⁶².

³⁵⁸ *Ibid.*

³⁵⁹ *Ibid.*

³⁶⁰ THAM. C, OULD AHMED SALEM..S, *op.cit*, p.32.

³⁶¹ MORVAN. P, *op.cit*, p.251.

³⁶² *Ibid.*

En Mauritanie, le salaire moyen pris en compte pour la pension est semblable au plafond mensuel des contributions, ce dernier ne doit pas être inférieur à 60% du SMIG. En outre, il existe le versement unique : l'assuré qui ne satisfait pas aux conditions requises pour obtenir une pension de vieillesse a droit à une aide d'allocation de vieillesse versée en une seule fois qui représente un mois de salaire par année de cotisations, à condition d'avoir atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de vieillesse (60 ans) et d'avoir accompli au moins 12 mois d'assurance³⁶³.

Ceci est valable pour l'invalidité en terme de cotisation, « l'assuré qui devient invalide avant d'atteindre l'âge de la retraite a droit à une pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes : présenter une invalidité suite à une maladie ou un accident non professionnel, avoir perdu les 2/3 de ses capacités de gain, avoir été immatriculé à la caisse depuis au moins 5 ans, avoir accompli 6 mois d'assurance au cours des 12 mois civils précédant le début de l'incapacité »³⁶⁴.

Le montant de ladite pension d'invalidité est « égale à 20 % du salaire moyen perçu au cours des 3 ou 5 dernières années, la solution la plus favorable pour l'assuré étant retenue. Elle est augmentée de 1,33 % par tranche de 12 mois d'assurance accomplie au-delà de 180 mois »³⁶⁵. Le salaire pris en compte pour cette pension est pareil au plafond mensuel des cotisations cette pension ne peut être inférieure à 60 % du SMIG. Celle-ci est majorée de 50 %³⁶⁶ si l'assuré a besoin de l'assistance d'une tierce personne.

En ce qui concerne le décès, les survivants du défunt qui était pensionné, qui remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension ou qui justifiait de 180 mois de cotisations peuvent bénéficier d'une pension: la veuve d'au moins 50 ans

³⁶³CLEISS, *Le régime mauritanien de sécurité sociale*. En ligne sur <http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mauritanie.html#generalites> (consulté le 09/06/2017).

³⁶⁴*Ibid.*

³⁶⁵*Ibid.*

³⁶⁶*Ibid.*

ou le veuf invalide à charge du défunt ; les enfants à charge jusqu'à 14 ans (21 ans s'ils sont en apprentissage, poursuivent leurs études ou sont handicapés)³⁶⁷.

Le montant de ces pensions de survivants est calculé en pourcentage de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit à la date du décès, à raison de : « 50 % pour la veuve ou le veuf, 25 % pour chaque orphelin de père ou de mère, 40 % pour chaque orphelin de père et de mère. Le total des pensions de survivants ne doit pas dépasser 100 % de la pension de l'assuré »³⁶⁸.

En France, « l'assurance décès garantit aux proche de l'assuré social décédé ses ayants droit un capital minimum quelle que soit la cause du décès (suicide ou accident du travail compris)³⁶⁹.

Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts pour les risques accidents du travail - maladies professionnelles. Mais faut comprendre que les montants des prestations dans la durée sont de nature à nuire gravement au lien de confiance devant exister entre les citoyens et leur système de protection sociale. Il arrive mécaniquement un moment où, par exemple, le montant de la pension de retraite perçue est si déconnecté du salaire précédemment perçu que se développe un sentiment de frustration, voire de spoliation extrêmement nuisible pour le système³⁷⁰.

Aucune condition préalable de stage n'est requise pour l'attribution des prestations d'accidents du travail - maladies professionnelles. L'employeur doit déclarer l'accident

³⁶⁷ *Ibid.*

³⁶⁸ *Ibid.*

³⁶⁹ MORVAN. P, *op.cit*, p.332.

³⁷⁰ Bureau international du Travail, Equipe d'Appui Technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique Occidentale et Bureau pays de l'OIT pour le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Togo (ETD-BP/Dakar), p.17.

ou la maladie dans les 48 heures³⁷¹. En Tunisie « le régime de pension de vieillesse, invalidité et survivant constituent un moyen de protection de travailleurs contre les risques inhérent à la perte de revenus consécutifs à l'avancement de l'âge, à l'incapacité du travail ou au décès³⁷²

Il faut signaler que le soin reste toujours une grande problématique car le processus d'analyse de situation de la santé en Mauritanie a été mis en œuvre selon une approche participative et multisectorielle impliquant toute les parties prenantes. A l'exception « des soins de première urgence qui sont à la charge de l'employeur, les soins médicaux sont fournis par la caisse ou par les établissements choisis parmi les formations officielles et les formations privées agréées par les autorités médicales, auquel cas les soins font l'objet d'un remboursement sur la base du tarif forfaitaire établi par voie d'accord entre ces établissements et la caisse »³⁷³. Le remboursement de l'accident et son montant est égal aux 2/3³⁷⁴ de la rémunération journalière moyenne de la victime jusqu'à sa complète guérison. Si la victime est incapable d'une façon permanente, l'assuré a droit à une rente d'incapacité de 85 %³⁷⁵ de son salaire mensuel. Celle-ci est majorée de 50 %³⁷⁶ si la victime a besoin de l'assistance d'une tierce personne.

Sachant que le montant de la rente d'incapacité permanente partielle est, fonction du degré d'incapacité, la subvention d'incapacité est versée en une seule fois lorsque le degré de l'incapacité est inférieur à 15 %³⁷⁷. Celle-ci est calculée en multipliant par trois, le montant annuel de la rente correspondant au degré d'incapacité de la victime.

³⁷¹ http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mauritanie.html#generalite

³⁷² HAMMADI. K, *Droit de la sécurité sociale en Tunisie*, mémoire Université de Perpignan, 2004, p.36.

³⁷³ http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mauritanie.html#generalite

³⁷⁴ *Ibid.*

³⁷⁵ *Ibid.*

³⁷⁶ *Ibid.*

³⁷⁷ *Ibid.*

Lorsque l'accident du travail est suivi du décès de la victime, les survivants ont droit aux rentes de survivants et à une allocation de frais funéraires .Les revenus de survivants sont fixées à raison de :10% ³⁷⁸ du salaire moyen que percevait l'assuré décédé, pour la veuve ou le veuf ;10% ³⁷⁹ du salaire moyen que percevait l'assuré décédé, pour chaque orphelin (ouvrant droit aux allocations familiales) de père ou de mère ;15 % ³⁸⁰ du salaire moyen que percevait l'assuré décédé, pour chaque orphelin (ouvrant droit aux allocations familiales) de père et de mère ;10 % ³⁸¹ du salaire moyen que percevait l'assuré décédé, pour chaque ascendant à charge.

Le total des pensions de survivants ne doit pas dépasser 100 % de la pension de l'assuré. La rente d'orphelin peut se cumuler avec les allocations familiales. Nous allons expliquer dans cette deuxième partie, l'organisation de la sécurité sociale (chapitre1) ainsi que (chapitre2) la gestion de l'assurance maladie obligatoire.

³⁷⁸ *Ibid.*

³⁷⁹ *Ibid.*

³⁸⁰ *Ibid.*

³⁸¹ *Ibid.*

Chapitre 1. L'organisation de la sécurité sociale

Les organisations de sécurité sociale du régime général en France sont soumises à certaines règles communes, ainsi en matière de recouvrement des cotisations ou de contentieux. Mais elles sont aussi dotées d'attributions propres s'exerçant dans un ressort géographique qui varie selon l'organisme considéré et le risque couvert³⁸². L'étendue d'un système est déterminée par trois éléments : d'abord les personnes protégées ; ensuite, les éléments contre lesquels ces personnes sont protégées ; enfin, l'étendue de la protection. Autrement dit, il s'agit de déterminer qui sera protégé contre quoi et comment³⁸³.

Dans un premier temps, cette recherche présente un état des lieux de la production statistique qui passe par la description du circuit de production ainsi que la détermination de ses forces, de ses faiblesses, des opportunités qui lui sont offertes et enfin des défis à relever. Une analyse du système actuel de production de la statistique de la CNSS révèle que la fonction statistique se résume à une simple collecte de données, basée essentiellement sur les registres au niveau de plusieurs directions de la CNSS mauritanienne.

Parmi les forces on peut citer l'existence d'un plan statistique, le renforcement récent de la fonction statistique en confiant la collecte des données statistiques à un conseiller du Directeur Général, dont dépend le service des statistiques et l'existence de cadres compétents en charge des dossiers importants qui peuvent, moyennant une mise à

³⁸² CHAUCHARD. J P., KERBOURC4H .J Y, WILLMANN. C, *Droit de la sécurité sociale*, 6^{el}LGDJ, 2013, p.107.

³⁸³DUPERYROUX, J-J, *op.cit*, p.209

niveau en statistique, assurer le développement de cette fonction et garantir un retour d'information fiable³⁸⁴.

Les faiblesses sont essentiellement « le manque de culture statistique, le fait que les sources de données essentiellement basées sur les registres et formulaires tenus manuellement, l'inadéquation entre les données relatives aux montants engagés au niveau de la direction générale et les montants qui apparaissent dans les états financiers, des données statistiques incomplètes et produites au besoin et l'absence d'un système d'information statistique »³⁸⁵. Des interrogations vont être posées pour parvenir à une meilleure compréhension de l'organisation de la protection sociale en Mauritanie en évoquant les grandes idées qui ont marqué l'organisation de la protection sociale française.

En France il s'agit d'évoquer « toute mesure à la fois de la diversité et de la tendance à l'unité des systèmes de sécurité sociale, il importe aussi de connaître les principes directeurs qui définissent d'une part son étendue (quels sont les personnes couvertes par le système ? Quels sont les risques ouvrant droit à une protection ?, etc.), d'autre part son organisation (comment le système fonctionne-t-il tant sur le plan administratif que sur le plan financier) »³⁸⁶.

L'organisation de la sécurité sociale mauritanienne permettra de considérer la situation actuelle de la sécurité sociale gérée par la CNSS (section1) et d'exposer l'organisation des autres modes de sécurité sociale tels que la médecine du travail et le régime de fonctionnaires (section2).

³⁸⁴ AHMED OULD ISSELMOU, Bureau international du Travail, Equipe d'Appui Technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique Occidentale et Bureau pays de l'OIT pour le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Guinée Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Togo (ETD-BP/Dakar)

³⁸⁵ Appui à la réorganisation de la production statistique de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) de la Mauritanie, ETD-BP/Dakar, Novembre 2013, p.3.

³⁸⁶ *Ibid.*

Section 1. La situation actuelle du régime mauritanien de sécurité sociale

Pour mieux comprendre la situation de la sécurité sociale mauritanienne, il convient d'établir un état des lieux de la sécurité sociale (paragraphe1) et d'analyser les principales contraintes de la sécurité sociale et de la CNSS (paragraphe2)

Paragraphe 1. État des lieux des régimes de sécurité sociale

La sécurité sociale qui est une organisation chargée d'assurer une protection sociale permet de prémunir contre une série de risques sociaux à la croisée de différents mécanismes juridiques : l'assistance, la responsabilité civile, la prévoyance, regroupant l'assurance et la mutualité³⁸⁷.

La sécurité sociale est censée garantir le travailleur et ses ayants droit, conjoint et survivants contre les grands risques inhérents à la vie humaine à savoir, la vieillesse, l'invalidité, le décès et la maladie. Il s'agit donc d'un facteur important de lutte contre la pauvreté, du moins pour les travailleurs qui peuvent en bénéficier.

« En République Islamique de Mauritanie, la sécurité sociale est loin de pouvoir jouer ce rôle tant qu'elle continue dans son état embryonnaire, à traîner plusieurs avatars qui l'handicapent depuis sa naissance »³⁸⁸.

³⁸⁷ FRANCK. P, *op.cit*, p.20.

³⁸⁸ ONS. 2008a. EPCV 2008: Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages en Mauritanie. Nouakchott, Office national de la statistique ONS. 2008b. Indice harmonisé des prix à la consommation.

Les défis qu'elle a à relever ne sont pas toutefois insurmontables. Mais, une démarche pragmatique doit être mise en œuvre pour corriger ses contradictions et remédier à ses insuffisances de façon progressive, selon une politique volontariste et réaliste qui tienne compte des réalités économiques et sociales mauritaniennes.

Il existait jusqu'en 2006 deux régimes formels de sécurité sociale : l'un le régime de sécurité sociale au profit des travailleurs du secteur parapublic et privé géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et l'autre au profit des fonctionnaires civils et militaires régis par le statut de la Fonction Publique, géré par un compte spécial au Trésor Public.

En plus des deux régimes précités, le secteur s'est enrichi de deux nouveaux dispositifs de protection sociale à savoir :

- la médecine du travail qui a été érigée en office autonome (Office National de la Médecine du Travail-ONMT) créé en application de l'article 255 de la loi 2004-017 du 6 juillet 2004 portant Code du travail. Cet office est chargé de la médecine préventive au profit des travailleurs régis par le Code du Travail et le Code de la Marine marchande ;

- l'assurance maladie obligatoire créée en vertu de l'ordonnance n°2005-006 du 29 septembre 2005 dont la gestion est confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie(CNAM).

L'objectif visé par la présente étude est de décrire, séparément dans un premier temps, chaque régime dans son mode opératoire, son apport et ses faiblesses. Dans un second temps, des recommandations seront proposées pour améliorer la qualité des services rendus par les organismes de sécurité sociale, d'une part, et déterminer les axes d'une réflexion sur l'avenir du système de protection sociale qui tendra vers une harmonisation de l'ensemble des régimes existants, afin de faire face aux multiples défis posés au système de protection sociale en Mauritanie d'autre part.

Pour ce qui est de la France le régime général de la sécurité sociale est le régime le plus important « plus de 80% de Français relèvent de ce régime »³⁸⁹.

Ce régime est composé, au plan national, par les établissements publics nationaux à caractère administratif et, au plan régional ou local, par des organismes de droit privé chargé d'une mission de service public³⁹⁰

I. Le régime de sécurité sociale géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

En France, et selon D. Grandguillot, le régime général de la sécurité sociale comprend cinq branches autonomes ;

- la branche maladie qui gère les risques maladie, maternité, invalidité, décès ;
- la branche du travail et des maladies professionnelles ;
- la branche vieillesse ;
- la branche famille ;
- la branche recouvrement.

Ces cinq branches sont gérées par quatre caisses nationales :

- la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ;
- la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

³⁸⁹GRANDGUILLOT D, *op.cit*, p.21.

³⁹⁰*Ibid.*

La CNAMTS est organisée en deux branches gérées de façon distincte il s'agit de la branche maladie (maladie, maternité, décès ; la branche accident du travail et maladies professionnelles.

La CNAMTS est dotée d'une structure administrative organisée au niveau régional ou local :

- la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) qui intervient en matière de retraite, prévention, tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, et de l'action sociale ;

- les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui assurent l'immatriculation des assurés et les services des prestations. Elles exercent un rôle de prévention et d'éducation sanitaire³⁹¹ (centres d'examen de santé, actions des dépistages ciblés). Ce régime de sécurité sociale, institué au milieu des années 50 après l'adoption du Code du travail des pays d'Outre-mer de 1952, a vu la naissance de la première branche de la sécurité sociale mauritanienne : la branche des prestations familiales instituée en décembre 1955, avec date d'effet au 1er janvier 1956. La Caisse de Compensations des Prestations Familiales était chargée de la gestion de cette nouvelle branche.

Depuis cette date, le régime mauritanien de sécurité sociale s'est consolidé au fil des années jusqu'à son transfert de Saint- Louis du Sénégal en Mauritanie en 1962. À la suite de ce transfert, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, composée à ce stade de deux branches, s'est élargie ensuite à la branche des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès.

C'est en 1967, que le régime de sécurité sociale, dans sa configuration actuelle, a été uniformisé par la loi 67/039 du 3 février 1967, instituant un régime de sécurité sociale en Mauritanie, dont la gestion a été confiée à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Le regroupement des trois branches de la sécurité sociale (les prestations familiales,

³⁹¹*Ibid.*

les risques professionnels et les pensions) en plus de l'action sanitaire et sociale répondait à l'objectif de se conformer aux dispositions de la Convention de l'OIT n°102, sur la sécurité sociale (norme minimum de 1952), qui fait obligation aux États de mettre en place des systèmes de sécurité sociale comportant au moins neuf prestations ³⁹²A ce stade, le régime mauritanien de sécurité sociale répondait aux exigences de cette convention, car en dehors de l'assurance maladie et l'assurance chômage, il assurait déjà 7 des 9 prestations exigées³⁹³.

Notons, que la Mauritanie a signé et ratifié la Convention 102 depuis 1968, et avec l'instauration de l'assurance maladie, couvre déjà 8 prestations sur les 9 prévues par ladite convention notamment : les soins médicaux, les indemnités de maladie, les prestations de chômage (non encore couvertes), les prestations de vieillesse, les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations familiales, les prestations de maternité, les prestations d'invalidité et les prestations de survivants.

II. État des lieux du régime de sécurité sociale géré par la CNSS

Le régime de sécurité sociale des travailleurs, régis par le Code du travail et le Code de la Marine marchande, et géré par la CNSS en vertu des dispositions de la loi 67/039 du 3 février 1967, instituant un régime de sécurité sociale en Mauritanie et ses textes subséquents comprend les services :

1. des prestations familiales (branche des prestations familiales) ;

³⁹²THAM. C, OULD AHMED SALEM..S, op.cit, p.6.

³⁹³ ONS. 2010. Note de conjoncture (no 20 à 22). Nouakchott, Office national de la statistique.

2. des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (branche des risques professionnels).

L'affiliation au régime est obligatoire pour les travailleurs soumis aux dispositions du Code du travail ou du Code de la marine marchande, occupés principalement sur le territoire mauritanien, et les salariés de l'État ne disposant pas d'un régime particulier de sécurité sociale notamment les auxiliaires et contractuels.

L'organisation administrative du régime de sécurité sociale est gérée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, établissement public à caractère industriel et commercial doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle technique du ministère chargé du Travail et sous la tutelle financière du ministère des Finances.

La gestion de la Caisse est confiée à un Conseil d'administration tripartite de 33 membres composé, pour un tiers de représentants des travailleurs, pour un tiers de représentants des employeurs et pour un tiers des représentants de l'État.

II. Les ressources et l'organisation financière de la CNSS

Elles sont constitué par :

- les cotisations destinées au financement des différentes branches ;
- les majorations de retard ;
- le produit du placement de fonds ;
- les dons et legs ;
- toute autre ressource attribuée à la Caisse par un texte législatif ou réglementaire.

La loi 67/39 du 3 février 1967 établit que chacune des branches doit faire l'objet d'une gestion financière distincte et fixe les règles de base pour le calcul des cotisations et

des majorations de retard. Concernant, les risques professionnels 3% ou 2,5% si l'employeur assure le service des soins et les prestations en espèces pour l'incapacité temporaire ; Prestations familiales 8%, Seule la SNIM bénéficie de cet avantage depuis l'instauration du régime. Le taux de cotisation à la sécurité sociale est de 14% dont 13% à la charge de l'employeur et 1% à la charge du travailleur³⁹⁴. Les cotisations sont indexées sur un plafond de 70 000 UM par mois de rémunération et sur un plancher minimal équivalent au SMIG en vigueur qui est actuellement à 21 000 UM.

Aux fins d'assurer l'équilibre financier, la loi impose à la Caisse d'établir et de maintenir un fonds de roulement commun à l'ensemble des branches et une réserve de sécurité pour chacune des branches.

Le montant du fonds de roulement ne peut être inférieur à trois fois la moyenne mensuelle des dépenses de la Caisse constatées au cours des trois derniers exercices.

A. Les réserves de sécurité doivent être calculées comme suit :

- prestations familiales: $\frac{1}{4}$ des dépenses constatées au cours de deux derniers exercices.
- risques professionnels: total des dépenses constatées au cours de deux derniers exercices.
- pensions : total des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices.
- prestations servies et conditions d'octroi

³⁹⁴ Caisse nationale de la sécurité sociale en Mauritanie.

- prestations familiales : Les travailleurs ou leurs ayants droit bénéficient des prestations familiales pour les mois pendant lesquels ils ont accompli un minimum de travail de 18 jours ou de 120 heures et perçu un salaire égal au SMIG.

a. Les prestations familiales comprennent :

- Allocation prénatale, bénéficiaires : toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié à condition de déclarer la grossesse et de subir les trois examens médicaux ;

- Prime à la naissance, bénéficiaires : les trois premiers enfants issus du premier mariage de l'allocataire ou d'un mariage subséquent lorsqu'il y a eu décès du précédent conjoint³⁹⁵.

- Allocations familiales, bénéficiaires : les enfants célibataires non travailleurs à charge de l'allocataire jusqu'à l'âge de 14 ans (ou 21 ans s'ils sont en apprentissage ou étudiants ou incapables d'exercer une activité salariée) à condition d'être inscrit au registre d'état civil et d'assister au cours (pour les enfants d'âge scolaire) ou ayant subi des examens médicaux³⁹⁶.

- Indemnité journalière de maternité, bénéficiaire : toute femme salariée en état de grossesse à condition d'être immatriculée à la Caisse 12 mois avant la date présumée de l'accouchement et avoir accomplie un minimum de travail de 54 jours ou de 160 heures au cours des trois mois précédents³⁹⁷. Le montant de l'indemnité journalière de maternité est fixé à 100% de la rémunération mensuelle moyenne pour 14 semaines.

³⁹⁵THAM. C, OULD AHMED SALEM.S, *op.cit* p.8.

³⁹⁶*Ibid.*

³⁹⁷*Ibid.*

b. Les taux des prestations familiales en vigueur sont les suivants

- Allocation prénatale : 2 160 UM
- Prime à la naissance : 2 880 UM
- Allocations familiales : 300 UM par mois et par enfant.

Risques professionnels : Lorsque le travailleur salarié est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il a droit aux prestations suivantes :

- les soins médicaux y compris les soins à domicile: à l'exception des soins de première urgence qui sont à la charge de l'employeur; les soins médicaux sont fournis ou remboursés par la Caisse selon les modalités prévues par la loi³⁹⁸ ;
- l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire: la durée de l'indemnité journalière est fonction du nombre de jours d'incapacité (ouvrables ou non) suivant celui de l'arrêt de travail. Son montant est fixé au 2/3 de la rémunération journalière moyenne de la victime ;
- la rente ou l'allocation d'incapacité: en cas de :
 - incapacité totale, le montant de la rente d'incapacité totale est égal à 85% de la rémunération mensuelle moyenne.
 - incapacité partielle et degré d'incapacité égal à 15% au moins: le montant de la rente d'incapacité partielle est proportionnel à la rente d'incapacité totale selon le degré d'incapacité.
 - incapacité partielle et degré d'incapacité inférieur à 15%, la victime a droit à une allocation d'incapacité dont le montant est égal à trois fois le montant annuel de la rente calculée selon le taux d'incapacité.

³⁹⁸ OULS ESSIYAM, *Sécurité sociale en Mauritanie*, Nouakchott 2010 p.9.

Décès : lorsque l'accident du travail est suivi du décès de la victime, les survivants ont droit à :

- l'allocation de frais funéraires, dont le montant est égal à 30 fois la rémunération journalière moyenne³⁹⁹ ;
- aux rentes de survivants, calculées, en fonction de la rente d'incapacité permanente totale, comme suit :
 - veuve ou veuf : 20%. En cas de pluralité de veuves le montant est réparti entre elles par parts égales⁴⁰⁰.
 - enfants à charge : 10% pour chaque orphelin de père ou de mère ; 15% pour chaque orphelin de père et de mère⁴⁰¹
 - ascendants à charge : 10% pour chaque ascendant⁴⁰²;

En France, « il existe pour l'essentiel, deux techniques de gestion de fond et de ressources qui se trouvent affectés au financement d'un régime d'assurance vieillesse⁴⁰³.

Quant à la Mauritanie, la pension de vieillesse, d'invalidité et de décès : La branche des pensions comprend les prestations directes suivantes : les pensions de vieillesse: les travailleurs ont droit aux pensions de vieillesse (retraite) s'ils remplissent les conditions suivantes :

- être âgé de 60 ans pour les assurés et 55 ans pour les assurées⁴⁰⁴.
- être immatriculé à la Caisse depuis 20 ans au moins⁴⁰⁵.

³⁹⁹THAM. C, OULD AHMED SALEM.S. *op.cit*, p.9.

⁴⁰⁰*Ibid.*

⁴⁰¹ *Ibid.*

⁴⁰² *Ibid.*

⁴⁰³ MORVAN. P, *op.cit*, p.255.

⁴⁰⁴ THAM. C, OULD AHMED SALEM.S. *op.cit*, p.10;

⁴⁰⁵ *Ibid.*

- avoir accompli 60 mois d'assurance au cours des 10 dernières années⁴⁰⁶
- cesser toutes activités salariées⁴⁰⁷ ;
- la pension anticipée: ont droit à la pension anticipée, les travailleurs remplissant les conditions suivantes :
 - être atteint d'usure prématurée des facultés physiques ou mentales.
 - être âgé de 55 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes.
 - remplir les conditions d'immatriculation et de période de travail comme pour les pensions de vieillesse;
- la pension d'invalidité: les travailleurs invalides ont droit à une pension d'invalidité s'ils remplissent les conditions suivantes :
 - état d'invalidité par suite de maladie ou d'accident non professionnel égal à 2/3⁴⁰⁸.
 - âge inférieur à l'âge de la pension de vieillesse.
 - immatriculation à la Caisse depuis 5 ans au moins.
 - accomplissement de 6 mois de travail au cours des 12 derniers mois civils.
- l'allocation de vieillesse: elle est attribuée au travailleur sous forme d'un versement unique et définitif s'il remplit les conditions suivantes :
 - être âgé de 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes.
 - accomplir de 12 mois d'assurance.
 - Cesser toute activité salariée.

⁴⁰⁶ *Ibid.*

⁴⁰⁷ *Ibid.*

⁴⁰⁸ *Ibid.*

B. Le calcul des prestations de la branche des pensions s'effectue en fonction de :

- la rémunération mensuelle moyenne;
- la période d'assurance réelle ou assimilée (pension d'invalidité), selon les règles suivantes :

Pour le montant des pensions: 20% de la rémunération mensuelle moyenne. Si la période d'assurance dépasse 180 mois, le pourcentage est majoré de 1,33% pour chaque période de 12 mois au-delà de 180 mois⁴⁰⁹.

Pour le montant limite des pensions: Minimum 60%⁴¹⁰ du SMIG avec un maximum de 80% de la rémunération moyenne de l'assuré.

Pour le montant de l'allocation de vieillesse: Proportionnel à la rémunération moyenne de l'assuré et au nombre de périodes d'assurance.

Concernant les pensions de survivants elles sont octroyées en cas de décès :

- du titulaire de la pension de vieillesse, anticipée ou d'invalidité.
- un assuré, remplissant les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou qui justifiait d'au moins 180 mois d'assurance⁴¹¹.

Sont considérés comme survivants :

- **la veuve âgée d'au moins 50 ans** ; ou à l'âge où elle atteindra 50 ans ; ou invalide à condition que le mariage ait été contracté un an au moins avant le décès ; à moins qu'un enfant ne soit né de l'union conjugale ou que la veuve ne se trouve en état de grossesse ;

⁴⁰⁹ THAM, C, OULD AHMED SALEM.S. *op.cit*, p.10.

⁴¹⁰ *Ibid.*

⁴¹¹ *Ibid.* p.12.

- **le veuf invalide à la charge de l'assurée** (à condition que le mariage ait été contracté un an au moins avant le décès) ;
- **les enfants à charge du décédé**, tels qu'ils sont définies au titre des allocations familiales.

Les pensions sont calculées en pourcentage de la pension directe à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit à la date de son décès, à raison de :

- 50% pour la veuve ou le veuf. En cas de pluralité de veuves, le montant est réparti en parts égales.
- 25% pour chaque orphelin de père ou de mère.
- 40% pour chaque orphelin de père et de mère.

Le total des pensions de survivants ne peut excéder le montant de la pension directe, et la pension des orphelins ne peut être inférieure au montant des allocations familiales.

Notons que la loi instituant un régime de sécurité sociale a créé, en même temps, un fonds d'action sanitaire et sociale auprès de la Caisse. Ce fonds est alimenté par les majorations de retard et par les prélèvements à effectuer sur d'autres recettes de la Caisse. Le fonds est destiné à faire face aux dépenses pour toute action de prévention générale, de prévention des accidents du travail, pour la création de centres d'action sanitaire et sociale et pour l'aide financière aux institutions, dont l'activité présente un intérêt pour les assurés sociaux.

Depuis quelques années, les actions du FASS sont centrées sur la santé de la mère et de l'enfant et de l'enseignement préscolaire à travers la gestion de trois(3) centres de protection maternelle et infantile(PMI), un jardin d'enfants d'une capacité de 150 enfants et d'un Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle(CREN).

En ce qui concerne la population assurée, elle se compose comme suit :

- Travailleurs immatriculés depuis l'instauration du régime : 183.00
- Assurés sociaux actifs /cotisants : 45 000

- Pensionnés : 14 270
- Rentiers : 3 238
- Bénéficiaires d'allocations familiales : 25 000
- Nombre d'enfants payés : 110 000

Les employeurs : les statistiques montre les différentes tendances enregistrées par la CNSS au cours des dix dernières années, à savoir le passage à un système déficitaire de 2002 à 2004, puis à une reprise à partir de 2005, ce qui confirme une évolution positive au cours des dernières années.

Il y'a lieu de noter que cette situation est due en grande partie aux mesures prises par l'État, notamment le relèvement du SMIG qui a eu une incidence positive sur les recettes de cotisations. En même temps, au niveau de la CNSS des mesures idoines ont été prises pour mettre en place un système de recouvrement plus efficace, accompagné d'une campagne soutenue d'immatriculation des travailleurs et l'affiliation des employeurs au niveau des secteurs de la pêche, du bâtiment et des travaux publics. A ce propos, le voyage d'étude à Nouadhibou (voir annexe) a soulevé cette question spécifique de l'enrôlement des marins.

L'assainissement des branches techniques, notamment celle des prestations familiales a permis de stabiliser les dépenses de cette branche, à travers un contrôle plus rigoureux de l'accès aux droits et l'atténuation de la fraude par un contrôle a priori des pièces périodiques, pour éviter l'inscription d'enfants fictifs ou non scolarisés.

Cependant, malgré cette tendance positive, le régime de sécurité sociale géré par la CNSS connaît un certain nombre de difficultés qui seront traitées dans le paragraphe suivant.

Paragraphe 2- Principales contraintes du régime géré par la CNSS et les solutions envisagées

Il s'agit ici des principales contraintes du régime mauritanien géré par la CNSS

I. Les difficultés du régime de sécurité sociale

On peut citer parmi ces difficultés :

A. Problème de l'équilibre du régime

Le déficit structurel de la branche des pensions constitue une menace sérieuse pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale en raison du poids des dépenses de vieillesse (73%⁴¹² en 2009) sur les prestations totales servies et surtout des pressions des pensionnés sur les décideurs et les gestionnaires justifiées par la perte du pouvoir d'achat de leurs revenus. Le recours à la subvention croisée entre branches qui a été utilisé au cours des dix dernières années ne peut être poursuivi en raison des limites de cet exercice et surtout de son caractère arbitraire. La Tunisie se prépare actuellement à une réforme structurelle de son régime pour assurer la transition démographique, qui exerce des pressions négatives sur l'équilibre du régime⁴¹³.

Cependant, il est important de souligner que l'équilibre d'un régime de sécurité sociale est très complexe dans sa mise en œuvre, vu les réformes qu'il engendre et les coûts importants que doivent supporter les partenaires sociaux.

Dans le cas de la CNSS, l'étude actuarielle du BIT de 2002 avait préconisé dans ses conclusions et recommandations, trois hypothèses pour pallier cette situation, notamment :

- 1ère hypothèse : diminution ou durcissement des conditions d'éligibilité des prestations à travers l'augmentation de l'âge de la retraite.
- 2ème hypothèse : l'augmentation des ressources (du taux de cotisations).

⁴¹² OULD AHMED SALEM. Explication au sein de la CNSS mars, 2015.

⁴¹³ THAM, C, OULD AHMED SALEM. S, *op.cit.p.13*.

- 3ème hypothèse : la combinaison de 1 et 2.

Au vu de ce qui précède, le taux de cotisation actuel qui finance le régime de sécurité sociale n'est pas le taux adapté à un régime déjà mature et son augmentation paraît inévitable à moyen et long terme, suivant le calendrier proposé dans les recommandations dans une étude faite par la mission parlementaire mauritanienne sur le système mauritanien de protection sociale le tau de cotisation pour les années à venir sera :

- de 2020 à 2029 : 21%⁴¹⁴
- de 2030 à 2039 : 22%⁴¹⁵
- à partir de 2040 : 23%⁴¹⁶

Nous constatons que le cadre législatif et réglementaire est obsolète et inadapté notamment en ce qui concerne certaines dispositions législatives et réglementaires régissant le régime de sécurité sociale, nécessitant une mise à jour afin de tenir compte de l'évolution de l'environnement social, économique et financier du régime.

Parmi ces difficultés précisément sur le plan réglementaire, le vide juridique posé par le décret 87/099(bis) du 1^{er} juillet 1987 cité précédemment se pose toujours avec acuité. En effet, le décret 87-099 bis du 1^{er} juillet 1987 relatif à l'organisation administrative de la C.N.S.S a modifié les dispositions du chapitre II de la loi 67/039 du 3 février 1967 instituant le régime de sécurité sociale.

Avec le nouveau décret, cinq dispositions ont changé à savoir : la nature de l'institution, la composition des organes délibératifs, le quorum, la répartition du pouvoir de décision et la nature de la compétence du directeur général⁴¹⁷.

⁴¹⁴ THAM, C, OULD AHMED SALEM. S, *op.cit*, p.35.

⁴¹⁵ *Ibid.*

⁴¹⁶ *Ibid.*

⁴¹⁷ THAM, C, OULD AHMED SALEM. S, *op.cit*, p.15.

Ces changements intervenus ont été opérés par voie de décret alors que l'ordonnancement juridique existant en Mauritanie suppose qu'un acte inférieur (décret) ne peut pas changer un acte supérieur (loi), auquel cas se pose la question de la légalité du décret de 1987.Évidemment, ce texte devrait être une loi, eu égard à l'article 57 de la Constitution du 20 juillet 1991⁴¹⁸ qui dispose que les règles générales relatives à la sécurité sociale sont du domaine de la loi.

En France, « la mission générale de l'Etat de veiller au développement de bonnes conditions de travail et d'hygiène, à l'amélioration de la santé de la population⁴¹⁹ », donc « l'intervention de pouvoir public en matière sociale et sanitaire justifie leur participation de la sécurité sociale⁴²⁰ ». Il y a également le problème posé par le recouvrement des cotisations par l'absence de données fiables sur l'effectif des employeurs, sur le nombre de salariés actifs et sur la masse salariale globale ce qui constitue le principal obstacle pour assurer un recouvrement efficace. Les employeurs effectuent leurs versements de cotisations de façon volontariste et en fonction de leurs besoins (soumission à un marché public par exemple). En outre et en dépit de l'importance du recouvrement dans le dispositif de fonctionnement de la CNSS, toutes les études réalisées au cours des dix dernières années ont mis en exergue ces insuffisances et ces dysfonctionnements et souligné l'impérieuse nécessité de réhabiliter la fonction à travers une révision des objectifs, des méthodes et moyens de travail y afférents.

Les problèmes du recouvrement se posent en raison, d'une part, de la structure des recettes qui fait que la seule ressource réellement disponible est constituée par les cotisations, et d'autre part, du système de financement du régime basé sur la

⁴¹⁸ *Ibid.*

⁴¹⁹ NETTER. F, *op.cit.*, p.252.

⁴²⁰ *Ibid.*

répartition. En 2008, la part des cotisations dans les recettes globales correspondait à 99 % tandis que les autres produits ne représentaient que 1 %⁴²¹.

Le marché financier et les possibilités de placement combinant la triple finalité de sécurité, de rentabilité et d'efficacité sociale étant pratiquement inexistantes pour l'instant, la source de financement couvrant la quasi-totalité des dépenses est donc constituée par les produits de cotisations.

Par ailleurs, il est à noter que les recettes de cotisations avaient souffert dans un passé récent de la stagnation des immatriculations tant des travailleurs que des employeurs. Les entreprises ont adopté des attitudes généralement opportunistes en reléguant les contributions au titre de la sécurité sociale au second plan malgré son caractère obligatoire et le privilège de second rang que lui confère la loi.

En Tunisie, « le financement du nouveau régime de protection sociale de ces catégories est par contre effectué au moyen d'une cotisation patronale et une autre de travailleurs concernés égal à 7,5% sur un salaire forfaitaire plafonné aux 2/ 3 du salaire garantie en Tunisie⁴²²».

L'accumulation des arriérés de cotisations dont le montant est difficilement évaluable en raison de l'absence d'un système performant de suivi des comptes cotisants, a engendré un taux significatif de défaillance contributive. La pratique consistant à n'accepter que des déclarations de cotisations accompagnées de paiement serait en partie à l'origine d'une telle défaillance. Le montant des arriérés inscrits au bilan de 2008 représente le coût annuel des prestations de la branche des prestations familiales et environ trois fois les dépenses techniques des risques professionnels.

⁴²¹ *Ibid.*

⁴²² HAMMADI. K, *op.cit*, p.73.

En France « très floue, la notion de cotisation sociale évoqué selon les auteurs et selon le contexte, une affectation directe du prélèvement au financement d'un régime⁴²³ ».

Cette situation comporte de sérieux risques quant au maintien de l'équilibre financier du régime qui doit faire face à l'arrivée massive de nouveaux pensionnés dont la grande partie ont des salaires plafonnés, d'une part, et, d'autre part, à l'augmentation des dépenses de la branche des risques professionnels avec le développement des unités industrielles, des travaux d'infrastructures et de l'exploitation pétrolière. Par ailleurs, les assurés sociaux plus avisés avec le développement des moyens de communication et les effets conjugués de la crise mondiale seront de plus en plus exigeants pour faire valoir leurs droits aux meilleures conditions.

Après avoir eu cette analyse du système de sécurité sociale il est important de s'interroger sur les relations de la CNSS avec l'État.

Dans ses relations avec l'État, la CNSS est toujours perçue par les décideurs comme un démembrement de l'État, de telle sorte que son compte logé au Trésor Public ne génère pas de produits financiers⁴²⁴, ce qui constitue un manque à gagner important pour l'institution, vu le volume de ses dépôts et les possibilités actuelles qu'offrent les banques primaires en matière de rémunération des dépôts, ainsi que les bons du trésor.

Un autre problème de taille réside dans le fait que les cotisations des auxiliaires et contractuels de l'État ne sont payées que sur la base du salaire indiciaire, alors que les pensions sont liquidées sur le salaire total, d'où un manque à gagner mensuel de 8 millions d'ouguiyas, mais ce déséquilibre est en partie résolu, suite aux différents échanges intervenus entre la CNSS et la Direction du Budget⁴²⁵.

La dernière situation des arriérées de cotisations de sécurité sociale en Mauritanie vis-à-vis de la CNSS se chiffrait à plus d'un milliard d'ouguiyas, or un accord a été trouvé

⁴²³ DUPEYROUX. J-J, BORGETTO. M, LAFORE. R, *op.cit*, p.230.

⁴²⁴THAM, C, OULD AHMED SALEM.. S, *op.cit*. p.15.

⁴²⁵*Ibid*.

entre la CNSS et la Direction du Budget qui s'est engagée à procéder au versement d'un montant trimestriel de 300 millions d'ouguiyas jusqu'en 2011 pour solder les arriérées dues.

Ces précisions faites incitent à s'interroger la question sur le contrôle des prestations et de la fraude que doit mettre en place la Mauritanie pour mieux gérer la sécurité sociale.

Cela s'explique par le fait que les services techniques de la CNSS ont pu constater et détecter beaucoup de cas de paiements indus, qui alourdissent les charges techniques de l'organisme. Ainsi par exemple, sur un contrôle de 4.134 certificats de scolarité, 1.806, soit 44 %, étaient fictifs⁴²⁶ !

Aussi faut-il réaliser « l'informatisation de la CNSS ce que les différentes études réalisées au cours des dix dernières années ont toutes recommandé avec insistance « avec la mise en place rapide d'un système de traitement automatisé de l'ensemble des procédures de gestion, l'organisation des services, la formation du personnel et la réactualisation des règles juridiques de fonctionnement de la CNSS, en adéquation avec l'évolution des technologies tout en tenant compte de la spécificité du régime de sécurité sociale »⁴²⁷.

Un examen de la gestion du régime permet de constater :

- l'abandon du système mécanographique qui n'a conduit ni au développement ni à l'acquisition d'applications informatiques alternatives qui a eu pour conséquence la persistance de la gestion manuelle des dossiers à tous les niveaux⁴²⁸ ;
- les quelques applications mises en œuvre au niveau de la division informatique (gestion des employeurs, des assurés sociaux, des rentes, des pensions, de la

⁴²⁶DADDAHI, M, Système de protection sociale de Mauritanie, CNAM, Nouakchott 2011, p.4

⁴²⁷THAM, C, OULD AHMED SALEM.. S, *op.cit.* p.16

⁴²⁸Ibid

comptabilité et de la paie du personnel) ne répondent plus aux besoins actuels des utilisateurs⁴²⁹ ;

- les moyens matériels et humains actuels de la division informatique ne lui permettent pas dans les conditions actuelles de développer des applications ni d'assurer la maintenance du matériel informatique et des installations⁴³⁰ .

Le schéma directeur déjà disponible a fait l'objet d'une actualisation avec l'appui d'une assistance technique spécialisée notamment celle du BIT, mais avec l'engagement de l'actuelle Direction générale des actions concrètes sont en voie d'exécution pour remédier à cette situation qui perdure depuis plus d'une décennie.

B. L'absence de données statistiques fiables

La CNSS souffre depuis quelques années d'un manque criant de données statistiques utiles au pilotage de ses activités. Cependant, pour réussir une évaluation actuarielle⁴³¹, il est indispensable de disposer de données statistiques fiables sur les cotisants et la structure des bénéficiaires des prestations.

Les plans statistiques proposés par les actuaires n'ont pas été appliqués par les services de la CNSS, et il s'en est suivi un abandon de l'outil statistique depuis les années 90⁴³².

Il y a des problèmes posés par la gestion de l'action sanitaire et sociale, par exemple la gestion du Fonds d'Action Sanitaire et Sociale (FASS), pose actuellement les problèmes suivants :

⁴²⁹Ibid

⁴³⁰Explication de l'ancien traducteur de la CNAM Abdel Aziz ould Eddah décembre 2014

⁴³¹DEDDAH. M, Le système mauritanien de la protection sociale, CNAM, Nouakchott., 2013.

⁴³²*Ibid.*

- les sources de financement :

Le financement du FASS⁴³³ par les majorations de retard constitue un problème eu égard au caractère aléatoire de cette source du fait que l'application des majorations de retard sur les arriérées de cotisations a été presque abandonnée depuis plusieurs années, ce qui fait que les ressources qui en résultent se sont considérablement amoindries. Le prélèvement sur les recettes a, quant à lui, montré ses limites car la branche des pensions n'est plus en mesure en raison d'un déficit chronique de participer au financement de l'action sanitaire et sociale, ce qui a pour conséquence d'augmenter, à court terme, la pression sur les autres branches. Il faut aussi noter que le plafond de 2%⁴³⁴ de prélèvement sur les recettes des branches n'est pas toujours respecté, tandis que les recettes exceptionnelles ou extraordinaires sont pratiquement inexistantes ;

- la structure des dépenses d'action sanitaire et sociale :

La stagnation du budget du FASS qui tourne autour de 60 millions fait que les actions financées restent encore très marginales, surtout au niveau de la prévention des risques professionnels, dont les allocations budgétaires ne dépassent guère 2%, alors que l'article 5 de l'arrêté 445 prévoit d'affecter 10% des recettes du FASS à cette action⁴³⁵. Parallèlement à cela, certaines dépenses non prévues comme les charges du personnel et le fonctionnement des œuvres absorbent plus de deux tiers du budget du fonds.

Egalement, l'absence de politique de gestion des ressources humaines, à titre d'exemple la gestion des ressources humaines au niveau de la CNSS, se caractérise par un certain nombre de dysfonctionnements persistants qui limitent considérablement l'action de l'institution en la matière. Parmi ces dysfonctionnements on peut citer:

⁴³³ Abed Salam H, la solidarité en islam, Nouakchott, 2012, p.23.

⁴³⁴ DEDDAHI. M, système de protection sociale en Mauritanie CNAM, Nouakchott, 2013 p.3.

⁴³⁵ *Ibid.*

- l'absence d'un organigramme cohérent tenant compte de l'évolution de l'institution⁴³⁶ ;
- l'inadéquation entre les profils des employés et les postes qu'ils occupent⁴³⁷ ;
- l'attribution des primes et autres avantages sur une base aléatoire avantageant des directions et des employés par rapport à d'autres⁴³⁸ ;
- l'inexistence d'une politique fiable en matière de formation⁴³⁹ ;
- l'absence de manuels de procédures⁴⁴⁰.

En outre on s'interroge sur la méconnaissance du régime de sécurité sociale :

- le cloisonnement au niveau intérieur est quasiment la règle ; les réunions de coordination et d'échange d'informations regroupant l'ensemble du staff en charge de l'encadrement ont pratiquement été inexistantes au cours des dernières années ;
- la sensibilisation des employeurs et des employés aussi bien sur leurs droits que sur leurs devoirs vis-à-vis de la CNSS demeure insuffisante ;
- l'absence de supports de communication actualisés ; les dépliants disponibles datent de plus de 10 ans. Le bulletin d'information n'apparaît plus depuis plusieurs années et les rares émissions à la radio et à la télévision tout comme les articles parus dans la presse et portant sur la sécurité sociale ont toujours été consacrés exclusivement aux réalisations financières de l'institution ;
- la communication en matière de prévention des risques professionnels et de la sécurité au travail est inexistante.

⁴³⁶*Ibid.*

⁴³⁷OULD T'FAIL. H, *op.cit.* p36.

⁴³⁸*Ibid.*

⁴³⁹*Ibid.*

⁴⁴⁰THAM, C, OULD AHMED SALEM. S *op.cit.* p18.

C. Suggestions sur le régime géré par la CNSS

Le régime mauritanien de sécurité sociale comme nous l'avons expliqué, comprend plusieurs branches : maladie, accident de travail et maladie professionnelle, etc....

Du point de vue législatif et réglementaire, il paraît important de réviser les textes législatifs et réglementaires régissant le régime de la sécurité sociale et les adapter au contexte socio-économique actuel de la Mauritanie : par exemple, revoir les dispositions posant des problèmes d'application, celles qui sont en contradiction avec les préceptes de l'Islam, ainsi que les textes d'application qui n'ont jamais été pris pour clarifier certaines dispositions législatives et réglementaire du régime de sécurité sociale; revoir les dispositions du décret 87/099(bis) du 1er juillet 1987, portant création d'un EPIC dénommé CNSS et fixant ses règles de fonctionnement. Ce texte est en porte à faux par rapport à l'ordonnancement juridique de la Mauritanie, car un décret ne peut en aucun cas modifier les dispositions d'une loi. Ce décret pose un sérieux problème sur le statut de la CNSS qui n'est pas de nature à engendrer des bénéfices et au niveau du Conseil d'Administration, dont la composition « passée de 15 membres à 33, s'apparente plutôt à une assemblée générale d'actionnaires .Il serait également recommandé de réviser ce texte en faisant de la CNSS un établissement public à vocation sociale, géré selon les règles du droit privé, investi d'une mission publique et de ce fait réduire les membres du Conseil d'Administration à 15 membres pour le rendre plus opérationnel »⁴⁴¹ .

Il faut rappeler que le système français de sécurité sociale est financé en grande partie par les cotisations assises sur la rémunération des salariés ou le chiffre d'affaires des professions non-salariés, elles sont précomptées et payées directement par les entreprises⁴⁴². En France l'URSSAF contrôle les unions pour le recouvrement des

⁴⁴¹*Ibid.*

⁴⁴²CAVAILLE. J -P, *op.cit*, p.19.

cotisations sociales et allocation familiales ; assure, outre le recouvrement des cotisations et contributions sociales pour le compte du régime général et du régime social des indépendants(RSA), le contrôle du respect des dispositions du code de la sécurité sociale aussi bien par les employeurs que par les travailleurs indépendants ou les services de l'État (CSS, art. L.213-1 et L.243-7)⁴⁴³.

Par contre en Mauritanie, la question de cotisations des salariés des entreprises représente un véritable problème dû au retard de paiement des cotisations et parfois le non-paiement des cotisations.

Au niveau de l'harmonisation des textes sur le régime de retraite de la CNSS avec celui des auxiliaires et contractuels de l'État, il y a lieu de revoir les dispositions sur l'âge de la retraite des auxiliaires ou sur les modalités de départ à la retraite :

- la fonction publique devrait procéder à la réversion des auxiliaires en activité dans le corps des fonctionnaires selon les mécanismes prévues par la loi 93/099 du 18 janvier 1993, portant statut général des fonctionnaires et agents contractuels de l'État⁴⁴⁴.
- Maintenir les auxiliaires et contractuels en activité jusqu'à l'âge de 60 ans pour les hommes et 55ans⁴⁴⁵ pour les femmes, afin de leur permettre la jouissance immédiate de leurs droits de retraite auprès de la CNSS.

Les sources de financement du régime de sécurité sociale essentiellement basées sur les cotisations doivent être constamment révisées pour assurer sa pérennité et sa viabilité. A ce titre, nous formulons les recommandations suivantes :

- l'intervention des experts actuaires, pour procéder à une actualisation des tendances dégagées dans la présente recherche ; signalons qu'en France chaque année, environ

⁴⁴³MORVAN. P, *op.cit*, p. 559.

⁴⁴⁴La loi n° 93/099 du 18 janvier 1993. Cette loi détermine le statut général pour les fonctionnaires et les agents de l'Etat.

⁴⁴⁵Service juridique de la caisse nationale de la sécurité sociale.

5% des entreprises (mais 20% des entreprises d'au moins 250 salariés) font l'objet d'un contrôle comptable d'assiettes⁴⁴⁶.notamment les différents scénarii sur l'augmentation du plafond des cotisations ou le déplafonnement ;

- augmenter le plafond de cotisation et l'indexer régulièrement au coût de la vie et à l'évolution des salaires ou tout simplement entamer une réflexion sur un déplafonnement des cotisations qui aurait un impact positif sur le niveau actuel des prestations de sécurité sociale servies par la CNSS ;

- appliquer le calendrier de relèvement des taux de cotisations selon les recommandations de l'Etude Actuarielle du BIT de 2002 qui devrait se situer entre 17 et 20% en 2010⁴⁴⁷ ;

En ce qui concerne le recouvrement des cotisations, tenant compte des attentes des bénéficiaires et des obligations légales en matière de recouvrement, il est utile de réviser les mécanismes et procédures actuellement en cours afin de favoriser le recouvrement des importantes sommes dues par les employeurs et maintenir à un niveau raisonnable les montants mis en recouvrement.

En ce qui concerne le contrôle et la fraude, à la différence de la faute ou de l'abus, il s'agit pleinement d'un acte illicite, « Acte intentionnel de contournement de la loi pour éluder le paiement d'un prélèvement ou bénéficiaire indument de prestations », la fraude pouvant précéder le versement, au moment de la constitution du droit »⁴⁴⁸.

⁴⁴⁶MORVAN. P, *op.cit.*, .p.559.

⁴⁴⁷THAM. C, OULD AHMED SALEM.. S, *op.cit.* p.19.

⁴⁴⁸ .ALBERT Christophe, *la lutte contre la fraude aux prestations sociales*, www.village-justice.com/articles/lutte-contre-fraud

En Mauritanie, la CNSS doit donc mettre en place un contrôle rigoureux de l'éligibilité des prestations versées en axant tous ses efforts sur le contenu des pièces justificatives et sur la nature des bénéficiaires eux-mêmes⁴⁴⁹ :

- la révision des taux des allocations familiales qui ne sont plus d'actualité compte tenu de l'évolution du niveau de vie. Nous constatons que les prestations familiales relèvent une physionomie toute particulière dans la mesure où les caisses d'allocations familiale (caf) servent ces prestations aussi bien aux travailleurs affiliés au régime général qu'aux travailleurs indépendants⁴⁵⁰ ;

- l'amélioration des capacités d'accueil et de réduction du délai de traitement des dossiers des allocataires ;

Pour ce qui concerne l'action sanitaire et sociale

- refonte du FASS (objectifs, sources de financement, modalités de gestion etc.) dans le cadre de la réforme globale du régime de sécurité sociale ;

- recours à un expert en sécurité et santé du travail en vue de la définition et de la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques professionnels.

Concernant les perspectives d'avenir de la sécurité sociale : par exemple, les prestations familiales doivent également être offertes aux personnes qui n'exercent aucune activité professionnelle⁴⁵¹, de même en est-il de « réflexions sur les mesures d'extension du champ d'application du régime de sécurité sociale à d'autres catégories de travailleurs des secteurs non structurés »⁴⁵² ;

- d'une mise en place d'un régime de retraite complémentaire en cas d'échec ou de résistance à l'uniformisation des différents régimes de retraites ; de l'élaboration

⁴⁴⁹THAM, C, OULD AHMED SALEM. S, *op.cit.* p.20.

⁴⁵⁰ Sur la définition du travailleur indépendant tenu de cotiser (CSS, art. R.241-2), V. infra, n° 504.

⁴⁵¹MORVAN. P, *op.cit.*p.363.

⁴⁵² *Ibid.*

d'études sur les opportunités en matière de placement et d'investissement pour éviter d'injecter les fonds dans des secteurs improductifs »⁴⁵³.

Les ressources humaine sel les aussi méritent un grand changement pour parvenir à la réalisation de tous ces objectifs précédemment cités, notamment :

- la « fixation des critères objectifs pour l'attribution et la répartition des différentes primes accordées à la totalité ou à une partie du personnel de la CNSS⁴⁵⁴ ;
- l'application des décisions du Conseil d'Administration en matière de revalorisation des salaires du personnel sans contrainte aucune au niveau des tutelles »⁴⁵⁵.

La communication a elle aussi besoin d'une révision sur les aspects suivants :

- mise en œuvre de campagnes d'Information, d'éducation et de communication à l'intention des travailleurs sur les droits et obligations des bénéficiaires des prestations de sécurité sociale en insistant sur les sanctions prévues en cas d'abus et de fraude ou de complicité avec des employeurs (entente tacite pour la non immatriculation ou la sous déclaration).
- organisation de réunions de sensibilisations : avec les premiers responsables des entreprises, leurs responsables des ressources humaines et les délégués de leurs personnels⁴⁵⁶.

Il faut signaler que, toute société humaine dispose de systèmes et de pratiques plus ou moins formels, qui protègent ses propres membres contre les risques, définissent et

⁴⁵³*Ibid.*

⁴⁵⁴ Code du commerce et de la marine marchande, p.26.

⁴⁵⁵*Ibid.*

⁴⁵⁶THAM, C, OULD AHMED SALEM. S, *op.cit.* p.21.

règlent des actions d'entraide et d'assistance, promeuvent la famille, et canalisent la redistribution des biens et/ou des bénéfices de la société et de son développement⁴⁵⁷.

Dans la plupart des pays africains, les systèmes formels de sécurité sociale, souvent érigés selon les modèles adoptés dans les pays industrialisés, assurent une protection certaine aux membres inscrits. Cependant, seule une minorité infime de la population constituée normalement de fonctionnaires et salariés du secteur formel de l'économie peut en bénéficier, laissant de côté la grande majorité de la population œuvrant dans l'agriculture/élevage et dans les secteurs informels en milieu urbain⁴⁵⁸.

A côté de ces systèmes formels de sécurité sociale, il y a des systèmes qui, basés sur les valeurs coutumières des groupes et/ou sur les principes religieux, visent à assurer la solidarité dans le groupe et à protéger les membres les plus faibles. Cependant, face aux transformations sociales et économiques actuelles, y compris celles qui semblent être inexorablement liées à l'urbanisation, beaucoup de ces systèmes et pratiques commencent à perdre leur force et/ou à s'effriter en faveur des valeurs plus individualistes.

Dès lors, pour un pays comme la Mauritanie, le défi consisterait à repérer les stratégies les plus appropriées permettant d'étendre à toutes les couches de la population cette protection qui est actuellement offerte par les systèmes formels de sécurité sociale et de promouvoir des valeurs et de pratiques traditionnelles de solidarité collective, tout en les adaptant aux nouveaux besoins de la société.

Ce régime a été établi en Mauritanie par la loi 67-039 du 3 février 1967. Il est géré par la CNSS, établissement public à caractère industriel et commercial sous la tutelle technique du Ministère de la Fonction publique et du travail et la tutelle financière du Ministère de l'Economie et des Finances. D'après les principes de la solidarité du

⁴⁵⁷EL EDISSI HASSAN, *Sécurité sociale dans le monde arabe*, Beyrouth 2010, p.23.

⁴⁵⁸ KANE A, *op.cit.*, p.32.

groupe, le financement de ce régime est basé principalement sur les cotisations des employeurs et des travailleurs salariés.

Du point de vue moral et religieux selon les principes islamiques, le Coran et les hadiths prophétiques ne cessent d'inciter les musulmans à venir en aide les uns aux autres. Une étude sur les notions de l'indigence et des systèmes de solidarité traditionnelle pour la prise en charge des indigents dans les wilayas des deux *Hodhs* (deux grandes régions en Mauritanie) a identifié plusieurs formes de support et de mécanismes de pérennisation de l'action sociale dans une société où les droits des tiers nécessiteux sont inaliénables. Surtout dans le monde rural, et parmi les groupes les plus vulnérables, l'incidence des réseaux traditionnels de solidarité fait que 2/3 de la population trouvent satisfaction en s'adressant aux mécanismes sociaux d'entraide dont 37 % trouvent des solutions dans la famille tribale et seulement 4,6 % s'adressent à l'État⁴⁵⁹.

D'autres formes de solidarité proviennent du phénomène moderne de l'émigration de plus en plus importante des mauritaniens à l'extérieur du pays, à la recherche d'opportunités économiques. Les informations relatives aux transferts de fonds effectués par les diasporas mauritaniennes sont difficiles à appréhender à cause de la dominance de l'informalité des procédures de transferts. Selon une étude récente, nombreux transferts passent par des circuits financiers rapides comme le Western Union et le Money Gram; d'autres utilisent des correspondants locaux au niveau des pays de résidence et des intermédiaires en Mauritanie (ceux-ci versent les sommes de la contrevalet du montant déposé par le migrant).

Les transferts servent souvent à couvrir les dépenses immédiates du ménage (scolarité, soins, électricité, achat de biens, et dépenses de fête) ainsi que l'achat de l'immobilier ou la construction de bâtiments à usage commercial ou résidentiel. L'impact de la migration sur l'amélioration des conditions de vie des familles dont un membre est

⁴⁵⁹WATSON, C, FAH, *op.cit*, p.33.

migrant est visible sur le type de l'habitat (béton armé) et le branchement aux réseaux d'électrique et d'adduction d'eau potable ainsi que la scolarisation des enfants dans des écoles privées.

Enfin, malgré son renforcement récent par la mise en place d'un système d'assurance maladie, le système formel de sécurité sociale ne couvre qu'une minorité infime de la population mauritanienne, négligeant ainsi les groupes les plus vulnérables. Cette situation est bien connue, et a donné lieu, au niveau national, à des analyses et réflexions, voire même des stratégies expérimentales. Ces réflexions méritent d'être actualisées et redynamisées au sein d'une réflexion plus large sur une stratégie nationale de la protection sociale intégrée comme priorité dans le cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté en Mauritanie. Des études spécialisées dans le domaine de la sécurité sociale soutenues par des partenaires techniques et financières spécialisées pourraient contribuer à ce processus.

En même temps, il y a lieu aussi de réfléchir sur les points forts et les points faibles des systèmes traditionnels de solidarité sociale et d'entraide, et de prendre en compte de nouvelles formes de solidarité de groupe telles que celles émanant du phénomène grandissant de la migration, ainsi que de développer des mesures adéquates pour renforcer les capacités des familles et des ménages d'assumer leurs rôles dans la protection sociale de leurs membres.

Il est surtout important, dans un pays comme la Mauritanie, de s'appuyer sur les valeurs de l'Islam et de réfléchir sur les mesures les plus appropriées qu'il faudrait entreprendre pour renforcer ses propres systèmes de protection sociale.

Section 2. Autres régimes de sécurité sociale

Il convient d'évoquer désormais spécialement les régimes des fonctionnaires et de la médecine de travail, la multiplication de régimes d'assurances sociales plus ou moins étendus par catégories sociales professionnelles, ce qui est tout à fait caractéristique du système français de protection sociale. Bien évidemment cette proximité selon certains juristes est « l'échec de l'unification, c'est-à-dire de l'intégration de l'ensemble de la population au sein d'un régime unique le régime général »⁴⁶⁰.

Qu'en est-il donc du régime des fonctionnaires (paragraphe1) et de la médecine du travail (paragraphe2).

Paragraphe 1. Le régime des fonctionnaires

Le fonctionnaire est recruté par un employeur public (État, collectivités territoriales, Hôpitaux publics, Établissements publics), il appartient à un corps d'emploi (ex : enseignant, policier..). Il est classé dans une catégorie A pour les cadres supérieurs, B pour les cadres moyens, C pour les agents opérationnels. Il est titularisé dans un grade (ex : professeur agrégé, commissaire de police) qui est divisé en échelons. Il est nommé sur un emploi, poste de travail sur lequel il est affecté⁴⁶¹. On peut dresser un état des lieux de ce régime avant de considérer ses principales contraintes et de faire quelques suggestions sur la réalité et les perspectives. En France le régime des

⁴⁶⁰KESSLER F, *op.cit.*p.83.

⁴⁶¹[http:// sabbar.fr/droit le-régime-juridique](http://sabbar.fr/droit-le-regime-juridique).

fonctionnaires de l'État est régi par le code des pensions civiles et militaires de retraite (L. n° 64-1339, 26 décembre, 1964 et D. 28 octobre, 1966)⁴⁶²

I. État des lieux

Auparavant, le secteur public couvrait, en vertu de la loi n°61/016 du 20 janvier 1961 fixant le régime des pensions civiles de la Caisse de Retraites de la RIM, les fonctionnaires civils titulaires relevant du statut général de la Fonction publique, les magistrats de l'ordre judiciaire et les militaires, auxquels on avait rajouté les auxiliaires ou contractuels employés par l'État, en vertu de la loi n°74/029 du 2 avril 1974, ainsi que les parlementaires (loi n°2000- 04.)

C'est un régime de protection sociale, destiné exclusivement aux agents de la fonction publique mauritanienne. Il est qualifié de régime d'employeur et comprend les prestations suivantes :

- des prestations familiales à hauteur de 500 UM par enfant et par mois ;
- des pensions d'invalidité professionnelle et non professionnelle ;
- une prise en charge partielle des frais médicaux dans le cadre des soins dispensés par les formations sanitaires publics (cette prestation a été transférée à la CNAM) ;
- des revenus de remplacement servis par la Caisse des Pensions dont la forme juridique est un compte spécial du Trésor Public et non un établissement public autonome ;

il serait important de rappeler que l'article L.54, alinéa2, du code des pensions de retraite rappelle que « le ministre des finances ne peut faire inscrire ni payer aucune pension en dehors des conditions prévues par la loi »⁴⁶³.

⁴⁶² MORVAN. P., *op.cit*, p.346.

la situation en Mauritanie et selon la loi 61/016 du 20 janvier 1961 fixe le régime des pensions civiles et militaires à la Caisse de Retraites de la République Islamique de Mauritanie. Le régime de pension de vieillesse des fonctionnaires qui comporte la pension d'ancienneté et la pension proportionnelle est financé par une cotisation de 18%, dont 6% à la charge du fonctionnaire et 12% à la charge de l'État. La cotisation est assise sur le dernier salaire indiciaire du fonctionnaire, ce qui fait que le taux moyen de remplacement du régime est d'environ 60%⁴⁶⁴.

Pour ce qui est de l'analyse des placements durant ces trois dernières années (2014-2017), la Caisse de Retraite de Mauritanie a toujours dégagé des résultats négatifs et n'a pu donc procéder à des placements financiers. Pour le besoin de l'étude, nous avons travaillé sur une base assez récente (2015) de la Direction de la Fonction Publique, mais elle n'intègre pas le groupe des forces armées. « L'effectif comporte 43 092 fonctionnaires. L'analyse montre que le pourcentage des fonctionnaires mariés est plus élevé chez les hommes (81%) que chez les femmes (64%) »⁴⁶⁵ En revanche, le pourcentage des fonctionnaires « divorcés est plus élevé chez les femmes (18%) que chez les hommes (3%). Le pourcentage des célibataires est, quant à lui, pratiquement identique chez les hommes (16%) et chez les femmes (15%) »⁴⁶⁶.

Le salaire moyen est de 50 786 UM chez les hommes, de 27 285 UM chez les femmes et est de 32 540 UM tous sexes confondus.

⁴⁶³*Ibid.*

⁴⁶⁴WATSON, C, FAH, *op.cit*, p.37.

⁴⁶⁵*Ibid.*

⁴⁶⁶*Ibid.*

II. Principales contraintes du régime des Fonctionnaires et éléments de réformes

L'amélioration du régime de retraites est nécessaire car « la qualité de la couverture sociale est de plus en plus perçue comme facteur de stabilité politique »⁴⁶⁷. Il est suggéré de mettre en œuvre des réformes à caractère social qui pourraient être envisagées dans une première étape et des pistes de réflexions dans une deuxième phase.

Le décret n° 99/001 du 11 janvier 1999 portant harmonisation et simplification du système de rémunération des agents de l'État est un nouveau régime de rémunération pour les agents de l'État. Il a apporté deux grandes modifications sur le système existant, notamment dans la modification de la grille indiciaire et de la valeur du point d'indice qui sont les deux principaux éléments pour le calcul du salaire⁴⁶⁸. La réforme donc du système actuel de pension doit prendre en compte les contraintes du nouveau système de rémunération, afin d'adapter les taux actuellement prévus par la loi, fixant le régime des pensions à ce nouveau système de rémunération et aux dispositions du nouveau cadre statutaire et réglementaire, qui régit les différentes catégories de fonctionnaires (statut général, statuts spéciaux et statuts particuliers)⁴⁶⁹.

L'organisation administrative et institutionnelle implique enfin de prendre en compte les organigrammes des ministères qui ont beaucoup évolué depuis 1961⁴⁷⁰ ainsi que les fluctuations de la monnaie ayant cours légal en Mauritanie.

⁴⁶⁷WATSON. C. FAH., *op.cit.* p.38.

⁴⁶⁸*Ibid.* p.39.

⁴⁶⁹*Ibid.*

⁴⁷⁰ONS.2008, *op.cit.* p.12.

III. Suggestions sur le régime des fonctionnaires

1. Coordination entre les régimes de pensions publics et privés

Pour assurer une mobilité entre le secteur public et le secteur privé et afin de préserver au mieux le droit à la retraite, il serait opportun, du moins pour l'ouverture de droit, de cumuler les années de services des deux secteurs⁴⁷¹. C'est pourquoi, il est suggéré de mettre en œuvre des mécanismes de coordination efficace et concertée entre ces deux systèmes de retraites en vigueur.

2. Revalorisation des pensions

L'un des critères fondamentaux de performance d'un régime de retraite (prestation à long terme) est la revalorisation. Compte tenu de ce principe, il est essentiel de créer un mécanisme automatique d'augmentation des pensions.

Deux mécanismes sont communément utilisés :

- le système de péréquation qui consiste à un réajustement automatique destiné à adapter les pensions en fonction des éléments de la rémunération des travailleurs actifs. L'augmentation des pensions est donc systématiquement liée à la revalorisation de la rémunération des travailleurs actifs ;
- le système d'augmentation périodique des rémunérations des travailleurs, lié au coût de la vie, peut être éventuellement aussi lié aux équilibres des régimes, etc.

3. Assurer une pension minimale garantie

Pour des raisons évidentes de solidarité qui constitue le principe fondamental des systèmes de répartition, il est nécessaire d'assurer un minimum garanti de pension à

⁴⁷¹*Ibid.*

des catégories de fonctionnaires dont les pensions sont en deçà du niveau minimum pour leur permettre de vivre une vie plus ou moins décente.

4. Assurer un minimum vieillesse

Pour les mêmes raisons de solidarité, il serait souhaitable d'instaurer un tel minimum qui assure pour les fonctionnaires qui n'ont pu avoir un nombre voulu d'années de services un droit à pension d'un minimum vieillesse⁴⁷². Bien entendu cette minimum vieillesse serait soumise à la contrainte d'un service minimum. La minimum vieillesse serait servie sous forme d'une rente mensuelle qui ne serait pas réversible.

5. Instaurer un régime complémentaire : ce régime permettrait aux bénéficiaires d'acquérir des droits à pension sur des éléments de rémunération non pris en compte par le régime des pensions civiles et militaires de retraite. C'est répondre en quelque sorte à une demande latente des fonctionnaires. Il sera basé sur le système de capitalisation. Cependant, ce système suppose que le pays dispose de mécanismes financiers assez développés. Il est à noter que la crise financière et économique mondiale qui sévit actuellement et l'effondrement des fonds de pensions mondiaux, incitent à éviter ces systèmes, du moins pour le moment.

6. Élargir l'assiette de cotisation : une fois l'attribution des indemnités réglementées et assainies au niveau des salaires, la solution pour augmenter le taux de remplacement consistera à élargir l'assiette de calcul des contributions et par ricochet la base de calcul de la pension. Ceci permettrait de conserver pour les fonctionnaires civils et militaires un régime unique basé sur la répartition, à l'instar de nombreux pays⁴⁷³.

La prolongation de la durée de cotisation est aussi à considérer : une fois la gestion assainie, le recouvrement des contributions fait, le contrôle des prestations assuré, d'autres solutions peuvent être proposées pour équilibrer les régimes. Le taux de

⁴⁷²ONS, *op.cit*, p.12.

⁴⁷³WATSON. C., FAH, *.op .cit*, p.22.

cotisation pour le secteur public, en Mauritanie est de 18%⁴⁷⁴ ni trop faible ni trop élevé par rapport aux taux appliqués dans d'autres pays.

Paragraphe2. La médecine du travail

En France la création des services de la médecine du travail remonte à la loi du 11 octobre 1946. Nous allons voir qu'en France toujours, la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ne parle plus de « services de médecine du travail⁴⁷⁵ » ou de services médicaux du travail mais de services de santé au travail. Pour Michel Batman la différence de terminologie traduit le changement de perspective et la transformation des institutions concernées dans le sens de leur intégration dans la dimension santé au travail qui les structure tout en les dépassant.

Contrairement à ce que l'on pense encore souvent, le service de santé au travail (SST) ne se résume pas toutefois pas à la figure connue de la médecine du travail⁴⁷⁶.

I. État des lieux

Certes, le service comprend un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecin du travail dont le rôle est défini comme celui, exclusivement préventif, consistant à « éviter toute altération de la santé de travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, le risque de contagion et l'état de santé des travailleurs »⁴⁷⁷.

⁴⁷⁴ BIT., Tendances mondiales de l'emploi, Bureau international du Travail, Genève, Rapport, 2011,

⁴⁷⁵BATMAN. M, VERKINDT P.Y, BOURGEOT S, L'état de santé du salarié, liaisons wolters Kluwer France, 2014, p.122.

⁴⁷⁶*Ibid.*

⁴⁷⁷*Ibid.*

Selon, Laurent Delpart, « la médecine du travail a pour mission de prévenir toute altération de la santé du fait du travail ou des conditions dans lesquels celui-ci est effectué .Elle est assurée par des médecins spécialisés dans le cadre de services médicaux propres à une entreprise ou commun entre plusieurs d'entre elles »⁴⁷⁸.

A. Cadre juridique à la CNSS en vertu des dispositions de la loi 76/ 016 du 12 janvier 1976.

En France, les services médicaux sont à la charge de l'employeur et placés sous le contrôle des représentants des salariés (comité d'entreprise ou délégué du personnel)⁴⁷⁹. En Mauritanie, il s'agissait d'un service médical du travail rattaché et géré par la CNSS. Avec la promulgation de la loi 2004/017 du 6 juillet 2004 et en application de son article 255, la médecine du travail a été érigée en office autonome dénommé « Office National de la Médecine du Travail »⁴⁸⁰. En Mauritanie, l'Office National de la Médecine du Travail est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. En vertu du décret n° 077 - 2006 du 18 juillet 2006, fixant l'organisation et le fonctionnement de l'Office National de la Médecine du Travail, il est placé sous la tutelle du Ministre chargé du Travail, et a pour mission de dispenser les actes de la profession médicale, de gérer les services médicaux d'entreprise, de créer et, faire fonctionner les services médicaux interentreprises, prévus par le Livre III, Titre VI du Code de Travail. Les travailleurs relevant du code du travail et de la marine marchande sont obligatoirement assujettis à la médecine du travail. Les travailleurs peuvent demander à passer une visite médicale directement au médecin du travail. Pour l'embauche une visite médicale est obligatoire puis à « une périodicité variable selon les risques

⁴⁷⁸DELPART. L, *op.cit*, p.279.

⁴⁷⁹*Ibid*.

⁴⁸⁰EBOU ERCHID. Y, *Les droits et avantages dans le guide Loi sur la sécurité sociale*, 2001, p.27.

professionnels au minimum tous les ans. Le médecin du travail intervient en cas de modification de l'aptitude au travail »⁴⁸¹. L'Office National de la Médecine du Travail mauritanien a pour missions de : promouvoir et maintenir le bien-être physique, mental et social de tous les travailleurs ; gérer les services médicaux d'entreprise dans les locaux et avec l'équipement dont ils disposent dans les entreprises comptant plus de 750travailleurs à titre permanent ; créer et faire fonctionner les services médicaux inter- entreprises pour les entreprises comptant moins de 750 travailleurs à titre permanent ; veiller à l'exécution des contrats conclus avec l'État dans des localités où les conditions ne permettent pas l'établissement de services médicaux d'entreprises ou interentreprises ; prévenir tous dommages susceptibles d'être causés à la santé et à la sécurité du travailleur par des conditions de travail ; protéger les travailleurs dans leur emploi contre les effets résultants de la présence d'agents préjudiciables à la santé des travailleurs. D'autres missions sont imposées à la médecine du travail à l'article 257 du Code du travail mauritanien notamment les rôles et prérogatives des médecins inspecteurs de travail qui sont chargés de faire subir à tout travailleur, avant l'embauchage ou, au plus tard, avant l'expiration de la période d'essai, une visite médicale, déterminant si le travailleur est médicalement apte au travail envisagé ; vérifier s'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour ses camarades de travail ; procéder, à la requête de l'inspecteur du travail, à l'examen des femmes et des enfants suivant les prescriptions de l'article248, en vue de vérifier si le travail dont ils sont chargés n'excède pas leurs forces ; procéder, chaque jour, avant leur mise au travail, à une visite des travailleurs se déclarant malades et de leur donner ou de leur faire donner les soins et traitements nécessaires ; procéder, chaque jour, à l'examen des femmes et des enfants des travailleurs vivant avec lesdits travailleurs qui se présentent à la visite et leur donner ou faire donner les soins nécessaires⁴⁸² ; évacuer ou faire évacuer, si nécessaire, sur la formation médicale la plus proche, les travailleurs blessés ou malades, transportables, non susceptibles d'être traités par les moyens dont dispose

⁴⁸¹DELPART..L, *op.cit*, p.279.

⁴⁸²EBOU ERCHID Y, *op.cit*, p.27.

l'office. Si l'office ne dispose pas immédiatement de moyens appropriés, il en rend compte d'urgence au chef de la circonscription administrative la plus proche, qui fait procéder à l'évacuation par les moyens à sa disposition. Tous les frais occasionnés à cet effet devant être remboursés par l'office national de la médecine du travail au tarif officiel des transports ; conseiller les employeurs sur les mesures à mettre en œuvre pour assurer la santé des travailleurs occupés dans l'entreprise.

« Les résultats des visites auxquelles procède le médecin sont consignés sur un registre spécial dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé du travail, pris après avis du comité technique consultatif d'hygiène et de sécurité »⁴⁸³.

B. Administration et mode de fonctionnement

L'Office National de la Médecine du Travail est administré par un organe délibérant de douze membres et géré par un organe exécutif.

L'organe délibérant, appelé Conseil d'Administration, est composé comme suit :

- un président
- un représentant du ministère chargé du Travail
- un représentant du ministère chargé des Finances
- un représentant du ministère chargé de la Santé publique
- un représentant du ministère chargé des Affaires Economiques et du développement
- un représentant de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)
- trois représentants des employeurs
- trois représentants des travailleurs

⁴⁸³*Ibid.*

Le Président et les membres du Conseil d'Administration sont nommés par décret pris en Conseil des Ministres, sur proposition du ministre chargé du Travail, pour un mandat de trois ans renouvelable. Toutefois, le mandat cesse de plein droit lorsqu'un membre perd la qualité en raison de laquelle il a été désigné.

Le Conseil d'Administration délibère sur toutes les questions concernant l'administration et la gestion de l'Office. Il est investi de tous les pouvoirs nécessaires pour orienter, impulser et contrôler les activités de l'Etablissement, sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité de tutelle et au ministre chargé des Finances par l'ordonnance n°90/090 du 04 avril 1990 portant statut des Etablissements Publics, et régissant les relations de ces entités avec l'État. Il convient de signaler que « La médecine du travail est une médecine exclusivement préventive : elle a pour objet d'éviter toute altération de la santé des travailleurs, du fait de leur travail, notamment en surveillant leur état de santé, les conditions hygiène du travail et les risques de contagion exercé au sein d'un service de santé au travail ⁴⁸⁴». Les services de santé au travail sont organisés de la manière suivante :

« 1- Chaque employeur est tenu d'organiser un service de santé au travail (SST), sous la forme : soit un service autonome, qui peut être un service de groupe au sens de l'article L.2331-1 du code du travail, d'entreprise, inter-établissement, établissement ou commun aux entreprises constituant une unité économique et sociale (UES).

2- soit un service de santé au travail interentreprises» ⁴⁸⁵.

Il est indispensable de définir également le rôle et les missions du médecin du travail, ce dernier est à la fois conseiller de l'employeur, des travailleurs, représentant du personnel et des services sociaux.. Selon le guide pratique du droit du travail édition 2015 « Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail notamment en

⁴⁸⁴ Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Sociale, Paris 2015, p.418.

⁴⁸⁵ *Ibid*, p.419.

surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé. Il ne pratique pas la médecine de clientèle courante⁴⁸⁶.

C. Sources de financement

Les frais de fonctionnement de l'Office National de la Médecine du Travail sont couverts par les cotisations versées par les employeurs, dont le montant et les modalités de versement seront fixés par décret, pris après avis du Conseil National du Travail, de l'Emploi et de la sécurité Sociale.

L'Office National de la Médecine du Travail dispose également des ressources suivantes :

- subventions et dotations au budget de l'État ;
- subventions des personnes morales de droit public ou droit privé national ou international ;
- Dons et legs;
- Recette propres.

La principale source de financement de la Médecine du travail est une cotisation de 2%, prélevée sur la masse salariale de l'entreprise à la charge de l'employeur.

⁴⁸⁶*Ibid.* p. 422.

II- Contraintes actuelles de la médecine du travail en Mauritanie

A. Problèmes d'organisation

La médecine du travail bien qu'autonome dépend encore en grande partie de la CNSS, qui assure le recouvrement des cotisations de la médecine du travail moyennant une contrepartie financière pour faire face aux charges administratives. L'ONMT ne dispose pas encore d'un cadre juridique réglementant les modalités d'affiliation et d'immatriculation des employeurs et des travailleurs ainsi que le système de recouvrement des cotisations et son contentieux.

B. Confusion des missions et du rôle de l'ONMT

Depuis sa création jusqu'à son autonomie, une certaine confusion règne au niveau des missions de la médecine du travail qui s'est le plus centrée sur une médecine curative au détriment de la médecine préventive qui est en fait sa mission principale.

Un examen de ses activités montre qu'elle joue le rôle d'un service médical interentreprises ; elles se répartissent de la façon suivante :

- 99 % sont des activités de médecine curative, centrées sur les pathologies courantes du travailleur salarié et sur celles de sa famille.
- 1 % sont des activités de médecine du travail : visites d'embauche et de reprise ; évacuations sanitaires internes ; soins de premières urgences, etc., sans lien avec l'inspection du travail.

Les cotisations des employeurs financent à hauteur de 90 % les activités de médecine curative ; il s'agit là d'un système innomé d'assurance maladie. La confusion qui

règne à ce niveau repose dans le fait que le financement de 2 % des salaires mis à la seule charge des employeurs, les amène, après acquittement de cette obligation, à se croire déliés de toute autre obligation médicale vis-à-vis de leurs travailleurs.

A ce propos, un déplacement à Nouadhibou, a permis de confirmer cela. Une recommandation a été formulée dans le sens d'une homogénéisation des activités.

Le taux de cotisation actuel est-il adapté au fonctionnement de l'ONMT ? Le problème posé à ce niveau est de savoir comment les nouveaux coûts de fonctionnement de l'office pourraient-ils être financés à la longue par une cotisation de 2% Il est certain que toute nouvelle augmentation de taux risquerait de rencontrer des réticences au niveau des employeurs, d'une part, étant donné qu'ils ne sont pas satisfaits des prestations de la médecine du travail qu'ils assimilent à tort à une assurance maladie. D'autre part, toute participation des travailleurs au financement de la médecine du travail serait difficile à faire passer à la suite de l'extension de l'assurance au secteur parapublic dont les bénéficiaires cotisent à hauteur de 4%.

III. Propositions sur la Médecine du Travail

- L'office national de la médecine du travail doit se tourner résolument vers une autonomie complète de gestion et d'organisation.
- Il doit aussi rééquilibrer les activités en faveur de la médecine préventive et mettre en place une stratégie de sécurité et santé au travail en faveur des travailleurs salariés.
- Il doit aussi doit lancer une campagne d'information d'envergure nationale pour expliquer ses missions et son rôle dans le dispositif de l'amélioration des conditions des travailleurs.
- Définition plus claire des missions et du rôle de la médecine du travail en matière de prévention et sa complémentarité avec l'assurance maladie gérée par la CNAM.

Chapitre 2. L'assurance maladie obligatoire

La plus part des systèmes d'assurance maladie « sont confrontés à un ensemble de problématiques qui le met en péril, particulièrement en France »⁴⁸⁷. Il convient également de souligner que « le financement des dépenses de santé s'avère le plus en plus difficile dans un contexte de crises économiques ou reprise de la croissance faible et d'épidémies de maladies chroniques et des maladies cardiovasculaire évitable »⁴⁸⁸. Nous rappelons que « la France a été reconnue comme ayant un système fournissant un système parmi les meilleurs, il lui devenu de plus en plus difficile de le faire d'un coût durable. Ce système national couvre moins les soins courants et les assurances privées se développement⁴⁸⁹. Tandis que l'expérience mauritanienne d'assurance maladie est très récente par rapport à la France. En 2007, il est créé un établissement public à caractère administratif, chargé de la gestion du régime d'assurance maladie de base prévu par la présente ordonnance, ci-après désigné « l'organisme gestionnaire »⁴⁹⁰.

L'organisation administrative et financière de cet organisme et les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret. Elles seront définies, le cas échéant, par dérogation aux dispositions législatives et réglementaires applicables aux établissements publics à caractère administratif, de manière à faciliter la bonne exécution des missions de l'institution et assurer la participation de l'ensemble des intérêts.

A cet effet, les dérogations pourront porter notamment sur :

⁴⁸⁷ BRECHAT. P-H., *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, presse de l'école de santé publique, 2016, p.13.

⁴⁸⁸ *Ibid.*

⁴⁸⁹ *Ibid.* p.16.

⁴⁹⁰ Titre II (article,6 et 7) relatif à la gestion du régime d'assurance maladie de base en Mauritanie crée par l'ordonnance 006 du 29/09/2005

- l'organisation administrative ;
- le statut du personnel ;
- - le régime des marchés et contrats ;
- le régime de la comptabilité.

L'assurance maladie du régime général, selon Kessler, est d'abord assurance sociale, c'est-à-dire réservée aux salariés et aux assimilés de par la loi sous condition de paiement des cotisations⁴⁹¹

En revanche la définition donnée par Netter, s'explique par le fait que la maladie crée deux catégories de besoins : d'une part, le remplacement du salaire ou du gain perdu et, d'autre part, des soins curatifs destinés non seulement à rétablir la santé mais encore à prévenir la maladie ou à éliminer le trouble qui le suivent, des soins complets comprenant les soins et les fournitures nécessaires⁴⁹² ;

- la médecine générale ou la médecine spéciale, la chirurgie, les soins au domicile du malade ou au cabinet du praticien, les soins fournis par les auxiliaires médicaux⁴⁹³ ;
- la fourniture de produits pharmaceutiques les analyses et examens de laboratoire⁴⁹⁴ ;
- les appareils de prothèses et d'orthopédie et leur entretien ainsi que les lunettes⁴⁹⁵ ;
- le traitement et l'entretien dans hôpital, dans un établissement de cure, dans une maison de convalescence, dans un sanatorium ou dans tout autre établissement sanitaire⁴⁹⁶ ;
- les soins et la prothèse dentaires et le transport des malades⁴⁹⁷.

⁴⁹¹KESSLER.F, *op.cit*, p.221.

⁴⁹²NETTER. F, *op.cit*, p.76.

⁴⁹³*Ibid.*

⁴⁹⁴*Ibid.*

⁴⁹⁵*Ibid.*

⁴⁹⁶*Ibid.*

Le droit musulman ignore l'assurance maladie en tant qu'institution organisée, mais il prévoyait certaines pratiques fondées sur la solidarité entre l'ensemble des croyants. L'islam toujours insisté sur la solidarité. En ce sens il contribue efficacement au soulagement des souffrances des malades et les nécessiteux par le biais du « *Beit al Mal* » il s'agit des institutions *Habouset* de la *zakat* déjà évoqué avec la solidarité et traditionnelle.

Au Maroc, le *Beit al mal* emploie les biens collectés à travers la *zakat*, les *habous* assument les financements des ligues religieuses comprenant des établissements de bienfaisance et les *mâristâns*⁴⁹⁸. L'objectif pour le Maroc qui partage la même histoire et les mêmes pratiques religieuses avec la Mauritanie est d'accueillir les malades, les handicapés physiques. Ces pratiques d'assurance maladies ont été abandonnées par la suite de la mise en place par les autorités du protectorat du système d'assurance maladie⁴⁹⁹.

Il convient ici d'analyser le champ d'application et les défis qui empêchent le fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire qui est une branche de la sécurité sociale, l'assurance maladie relevant pour sa définition des règles fondamentales en France de la compétence du législateur puisque l'article 34 de la Constitution de la V^e république réserve au Parlement le pouvoir de déterminer les principes fondamentaux de la sécurité sociale⁵⁰⁰.

⁴⁹⁷ *Ibid.*

⁴⁹⁸ BLANC. François-Paul, *Le droit musulman*, Paris, Dalloz, 1995, p.34.

⁴⁹⁹ LAGHOUALI. M, *Les enjeux de l'assurance maladie obligatoire au Maroc*, Université de Perpignan, 2008, p.19.

⁵⁰⁰ BRAS P-L, TABUTEAU D, *Les assurances maladies*, presses, Paris, 2010, p.27.

Section 1. La prise en charge de l'assurance maladie

En France, selon le professeur BRECHAT : les responsables des systèmes doivent prendre en compte les huit enjeux de système de santé et d'assurance maladie du XXI^e siècle, à savoir :

- « la réduction des gaspillages ;
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- le développement de la prévention dans un secteur ambulatoire intégré au secteur hospitalier ;
- la réduction des inégalités ;
- le vieillissement de la population ;
- la dimension des préjudices pour l'utilisateur ;
- la santé environnementale ;
- l'exigence de démocratie.»⁵⁰¹ .

La promulgation de la loi N°2010-018 du 03 février 2010 en Mauritanie, modifiant ou complétant certaines dispositions de l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005, portant institution d'un régime d'assurance maladie, a permis à la Caisse Nationale d'Assurance maladie (CNAM) d'élargir son champ de couverture aux employés des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et aux personnes morales de droit public en Mauritanie.

Dans ce cadre, la CNAM a mené un certain nombre d'activités, entre autres l'envoi à l'ensemble des établissements d'une lettre circulaire de sensibilisation sur la couverture assurance maladie obligatoire ; la mobilisation d'équipes au niveau des institutions concernées par l'assurance maladie et des régions à forte concentration d'institutions publiques pour expliquer le mode opératoire de la CNAM ;

⁵⁰¹ BRECHAT. P-H., *op.cit*, p.14.

l'organisation d'un atelier de sensibilisation et d'un séminaire de formation au profit des représentants des catégories nouvellement couvertes par la CNAM.

Parallèlement à ces activités, la CNAM a organisé une série de rencontres avec un certain nombre d'établissements publics et de sociétés à capitaux publics pour les informer des modalités pratiques d'immatriculation à la CNAM, mais aussi s'enquérir de leurs pratiques en matière de prise en charge des soins de leurs employés et par conséquent définir un cadre qui fixe les modalités de collaboration en vue de préserver les acquis en terme de couverture médicale de leur personnel et ce dans le respect de la réglementation en vigueur en matière d'assurance maladie obligatoire en Mauritanie.

Dans le même ordre d'idée, la CNAM a développé une application informatique qu'elle a mise à la disposition des établissements publics et des sociétés à capitaux publics tout en leur assurant la formation requise pour son utilisation. Cette application devrait leur permettre de saisir les dossiers d'immatriculation de leurs employés et donc limiter considérablement le délai de traitement de ces dossiers.

Malgré l'ensemble des mesures prises pour réussir l'extension de la couverture maladie au secteur parapublic qui constitue une étape ultime du projet national de l'universalisation à terme de la couverture maladie, nous assistons à la situation suivante :

–Immatriculations un faible niveau d'immatriculation des assurés nouvellement concernés par l'assurance maladie obligatoire. En effet, le taux d'adhésion des ces catégories atteint à peine 2%⁵⁰².

– Cotisations : le niveau de recouvrement demeure très faible. Les cotisations versées jusqu'ici à la CNAM par les établissements publics et les sociétés à capitaux publics représentent seulement 4,22% des montants prévus. En effet, sur 123 institutions couvertes par la CNAM, uniquement 21 ont déjà cotisé et connaissent pour la plupart

⁵⁰²Dr Cheikh El Mokhtar Ould Horma Ould Babana, ancien ministre de la Santé en Mauritanie.

des retards de cotisations de quelques mois. Les faibles niveaux d'adhésion et de recouvrement appellent à engager des mesures de rappel que la CNAM n'a pas manqué de faire en adressant un courrier à l'ensemble des établissements publics et sociétés à capitaux publics leur rappelant les dispositions du décret N°081 du 31 mars 2010 fixant les taux de cotisations du secteur parapublic au régime d'assurance maladie qui stipule à ses articles 2 et 3 que la cotisation des assurés et celle de l'employeur, s'élevant respectivement à 4% et 5%, doivent être mandatées et versées à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) au plus tard le 10 du mois suivant celui concerné par les cotisations et que l'accès aux prestations est conditionné par l'immatriculation.

Pargraphe1. Les bénéficiaires et les garanties

Selon l'article L. 11-3-1 du code de la sécurité sociale, issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2010

-« la nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ;

- indépendamment de son âge et son état de santé chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ;

- l'État, qui définit les objectifs de la santé publique, garantit l'accès effectif des assurés sur l'ensemble du territoire⁵⁰³ .

En ce qui concerne la Mauritanie, elle a institué un régime d'assurance maladie de base, fondé sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation de risques pour les personnels suivant : fonctionnaires et agents de l'État, parlementaires (groupe1) et

⁵⁰³ MORVAN. P, *op.cit* p.183.

forces armées en position d'activité (groupe2) titulaires de pensions de retraites civiles ou militaires issus des groupes 1, et 2 et 3 ⁵⁰⁴.

Pour bénéficier des prestations fournies dans le cadre du régime d'assurance maladie obligatoire de base, l'assuré et ses ayants droit doivent être d'abord affiliés et déclarés à la Caisse Nationale d'assurance maladie avec la charge de l'employeur, de la mise mensuellement à la disposition de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de tout nouveau élément d'immatriculation et tout changement intervenu dans la situation de son personnel (naissance, décès, divorce, etc.).

La CNAM aura pour mission principale d'appuyer les prestataires à travers la prise en charge des soins médicaux de ses assurés. Ce lien entre la Caisse et le prestataire est matérialisé par une convention définissant les droits et obligations de chacune des parties.

Tandis qu'en France les prestations de l'assurance maladie sont en nature ou en espèce. « Les caisses ou organismes qui servent de telles prestations disposent d'un recours subrogatoire contre le tiers responsable de l'accident ayant entraîné la prise en charge de ces dépenses fondé sur l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale » ⁵⁰⁵.

Le régime d'assurance maladie de base garantit pour les personnes mentionnées à l'article 3 de l'ordonnance 006 du 29 septembre 2005 instituant un régime d'assurance maladie de base, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles demeurent régis par la législation et la réglementation les concernant.

L'assurance maladie obligatoire donne droit, dans les conditions et selon les modalités fixées par décret, au remboursement ou à la prise en charge directe des frais de soins

⁵⁰⁴ Voir l'ordonnance 2005-006 de l'assurance maladie obligatoire en Mauritanie.

⁵⁰⁵ MORVAN. p, *op.cit*, p.227.

préventifs, curatifs, et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire et afférents aux prestations suivantes :

- les soins ambulatoires : prévention, consultation, traitement et services auxiliaires ;
- les soins hospitaliers : consultation, chirurgie, traitements non chirurgicaux, médicaments pendant le séjour hospitalier ;
- les médicaments listés ;
- les évacuations pour soins nécessaires listés.

Sont fixées, par arrêté conjoint du ministre des Finances, du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Fonction Publique, les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage et des frais de transport sanitaire qui sont couverts par le régime de base.

Quant à la France la modalité du versement se fait par

- « le remboursement sur la fois d'une prescription médicale
- entente préalable
- procédures de mise sous accord préalable du médecin ou d'un établissement hyperactif »⁵⁰⁶.

En France l'assurance maladie avait naturellement vocation de couvrir toute la population. Le préambule de la Constitution de 1946 pose en effet le principe selon lequel « la nation garantie à tous la protection de la santé. ». La France et la Mauritanie ont signé le « Protocole du 22 juillet 1965 relatif au maintien de certains avantages de l'assurance maladie à des assurés sociaux français ou mauritaniens qui se rendent en Mauritanie. Le gouvernement de la République Française et le gouvernement de la République Islamique de Mauritanie ont décidé d'adopter, jusqu'à l'institution en Mauritanie d'un régime légal d'assurance maladie, les dispositions suivantes relatives

⁵⁰⁶ MORVAN. P, *op.cit*, p.233.

aux ressortissants français ou mauritaniens bénéficiaires du régime français d'assurance maladie qui se rendent dans certaines conditions en Mauritanie »⁵⁰⁷.

Selon la loi n° 2010-018 du 03 février 2010 sont exclues du champ des prestations garanties par le régime d'assurance maladie de base, les interventions de chirurgie esthétique et plastique (à l'exception des actes de chirurgie réparatrice et d'orthopédie maxillo-faciales médicalement requis), « les prothèses dentaires, l'orthodontie, les cures thermales, la thalassothérapie, l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie, la phytothérapie et en général, les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ou traditionnelle »⁵⁰⁸. Pour ce qui concerne la vision internationale de l'assurance maladie « celle-ci représente une réponse de l'organisation de l'accès aux soins, qui se pose dans tout le pays « des dépenses diverses y sont apportées dans les histoires nationales »⁵⁰⁹.

I. Les bénéficiaires

Bénéficiaire du régime d'assurance maladie en Mauritanie :

- l'assuré social ;
- le conjoint de l'assuré
- les enfants de l'assuré, âgés de 21 ans au plus ;
- les enfants de l'assuré, sans limite d'âge, atteints d'un handicap les empêchant d'exercer une activité rémunérée.⁵¹⁰

⁵⁰⁷ Accord entre la France et la Mauritanie « protocole maladie » signé à Paris, le 22 juillet 1965, p.17.

⁵⁰⁸ Article 5 nouveau de la loi n° 2010-018 du 03 février 2010

⁵⁰⁹ BRAS. P. I. TABUTEAU. D, *op.cit*, p.18.

⁵¹⁰ Voir l'ordonnance 2005-006 de l'assurance maladie obligatoire en Mauritanie.

Les textes législatifs délimitent le champ d'application et les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire en Mauritanie⁵¹¹.

Tandis que la France, par l'article L 111-2-1 du code de la sécurité sociale résultant de la loi du 13 août 2004, rappelle que la nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie, il n'en reste pas moins que la notion polysémique d'universalité est ici entendue au sens strict du terme. « L'universalité se définit par le champ des bénéficiaires de l'assurance maladie, elle ne revoit ni à l'approche institutionnelle la constitution d'un régime unique de l'assurance maladie prenant en charge l'ensemble de la population ni à l'approche solidaire l'accès à tous aux mêmes prestations de soins, aux mêmes tarifs et conditions de prise en charge »⁵¹².

⁵¹¹ Sur ce volet de l'assujettissement, les textes semblent clairs puisque l'article 3 de la loi n° 2010-018 modifiant certaines dispositions de l'ordonnance n° 2005-006 dispose que « bénéficient du régime d'assurance maladie l'assuré social, le conjoint de l'assuré, les enfants de l'assuré, âgés de 21 ans au plus, les enfants de l'assuré, sans limite d'âge, atteints d'un handicap les empêchant d'exercer une activité rémunérée, les ascendants directs de l'assuré sur la demande de ce dernier. Les conditions et l'assiette de la contribution sont fixées par décret ».

La jouissance du droit à l'affiliation impose, pour son exercice, l'accomplissement de certaines formalités administratives prévues par l'article 4 du décret 2007-031 du 23/01/2007 et l'article 6 décret 2012-261 du 30/08/2012 fixant les modalités d'application aux salariés et titulaires de pensions des sociétés privées du régime d'assurance maladie prévu par l'ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005 modifié.

A la date d'aujourd'hui, plusieurs catégories d'assujettis ont été immatriculées. Leur effectif s'élève à près de 10.019 personnes bénéficiant de l'assurance maladie dont 2911 assurés principaux et 7.108 ayants droit (enfants et conjoints). Il semble également que la mise en place d'un système d'état civil biométrique ait supprimé la plupart des cas de fraude que l'on pouvait constater dans le passé.

Les protocoles d'accord signés avec certaines grandes institutions ne sont en réalité que des outils de gestion en matière d'affiliation. Ces accords sont provisoires, ils seront amenés à être résiliés, une fois que la CNAM aura pu évacuer les charges d'instances en matière du personnel à affilier. Il faut préciser que ces accords ne sont pas des contrats d'assurances de groupe.

Ainsi, les conditions d'affiliation peuvent varier d'un groupe à un autre. Elles devraient être mises en place par un arrêté (article 6 du décret 2012-261 du 30/08/2012 fixant les modalités d'application aux salariés et titulaires de pensions des sociétés privées du régime d'assurance maladie prévu par l'ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005 modifié) qui n'a toujours pas vu le jour.

⁵¹² BRAS. P-L, TABUTEAU D, *op.cit.* p.28.

Au Maroc les personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire sont « énumérées par l'article 2 et 3 de la loi. Il s'agit des assurés eux même et de leurs ayants droit »⁵¹³.

Les personnes assurées au Maroc peuvent ainsi y être soit des salariés en activité soit les titulaires des pensions de retraite.

- Les travailleurs du secteur public comportent :
 - les fonctionnaires
 - les agents des administrations publiques
 - les agents des collectivités
 - les employés des établissements publics
 - les employés des entreprises publiques.
- L'ensemble des salariés de secteur privé à l'exception des entreprises dont bénéficient de 100% de la couverture médicale auprès des compagnies d'assurances, des mutuelles, et des caisses internes conformément à l'article 115 de la loi 65.00⁵¹⁴.
- Ces travailleurs indépendants et aux personnes exerçant une profession libérale.
- Ces étudiants de l'enseignement supérieur⁵¹⁵.
- Les titulaires des pensions de retraite.

En ce qui concerne les ayants droit

- le conjoint de l'assuré

⁵¹³LAGHOUALI. M, *op.cit*, 2008.p.149.

⁵¹⁴ LAGHOUALI. M, *op.cit*, p.150.

⁵¹⁵*Ibid.*

- les enfants à la charge de l'assuré, âgé de 21 ans

- les parents de l'assuré

Nous constatons une similitude concernant le champ d'application entre le régime mauritanien et marocain.

II. Les garanties :

Le régime d'assurance maladie prévu par l'ordonnance 006 du 29 septembre 2005 garantit le remboursement ou la prise en charge directe de tout ou partie des frais de soins par l'organisme gestionnaire, l'autre partie restant à la charge de l'assuré. Celui-ci conserve la liberté de souscrire un régime complémentaire d'assurance maladie en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Toutefois, en cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération totale ou partielle.

« La liste des maladies donnant droit à exonération et les conditions dans lesquelles cette exonération est accordée sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances, de la Santé, de la Fonction Publique et de la Défense Nationale »⁵¹⁶. Cependant, les prestations garanties au titre du régime d'assurance maladie de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits ou exécutés sur le territoire national.

Toutefois, les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être admises, dans les limites fixées

⁵¹⁶ Article 8 de l'ordonnance 006 du 29 septembre 2005 portant la création d'une assurance maladie obligatoire en Mauritanie.

par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger.

Les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être également admises, dans les limites fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque « le bénéficiaire fait l'objet d'une évacuation sanitaire à l'étranger, faute de pouvoir recevoir en Mauritanie les soins appropriés à son état »⁵¹⁷.

Dans ce dernier cas, le remboursement ou la prise en charge demeurent subordonnés à l'accord préalable de l'organisme assureur, selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

Les prestations garanties au titre du régime d'assurance maladie de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits ou exécutés sur le territoire national.

Toutefois, les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être admises, dans les limites fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger.

Les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être également admises, dans les limites fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire fait l'objet d'une évacuation sanitaire à l'étranger, faute de pouvoir recevoir en Mauritanie les soins appropriés à son état⁵¹⁸. Le régime mauritanien d'assurance maladie de base garantit aux groupes de personnes mentionnées à l'art. 3 de l'ordonnance 006-2005 du 29 septembre 2005 : la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident ; à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

⁵¹⁷ Article 11 de l'ordonnance 006 du 29 septembre 2005.

⁵¹⁸ *Ibid.*

L'assurance maladie obligatoire donne droit dans les conditions et selon les modalités par décret au remboursement ou à la prise en charge directe des frais de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire et offrant les prestations suivantes :

- les soins ambulatoires : prévention, consultation traitement et service auxiliaires ;
- les soins hospitaliers : chirurgie, traitement non chirurgicaux ; examens complémentaires
- les médicaments pendant le séjour hospitalier ;
- les médicaments listés;
- les évacuations pour soins nécessaires listés.»⁵¹⁹ .

En l'occurrence, le régime français de l'assurance maladie propose des prestations en espèces, également qualifiées d'indemnités journalières visant à compenser la perte des salaires consécutive à un arrêt maladie et des prestations en nature dont la vocation est de financer, en tout ou une partie, les dépenses de préventions ou des soins. « Depuis la création de la sécurité sociale, la part respective des prestations en espèces et en nature a considérablement évolué. Les premières représentaient 27,9% des dépenses en 1946 »⁵²⁰ et seulement 1,9% en 2009.

III. Les cotisations

Pour les assurés mentionnées à l'article 3 du Décret n° 144-2006 fixant les taux de cotisation et conformément à l'article 34 de l'ordonnance n°2005-006 du 29 septembre

⁵¹⁹ Voir l'ordonnance 2005-006 de l'assurance maladie obligatoire en Mauritanie

⁵²⁰ BARJOT. A, *La sécurité sociale* 1997.p.23.

2005, les taux de cotisation correspondant respectivement à chaque groupe d'assurés et celui supporté par l'État sont fixés en Mauritanie comme suit⁵²¹ :

⁵²¹ L'affiliation à la CNAM est prévue par les textes législatifs et réglementaires notamment les articles 29 et 30 de l'ordonnance 2005-006. Les garanties de la CNAM couvrent certaines catégories de personnes mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance 2005-006 modifiée par la loi 2010-018 du 3/02/2010 et l'article 1er de la loi 2010-007 du 7 février 2012 portant extension du régime d'assurance maladie institué par l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 aux employés des sociétés privées, aux journalistes de la presse privée et à d'autres groupes professionnels. Ces assujettis à l'assurance maladie sont :

les parlementaires et les fonctionnaires et agents de l'Etat (groupe I) ;

les personnels des forces armées en position d'activités (groupe II) ;

les titulaires de pensions de retraite parlementaire, et les titulaires de pensions de retraite civile ou militaires issus des groupes I et II ;

les employés des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit public (groupe IV) ;

les titulaires de pensions de retraite des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit public (groupe V) ;

Et à leur demande les membres des ordres professionnels légalement reconnus (groupe VI) ;

les salariés des collectivités locales et leurs établissements publics ; les salariés des projets et autres structures administratives bénéficiant de l'autonomie financière ;

les personnes exerçant une profession libérale ;

les salariés et titulaires de pension du secteur privé, des associations de droit privé et autres organisations de la société civile ;

les journalistes professionnels et collaborateurs de presse qui fournissent d'une manière régulière à une agence ou à une entreprise de presse privée quotidienne ou périodique, des articles d'information, des reportages, des dessins ou photographies, à la condition toutefois que les personnes concernées soient titulaires de la carte professionnelle de journaliste ;

Les travailleurs indépendant avec ou sans local qui pour leur propre compte exercent une activité génératrice de revenu quel que soit la nature de l'activité ou du revenu.

Catégories	Assuré	État
Fonctionnaires et agents de l'État	4%	5%
Parlementaires	5%	
Personnels des Forces armées en position d'activité	4%	
Titulaires de pensions de retraite civiles ou militaires et parlementaires, issus des catégories déjà cité	2,5%	

L'assiette de cotisation en France présente certaines irrégularités, son étendue est fixée de façon autoritaire et les assiettes diffèrent d'un régime à l'autre. Le texte directeur, l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale, dispose que pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérés comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contre partie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, primes, gratifications et tout autre avantage en argent, ou en nature. Mais les cotisations de sécurité sociale en France sont assises sur les revenus professionnels (revenu d'activité et de remplacement)⁵²².

Les cotisations de sécurité sociale sont soumises à un régime juridique spécifique, en partie inspiré des règles de la législation fiscale. Elles sont recouvrées par les

⁵²² XAVIER. P, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2015, p.91.

organismes de la sécurité sociale (notamment l'URSSAF) et relèvent, en cas de litige, du contentieux général de la sécurité sociale⁵²³.

Le même article précédemment cité est un texte directeur fixant l'assiette de la cotisation du système général (CGS) et de l'allocation de solidarité spécifique article (L.136-2, 1,al.4), celle des cotisations d'assurance chômage, celle des cotisations de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIREC) et de l'Association des régimes de retraites complémentaire (ARRCO) qui est un régime unique de retraite complémentaire auquel tous les salariés doivent être affiliés depuis le 1^{er} janvier 1996, l'assiette de la taxe d'apprentissage (depuis le 1^e Janvier 1996) comme celle des cotisations du régime général, sous réserve des plafonds spécifiques. On distingue les assiettes minimum et les assiettes maximum :

-les assiettes minimum : l'assiette ne peut être inférieure au montant total du SMIC et « des indemnités, primes ou majorations s'ajoutant audit salaire minimum en vertu d'une disposition législative ou réglementaire »⁵²⁴, (CSS, art. R. 242-1, al.6) ;

- plafond : les cotisations ne sont pas toujours calculées sur l'assiette entière et celle-ci se limite au plafond de la sécurité sociale pour la cotisation patronale d'assurance vieillesse et la cotisation de base due au fonds national d'aide au logement (FNDL).

IV. L'extension du champ d'application

L'assurance maladie en Mauritanie s'adapte aux impératifs d'universalisation progressive et de viabilisation du service à long terme avec à cet effet l'extension de la couverture d'assurance maladie dans un premier temps aux salariés des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et d'autres personnes morales de droit public.

⁵²³*Ibid.*

⁵²⁴MORVAN. P, *op.cit.*p.415.

L'extension envisagée s'inscrit dans le cadre de la politique engagée par le gouvernement, en vue de garantir à la population un meilleur accès aux services de base, notamment en matière de santé. Elle est également conforme à la feuille de route qui sert de référence au développement de la CNAM et qui prévoit un élargissement graduel du périmètre de couverture devant aboutir à terme à une assurance maladie universelle. L'élargissement de la base de couverture devra porter le volume des adhésions à un niveau permettant de ramener les dépenses fixes à un taux supportable à long terme et de réduire, en même temps, le coût des soins. « Le taux de cotisation en Mauritanie, pour chacun des groupes d'assurés prévus à l'article 1^{er} ci-dessus, est fixé par décret sur la base du salaire ou du revenu. Ce taux est pris en charge, dans une proportion appropriée, par l'assuré qui a la qualité de salarié et par l'employeur. L'assuré social travaillant pour son propre compte supporte la totalité de la cotisation. Le taux de cotisation supporté par le bénéficiaire d'une pension relevant de l'une des catégories ci-dessus est fixé par décret. « L'assiette de cotisation ainsi que les différentes étapes de son application sont fixées par décret »⁵²⁵.

La mise en œuvre de cette mesure risque cependant d'indisposer les cadres de certains établissements, habitués à des faveurs en matière de prestations sociales. Elle ne manquera pas, non plus, d'engendrer au départ quelques mécontentements parmi les salariés qui verront leurs rémunérations assujetties à des prélèvements obligatoires. Mais ces réactions devront s'estomper assez rapidement et resteront marginales par rapport au sentiment de satisfaction que cette mesure suscitera au sein des groupes nouvellement couverts par l'assurance maladie. Les articles qui sont modifiés ou complétés sont les articles, 2 ; 3 ; 5 ; 25 alinéa 2 ; 33 ; 34 alinéas 2 et 3 de l'ordonnance 2005 - 006 du 29 septembre 2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie.

⁵²⁵ Article 2 de Loi n° 2012-007 portant extension du régime d'assurance maladie institué par l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 aux employés des sociétés privées, aux journalistes de la presse privée et à d'autres groupes professionnels

A. Les nouveaux assurés du régime mauritanien

- Employés des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit public (Groupe IV) ;
- titulaires des pensions de retraite des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit public (Groupe V) et à leur demande, membres des ordres professionnels légalement reconnus (Groupe VI).

En France toutefois, l'assurance maladie est universelle, c'est-à-dire que toute personne française ou étrangère qui réside d'une façon régulière et stable a le droit de la protection contre la maladie.

Bénéficiaire des prestations en nature de l'assurance maladie non seulement l'assuré mais aussi ses ayants droit, définis par l'article L.313-3 du code de la sécurité sociale en France de la manière suivante :

- le conjoint de l'assuré s'il ne relève pas lui-même d'un régime obligatoire de l'assurance maladie ;
- ses enfants à charge ou poursuivant des études jusqu'à l'âge limite respectivement, de 16 et 20ans⁵²⁶ ;
- l'ascendant ou le descendant ou le collatéral ou l'allié (jusqu'au troisième degré pour ces deux derniers) vivant sous le même toit se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants aux charges de l'assuré⁵²⁷ (au moins des âgés de moins de 14ans).
- étrangers : les personnes de nationalité étrangère ont droit et ouvrent droit aux prestations d'assurance maladie, maternité et décès s'ils sont en situation régulière au

⁵²⁶Code de sécurité sociale Française, art. R.313-12.

⁵²⁷MORVAN.P, op.cit, p.229.

regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France (CSS, art, R. 161-25-1, L.115-6 et D.115-1).

Les ayants droit étrangers majeurs d'un assuré doivent remplir la même condition (CSS, art L. 161-25-2 et D. 161-15)⁵²⁸

B. les assurés par la loi 018/2010 en Mauritanie :

Bénéficiaire de régime d'assurance maladie :

- l'assuré social ;
- le conjoint de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré, âgés de 21 ans au plus ;
- les enfants de l'assuré, sans limite d'âge, atteints d'un handicap les empêchant d'exercer une activité rémunérée ;
- les ascendants directs de l'assuré par une demande de ce dernier ;
- l'assiette de la cotisation sont fixés par décret.⁵²⁹

C. Les exclusions du champ d'application

Sont exclues il convient de le rappeler du champ des prestations garanties en Mauritanie par le régime d'assurance maladie de base, les interventions de chirurgie esthétique et plastique (à l'exception des actes de chirurgie réparatrice et d'orthopédie

⁵²⁸*Ibid.*

⁵²⁹La loi 2010 -018 du 03/02/2010 - modifiant ou complétant certaines dispositions de l'ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005

maxille faciale médicalement requis), les prothèses dentaires, l'orthodontie, les cures thermales, la thalassothérapie, l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie, la phytothérapie et en général, les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce et traditionnelle.⁵³⁰

D. Les cotisations des nouveaux assurés du Décret n° 2010-081 fixant la cotisation de certains assurés.

Les taux de cotisation correspondant aux groupes d'assurés IV, V et celui supporté par l'employeur sont fixés comme suit : Conformément à l'article 34 de l'ordonnance n°2005-006 du 29 septembre 2005, les taux de cotisation correspondant respectivement à chaque groupe d'assurés et celui supporté par l'État sont fixés comme nous l'avons déjà montré. L'assiette des cotisations est définie par les dispositions de l'article 33 de l'Ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005.

Les cotisations sont engagées, ordonnancées, mandatées et payées mensuellement par les services compétents, concomitamment avec les traitements, salaires et pensions.

Les produits des cotisations sont versés dans le compte de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), ouvert au Trésor Public.

Paragraphe 2. Les défis de l'assurance maladie obligatoire

Tout d'abord « la maladie crée deux catégories de besoins : d'une part, le remboursement du salaire ou du gain perdu et d'autre part, des soins curatifs ou

⁵³⁰ L'article 33 de la loi n°2010 -018 du 3 février 2010 - modifiant ou complétant certaines dispositions de l'ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005.

préventifs, destiné non seulement à rétablir la santé mais encore prévenir la maladie⁵³¹ » il faut rappeler ici que « que les régimes de sécurité sociale ont pour objet une protection plus ou moins étendue contre la maladie cette protection peut être réalisée à partir de deux conceptions opposées : la conception libérale et la conception du service général de santé »⁵³². en outre, « l'assurance maladie apparaît comme le moyen d'accroître les possibilités des individus en substituant à la solvabilité individuelle, forcément très limitée, une solvabilité collective beaucoup plus étendue, obtenue grâce à une compensation des charges entre les assurés, la collectivité publique a un rôle limité à la protection générale de la santé »⁵³³.

En Mauritanie, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie est entrée en activité le 1^{er} janvier 2007 en Mauritanie comme organe de gestion du régime d'assurance maladie obligatoire, fondé sur le principe de solidarité et de partage du risque. Elle assure la prise en charge des groupes couverts par ce régime, à savoir les parlementaires, fonctionnaires et agents de l'État, les forces armées, soit une population couverte d'environ 162.000 personnes (assurés principaux et ayants droit).

Pour rapprocher ses services des assurés et leur faciliter l'accès aux soins, la CNAM a installé des bureaux d'accueil dans chacun des hôpitaux publics de Nouakchott. En guise de contribution au développement du secteur de la santé, la CNAM injecte des ressources substantielles et durables dans les structures médicales. Ainsi, depuis le début de son activité, la Caisse a versé à ces structures plus d'un milliard d'ouguiyas en contrepartie de leurs prestations.

Globalement, la CNAM déploie des efforts soutenus pour mener à bien les tâches qui lui sont dévolues, mais elle se trouve confrontée à des défis de plusieurs ordres : des défis liés à l'activité qu'elle mène dans l'accomplissement de sa mission et d'autres en

⁵³¹ NETTER. F, op.cit, p.76.

⁵³² *Ibid.* p.77.

⁵³³ *Ibid.* P.78.

rapport avec son champ d'intervention en général. Ces défis n'empêchent pas la CNAM d'avoir une vue plus ou moins claire de son avenir.⁵³⁴

I. Défis liés à l'activité

Un bilan d'étape a mis en relief certains facteurs qui pourraient pénaliser lourdement le fonctionnement de la CNAM et conduire, à moyen terme, à un déséquilibre financier.

A. Les arriérés des cotisations

En France, « l'action civile en recouvrement des cotisations ou éventuelles poursuites pénales doivent être précédées d'une mise en demeure sauf rare exception »⁵³⁵. C'est l'URSSAF (unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiale) assure le recouvrement des cotisations du régime général et du régime social des indépendants (RSI).

En Mauritanie, les arriérés de cotisations se chiffrent sur les dernières trois années d'activité (2014-2017) de la CNAM à environ 500 000 000 UM.

Il y a lieu de signaler que :

- la cotisation des parlementaires a été calculée sur la base d'un salaire mensuel d'environ 100 000 UM, alors que l'article 33 de l'ordonnance instituant le régime d'assurance maladie énonce que la cotisation des parlementaires est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues, y compris les indemnités et primes ; il en est de

⁵³⁴ Art 2 sur la base de tarification nationale de référence prévue à l'art 10 de l'ordonnance 2005 -006 du 29 septembre, 2005.

⁵³⁵ MORVAN. P, *op.cit*, p.542.

même pour les fonctionnaires en poste à l'étranger dont les cotisations ne sont pas prélevées, sur la totalité de leur rémunération ;

- la CNAM n'a jamais reçu de cotisation au titre des retraités, depuis le démarrage de ses activités, bien que les retenues aient toujours été effectuées sur leurs pensions. Par ailleurs, il importe de déterminer qui doit supporter la part patronale des cotisations en ce qui concerne les retraités. Cette situation concerne tous les retraités (fonctionnaires, auxiliaires, forces armées, employés du secteur parapublics)

B. Les évacuations à l'étranger

En trois ans d'activité, la CNAM a dépensé 3 300 000 000 UM (soit 25% de son budget cumulé sur cette période) pour prendre en charge les soins à l'extérieur de 1750 évacués⁵³⁶, soit environ 1% seulement de la population assurée.

Il faut souligner que certains motifs d'évacuation se rapportent à des pathologies très onéreuses que l'assurance maladie n'est pas en mesure de prendre en charge, en raison de leur coût particulièrement élevé. A titre d'exemple, les soins d'un patient pour une transplantation hépatique ou cardiaque peuvent coûter la somme de cent millions d'ouguiya. D'autre part, le Conseil national de santé (C N S) recommande un accompagnant pour chaque évacué, ce qui contraint la CNAM à dépenser des montants importants pour la prise en charge d'accompagnements, alors que l'état de santé des évacués ne nécessite pas souvent cette présence.

Pour remédier à cette situation, la CNAM a identifié un ensemble d'actions de nature à alléger le poids financier de ces évacuations. Il s'agit de:

⁵³⁶*Ibid.*

- la signature de contrats programme permettant à la CNAM de contribuer au renforcement des capacités de structures médicales spécialisées, telles que le Centre national de cardiologie et le Centre national d'oncologie, afin de soigner sur place les maladies faisant l'objet du plus grand nombre d'évacuations à l'étranger. L'objectif de cette politique est d'arriver graduellement à la couverture d'une assurance maladie pour l'ensemble de la population. C'est sur cette base qu'est née la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) chargée de la gestion de ce régime d'assurance maladie obligatoire de base. La CNAM devient donc un régime « fourre-tout » dont il serait utile de délimiter clairement le champ d'application⁵³⁷ ;
- la réduction des charges adjuvantes liées à certaines prestations coûteuses, sans rapport direct avec la prise en charge médicale des évacués, comme le transport et les frais de séjour des accompagnements ;
- la renégociation des conventions avec les prestataires étrangers dans le sens d'une révision de la tarification, des durées d'hospitalisation et de la fréquence des rendez-vous de contrôle⁵³⁸. Des conventions seront également négociées avec d'autres prestataires étrangers pour faire jouer pleinement la concurrence ;
- la mise en œuvre d'une approche de prévention dans le cadre des efforts déployés par le ministère de la Santé⁵³⁹, en vue de réduire la prévalence des maladies chroniques qui vont constituer rapidement un poste de dépenses névralgique pour l'assurance maladie (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, allergie, diabète, etc.).

⁵³⁷ TAQUET. F ALIOU. S, *op.cit* p.4.

⁵³⁸ *Ibid.*

⁵³⁹ Washington, DC. Bilel, S. 2010. *Politiques d'emploi des jeunes dans les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient* (Rapport technique, no 32). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

C. Les obstacles à l'organisation

Le rendement organisationnel de la CNAM est actuellement en butte à plusieurs obstacles majeurs :

- l'absence d'un siège : l'institution ne dispose pas d'un siège pouvant abriter l'ensemble de ses services actuellement éparpillés entre plusieurs locaux en location ;

-l'inadéquation du système d'information : le démarrage précipité des activités de l'institution a eu pour effet de limiter la qualité des choix matériels et logiciels faits au départ, ainsi que les dispositifs de sécurité et d'intégration du système. Cet outil de travail étant une pièce indispensable pour la gestion de toute entreprises digne de ce nom, il est primordial pour la CNAM de se doter d'un système d'information intégré, évolutif et sécurisé. A cet effet, la CNAM a sollicité l'acquisition d'un système d'information performant qui serait financé sur le Budget consolidé des investissements (BCI) ;

- le manque de fiabilité des données de référence : pour le traitement des dossiers concernant l'adhésion, l'actualisation, le remboursement, les évacuations et autres opérations, la CNAM gère quotidiennement des flux d'information provenant de sources multiples⁵⁴⁰. Elle est obligée de reprendre les données relatives à chaque assuré, ce qui engendre inévitablement des erreurs de saisie et une perte de temps énorme. Or, ces données existent déjà dans des fichiers informatiques au niveau des services qui émettent les actes d'état civil ou les états de paiement des assurés. Il suffit tout simplement de mettre la CNAM en phase avec les systèmes d'information des structures concernées pour que la solution soit trouvée. Cette démarche s'adresse notamment aux services d'état civil, à la direction de la solde, à la fonction publique, aux états-majors des forces armées, à la Caisse nationale de sécurité sociale et aux établissements publics. L'interfaçage aura l'avantage, à la fois, de garantir l'uniformité

⁵⁴⁰TAQUET. F, ALIOU.S, *op.cit* p.14.

des données de référence relatives aux assurés, de faire gagner du temps aux différentes parties impliquées et de contribuer en somme à la modernisation de l'Administration

D. Sanction pénale et lutte contre la fraude

Toute personne fausse le principe de solidarité sur lequel repose le système mauritanien d'assurance maladie et son objectif premier qui est de garantir pour tous les assurés un égal accès à des soins de qualité et parce qu'elle risque, dans le long terme, de grever gravement les capacités financières de la caisse.

La France qui dépense plus que 485 Md euros est d'ailleurs gravement touchée par la fraude de la sécurité sociale, or, ne pas respecter ou ne pas faire respecter les règles d'attribution des prestations ou de paiement des cotisations sape la confiance des citoyens dans un système indispensable et légitime⁵⁴¹. La forme de cette sanction pénale contre la fraude en France s'articule sur les points suivants :

- « Procédure pénale
- Contraventions
- Délits d'entremise illicite et d'incitations à la fraude
- Escroquerie
- Délit général de fraude aux prestations sociales
- Fraudes particulières
- Sanctions administratives de la fraude (prestations familiales ou vieillesse) »⁵⁴².

⁵⁴¹Communication - sécurité sociale.fr/ est ce que la sécurité sociale lutte contre la fraude 05/06/2015

⁵⁴² MORVAN. P, *op.cit.*, p.556;

Il faut noter également que « la loi n^o2005-882 du 2août 2005 puis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 et 2011 ont renforcé l'arsenal de la lutte contre la fraude au sens large qui inclut aussi bien la fraude aux prestations que la soustraction frauduleuse au paiement des cotisations »⁵⁴³.

Au cours des dernières années, plusieurs tentatives de fraude ou fraudes avérées ont été décelées sous la forme de fausses factures, de faux actes d'état civil (mariage ou filiation) et quelquefois de faux passeports.

Cependant, ces actions ne peuvent porter leurs fruits que si les autorités émettrices des actes constitutifs des dossiers prennent conscience de la menace que la fraude et la falsification font peser sur l'assurance maladie et s'engagent résolument dans le combat mené contre ces pratiques.

Enfin, la fraude à l'assurance maladie porte atteinte au principe de solidarité collective sur lequel repose le système d'assurance maladie mauritanien en détournant les ressources allouées à l'assurance maladie de leur objectif initial : garantir à tous les assurés un égal accès à des soins de qualité. Elle peut également affecter de manière drastique les finances de la CNAM.

Elle est religieusement, socialement et juridiquement répréhensible, de même qu'elle nuit à l'image de l'assurance maladie et à l'acceptation des prélèvements obligatoires. Au cours des dernières années 2014, 2015 et 2016, plusieurs tentatives de fraude ou fraudes ont été décelées⁵⁴⁴. Elles revêtent la forme de fausses factures, de faux liens de mariage ou de filiation justifiés par des actes d'état civil et quelquefois de faux passeports.

⁵⁴³ MORVANT. P, op.cit, p.557.

⁵⁴⁴ CNAM

II. Défis liés à des facteurs externes à l'activité

La CNAM fait face à des défis importants en rapport avec son champ d'intervention, ses mécanismes de financement et son cadrage stratégique. Ces défis requièrent des actions d'envergure qui dépassent le domaine de compétence de l'institution.

A. Tarification et référentiel thérapeutique

La tarification et le référentiel thérapeutique sont essentiels comme dispositifs de référence, permettant à la fois d'améliorer le niveau de remboursement, de maîtriser les dépenses de santé et de garantir l'accès à des soins de qualité. Or en l'absence d'une tarification nationale des actes médicaux et des médicaments, la CNAM a eu à élaborer une tarification propre à elle. Cette tarification a été établie de façon à offrir plus de moyens au secteur public et à encourager le secteur privé à baisser ses tarifs.

Après quelques années d'activité, l'effet recherché ne s'est pas produit : la baisse des tarifs du privé n'a pas eu lieu et une double tarification a vu le jour au niveau du public⁵⁴⁵, si bien que les assurés préfèrent parfois dissimuler leur livret d'assurance maladie, de crainte de payer plus cher dans les hôpitaux publics que les malades non assurés, tandis que dans le privé, les prix facturés demeurent largement supérieurs aux tarifs de la CNAM, ce qui déprécie le niveau des remboursements des frais de soins.

Il est donc impérieux d'élaborer une tarification des prestations médicales et pharmaceutique à l'échelle nationale, afin de mettre à la disposition de la CNAM une base de remboursement fixe et, partant, une possibilité d'amélioration du niveau de remboursement des frais de soins.

⁵⁴⁵ ONS, *op.cit.*, p.12.

De même, la CNAM n'est pas en mesure de mener un contrôle adéquat des prescriptions médicales en raison de l'absence d'un référentiel thérapeutique. En conséquence, la porte est ouverte aux abus en matière de prescription des soins et à la montée des coûts des prestations. Le contrôle de la qualité des services rendus par les prestataires, ainsi que leur pertinence par rapport à l'état de santé des bénéficiaires, nécessitent la mise en place préalable d'un référentiel thérapeutique.

Il importe à cet égard de mettre donc en place une structure de régulation du système de santé chargée d'élaborer une tarification nationale et un référentiel thérapeutique de nature à favoriser le développement de l'assurance maladie. Cette entité aura également une mission d'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins.

B. Harmonisation des systèmes de protection sociale

Divers systèmes de couverture du risque maladie et de protection sociale sont pratiqués en Mauritanie. Il serait approprié d'engager une vaste réflexion pour en assurer l'harmonie et la cohérence. Vu la portée d'une telle réflexion, son impact sur l'ensemble des composantes du système de santé et ses implications politiques et socioéconomiques, une commission nationale regroupant des représentants des caisses, des ministères de tutelle, des partenaires sociaux et de l'ordre nationale des professions médicales et pharmaceutiques, devrait être mise en place à cet effet.

C. Adoption des nouveaux mécanismes de financements

Le niveau actuel des cotisations ne permet pas d'assurer l'équilibre financier à moyen terme du régime d'assurance maladie. Il convient de souligner à cet égard que le taux de cotisation en vigueur à la CNAM n'a pas été fixé sur la base d'une étude

actuarielle, mais plutôt en convertissant sous forme de cotisations l'enveloppe budgétaire que les pouvoirs publics avaient accordée à la CNAM en 2007.

Une revalorisation des taux de cotisation n'étant pas envisageable dans le contexte actuel, il y a lieu de réfléchir à d'autres formes de financement pour renforcer les ressources financières de l'assurance maladie, comme une taxe sur le tabac ou sur la téléphonie mobile, à l'exemple de ce qui est fait dans d'autres pays.

Section 2. Les enjeux de l'assurance maladie obligatoire en Mauritanie

L'assurance maladie est l'un des mécanismes de protection sociale visant l'accessibilité des prestations des soins de santé. Elle regroupe aussi les risques sanitaires qui sont assurés sur la base des cotisations des membres et de leurs employeurs en plus des subventions gouvernementales.

La Mauritanie a fait le choix d'un régime d'assurance maladie visant à garantir l'accès des moins nantis aux soins essentiels et à développer des mécanismes de solidarité et de partage du risque.

L'objectif visé par les pouvoirs publics est d'arriver graduellement à une couverture universelle de l'ensemble de la population mauritanienne⁵⁴⁶. C'est dans ce contexte qu'est née la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, chargée de la gestion du régime d'assurance maladie. Outre son aspect couverture des soins pour l'ensemble de la population assujettie, elle est sensée forcément réguler le système de santé dans sa globalité, à travers un contrôle efficient de l'impact des ressources qu'elle injecte. L'assurance maladie obligatoire a été instituée pour améliorer l'état de santé des catégories de la population concernées par ce régime. Elle joue également un rôle déterminant dans le financement du secteur de la santé.

L'organisation de l'assurance maladie obligatoire en France est marquée par son origine socioprofessionnelle. Quatre grandes catégories de régime la structurent il s'agit du régime général, du régime social des indépendants, du régime agricole et des régimes spéciaux. Le régime général verse environ 86% des prestations et couvre 87%

⁵⁴⁶ Communication du conseil des ministres 2007, mais cet objectif est loin d'être atteint si le gouvernement de la Mauritanie ne travaille pas sur les infrastructures sanitaires et les ressources humaines en la matière.

de la population⁵⁴⁷. Rappelons que les principes fondamentaux de l'assurance maladie en France et selon l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale, précédemment cité issu de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 sont : - « la nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie »⁵⁴⁸ ;

- indépendamment de son âge et son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ;

- « l'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire »⁵⁴⁹.

Le financement de l'assurance maladie obligatoire est assuré par une retenue sur les salaires bruts et pensions et une contribution patronale en moyenne de l'ordre respectivement de 4% et 5%. Ces fonds sont gérés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, établissement public, confronté aujourd'hui à de difficultés réelles liées à la conjugaison de facteurs internes et externes

Paragraphe 1. Les contraintes au développement de l'assurance maladie obligatoire

Un bilan d'étape de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a permis d'identifier certains facteurs qui, s'ils ne sont pas jugulés rapidement, pourraient empêcher la CNAM d'assurer de manière efficiente les missions qui lui sont dévolues par les pouvoirs publics et conduiraient à terme à un déséquilibre financier. Le système

⁵⁴⁷BRAS. P-I. TABUTEAU. D, *op.cit.*p.28.

⁵⁴⁸ MORVAN. P, *op.cit.*p.183.

⁵⁴⁹*Ibid.*

mauritanien d'assurance maladie doit asseoir des garanties et des principes qui appuient sa philosophie et sa conception.

Au Maroc, d'ailleurs, l'objectif est d'assurer une viabilité aussi durable, cohérente que possible⁵⁵⁰.

L'augmentation vertigineuse des dépenses d'évacuation à l'étranger, d'une part, et le non versement des certains arriérés de cotisation, d'autre part, ont mis, la CNAM dans une situation financière difficile qui a entraîné l'utilisation des fonds de réserve et qui conduira très certainement à moyen terme à un déficit financier.

I. L'Organisation

Les problèmes organisationnels les plus patents sont liés, d'une part, à l'absence d'un siège pouvant abriter l'ensemble des services de la CNAM et, d'autre part, à la qualité du système d'information.

En effet, les différents services de la CNAM sont dispersés ce qui ne favorise pas une utilisation optimale des ressources et induit des charges financières importantes.

De même, la CNAM a très tôt ressenti l'intérêt de disposer d'un système d'information adéquat mais le démarrage précipité de l'institution a eu pour effet de limiter la qualité des choix matériels et logiciels ainsi que les dispositifs de sécurité et d'intégrité du système.

Le système mis en place ne prend pas en charge toutes les fonctions et métiers. Aussi, des craintes subsistent quant à la capacité technique de ce système à prendre en charge la totalité de l'activité de la CNAM.

⁵⁵⁰LAGHOUALI. M, *op.cit* p.144.

Egalement, la gestion de l'espace est un préalable au développement de toute entreprise. De même, le système d'information constitue une pièce fondatrice du système de gestion des organisations.

Dans ce cadre, Il est impérieux pour la CNAM de disposer d'un local adapté et fonctionnel qui puisse permettre l'utilisation optimale des ressources humaines et matérielles. Il est aussi essentiel pour la CNAM de se doter d'un système d'information intégré, évolutif, modulaire et sécurisé.

Les pouvoirs publics ont décidé d'affecter à la CNAM, les locaux abritant actuellement la mission diplomatique chinoise. Il est important que cette décision soit concrétisée.

La CNAM a par ailleurs sollicité le financement sur le Budget consolidé des investissements (BCI) de l'acquisition d'un système d'information.

II. Prise en charge des pathologies lourdes et très onéreuses

Les ressources financières de la CNAM ne lui permettent pas de prendre en charge les pathologies dont les frais de soins sont particulièrement onéreux. Elles doivent être prises en charge financièrement à hauteur d'un plafond par la CNAM, le reste devant être supporté par l'État. Il importe à cette fin d'adopter un instrument juridique fixant les conditions de prise en charge de ces pathologies⁵⁵¹.

La CNAM compte en étroite collaboration avec le ministère de la Santé mener des campagnes de prévention en vue de réduire la prévalence des maladies chroniques :

⁵⁵¹ Proposition faite par la CNAM au ministère de la santé année 2012

cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, allergies, diabète, etc. « Ces pathologies sont effet l'une des causes majeures de l'augmentation du nombre d'Affections de longue durée (ALD) qui constitueront à l'avenir un poste de dépenses névralgique pour l'assurance maladie »⁵⁵².

Paragraphe 2. Les solutions envisagées

Pour remédier aux problèmes ci-dessus évoqués, la CNAM a entrepris un certain nombre de mesures qui doivent être renforcées ou complétées par d'autres.

I. L'adoption de nouveaux mécanismes de financement

Le niveau actuel des taux de cotisation ne permet pas dans le contexte qui prévaut d'assurer l'équilibre financier à moyen terme du régime d'assurance maladie. En effet, il importe de souligner que les taux de cotisation en vigueur à la CNAM n'ont pas été fixés sur la base d'une étude actuarielle mais plutôt en convertissant sous forme de cotisations l'enveloppe budgétaire que les pouvoirs publics avaient en 2007⁵⁵³ accordée à la CNAM.

Il est difficile d'envisager dans le contexte actuel une revalorisation des taux de cotisation mais il est tout aussi urgent, pour pallier aux insuffisances de ressources financières, de réfléchir à l'introduction d'autres formes de financement de l'assurance maladie comme une taxe sur le tabac ou sur la téléphonie mobile à l'image de ce qui est retenu dans d'autres pays.

⁵⁵² Service de contrôle médical de la CNAM

⁵⁵³ Service de gestion CNAM

II. La maîtrise du coût des évacuations

La CNAM a pris conscience de l'utilité d'agir à temps pour maîtriser le coût des évacuations afin d'éviter qu'une hémorragie financière, avec de lourdes conséquences sur l'activité de la CNAM, ne se produise. C'est, à cet effet, que des mesures portant sur différents aspects, ont été prises.

La CNAM a mis en place un système de contractualisation dont le but est d'appuyer les structures de santé nationales afin qu'elles puissent prendre en charge les pathologies actuellement évacuables. Dans ce cadre, elle a signé un contrat programme avec le Centre National de Cardiologie⁵⁵⁴ et, elle est, en négociation avancée avec le Centre National d'Oncologie. Elle est également disposée à contracter avec toute structure publique de santé nationale dont l'activité conduirait à une prise en charge locale des pathologies actuellement traitées à l'étranger.

III. Réduction des charges adjuvantes

La CNAM envisage de réduire certaines prestations coûteuses n'affectant pas directement la prise en charge médicale des assurés évacués tels le transport et le frais de séjour des accompagnants. A cet effet, elle compte réglementer la prise en charge des accompagnants mais elle doit être aidée dans cette action par les professionnels de santé et le Conseil National de Santé.

A. Extension de la couverture d'assurance maladie

La CNAM ne pourra réussir son expérience en matière d'assurance maladie qu'en atteignant une masse critique d'adhérents permettant de faire jouer pleinement le

⁵⁵⁴ Service juridique de la CNAM

partage des risques et de ramener les dépenses fixes à un taux supportable à long terme. Ceci est possible en faisant profiter les autres démembrements de l'État de ses acquis. Ainsi, l'extension de la couverture d'assurance maladie dans un premier temps aux salariés du secteur parapublic devient un impératif pour élargir la base de couverture du régime d'assurance maladie obligatoire et donc réduire le coût des soins.

B. Le recadrage stratégique

La CNAM est aujourd'hui confrontée à un ensemble de déficits liés aux capacités opérationnelles et d'exécution par rapport au plan initialement tracé, au manque de cadrage stratégique par rapport aux actions du ministère de la Santé et au manque de visibilité sur son périmètre stratégique. Ces défis doivent être levés pour que la CNAM puisse évoluer en harmonie avec son environnement. Ceci suppose un recadrage et la mise en place d'une nouvelle feuille de route claire et détaillée. Il importe donc, à ce niveau, de réaliser un bilan stratégique et opérationnel ; de faire une revue des priorités sectorielles et d'adopter un plan de ré-impulsion du développement de la CNAM dans le cadre d'une politique d'accès à la santé cohérente avec en parallèle le lancement d'un programme de renforcement des institutions sanitaires. Pour réaliser ce vaste chantier qui permettra de remettre la CNAM sur la trajectoire initialement tracée et de lui donner une nouvelle impulsion, il importe d'engager une expertise spécialisée dans ce genre d'activité. L'objectif de cette recherche: est de procéder à un état des lieux de différents régimes de sécurité sociale afin de mieux comprendre les aspects juridiques, techniques et institutionnels sur ces régimes notamment le régime d'assurance maladie.

De manière spécifique, il s'agira donc de faire un audit juridique en vue d'aboutir à des propositions concrètes de solutions aux différentes difficultés qui se posent à l'opérationnalisation des activités de la CNAM⁵⁵⁵.

La CNAM a souhaité un audit de ses activités avec les axes de réflexion suivants :

- revoir les règles en matière de recouvrement des cotisations du secteur parapublic en prévision de l'extension au secteur privé⁵⁵⁶ ;
- créer un arsenal juridique permettant de lutter contre la fraude à l'assurance maladie⁵⁵⁷ ;
- créer une tarification nationale des prestations et actes médicaux opposables à l'ensemble des structures sanitaires⁵⁵⁸ ;
- réviser le statut juridique de la CNAM compte tenu de son caractère hybride⁵⁵⁹ ;
- étudier les modes de financement actuel de l'assurance maladie et explorer les stratégies de financements alternatifs afin de prévenir les déséquilibres⁵⁶⁰ ;
- réduire les évacuations.

En définitive, il appartiendra naturellement à la CNAM d'apprécier l'opportunité de la mise en œuvre dans les formes qui lui conviendrait.

Selon l'ordonnance n°2005-006 du 29 septembre 2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie, il est institué un régime d'assurance maladie de base obligatoire

⁵⁵⁵FRANÇOIS T, ALIOU S, Etude relative à la réalisation de l'audit juridique de la CNAM, Nouakchott, 2013, p.8.

⁵⁵⁶*Ibid.*

⁵⁵⁷*Ibid.*

⁵⁵⁸*Ibid.*

⁵⁵⁹*Ibid.*

⁵⁶⁰*Ibid.*

fondé sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques au profit des personnels ci-dessous et leurs ayants droit.

C. Mode de financement

Selon les données que nous avons obtenues, la population cible de la CNAM, avant son extension aux établissements publics, était estimée à près de 300.000 personnes. En juin 2013, la population assurée à la CNAM était de 10.019 personnes bénéficiant de l'assurance maladie dont 2911 assurés principaux et 7.108 ayants droit (enfants et conjoints) mais avec aussi près de 289.283 dossiers d'affiliés à traiter à l'avenir. Sur le plan financier, la CNAM disposait d'un budget annuel de l'ordre de huit milliards d'UM dont 30% pour le fonctionnement, 25% pour la prise en charge des évacuations à l'étranger et le reste pour la prise en charge des soins au niveau national⁵⁶¹.

Cependant l'on notera que ces chiffres sont antérieurs au décret 2012-261 du 30 août 2012 ayant étendu le régime à de nouvelles catégories de personnes⁵⁶². On peut

⁵⁶¹ THIAM CHEIKH, OULD SIDI. SIDI MOHAMED, *La Protection Sociale en Mauritanie*, .mission parlementaire.2011. p. 36.

⁵⁶² La situation n'est pas ici très claire. La loi n° 2010-018 du 3 février 2010 édicte que : « l'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de rémunération ou de revenu des personnes assujetties. Pour les groupes I, II et IV [c'est-à-dire, parlementaires, fonctionnaires et agents de l'Etat (groupe I), personnel des forces armées en position d'activité (groupe II), employés des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et personnes morales de droit public (groupe IV)], la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par les salariés y compris les indemnités et primes. Pour les groupes III et V [c'est-à-dire aux titulaires de pension de retraite de parlementaire, et aux titulaires de pensions de retraite, civiles ou militaires issus des groupes I et II (groupe III) et aux titulaires des pensions de retraite des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit public (groupe V)] la cotisation est assise sur le montant global de l'ensemble des pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayant cause servies par les régimes de retraite de l'assuré, à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe. Pour le groupe VI [c'est-à-dire, et sous réserve de leur demande, les membres des ordres professionnels légalement reconnus], la cotisation est assise sur la base d'un revenu professionnel dont le montant est fixé par décret. Enfin, la loi du 7 février 2012, portant extension du régime aux employés des sociétés privées, aux journalistes de la presse privé

aujourd'hui davantage considérer que la CNAM devrait couvrir environs 10% de la population. Les ressources du régime d'assurance maladie sont constituées par :

Les cotisations prévues par l'ordonnance n°2005-006 portant institution d'un régime d'assurance maladie et les majorations, astreintes et pénalités de retard qui leurs sont éventuellement appliquées ;

- les produits financiers
- le revenu des placements et valorisation des fonds
- toutes autres ressources attribuées au régime d'assurance maladie de base en vertu de législation ou de réglementation particulières
- les subventions, dons et legs.

Enfin, « Le principe de la TVA sociale est d'augmenter le taux de TVA pour financer la protection sociale. Actuellement, le taux de TVA moyen est de 14%. Un taux plus élevé (18%) s'applique sur les produits pétroliers et les services de télécommunications. A titre indicatif, la TVA mauritanienne correspondait à environ 22,4 % des recettes budgétaires de l'année 2012⁵⁶³ ».

et à d'autres groupes professionnels dispose dans son article 2 dernier alinéa que «l'assiette de cotisation ainsi que les différentes étapes de son application sont fixées par décret».

Mais là où la situation devient complexe, c'est que l'arrêté conjoint du 2025 du 14/11/2010 « fixant les modalités de versement des cotisations à l'assurance maladie, des majorations et pénalités de retard », édicte le point suivant dans son article 2 relatif à l'assiette des cotisations dues : « les cotisations ainsi que la part patronale sont dues pour chaque mois au cours duquel se situent une période de services effectifs, une période de congés rémunérés, ou toute autre période pour laquelle l'employeur est tenu au paiement de tout ou partie de la rémunération ». Et à l'article 3 d'ajouter : « par rémunération, on entend la somme brute représentative des salaires, indemnités et primes versées au travailleur en contrepartie du travail fourni. L'ensemble de ces sommes constitue l'assiette des cotisations à l'assurance maladie ».

⁵⁶³ TAQUET. F, SALL. A., *op.cit*, p.113

Dans sa première phase, à partir de son démarrage effectif en 2007, le régime d'assurance maladie s'est limité aux catégories socioprofessionnelles les plus structurées du point de vue de l'organisation administrative et de la régularité des revenus car la gestion de l'assurance maladie suppose une cotisation permanente et garantie à travers une adhésion obligatoire et un prélèvement à la source des salaires.

Pour les fonctionnaires, agents de l'État, parlementaires et personnels des forces armées en activité ainsi que les personnels des établissements publics, la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par les salariés, y compris les indemnités et les primes.

Pour les titulaires de pensions de retraite civiles et militaires, elle est assise sur le montant global de l'ensemble des pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité, servies par les régimes de retraite de l'assuré, à l'exception de la pension de retraite complémentaire.

Les cotisations au régime d'assurance maladie sont engagées et ordonnancées, mandatées et payées mensuellement par les services concernés concomitamment avec les traitements, salaires et pensions.

Le taux de cotisation à la CNAM est fixé par décret et doit être calculé de manière à assurer l'équilibre financier des opérations relatives à chacun des groupes assujettis, en tenant compte des sommes soumises à cotisations, des charges des prestations, des coûts de gestion administrative et du prélèvement pour chacun des groupes d'assujettis ainsi que pour alimenter les réserves prévues.

Lorsque les contraintes de l'équilibre financier du régime de base l'exigent, la cotisation peut être modulée entre les groupes d'assujettis, et, répartie entre ces groupes et l'État. En cas de déséquilibre, le réajustement est opéré par décret

Notons que la plus grosse contribution financière à la CNAM est fournie par l'État en sa qualité d'employeur.

La CNAM en tant qu'organisme gestionnaire est tenue d'appliquer un plan comptable spécifique, en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur. Il tient une comptabilité séparée pour chaque groupe d'assurés⁵⁶⁴.

D. Quelques réalisations de la CNAM

Au vu des enjeux et de l'orientation de la politique nationale en matière de protection sociale, la CNAM est toujours amenée à jouer un rôle très important de par son expertise et sa position dans cette thématique. Il importe qu'elle puisse profiter de toutes les opportunités afin de l'amener à accompagner durablement et efficacement la protection sociale devant s'orienter à moyen et long terme vers l'universalisation de l'assurance maladie⁵⁶⁵

Depuis le démarrage de ses activités, la CNAM s'est attelée à réaliser les objectifs qui lui sont assignés à savoir les opérations d'immatriculation des bénéficiaires, du remboursement des frais pharmaceutiques, des prises en charges pour des hospitalisations dans les structures médicales nationales ou des évacuations à l'étranger.

⁵⁶⁴ Cependant, il est utile de se demander si cette situation est favorable à la CNAM. En droit comparé, et plus spécifiquement dans le droit français (V. CSS art L 221-1 relatif à la CNAM des travailleurs salariés) les missions des caisses (qui constituent des EPA) sont limitées et ne s'étendent certainement pas à l'exercice d'une quelconque activité commerciale ou lucrative. Les caisses ne disposent pas en outre des compétences pour exercer des actions qui ne rentrent pas dans leur objet. Il est donc souhaitable à notre avis de préciser les dispositions de l'article 7 de l'ordonnance 2005-006 afin d'éviter toute dérive aux conséquences juridiques très difficiles pour l'application de la règle de droit.

⁵⁶⁵ FRANÇOIS T, ALIOU. S, *étude relative à la réalisation de l'audit juridique de la CNAM*, Nouakchott, septembre 2013, p.19.

Dans ce cadre, la CNAM a signé des conventions avec plus de 714 structures médicales et pharmaceutiques, en plus de 64 centres de santé et 450 postes de santé, couvrant ainsi l'ensemble du territoire national. Concernant les évacuations sanitaires, elle a signé des conventions médicales avec 13 structures médicales couvrant le Maroc, la Tunisie, le Sénégal et la France.

La population cible de la CNAM avant son extension aux établissements publics est estimée à 250.000 personnes. En juin 2010,, la population assurée à la CNAM se chiffrait à 43.000 assurés principaux soit plus de 165.000 personnes ce qui représente près de 6% de la population. En 2016 plus de 325 000 personnes sont assurées à la CNAM.

Sur le plan financier, la CNAM dispose d'un budget annuel de l'ordre de 5 milliards d'UM dont 30% pour le fonctionnement, 25% pour la prise en charge des évacuations à l'étranger et le reste pour la prise en charge des soins au niveau national⁵⁶⁶.

1. Les prestations couvertes et taux de couverture

Le régime d'assurance maladie de base garantit pour les personnes assujetties, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

Il est à signaler que les risques liés aux accidents du travail et les maladies professionnelles demeurent régis par les dispositions de la loi 67/39 du 3 février 1967 instituant un régime de sécurité sociale en Mauritanie. L'assurance maladie gérée par

⁵⁶⁶ En effet, la modification apportée au décret 2006-135 à travers le décret 2012-213 du 27/08/2012 modifiant et complétant certaines dispositions du décret 2006-135 du 7/12/2006 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un établissement public dénommé «Caisse Nationale d'Assurance Maladie», oriente substantiellement la nature juridique de la CNAM. En clair, ce nouveau dispositif réglementaire permet à la CNAM d'avoir des participations financières dans le capital de certaines entreprises (article 11 nouveau du décret précité). Cette disposition envisage la délibération du Conseil d'administration sur :Les participations financières ;L'exercice de toute activité commerciale ou lucrative.

la CNAM donne droit au remboursement ou la prise en charge directe des frais de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire et afférents aux prestations suivantes :

- les soins ambulatoires : prévention, consultation, traitement et services auxiliaires.
- les soins hospitaliers : consultations, chirurgie, traitements non chirurgicaux, médicaments pendant le séjour hospitalier.
- Les médicaments listés.
- les évacuations pour soins nécessaires listés.

Sont exclues du champ des prestations garanties par le régime d'assurance maladie de base, les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, et, en général, les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ou traditionnelle.

2. taux de couverture

Il convient que la CNAM puisse dans ses activités, bénéficier d'un renforcement de la souplesse de la gestion des activités et programmes. Cela est de nature à contribuer grandement à ses objectifs de remboursement des prestations et renforcement de l'offre de la qualité des soins dans le pays⁵⁶⁷ :

Hospitalisations 90%, à noter que la part payée par l'assuré ne peut dépasser 10 000 UM par hospitalisation ; Consultations 80% ; évacuations 100% ; médicaments 67%,

⁵⁶⁷ Proposition de texte, dans le cadre d'un amendement par la loi . L'article 7 de l'ordonnance n^o 2005-006 du 29 septembre 2005 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes : l'amission de l'organisme gestionnaire consiste à : Assurer les conditions d'équilibre financier du régime d'assurance maladie de base ; Améliorer l'offre des couvertures sanitaire aux assurés ; Promouvoir les actions de prévention d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de citoyens ; Contribuer à optimiser les services des prestations du service de la santé ; Contrôler l'allocation des ressources aux prestataires ; Diriger le contrôle médical ; Assurer le contrôle et les recouvrements des cotisations.

mais l'assuré ne paye pas plus de 1500UM par médicament ; examens biologiques 80% ; examens radiologiques 80% Affection de longue durée Exonération partielle ou totale, selon une procédure spécifique ; rééducation fonctionnelle 90%.

Cependant, une hypothèse juridique est envisageable et offrirait plus de souplesse à la CNAM dans la gestion de ses ressources : le cas échéant, la CNAM aurait la latitude d'accomplir des opérations financières avec des partenaires privés pouvant renforcer aussi l'offre de la qualité des soins en Mauritanie⁵⁶⁸.

3. Conditions et modalités de remboursement ou de prise en charge

Le régime d'assurance maladie garantit le remboursement ou la prise en charge directe de tout ou partie des frais de soins par l'organisme gestionnaire, l'autre partie restant à la charge de l'assuré. Celui-ci conserve la liberté de souscrire un régime complémentaire d'assurance maladie, en vue de couvrir les frais restant à sa charge. Toutefois, en cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération totale ou partielle.

La liste des maladies dites exonératoires sont les suivantes :

- Diabète ;

⁵⁶⁸ Toutefois, il est un point à envisager dans le cadre de l'EPIC. Peut-on permettre à une caisse de sécurité sociale d'accomplir des opérations financières avec n'importe quel opérateur privé? Au cours de nos rencontres, a été soulevé le cas de l'investissement de la CNAM dans une usine de sucre ! Est-ce l'objet d'une caisse de sécurité sociale d'investir dans une entité de ce type ? A une heure, où la plupart des pays montrent une volonté de lutter contre l'obésité, n'y a-t-il pas en outre un certain paradoxe à procéder à un tel investissement ? Quelles seraient les conséquences pour la CNAM et aux yeux des adhérents, d'une éventuelle déconfiture de l'entreprise où l'organisme a investi de l'argent ? Toutes ces questions doivent évidemment entrer en ligne de compte avant de choisir un statut ! Il convient donc, à notre avis de fixer des gardes fous, des limites aux participations financières ou à l'exercice d'activité commerciale et lucrative en prévoyant que ces activités doivent avoir un rapport direct, connexe ou complémentaire avec l'objet ou les missions de la caisse (modification de l'article 11 du décret n° 2006-135 du 7 décembre 2006 lui-même déjà modifié par le décret n° 2012-213 du 27 août 2012)

- Hypertension artérielle ;
- Epilepsie ;
- Drépanocytose ou thalassémie,
- Asthme ou broncho-pneumopathie chronique ou obstructive ;
- Mucoviscidose ;
- Maladies dégénératives du système nerveux ;
- Psychoses;
- Dialyse rénale ;
- Sclérose en plaque;
- Affections malignes si l'évacuation n'est plus nécessaire.

Dans tous les cas, la facturation des prestations de soins doit être établie suivant les règles définies par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances et de la Santé sur proposition de l'organe délibérant de l'organisme gestionnaire. Le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'organisme gestionnaire est effectué :

- à l'acte, sur la base des nomenclatures des actes professionnels fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé ;
- sous forme de forfait, par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- sous forme de dotation globale ou prépaiement ;
- sous forme de capitation.

La tarification nationale de référence pour le remboursement ou la prise en charge des prestations de santé et pour les médicaments est fixée :

- par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances et de la Santé ;
- par voie de convention négociée en application des dispositions des textes en vigueur.

Pour les appareillages et dispositifs médicaux, les tarifs nationaux de référence sont approuvés par les ministres chargés des Finances et de la Santé sur proposition de l'organe délibérant de l'organisme gestionnaire. Les prestations garanties au titre de

l'assurance maladie de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits ou exécutés sur le territoire national.

Les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de la CNAM peuvent être également admises, lorsque le bénéficiaire fait l'objet d'une évacuation sanitaire à l'étranger, faute de pouvoir recevoir en Mauritanie les soins appropriés à son état. Dans ce dernier cas, le remboursement ou la prise en charge demeure subordonné à l'accord préalable de l'organisme assureur. L'assuré conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé, du pharmacien et, le cas échéant du paramédical et du fournisseur des appareils et dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, sous réserve des mesures de régulation fixées par les textes relatifs à l'assurance maladie.

4 .Extension de la couverture

La loi n° 2010/018 du 3 février 2010 portant modification de l'ordonnance 0062005 du 29 septembre 2005 a étendu le régime d'assurance maladie de base obligatoire aux personnels des établissements publics, sociétés à capitaux publics et personnes morales de droit public.

5. Catégories couvertes

Aux termes de la loi n° 2010/018 du 3 février 2010 sont couverts par l'assurance maladie les groupes suivants :

- personnels permanents des établissements publics et sociétés à capitaux publics ;
- employés permanents des personnes morales de droit public ;
- retraités des catégories précitées;
- membres des Ordres professionnels (à leur demande) ;
- ascendants du bénéficiaire.

6. Taux de cotisation

Les agents comptables des établissements publics, des sociétés à capitaux publics, des personnes morales de droit public sont tenus de procéder aux précomptes de :

- « 4% sur toutes les rémunérations brutes (salaires et indemnités fixes) des salariés affiliés au régime d'assurance maladie ;
- - 5% à titre de cotisation patronale calculée sur la base de la masse globale des rémunérations versées aux intéressés ;
- - 2,5% pour les retraités de ces catégories »⁵⁶⁹.

7. Objectifs de la couverture

L'extension du champ de couverture de la CNAM en matière de risque maladie serait une action dont l'impact positif est certain tant au niveau de l'amélioration qualitative des prestations à fournir en local et à l'étranger qu'au niveau de la réalisation tant attendue d'une tarification unifiée pour tous les prestataires publics et privés dans l'optique d'une régulation progressive de ce marché. Cette ambition requiert certes des moyens et des compétences appropriés pour sa mise en application et que seule une mise en commun des fonds des structures publiques peut garantir et pérenniser. A la réalisation de cette unification de moyens et de savoir-faire, ce nouveau processus donnera des résultats satisfaisants. L'aval et l'engagement des pouvoirs publics aidant une telle extension contribueraient certainement à :

- la réalisation d'une meilleure prise en charge des assurés, à travers une mise en commun des ressources publiques, afin d'optimiser l'allocation par une meilleure affectation de ces ressources⁵⁷⁰ ;
- l'accroissement des performances des services de la CNAM, seul opérateur dont le but est de prendre en charge les soins médicaux de ses assurés tout en contribuant à rendre disponible l'instauration et/ou l'amélioration des infrastructures socio-sanitaires du pays. Aussi, l'appropriation d'un système

⁵⁶⁹ Ordonnance 006 du 29 septembre 2005, instituant un régime d'assurance maladie obligatoire en Mauritanie

⁵⁷⁰ Caisse nationale d'assurance maladie en Mauritanie service juridique, rencontre avec le conseiller juridique de la CNAM dr Moktar fall ould Mouhamedou. février 2015.

d'information performant avec des règles de gestion stricte pour lutter contre la fraude, s'impose dans l'immédiat⁵⁷¹ ;

- la contribution effective aux efforts d'amélioration de l'offre de soin locale, au double plan quantitatif et qualitatif ;
- une meilleure organisation de la prise en charge des affections de longues durées ;
- la mise à contribution des acquis en matière de bonne gouvernance ;
- la reconsidération en termes d'amélioration globale ou globalisante des différents axes d'organisation de la couverture socio –sanitaire en Mauritanie⁵⁷² ;
- l'instauration d'une véritable synergie entre tous les intervenants pour une gestion concertée des différents axes d'intervention en matière de couverture sociale.

8. Contraintes et axes de réformes

Il est utile de se demander si cette situation est favorable à la CNAM. En droit comparé, et plus spécifiquement dans le droit français (V. CSS art L 221-1 relatif à la CNAM des travailleurs salariés) les missions des caisses (qui constituent des EPA) sont limitées et ne s'étendent certainement pas à l'exercice d'une quelconque activité commerciale ou lucrative. Les caisses ne disposent pas en outre des compétences pour exercer des actions qui ne rentrent pas dans leur objet. Il est donc souhaitable à notre avis de préciser les dispositions de l'article 7 de l'ordonnance 2005-006 afin d'éviter toute dérive aux conséquences juridiques très difficiles pour l'application de la règle de droit⁵⁷³.

⁵⁷¹CNAM

⁵⁷²CNAM

⁵⁷³ TAQUET. F, SALL. A, Etude relative à la réalisation de l'audit juridique de la CNAM, Nouakchott, 2013, p.16.

Auparavant, la médecine du travail était une mission confiée provisoirement. Le régime d'assurance maladie a été institué pour améliorer l'état de santé des fonctionnaires, des militaires, et des parlementaires mauritaniens. Il se trouve confronté, après bientôt huit années de fonctionnement et malgré l'apport considérable de cette mesure sur le bien être des assurés couverts, à certaines difficultés majeures.

Il est vrai que la mise en place d'une nouvelle couverture entraîne inéluctablement un risque lié au comportement humain. Ajouter à ce phénomène d'autres éléments exogènes à l'organe gestionnaire tels que l'absence de médicaments génériques, la pratique de certains praticiens, il en découlera, une inflation des dépenses de santé que subira l'assuré lequel supporterait en définitive 60% des dépenses moyennes de soins alors que l'étude de faisabilité, tablait sur une prise en charge moyenne, toutes prestations confondues aux alentours de 70%. Pour les médicaments les taux de prises en charge prévus sont de 70%, la réalisation est de 40%.

Il est constaté que la couverture du risque maladie a raté un de ses objectifs primordiaux à savoir faciliter l'accès à des soins de qualité des personnes couvertes et améliorer leur état de santé Concernant l'extension de la couverture du risque maladie aux travailleurs des entreprises publiques, il y'a lieu d'affecter à la CNAM la contribution actuelle de 2%, prévue initialement pour couvrir les prestations de la médecine de travail.

Dans ce cadre, il est conseillé d'éviter les erreurs passées de certains pays qui ont préconisé la gestion de la couverture maladie par les organismes d'attache du travailleur notamment quand la couverture est similaire.

Cette appréciation s'argumente :

- vis-à-vis de l'organe gestionnaire, par une mutualisation du risque maladie qui assure une meilleure répartition des charges entre tous les assurés et permet d'équilibrer le régime par un taux de cotisation plus faible.

- vis-à-vis de l'assuré, l'organe unique de gestion permet d'instaurer une équité de traitement entre tous les bénéficiaires.

IV. Suggestion sur l'Assurance Maladie gérée par la CNAM

Afin de remédier à certaines erreurs d'appréciation et en vue d'atteindre les aspirations des bénéficiaires, les mesures suivantes sont recommandées :

1. L'Adoption d'une Tarification Homogène

Il y'a lieu de proposer des approches permettant à la CNAM de remplir avec efficacité sa double fonction de financement durable des prestations de soins aux assurés et ayants droit et de régulation du secteur en vue d'une amélioration continue de la qualité des soins, des performances du système de santé et de l'amélioration de la santé des populations. Ceci passera nécessairement par l'adoption d'une tarification objective et tenant compte du coût réel des actes. Au regard des contraintes posées par l'environnement juridique applicable aux personnes morales, le maintien des textes en l'état risque de causer de grosses difficultés à la CNAM, notamment dans la gestion des ressources et plus particulièrement avec la gestion de ses fonds par des organismes tiers⁵⁷⁴.

L'élaboration de dispositions réglementaires complémentaires s'impose. En effet, la CNAM a adopté une tarification assez éloignée de la réalité. Elle est assez avantageuse pour le secteur public et demeure très en deçà du coût que pratique le privé, contraint de tenir compte au niveau de sa tarification et de ses investissements et de l'amortissement de son matériel.

⁵⁷⁴ TAQUET F, SALL A., *op.cit* .p.74.

C'est ainsi que le public continue à sur - prescrire pour profiter du niveau élevé de la tarification, au point que le ticket modérateur, restant à la charge de l'assuré, devient exorbitant, dépassant même souvent le tarif social pratiqué pour les indigents.

Le privé, quant à lui, se trouve totalement et injustement exclu du système. C'est devant cette situation déplorable et à géométrie variable, qu'il est primordial, voire vital, pour la CNAM, d'adopter une tarification objective, intégrant l'ensemble des déterminants du coût, pour assurer une meilleure équité devant l'accessibilité aux soins, tout en permettant un meilleur recouvrement des coûts aussi bien pour le public que pour le privé.

2. La Généralisation du Tiers Payant

Les statistiques de la CNAM montrent que :

- 80% des demandes de remboursement en ambulatoire ont un coût en dessous de 5.000 UM.
- 65% des sinistres ont un niveau de remboursement inférieur à 2000UM.
- les produits que prélèvent les banques sur les virements au profit des assurés, dépassent parfois 5% du taux de remboursement.
- le coût global de l'ambulatoire est 3 fois moins élevé que celui du tiers payant, alors que le coût opérationnel est exactement l'inverse, pour un service rendu, peut être largement en deçà des espérances.
- le coût de déplacements des assurés coûte 10 à 50% du niveau de remboursement attendu ; la disparité des taux de remboursements pour un même type de prestations traduit un système à géométrie variable.

C'est pourquoi, il serait utile, voire vital, de proposer un système de Tiers payant généralisé pour contourner toutes les difficultés évoquées ci -dessus et répondre ainsi aux attentes des citoyens.

Mais aussi, il est à signaler, que la CNAM est dans l'illégalité en continuant, malgré les dispositions du décret fixant les taux de couverture et les modalités de remboursement des prestations de soins par la Caisse nationale d'assurance maladie

(CNAM), à pratiquer le tiers payant seulement pour tous les actes et prestations ambulatoires réalisés dans le public. La généralisation du mode tiers payant rétablirait cette grave violation au cadre légal. En effet « le remboursement ou la prise en charge demeure subordonné à l'accord préalable de l'organisme assureur, selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire »⁵⁷⁵.

3. Élargir la couverture aux veuves

Les veuves sont exclues du régime de l'assurance maladie bien qu'elles y cotisent. Il s'agit de proposer un amendement de la loi pour intégrer une population fragile ainsi que les enfants.

4. Élargir la couverture à des groupes structurés et vulnérables : étudiants et Diplômés chômeurs

Les étudiants et les diplômés chômeurs ne bénéficient, à ce jour, d'aucune protection sociale. La feuille de route d'extension graduelle vers l'assurance maladie universelle doit prévoir l'intégration rapide de ces groupes à la branche maladie, mais à l'assurance chômage aussi pour ceux des diplômés ayant déjà exercé une activité génératrice de revenus. Les modalités du versement et du niveau des prestations feront l'objet d'une étude ciblée.

5. Proposer une amélioration de la prise en charge des diplomates

Les textes stipulent que la prise en charge des frais médicaux des diplomates se fait sur la base des tarifs nationaux. Il conviendrait désormais de proposer une prise en charge d'une catégorie, dont le coût de soin est indexé forcément sur le coût de la vie du pays d'accueil. On peut penser à une assurance privée internationale pour tenir compte des spécificités de chaque pays, ou permettre, à travers un accord avec l'établissement local gestionnaire du régime de la branche maladie et à chaque fois que cela est possible, une prise en charge locale.

⁵⁷⁵ TAQUET. F, SALL. A, *op.cit.* p.76.

6. Amélioration de la prise en charge des personnes souffrant de pathologies dites de longues durées

Les porteurs de pathologie chronique doivent être pris en charge d'une manière spécifique et plus souple, à travers une mise à disposition des médicaments vitaux ou une prise en charge en mode tiers payant et totalement⁵⁷⁶. A ce propos, tous les pays voisins et la France permettent une prise en charge totale d'un certain nombre de pathologies chroniques, répondant à leur profil de santé. Il nous semble important de revoir la liste de ces maladies, afin de les adapter à notre contexte, en y intégrant un certain nombre de maladies infectieuses et coûteuse, comme l'hépatite B.

7. Organisation de l'offre de soin

Soulager la pression exercée sur le tertiaire en proposant un système d'incitation au respect de la pyramide de soins est une nécessité :

- encourager les prestataires de Soins à prescrire les médicaments génériques : pour assurer une meilleure traçabilité des médicaments et permettre leur procuration à moindre coût, il faut encourager efficacement et durablement l'importation des médicaments génériques.
- référentiel Thérapeutique : appropriation d'un cadre normalisé pour une prescription adaptée et optimale à chaque type de pathologie.
- améliorer le plateau technique national : l'appui des structures locales, à travers les contrats programmes déjà convenus avec le Centre d'Oncologie et le Centre de Cardiologie, ont été plus que décevants⁵⁷⁷. Il faut désormais réfléchir à une solution alternative et à portée plus large, afin d'améliorer le plateau technique national et diminuer l'hémorragie financière que constituent les évacuations.
- procéder à une nouvelle évaluation actuarielle

⁵⁷⁶ Service de contrôle médical de la CNAM

⁵⁷⁷ Service juridique de la CNAM

La situation actuelle permet, contrairement à l'étude réalisée avant la mise en place du régime, de mieux mesurer le comportement des assurés et fixer ainsi avec moins de crédulité l'avenir financier du régime d'assurance maladie.

- adopter un statut : la CNAM souffre des incohérences de son statut actuel. Elle a chargé un consultant de rédiger un statut en intégrant une dose de performance. Les résultats de l'étude doivent être restitués dans les années qui viennent.
- organisation cible : l'organisation actuelle est boiteuse. Elle présente :
 - des activités du même type appartenant à des services différents.
 - des services regroupant trop de choses et d'autres, dont la mission est approximative ;
 - absence du manuel de procédures et des fiches de poste : la CNAM réfléchit aujourd'hui à un organigramme plus à même de répondre à ses missions, et à la prise en compte de son évolution future.
 - système d'information : en effet, la CNAM gère son activité selon plusieurs systèmes non intégrés. Même si elle a su jusqu'ici, tant bien que mal, faire face à la gestion opérationnelle⁵⁷⁸ de son métier, il est stratégique, voire primordial, d'acquiescer un système intégré et évolutif pour faire face aux écueils et embûches futurs.
- décentralisation

La décentralisation doit être effective, pour améliorer le service de base et rendre un service de proximité au citoyen.

⁵⁷⁸ Sous ce point de l'opérationnel juridique, il sera question des thématiques de l'affiliation, du recouvrement et des prestations assurées. Au niveau de l'affiliation, les propositions stratégiques concernent les points ci-dessous :

- ↳ La délivrance des prestations par la caisse principale ;
- ↳ La prévision de règles de contentieux en matière d'assujettissement ;
- ↳ Instaurer un délai de carence ;
- ↳ Assouplir les dispositions de l'article 25 de l'ord. n° 2005-006 ;
- ↳ Revoir le maintien des droits.

Paragraphe 2. La nature de la prise en charge gérée par la CNAM

Le décret 2005-046 du 27-5-05 lancé le projet chargé de la mise en place de la CNAM qui a été effectivement instituée par l'ordonnance 2005-06 du 29 septembre 2005 suivi du décret 200-135 du 07 décembre 2006, créant un établissement public dénommé Caisse nationale d'assurance maladie.

La création d'une telle institution vient en réponse à la situation sanitaire nationale qui se caractérise par un accès limité des populations aux services de santé dû essentiellement à l'insuffisance des structures sanitaires et au coût financier des prestations hors de portée des franges les moins nanties de la population.

C'est devant cette situation de désengagement prouvé de l'État que l'institution d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour les fonctionnaires et les agents contractuels de l'État est devenue une chose indispensable afin de contribuer à plus de transparence dans la gestion du régime de protection sociale des travailleurs du secteur public.

Pour bénéficier des prestations fournies dans le cadre du régime d'assurance maladie obligatoire de base, l'assuré et ses ayants droits doivent être d'abord affiliés et déclarés à la Caisse Nationale d'assurance maladie avec à la charge de l'employeur, de mise mensuellement à la disposition de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de tout nouveau élément d'immatriculation et tout changement intervenu dans la situation de son personnel (naissance, décès, divorce, etc.).

Aussi, la CNAM aura pour mission principale d'appuyer les prestataires à travers la prise en charge des soins médicaux de ses assurés. Ce lien entre la Caisse et le prestataire est matérialisé par une convention définissant les droits et obligations de chacune des parties.

Les professionnels de Santé concernés sont, au niveau national : 714 structures de santé conventionnées dont:

- 15 Hôpitaux et Etablissements publics
- 15 Cliniques privées
- 24 Cabinets médicaux
- 103 Pharmacies et dépôts...

- 13 structures de santé à l'étranger conventionnées (Maroc, Tunisie, Sénégal et la France).

I. Champ d` Application

Il s'agit de présenter les bénéficiaires de ce régime et les dispositions de l'ordonnance 2005 –006 du 29 septembre 2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie qui sont modifiées ou complétées.

A. Les bénéficiaires (anciennes réglementations)

Comme nous l'avons déjà dit la Mauritanie a institué un régime d'assurance maladie de base fondé sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation de risques pour les personnels suivant :

fonctionnaires et agents de l'État ; parlementaires (groupe1) et les forces armées en position d'activité (groupe2) et aux titulaires de pensions de retraites civiles ou militaires issus de groupes 1 et 2 (groupe3), art. 2 de l'ordonnance 006/2005.

Bénéficient du régime d'assurance maladie prévu par la présente loi :

- l'assuré social.
- Le conjoint de l'assuré.
- les enfants de l'assuré, âgés de 21 ans au plus.

- les enfants de l'assuré, sans limite d'âge, atteints d'un handicap les empêchant d'exercer une activité rémunérée.

B. La nouvelle extension

L'assurance maladie en Mauritanie s'adapte aux impératifs d'universalisation progressive et de viabilisation du service à long terme. Elle propose à cet effet l'extension de la couverture d'assurance maladie réservée dans un premier temps aux salariés des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et d'autres personnes morales de droit public.

II. La promotion de la santé par le biais de l'assurance maladie

La Mauritanie vit une situation sanitaire complexe. Malgré les efforts fournis par le système de santé, le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles et la forte mortalité touchant plus particulièrement les prises en charge par les services de santé et de soins constituent de véritables problèmes auxquels la Mauritanie doit efficacement s'attaquer pour assurer aux populations un meilleur cadre de vie. L'adoption en 2005 d'une politique de santé 2006-2015 axée autour des objectifs du Millénaire pour différentes évaluations du secteur s'accordent sur la faiblesse de la réponse sectorielle avec une insuffisance de l'accès, de l'utilisation et de la qualité des services essentiels de santé⁵⁷⁹. Des soins de santé primaires qui soient abordables et accessibles à tous constituent des éléments fondamentaux pour le développement humain. Ils sont à raison considérés comme un objectif prioritaire des OMD. Cependant, une proportion importante de la population d'Afrique n'y a pas accès soit

⁵⁷⁹ Ministre de la santé, stratégie nationale de promotion de santé, Nouakchott, février 2012. P.6.

parce que les structures adéquates ne sont pas disponibles soit parce que leurs services ne sont pas accessibles à la bourse des plus pauvres. Une attention à la dimension d'équité des soins de santé est particulièrement importante en Afrique de l'Ouest et du Centre en raison de la pauvreté très répandue, des taux extrêmement élevés de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de mortalité maternelle, des niveaux faibles d'utilisation des soins de santé primaires et des obstacles financiers à la prise en charge médicale, surtout parmi les populations rurales les plus bas⁵⁸⁰.

La Mauritanie a adhéré en signant le compact global, à l'initiative du partenariat international pour la santé le 17 mai 2010 à Genève en marge de la 63^{ème} Assemblée nationale de santé. A la suite de cette adhésion, le gouvernement mauritanien et ses partenaires ont convenu, en 2010, d'élaborer un plan de développement sanitaire couvrant le moyen terme et servant de base à toute action de santé dans le pays. Ce plan de développement sanitaire servira de base à l'élaboration du compact national, traduction nationale du compact global⁵⁸¹.

Au niveau national, l'accès aux services est difficile : plus de la moitié de la population (59,7%)⁵⁸² vit à plus de 30 minutes d'un centre de santé et un tiers (32,7%) vit à plus de 5 km d'un établissement sanitaire. La situation est encore plus précaire pour les catégories les plus vulnérables, à savoir les femmes et les enfants. Plus d'une femme mauritanienne sur dix (13%) reste sans couverture prénatale, tandis que 40% des femmes continuent à accoucher sans assistance médicale. En ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants, indicateur par excellence de la protection sociale, il y a eu une baisse récente alarmante, avec un taux de vaccination complète pour les

⁵⁸⁰ ODI/UNICEF 2009 Note de Synthèse, Politiques Sociales. Santé maternelle et infantile : les dividendes de la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre), p.40.

⁵⁸¹ Ministre de la santé, direction de la programmation, de la coopération et de l'information sanitaire, processus d'élaboration du plan nationale de développement sanitaire (2012-2020) rapport d'analyse de situation du secteur de la santé, Nouakchott 2011, p.9.

⁵⁸² WATSON. C, FAH, Ould Brahim Ould Jiddou, *étude sur la protection sociale en Mauritanie*, Unicef, mars 2010. P.41.

enfants de 12-23 mois qui a glissé de presque 80% en 2004 à moins de 70% en 2008⁵⁸³ et dans les trois dernière années (2014-2017), ce taux de vaccination est plus de 85 %

Cela signifie que presque un tiers des enfants de cet âge n'est pas protégé contre les maladies transmissibles les plus courantes.

Le problème d'équité dans l'offre des soins est clairement manifesté par tous ces indicateurs, dans la mesure où la situation est particulièrement grave dans les zones rurales et dans certaines wilaya de résidence, comme aussi parmi les membres de ménages les plus pauvres.

La santé est une composante essentielle d'une protection sociale étayée par les principes de solidarité et d'équité : l'accès à un paquet adéquat de soins de santé devrait être garanti à tout individu en fonction de ses besoins sanitaires et de ses droits aux soins plus que de sa capacité de payer⁵⁸⁴.

D'un point de vue conceptuel, la protection sociale sanitaire est importante parce qu'elle permet de: prévenir les effets désastreux de coûts trop élevés ou inattendus des soins de santé sur des ménages pauvres; protéger les populations vulnérables contre des maladies évitables et offrir des traitements de qualité pour les autres; et promouvoir le développement des capacités et du capital humain. De cette manière, la protection sanitaire sociale doit s'ancrer dans un cadre politique et programmatique plus large, dont l'augmentation de l'accès à des soins de santé de qualité pour toute la population et le renforcement de l'équité sociale sont des priorités incontournables⁵⁸⁵

Trois composantes essentielles résument la nature de la prise en charge opérée par le biais de la CNAM :

A. le mode ambulatoire

⁵⁸³*Ibid.*

⁵⁸⁴*Ibid.*

⁵⁸⁵*Ibid.*

- B. Le mode d'hospitalisation
- C. Le mode des évacuations sanitaires

A. Le mode ambulatoire

a. Secteur ambulatoire

D'habitude, « le premier contact de tout un chacun avec le système de santé se fait par la consultation d'un médecin spécialiste en médecine générale (couramment appelé médecin généraliste), c'est-à-dire l'un des professionnels de santé du secteur ambulatoire, des soins primaires ou de premier recours »⁵⁸⁶. En France, « comme prévu par la loi, les usagers attendent de cette offre de soins qu'elle réponde à l'exigence de proximité. Il faut donc déployer une offre de prévention, de dépistage, de diagnostique, de traitement, de dispensation, et d'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que de conseil pharmaceutique sur le territoire. Le suivi des usagers et leur orientation dans le système de soins et le secteur médico-social doit y être assuré »⁵⁸⁷. Ensuite, « le dernier étant le pacte territoire santé mis en œuvre en 2012, quelque soit l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), la cour des comptes ou le sénat, tout s'accordent à reconnaître l'accroissement des déserts médicaux. Selon le sénat en 2007, 2,3 millions de personnes vivaient dans 643 zones comme en difficulté ou fragile en terme de présence médicale. En 2009, le bilan des 160 maisons et des 25 pôles de santé a montré que le dispositif ne répond ni aux attentes des professionnels ni à celles des autorités publiques »⁵⁸⁸. En Mauritanie, ce mode s'opère par paiement direct avec un taux de remboursement de 80% du coût des prestations liées à la consultation, des actes radiologiques et biologiques. Pour les médicaments, ils sont remboursés à hauteur de 67% du coût fixé

⁵⁸⁶ BRECHAT. P-H., *op.cit*, p.29.

⁵⁸⁷ *Ibid.*

⁵⁸⁸ *Ibid.* p.30.

par la CNAM. L'assuré règle lui-même les honoraires du médecin et le coût de l'ordonnance ou actes biologiques ou radiologiques prescrits. Le remboursement s'effectuera sur la base de tarification adoptée et fixée par voie réglementaire. Toutefois, une décision interne a offert aux prestataires publics la possibilité de prendre en charge des assurés en mode tiers payant. En application de cette décision, les hôpitaux publics prennent en charge les soins des assurés moyennant leur remboursement auprès de la CNAM. Malgré l'allègement de la procédure de prise en charge institué (ou visé) par cette mesure, de nombreuses violations ont été cependant enregistrées par la présentation frauduleuse de personnes non assurées.

b. Coût des remboursements liés à l'ambulatoire

« En 2016, près de 2,5 millions de personnes en France, étaient concernées par des difficultés d'accès aux soins de premier recours. Les usagers peuvent en effet rencontrer six difficultés :

- Trouver un médecin généraliste ;
- Qui pratique la médecine générale ;
- Qui soit en secteur 1... ;
- Qui ne pratique pas un dépassement... ;
- Qui peut donner un rendez vous compatible avec la demande... ;
- Enfin être en capacité de le payer »⁵⁸⁹.

La prise en charge de urgence médicale « repose essentiellement sur les services des urgences des établissements de santé qui sont devenus des services de consultations non programmées, coûteux car le montant moyen d'un passage aux urgences est de 223 euros contre 48 euros pour un acte effectué par un médecin libéral, selon le rapport sur les urgences médicales du 2006 de la cour des comptes. En 2012, plus d'un français sur six s'était rendu aux urgences selon le rapport annuel de la cour des

⁵⁸⁹ BRECHAT. P-H., *op.cit*, p.35.

comptes sur la sécurité sociale, soit une hausse d'une 30% depuis 2002, engageant l'assurance maladie à la hauteur de 2,5Md euros »⁵⁹⁰. Quant il s'agit la Mauritanie, on se demanderait quels sont d'abord les prestataires avec lesquels la CNAM est liée de façon conventionnelle. Les prestataires publics sont, outre les deux nouveaux Centres de Cardiologie et d'Oncologie, Hôpital Cheikh Zayed ; Hôpital Militaire National Hôpital Nema ; Hôpital Kiffa ; Hôpital Nouadhibou ; Hôpital Kaédi Hôpital Aleg ; CNORF Centre Neuropsychiatrique; Mutuelle Gendarmerie Nationale Mutuelle Garde Nationale ; Centre Hospitalier de Nouakchott.

S'agissant des soins effectués à l'étranger, ils sont ainsi repartis en termes de population et de coût.

B. Le mode d'hospitalisation

a. le secteur hospitalier

En France les hôpitaux, rebaptisés établissements publics de santé par la loi du 31 juillet 1999, sont les plus anciens des établissements de santé, alors que les cliniques privées sont beaucoup plus récentes, leur nombre ayant explosé à compter de la création de la sécurité sociale. En cas de maladie, les salariés couverts par un fond social, ne voulaient pas être hospitalisés car les hôpitaux étaient encore trop vétustes, et préféraient les cliniques privées⁵⁹¹. Le système hospitalier en Mauritanie mérite quelques remarques. Ce mode dit de tiers payant est opéré à concurrence d'un taux de remboursement de 90%. Pour des raisons liées au coût d'hospitalisation le plus souvent élevé, il a été prévu que le prestataire prodigue les soins nécessaires à l'assuré pour se faire ensuite rembourser auprès de la CNAM dans la limite des tarifs prévus. Dans ce cas, l'assuré n'aura à régler que le ticket modérateur resté à sa charge (10%,

⁵⁹⁰ *Ibid.*, p.35.

⁵⁹¹ CLEMENT. J-M, *Précis de droit hospitalier*, les presses de PULSIO, Sofia, 2011.,p.13.

avec un plafond de 10000 UM) .Toutefois, les hospitalisations réalisées au niveau des cliniques privées exigent de l'assuré le règlement de la différence des tarifs de la CNAM et celui de la clinique visitée (lequel tarif est toujours exorbitant).

Cette situation explique d'ailleurs le faible niveau de remboursement au profit des prestataires privés qui continuent à adopter une tarification souvent irréaliste, dissuadant ainsi les assurés de s'y rendre au profit des hôpitaux publics.

b. Coût lié aux remboursements au titre des hospitalisations

Tout d'abord « selon l'Institut Thomas More en 2012, le montant des dépenses hospitalière était de 1229 euros par habitant en France »⁵⁹². Nous trouvons également que « les réformes hospitalières en France n'ont permis de réduire les fortes irrégularités territoriales dans l'accès aux soins hospitaliers »⁵⁹³ Pour la Mauritanie, les hospitalisations dans les hôpitaux publics, ce coût peut être apprécié. En revanche, trois cliniques présentent à elles seules le coût global des actes pratiqués au niveau des cliniques privées. Les autres cliniques restent pratiquement marginalisées. *Chivaa* est la seule clinique en effet qui pratique l'acte de l'IRM dont la tarification s'élève à 90.000 UM. Pour *Essavaa* et *Echivaa*, elles sont les deux cliniques qui pratiquent la dialyse dont le tarif est de 29.000 UM (la monnaie de la Mauritanie) avec un nombre moyen de trois séances par semaine. Il faut souligner que la France a choisi depuis 2004 la tarification à l'activité. Ce système à ses partisans déclarés, y compris dans les services publics hospitalier, car il va réveiller les médecins qui ne sont pas intéressés à leur productivité.⁵⁹⁴ Et surtout qu'un malade peut ne pas avoir la même pathologie, même si le diagnostic est indicatif de la même maladie aussi bien qu'il y a des

⁵⁹² BRECHAT. P-H., p.41.

⁵⁹³ *Ibid.*

⁵⁹⁴ CLEMENT. J-M., *op.cit.*, 193.

morbidités ou des pathologies associées de gravités différentes selon l'état du malade⁵⁹⁵.

C. Évacuations sanitaires par le biais de la CNAM

Les évacuations sont prises en charge à 100% avec un billet délivré (deux billets, pour les patients ne pouvant se déplacer seuls) au patient et la provision de 400.000 UM sous forme de chèque du Trésor. La CNAM dont les bénéficiaires sont estimés à 240000 habitants (soit environ 8% de la population mauritanienne), occupe la deuxième place au titre de prise en charge des évacuations sanitaires (42%), d'après la Direction des Affaires sociales. Les évacuations médicales à l'étranger posent problème au vu des difficultés posées par la croissance des dépenses de santé pour ce poste eu égard au nombre d'assurés. Il est essentiel de s'interroger sur la mise en place d'un conseil national de santé de la CNAM. En effet, ce Conseil spécifique serait une des stratégies à explorer pour réduire à la fois le nombre des évacuations à l'étranger et les coûts exorbitants générés par celles-ci. Il est aussi essentiel que la CNAM puisse disposer de la latitude juridique lui permettant d'investir dans le domaine de la santé afin d'améliorer l'offre de soins⁵⁹⁶ Les prestations garanties au titre du régime d'assurance maladie de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits ou exécutés sur le territoire national. Toutefois, les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être admises, dans les limites fixées par l'ordonnance de 2005 et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger⁵⁹⁷.

⁵⁹⁵ *Ibid.*

⁵⁹⁶ FRANÇOIS TAQUET, ALIOU SALL, *op.cit.*, p.6.

⁵⁹⁷ Article 11 de l'ordonnance 006 du 29 septembre 2005 portant de la création d'un régime d'assurance maladie obligatoire en Mauritanie. Nouakchott, p.4

Les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être également admises, dans les limites fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire fait l'objet d'une évacuation sanitaire à l'étranger, faute de pouvoir recevoir en Mauritanie les soins appropriés à son état⁵⁹⁸.

Dans ce dernier cas, le remboursement ou la prise en charge demeure subordonné à l'accord préalable de l'organisme assureur, selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire⁵⁹⁹.

Sur la base d'un coût moyen de 3 000 000 UM par patient évacué, la prise en charge des évacuations sanitaires à l'étranger s'élèveraient à près de 3 milliards d'ouguiyas pour les deux principaux organismes : le Commissariat à l'Action Sociale et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Soulignons que les évacuations opérées sont soumises à l'approbation préalable du Conseil National de Santé (CNS) qui, s'est abstenu d'approuver au titre de 2008, 148 dossiers sur les 392 qui lui ont été soumis par la CNAM, après l'année 2011, précisément les années (2014-2017), la CNAM va insister à travers la collaboration avec le ministère de la santé pour réduire le nombre des évacuer à l'étranger à faire des hôpitaux spécialisés, notamment pour les maladies sources d'évacuation à l'étranger à savoir : le cancer (la création d'un Centre d'oncologie), les maladies de pâtîtes et bien d'autres maladie.

Le Maroc reste la première destination des évacuations sanitaires, mais avec une augmentation des évacuations vers la Tunisie (31%) par rapport à 2014(24%). Cette augmentation en destination de la Tunisie s'expliquerait par une orientation plus fréquente en raison de la qualité de prise en charge négociée par la CNAM pour les assurés.

⁵⁹⁸*Ibid.*

⁵⁹⁹*Ibid.*

Quant à la répartition des évacuations par pays, elle s'opère, à l'échelle nationale, comme suit :

Les patients pris en charge par la Direction des Affaires Sociales représentent 66% des évacuations sanitaires au Maroc. A partir de mars 2015, les évacuations en destination à la Tunisie, des patients pris en charge par la DAS étaient suspendues pour litige de non-paiement des arriérés.

Il est à préciser par ailleurs que 42% des évacuations interviennent à la suite de tumeurs cancéreuses (surtout le Cancer du sein) ;

Les évacués sont tenues au processus suivant

- Demande d'évacuation établie par un spécialiste appuyé par un staff
- Réception et examen par la commission d'évacuation de la CNAM
- Etude et approbation par le Conseil National de Santé
- Formalités d'évacuation vers un prestataire étranger conventionné

« Nombre d'évacués : 4000 en dernières 3ans

Coût total: + de 4,5 Milliards, inquiétant!

Nombre de prestataires étrangers: 17

Répartition selon pathologie, âge et sexe »⁶⁰⁰.

Il est important pour la CNAM de réduire certaines charges liées à l'évacuation à l'étranger notamment :

- Suppression du titre de transport pour l'accompagnant en cas de rendez-vous;
- Suppression de la prise en charge du séjour de l'accompagnant dans les établissements hospitaliers (Avec location d'un centre d'hébergement en Tunisie et la programmation d'un autre au Maroc)

⁶⁰⁰Caisse nationale d'assurance maladie, service de spastique, Nouakchott, Mauritanie 2016.

- Réduction considérable des frais de transport (contrat avec la RAM et convention avec les agences de voyage).

Il reste à souligner enfin que la CNAM semble subir des insuffisances juridiques qui, à terme, constituent des obstacles de développement à sa mission de service public d'assurance maladie⁶⁰¹.

D. Les perspectives

La CNAM a élaboré une approche centrée sur la recherche de la performance et articulée autour de cinq objectifs stratégiques, à savoir : améliorer le niveau de prise en charge des assurés et leur offrir des services de qualité de façon efficace et continue ; assurer la gestion du risque afin de garantir la solidarité financière de la CNAM ; se doter d'une organisation efficace et performante ; établir des relations de partenariat fructueuses basées sur le respect et la confiance mutuelle et enfin adapter la gestion des ressources humaines au développement.

Il existe aujourd'hui des décalages par rapport au plan directeur initial, entraînant quelques déficiences au niveau de mode opérationnel de l'institution. Des solutions doivent être recherchées afin que la CNAM puisse évoluer en harmonie avec son environnement sur la base d'une nouvelle feuille de route claire et détaillée. D'où la nécessité d'engager les services d'une expertise spécialisée dans ce genre d'activité pour remettre la CNAM sur la trajectoire initialement tracée et lui donner une impulsion nouvelle.

Il faut développer l'établissement de Contrats programme avec d'autres structures nationales dans l'objectif de prise en charge locale des pathologies actuellement

⁶⁰¹TAQUET. F, SALL A, *op.cit*, p.11.

évacuées avec une orientation du financement de ces évacuations vers les structures nationales.

Enfin, du point de vue juridique, cette institution a le mérite d'exister sous son statut actuel pour mener à bien ses activités de services publics d'assurance maladie. Cette spécificité est également confirmée à travers un régime juridique d'incompatibilités qui interdit à la CNAM de gérer d'autres activités liées à la gestion d'établissements assurant des prestations de diagnostics, de soins, d'hospitalisation et ou des établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillage médicaux (article 31 de l'ordonnance 2005-006). Les incompatibilités étant clairement marquées se justifient par la nécessité juridique d'éviter de créer un mélange de genre difficile à cerner en matière de responsabilité notamment entre la couverture par l'assurance maladie et la responsabilité éventuelle en cas de gestion d'établissements de santé ou pharmaceutiques⁶⁰².

Il résulte de tout ce qui précède que l'hypothèse d'extension du champ de couverture de la CNAM en matière de risque maladie serait une action dont l'impact positif est certain tant au niveau de l'amélioration qualitative des prestations à fournir localement et à l'étranger qu'au niveau de la réalisation tant attendue d'une tarification unifiée pour tous les prestataires publics et privés dans l'optique d'une régulation progressive de ce marché.

Cette ambition requiert certes des moyens et des compétences appropriés pour sa mise en application et que seule une mise en commun des fonds des structures publiques peut garantir et pérenniser. Avec la réalisation de cette unification de moyens et de savoir-faire, ce nouveau processus donnera des résultats satisfaisants, l'aval et l'engagement des pouvoirs publics aidant. Il s'agit de :

⁶⁰²TAQUET. F, SALL A, *op.cit*, p.12.

- la réalisation d'une meilleure prise en charge des assurés à travers une mise en commun des ressources publiques afin d'optimiser l'allocation par une meilleure affectation de ces ressources,
- l'accroissement des performances des services de la CNAM, seul opérateur dont le but est de prendre en charge les soins médicaux de ses assurés tout en contribuant à la disponibilisation, l'instauration et/ou l'amélioration des infrastructures socio - sanitaires du pays. Aussi, l'appropriation d'un système d'information performant avec des règles de gestion stricte pour lutter contre la fraude, s'impose dans l'immédiat;
- la contribution effective aux efforts d'amélioration de l'offre de soin locale, au double plan quantitatif et qualitatif ;
- une meilleure organisation de la prise en charge des affections de longues durées ;
- la mise à contribution des acquis en matière de bonne gouvernance ;
- la reconsidération en termes d'amélioration globale ou globalisante des différents axes de l'organisation de la couverture socio –sanitaire en Mauritanie ;
- l'instauration d'une véritable synergie entre tous les intervenants pour une gestion concertée des différents axes d'intervention en matière de couverture sociale ;
- lancement d'une réflexion autour de la création de mutuelles complémentaires pour la partie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

L'objectif final est de procurer à l'ensemble de la population une couverture assurance maladie de qualité, c'est-à-dire tout simplement une assurance maladie universelle.

Conclusion

Si, par le passé, certaines valeurs sociales en termes de liens entre proches avaient leur propre impact sur la protection sociale, surtout au sein d'une société essentiellement, sinon typiquement tribale comme la société mauritanienne, désormais, de profondes mutations marquent ces mêmes valeurs sociales, observées à travers les rapports entre de simples citoyens vivant au sein d'une société moderne où la protection sociale est règlementée dans tous ses aspects ou presque. Ainsi le droit musulman, première source d'inspiration de la loi en Mauritanie, notamment en matière de protection sociale incarnée par la Zakat et les autres modes de protection sociale (précédemment évoqués dans le paragraphe intitulé « régime traditionnel et religieux »), a-t-il cédé la place au droit positif qui mit fin aux anciennes méthodes relevant des traditions des tribus. Dès lors, l'intérêt général prime sur toute autre considération en Mauritanie, précisément en ce qui se rapporte à l'édiction de mesures garantissant une plus grande protection contre tous les risques pouvant troubler ou compromettre la vie de l'individu en société (perte en tout ou partie du revenu pour assurer la plus grande protection sociale du travailleur et de sa famille). Or, en France si la tendance contemporaine est la généralisation de principe des mesures de protection de toutes les franges de la population contre la totalité ou la majorité des risques sociaux, En ce sens le professeur BRECHAT. P-H s'interroge si, « Notre protection sociale actuelle articulée autour du cycle de vie classique – éducation, travail, retraite – est essentiellement construite sur un modèle salarié, de plein emploi, de forte croissance ce modèle est mis à mal depuis plusieurs années pour des raisons économiques, démographiques et sociétales »⁶⁰³. Et il pose la question, « faut-il donc revoir notre système de protection sociale ? »⁶⁰⁴. Cette généralisation est loin d'être appliquée en Mauritanie, pour diverses raisons relatives aux difficultés liées au coût et financement

⁶⁰³ NABETH. M., *Quelle sera la protection sociale des français en 2025*, mai, 2016, l'Harmattan, p.22.

⁶⁰⁴ *Ibid.*

de ce mode généralisé, d'une part, et, d'autre part, l'absence jusque-là d'une vision claire autour des mesures d'extension du champ d'application du système de sécurité sociale à d'autres catégories de travailleurs opérant dans des secteurs non structurés (secteur informel).

La période qui s'est écoulée entre 2005 et 2007 représenta cependant une phase importante de l'histoire de la protection sociale contemporaine de la Mauritanie car le coup d'État du 3 août 2005 fut un « fait assez rare en politique et une nouveauté absolue dans ce pays d'Afrique du nord, en l'espace d'un peu plus de vingt ans du régime de Ould taya »⁶⁰⁵. Notamment pour ce qui concerne la politique de la Mauritanie dans le domaine social, on a pu constater l'élaboration d'un projet de loi relatif à la question de l'assurance maladie obligatoire comme un mode de protection nécessaire pour parvenir à la garantie de l'essentiel de la population mauritanienne. Cette question avait toujours été une revendication voire une aspiration des syndicalistes de la société civile, et des travailleurs mauritaniens. En ce qui concerne la lutte contre la pauvreté des mesures et stratégies ont été mises au point pour lutter contre ce fléau qui fragmente et brise en même temps la cohésion sociale.

La situation en France est différente, « la pauvreté figure à nouveau en tête des politiques publiques »⁶⁰⁶. Ce qui s'explique, selon Benoit Ferrandon, par « les effets de la profonde crise économique que traverse la France depuis 2008 (...) conjugués à la fragilisation du lien social à l'œuvre depuis la fin des trente glorieuses pour voir s'accroître les nombres des personnes vulnérables, ou qui se sentent potentiellement menacées d'un déclassement social »⁶⁰⁷. Il en ressort que la problématique de base n'est pas dans les théories des risques sociaux et charges ou encore leurs définitions descriptives mais plutôt dans l'idée en elle-même du « parrainage général » afin

⁶⁰⁵MOHAMED MAHMOUD OULD MOHAMEDOU, *Nouvelle production de sens en Mauritanie : le coût d'Etat de 2005 et sa signification, chronique politique* l'année du Maghreb 2007, p.315.

⁶⁰⁶FERRANDON. B, cahiers français pauvreté et vulnérabilité sociale, « pauvreté, la nouvelle question sociale » n° 390, janvier 2016, Dila, p.1.

⁶⁰⁷*Ibid.*

d'assurer les besoins fondamentaux des citoyens. Tout consiste désormais, en effet, à garantir une vie décente à toute personne vivant en société, comme le soutient en substance J.P. Laborde, tout en constituant en retour une source certaine de légitimation des pouvoirs. Aussi l'État qui se trouve en mauvaise posture en matière de protection sociale de ses citoyens demeure-t-il à un titre ou à un autre un État « contesté ». les questions essentielles que nous devons retenir de cette étude sur la protection sociale et son organisation reposent sur le fait que « le droit de la protection sociale est constitué de l'ensemble des règles juridiques destinées à protéger les personnes contre la survenance d'un ensemble d'événements et des risques sociaux »⁶⁰⁸. En ce qui concerne le régime de sécurité sociale dont il fut question tout au long de cette recherche il est « un ensemble de droits et obligations réciproques des bénéficiaires des employeurs de la sécurité sociale⁶⁰⁹ ». En France « il existe trois régimes principaux (régime général, régime agricole, régime des travailleurs non-salariés non agricole ainsi qu'une multitude des régime spéciaux »⁶¹⁰. En Mauritanie, et à l'issue de quelques années d'activité, certaines avancées significatives ont été enregistrées au niveau de la CNSS. Nous avons constaté aussi après que les systèmes de protection sociale contemporains ont rencontré des obstacles relatifs à la création du système de protection sociale répondant aux aspirations de la population. si de nouvelles mesures sont apparues dans la plupart des États, notamment la Mauritanie qui à travers ces mesures a voulu instaurer un système qui couvrant toute la population contre tous les risques sociaux, il est à remarquer que cette approche est loin d'être appliquée pour des raisons diverses comme, par exemple :

- la question du financement ;
- l'absence d'une vision claire jusqu'à présent sur les mesures d'extension du champ d'application du système de sécurité sociale à d'autres catégories de travailleurs des

⁶⁰⁸ CAVAILLE J-PH, *La protection sociale en 170 questions*, GERSO, 2015, p.19.

⁶⁰⁹ *Ibid.*

⁶¹⁰ *Ibid.*

secteurs non structurés, Cela prouve que, si l'État n'arrive pas à octroyer la sécurité sociale à certaines catégories de travailleurs, les démunis et les vulnérables seront toujours exclus puisqu'ils ne pourraient en aucun cas cotiser, ce qui exacerbe davantage leur situation car ils ne sont pas protégés par la loi du 67/039 du 3 février 1967 qui régit le système social en Mauritanie.

Or, comme nous l'avons constaté dans le développement que nous avons consacré aux principaux défis et contraintes du système de sécurité sociale, le déficit structurel de la branche des pensions constitue par exemple une menace sérieuse pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale en raison du poids des dépenses de vieillesse (73% en 2009)⁶¹¹ sur les prestations totales servies. Ainsi les pressions des pensionnés sur les décideurs et les gestionnaires sont-elles justifiées par la perte du pouvoir d'achat de leurs revenus.

Le recours à la subvention croisée entre branches qui a été utilisé au cours des dix dernières années ne peut être poursuivi en raison des limites de cet exercice et surtout de son caractère arbitraire. La Tunisie se prépare actuellement à une réforme structurelle de son régime pour assurer la transition démographique qui exerce des pressions négatives sur l'équilibre du régime. Cependant, il est important de souligner que l'équilibre d'un régime de sécurité sociale, est très complexe dans sa mise en œuvre, vu les réformes qu'il engendre et les coûts importants que doivent supporter les partenaires sociaux.

A travers cette recherche sur le système mauritanien de protection sociale, on observe que le régime des fonctionnaires mauritaniens a connu une amélioration du régime de retraite : la qualité de la couverture sociale est de plus en plus perçue comme facteur de stabilité politique et comme outil de bonne gouvernance en participant à la motivation des ressources humaines. Cette position du gouvernement mauritanien, n'est toutefois pas partagée par la majorité de l'opposition mauritanienne qui considère que la réalité est tout autre.

⁶¹¹THIAM. C, OULD SIDI, *op cit*, p.13.

En ce qui concerne la médecine du travail, nous pouvons noter que celle-ci connaît plusieurs problèmes par rapport à son organisation. Par exemple, bien qu'autonome elle dépend encore en grande partie de la CNSS qui assure le recouvrement des cotisations de la médecine du travail moyennant une contrepartie financière pour faire face aux charges administratives.

L'ONMT ne dispose pas encore d'un cadre juridique réglementant les modalités d'affiliation et d'immatriculation des employeurs et des travailleurs ainsi que le système de recouvrement des cotisations et son contentieux. Ce constat se vérifie particulièrement en ce qui se rapporte au volet « assurance maladie », considérée comme la composante essentielle de toute politique de protection sociale au sein de nos sociétés modernes.

En Mauritanie, l'institution d'un régime d'assurance maladie obligatoire fondé sur le principe contributif et de la mutualisation de risque date de 2005, régime qui s'est beaucoup raffermi à partir de 2008⁶¹², si ce n'est que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie est confrontée à des obstacles qui inhibent l'exécution de la plupart de ses missions. L'analyse de cette situation fait ressortir, en pratique, un ensemble de contraintes juridiques liées à une insuffisance ou une absence de précision des textes et à une inadaptation des textes aux objectifs mêmes de la CNAM. Le contexte actuel de la CNAM est marqué par la faiblesse d'outils juridiques à même de lui permettre de bien mener les missions qui lui sont dévolues.

Ainsi « la CNAM est dans la difficulté d'assurer le recouvrement des cotisations du secteur parapublic et en prévision de l'extension au secteur privé il serait opportun de la doter d'outils juridiques appropriés »⁶¹³. Pour réduire les évacuations en Mauritanie, il est essentiel de « mettre en place un Conseil national de santé de la CNAM »⁶¹⁴. En effet, ce Conseil spécifique serait une des stratégies à explorer pour réduire à la fois le

⁶¹² L'ordonnance du 29 septembre 2005 relative à l'institution de l'assurance maladie obligatoire en Mauritanie.

⁶¹³ TAQUET. F, ALIOU. S, *op cit*, p.117.

⁶¹⁴ *Ibid.*

nombre des évacuations à l'étranger et les coûts exorbitants générés par celles-ci. Il est aussi essentiel que la CNAM puisse disposer de la latitude juridique lui permettant d'investir dans le domaine de la santé afin d'améliorer l'offre de soins.

Il est judicieux aussi que la CNAM soit doté d'un arsenal juridique coercitif pour contrecarrer les pratiques frauduleuses à l'assurance maladie : « Il serait également opportun qu'une révision du statut juridique de la CNAM soit opérée eu égard à son caractère hybride »⁶¹⁵.

Il est primordial d'étudier les modes de financement actuels de l'assurance maladie et d'explorer par la même occasion des stratégies de financements alternatifs pour prévenir tout déséquilibre et/ou tout éventuel déficit. En ce sens l'expérience française par rapport à la question de financement mérite d'être étudié, car nombreuses critiques ont été formulées vis-à-vis du système français : « depuis des années il n'est un secret pour personne que le secteur ambulatoire ne répond pas aux besoins de santé de base sur tout le territoire. Il n'échappe à personne qu'un cercle vicieux se mis en place depuis que la recherche de performance a été imposée, poussant à la consommation des soins, à des financements sans production de santé et non aligné sur la qualité »⁶¹⁶.

Enfin l'objectif final est de procéder à un état des lieux actualisé, de produire un document analysant tous les aspects juridiques, techniques et institutionnels sur le régime d'assurance maladie et une proposition de réforme stratégique.

L'étude a visé l'audit de l'ensemble des textes régissant les missions de la CNAM en vue de doter cette institution des textes cohérents, permettant un meilleur cadrage stratégique de la CNAM au sein du secteur de la santé et de la protection sociale.

Plus spécifiquement, les résultats attendus sont :

- une analyse des textes juridiques et institutionnels ;

⁶¹⁵ *Ibid.*

⁶¹⁶ BRECHAT. P-H, *op.cit*, p.173.

- une proposition de stratégie de cadrage du régime d'assurance maladie ;
- une élaboration des projets de textes.

La présente recherche s'offrira l'opportunité de demander au législateur mauritanien d'adopter des stratégies pour les court, moyen et long termes pour mieux répondre aux aspirations, qui restent légitimes, du peuple mauritanien de pouvoir bénéficier d'un système fiable de protection sociale. Pour ce faire, voici quelques propositions.

Sur le court terme, il y a lieu de procéder à :

- « développer la recherche en santé publique »⁶¹⁷ ;
- la révision des textes de la Caisse de Retraites des Fonctionnaires, en vue d'intégrer la réversion des droits des veuves ou veufs ainsi que leurs ayants droit afin de rétablir la justice dans cette catégorie ;
- « piloter le système avec des tableaux de bord basés sur des indicateurs probants »⁶¹⁸ ;
- l'organisation des états généraux de la santé avec l'implication des acteurs et intervenants, notamment en matière de prévention médicale, de respect de la pyramide sanitaire et de la généralisation du tiers payant ;
- l'organisation d'un atelier qui regroupera les différents acteurs de la protection sociale pour la définition des éléments de réforme à entreprendre et les recommandations pour une vision concertée de la protection sociale.

Sur le moyen terme, force est de procéder à :

- « mettre en place un ménagement scientifique de l'amélioration continue de la qualité plutôt qu'un management classique »⁶¹⁹ ;

⁶¹⁷ BRECHAT. P-H, *op.cit*, p.176.

⁶¹⁸ *Ibid.*

- le regroupement des institutions assurant les mêmes prestations en un seul régime ; par exemple, la CNSS et la Caisse des Fonctionnaires pour les branches des retraites et des prestations familiales ; la CNAM et l'ONMT pour tous les aspects liés aux prestations de santé et à la prise en charge des indigents.

- l'élaboration et adoption d'une stratégie nationale de protection sociale.

- l'élaboration et adoption d'une stratégie de protection des personnes âgées ;

Sur le long terme, il serait pertinent de :

- réfléchir sur la mise en place d'une assurance chômage pour remplir l'ensemble des conditions prescrites par la Convention 102 de l'OIT sur la sécurité sociale norme minimum de 1952 ;

- contribuer à la création d'une assurance –maladie universelle ;

- élaborer et adapter une législation et une réglementation dans le domaine de la protection sociale.

Ces quelques réflexions n'empêchent cependant pas d'entamer et d'approfondir la réflexion avec l'ensemble des acteurs directement concernés au sujet de la sécurité sociale, y compris avec la France en tant que modèle et référence incontestable de la Mauritanie dans le domaine du droit et précisément en matière de protection sociale.

⁶¹⁹ BRECHAT. P-H, *op.cit*, p.175.

Bibliographie

OUVRAGES GÉNÉRAUX ET SPÉCIAUX

ALLENDE, M, *La protection sociale complémentaire d'entreprise*, édition slamy France, 2012.

AUBIN. E, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, Gualino, 2011.

BADEL, M. *Droit de la sécurité sociale*, Ellipses, 2006.

BINET Jean-René, *La réforme de la loi bioéthique*, Lexisnexis 2012.

BLANC. François-Paul, *Le droit musulman*, Paris, Dalloz, 1995

BONNECHERE M. *La protection sociale de l'immigré en situation irrégulière*, RDSS, 1987.

BRECHAT. P-H., *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, presse de l'école de santé publique, 2016.

BORGETTO. M, LAFORE. R, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, LGDJ, 2015.

BOURDILLON F., POUVOURVILLE G, TABUTEAU D. (dir), *Traité de santé publique*, Flammarion, 2^e édition, 2007.

BRAS P-L, TABUTEAU D, *Les assurances maladies*. Presse universitaire de France, 2010.

CAVALIER. J-P, *La protection sociale en 170 questions*, Gereso, 2015.

CHAUCHARD, J-P *Droit de la sécurité sociale*, 5^e éditions LGDJ, 2010.

CHARVIN R, *Droit de la protection sociale*, (préface c.Bonifay), l'harmattan, 2007.

CHAABANE M., *Vers l'universalisation de la sécurité sociale: l'expérience de la Tunisie* (Document, no 4). Genève, 2003

CLEMENT. Jean-Marie, CLEMENT C, *Mémento de droit d'hospitalier*, Berge-levroult, 2011.

CLEMENT. J-M, *Précis de droit hospitalier, les études hospitalières*, Berge-levroult 1998.

CONSEIL D'ÉTAT, *la révision des lois bioéthiques : étude adaptée par l'assemblée générale plénière*, le 9 avril 2009.

Dalloz, *Code de la santé publique*, 2012.

DELPRAT L, *Guide pratique du droit médical du droit de la sécurité sociale*, Chiron, 2004.

DESCHUTTER O, *La charte sociale européenne : une constitution sociale pour l'Europe*, Bruylant Bruxelles 2010.

DUPEROUX. J.-J., BORGETTO M., LAFORE R., *Droit de la sécurité sociale*, DALLOZ, 2013.

EV ELBAUM. M., *Economie politique de la protection sociale*, PUF, 2008.

ELSHOUD S, *L'essentiel du droit de la santé et du droit médical*, Ellipses Editions Marketing S.A., 2010.

ESPING-ANDERSEN. G, *Les trois modes de l'État providence*, PUF, 1999.

FORGUES. E, *Recueil des constitutions des états arabes*, Bruylant, Bruxelles, 2000,

FIERENS J., *Droit et pauvreté ; droit de l'homme, sécurité sociale, aide sociale*, Bruylant Bruxelles, 1992.

HAOULIA N, *Influence du droit de la santé sur le marché de la consommation*, Presse universitaire d'Aix Marseille -2013.

HYAM M, *La sécurité sociale et les assurances sociales dans les pays arabes*, Bruylant, 1999.

Jean-Charles sous la direction de Marie-Claude MONCET, *La responsabilité juridique du cadre de santé* 2^e édition 2011.

JEANSEN. E, *Droit de la protection sociale*, Lexisnexis SA, 2013,

JANVIER. R, MATHO. Y, *Le droit des usagers*, Dunod, 2013.

KESSLER. F, *Droit de la protection sociale*, Dalloz, 2012.

LAUDE. A, MATHIEU. B, TABUTEAU. D, *Droit de la santé*, presse universitaire de France, 2009.

LEXISNEXIS, *Code de la sécurité sociale*, 2014.

MAUGUE C, THIELLAY Jean-Philippe, *La responsabilité du service public hospitalier*, 2010.

MORVAN P, *Droit de la protection sociale*, LexisNexis, 2013.

NABETH. M., *Quelle sera la protection sociale des Français en 2025*, l'Harmattan. mai 2016,

NAVES P, *la réforme de la protection de l'enfance*. Dunod, 2007.

NETTER F, *La sécurité sociale et ses principes*, Dalloz-2005.

OULD ISSELMOU. A, *Appui à l'actualisation du cadre juridique de la caisse nationale de sécurité sociale CNSS*. ETD-BP/Dakar, juillet 2012.

PALIER. B., *Gouverner la sécurité sociale*, PUF, 2002.

PALIET. R, *les finances sociales, économie, droit et politique*, LGDJ, 2001.

PETIT F, *Droit de la protection sociale*, Gualino éditeur, extenso éditions-paris-2009.

PIRECHON, M, *Les contentieux de la sécurité sociale*, Resoc, 2006.

PRETOT X., *Protection sociale : six ans de jurisprudence*, Litec, 2003.

PRETOT P, *Droit de la sécurité sociale* 13^e édition, 2011.

PRETOT X, *Les grands arrêts du droit de la sécurité sociale*, (préface j. RIVERO, Dalloz ,2 édition. 1998.

PRETOT. X, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2015.

RCAR, *Qui sommes-nous ?* Rabat, Régime collectif d'allocation de retraite, 2011.

REESE. E, *Droit de la santé et réformes hospitalières*, les éditions Démos, 2011.

ROUABHI, M. R, *Le système de sécurité sociale en Algérie: évolution historique*. Alger, El Othmania, 2010.

TABUTEAU D., *Les contes de ségur.les coulisses de la politique de santé, 1988-2006*, édition ophrys, 2006.

TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, 8^e édition, Dalloz, 2012.

TRUCHET. D, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 2017.

VERKINDT P-Y, GRAUJEMAN F, *Réforme des retraites et emploi des seniors*, éditions wolterskluwer, France 2011.

THÈSES ET MÉMOIRES

DADDAHI. M, *Système de protection sociale de Mauritanie*, CNAM, Nouakchott 2013.

DIANE R., *Le droit public face à la pauvreté*. Thèse en droit public, E.J.A. 2002.

DIALLO. S, *Problématique et promotion du secteur informel en Mauritanie*, université de Perpignan 1997.

ELIMANE. K-M, *Pauvreté et sécurité Sociale*, mémoire Nouakchott, 2006.

EL EDISSI. H, *Sécurité sociale dans le monde arabe*, Beyrouth, 2010.

KANE. A., *La Caisse de sécurité sociale en Mauritanie*, édition université de Nouakchott, 1985.

LAGHOUALI M, *Les enjeux de l'assurance maladie obligatoire au Maroc*, thèse Université de Perpignan, 2008.

OULD T'FAIL H., *Islam et sécurité sociale*, thèse, Université de Perpignan, 2008.

OULD T'FAIL H, *Le régime mauritanien de sécurité sociale, réalité et perspectives*, Mémoire Université de Perpignan, 1998.

OULD MOHAMED TOMY M, *La lutte contre la pauvreté en Mauritanie*, mémoire Université de Perpignan, 2007.

SIDIYA. C, *Politique et stratégie du gouvernement mauritanien en matière de lutte contre la pauvreté et de la promotion de l'emploi*. Mémoire Université de Perpignan, 2008.

SOW A-A, *Les conventions de la sécurité sociale*, université de Nouakchott, 1988

ZAKARIYA. Y, *Le secteur informel en Mauritanie*, Université de Perpignan, Mémoire, 2008.

ZOUR. J, *La couverture du risque maladie*, Université de Bordeaux, 2006.

RAPPORTS

AHMED OULD ISSELMOU, Bureau international du Travail, Equipe d'Appui Technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique Occidentale et Bureau pays de l'OIT pour le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Guinée Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Togo (ETD-BP/Dakar) 2011.

AISS. Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique: une stratégie pour le développement (Développements et tendances). Genève, Association internationale de la sécurité sociale 2008.

AISS. Profils des pays. Genève, Association internationale de la sécurité sociale 2011.
Banque mondiale. Indicateurs du développement dans le monde 2010.

BIT-STEP et OIT, *Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, 2002.

BIT. Tendances mondiales de l'emploi. Genève, Bureau international du Travail 2008.

BIT. Tendances mondiales de l'emploi : le défi d'une reprise de l'emploi. Genève, Bureau international du Travail, 2011.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL. CMR. *Qui sommes-nous ?* Rabat, Caisse marocaine des retraites, 2010.

HCP. Notes de conjonctures, Rabat, *Haut commissariat au plan* 2010.

HCP. Budget économique. Rabat, *Haut commissariat au plan* 2010.

INS. 2010. *Statistiques: données démographiques et sociales*. Tunis, Institut national de la statistique

MOCI. Fiches pays du Moci. Paris, Moniteur du commerce international, 2010.

OMS. L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent, 2002.

ONS. Statistiques sociales. Alger, Office national des statistiques, 2010.

ONS. Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages en Mauritanie. Nouakchott, Office national de la statistique, 2008.

ONS, Indice harmonisé des prix à la consommation. Nouakchott, Office national de la statistique, 2008.

ONS. Note de conjoncture (no 20 à 22). Nouakchott, Office national de la statistique, 2010.

Stratégie Nationale de Protection sociale en Mauritanie : élément essentiel pour l'équité et la lutte contre la pauvreté. Ministère de l'Economie et des Affaires Economiques. Juillet 2011.

TAQUET F., *Etude relative à la réalisation de l'audit juridique de la CNAM*, septembre 2013.

THIAM. C, OULD SIDI. S-M, *Protection sociale en Mauritanie.*, mission parlementaire, 2011.

WATSON. C, FAH, O-J, *Etude sur la protection sociale en Mauritanie: analyse de la situation et recommandations opérationnelles*. [S. l.], UNICEF 2010.

AUTRES DOCUMENTS

À quoi peut servir la concurrence en assurance santé ? Aout 2004, Pierre-Yves Geoffard (CNRS).

Document du CSLP, MAED, Volume 2, plan d'actions 2011-2015.

Fondations du système de solidarité pour le partage du risque santé en Mauritanie, McKinsey & Company, novembre 2004.

La mise en place d'une Assurance Maladie Complémentaire et d'une Assurance Maladie supplémentaire. Rapport du Ministère de la santé. mai 2012.

Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD, CREDES, septembre 2000.

OMS, L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent, 2002.

Profil en Ressources Humaines en Santé en Mauritanie, Septembre 2009, Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Rapport de l'étude sur la protection sociale en Mauritanie, UNICEF mars 2010.

Revue de l'Initiative de Bamako en Mauritanie, Juillet 2000, Rapport du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Santé et pauvreté en Mauritanie, Mars 2004, Banque Mondiale.

Stratégie Nationale de Protection sociale en Mauritanie : élément essentiel pour l'équité et la lutte contre la pauvreté. Ministère de l'Economie et des Affaires Economiques. Juillet 2011.

Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie, 2010, Studies in Health Services Organisation & Polic

LÉGISLATION EN DROIT MAURITANIEN

TEXTES GÉNÉRAUX

Arrêté n° 116 du 17 septembre 1974 déterminant les modalités d'affiliation des employeurs et le versement des cotisations à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Ordonnance 90-09 du 4 avril 1990 portant statut des établissements publics et des sociétés à capitaux publics et régissant les relations de ces entités avec l'État.

Décret N° 90 – 118 du 19 août 1990 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement des organes délibérants des établissements publics.

Code de procédure civile commerciale et administrative.

Code du travail 2004 et Convention collective du travail.

Code des assurances de 1993 modifié en 2006.

Loi 2011-027 du 2011 17/03/2011, portant création de la Caisse des Dépôts et de Développement.

Loi n 67 – 039 du 3 février 1967 instituant un régime de Sécurité sociale, modifiée par la loi n° 72 – 145 du 18 juillet 1972 et l'ordonnance n° 87 – 296 du 24 novembre 1967.

Décret n° 87 – 099 bis du 1er juillet 1987 portant création d'un établissement public à caractère industriel et commercial, dénommé « C.N.S.S. », et fixant son organisation et ses règles de fonctionnement.

TEXTES SPÉCIFIQUES

Ordonnance 2005-006 en date du 29 septembre 2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie.

Loi 2012-007 du 7 février 2012 portant extension du régime d'assurance maladie institué par ordonnance N° 2005-006 du 29 septembre 2005 aux employés des sociétés privées, aux journalistes de la presse privée et à d'autres groupes professionnels.

Loi N° 2010-018 du 3/02/2010 modifiant ou complétant certaines dispositions de l'ordonnance 2005-006 du 29/09/2005, portant institution d'un régime d'assurance maladie.

Décret 2006-135 en date du 7/12/2006 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un établissement dénommé « Caisse Nationale d'Assurance Maladie ».

Décret 2012-213 du 27/08/2012 modifiant et complétant certaines dispositions du décret 2006-135 du 7 /12/2006 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un établissement public dénommé « Caisse Nationale d'Assurance Maladie ».

Décret 2010-108 du 23/05/2010, portant modification de certaines dispositions du décret N° 2006-135 du 7/12/2006 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un établissement public dénommé « Caisse Nationale d'Assurance Maladie ».

Décret n° 2007-037 du : 25/01/2007.

Décret 2012-261 du 30/08/2012 fixant les modalités d'application aux salariés et titulaires de pensions des sociétés privées du régime d'assurance maladie prévu par l'ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005 modifié.

Décret 2007-031 du 23/01/2007 fixant les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis au régime d'assurance maladie.

Décret N° 2007-038 du 25/01/2007 fixant les modalités et procédures d'exercice du contrôle médical relevant de la Casse Nationale d'assurance maladie.

Décret N° 2006-144 25/12/2006 fixant les taux de cotisation au régime d'assurance maladie institué par l'ordonnance 2005-006 du 29/09/2005 ;

Décret N° 2010-081 fixant les taux de cotisations de certains bénéficiaires du régime d'assurance maladie au titre de l'ordonnance 2005-006 du 29/09/2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie modifiée ou complétée par la loi 2010-018 du 3/02/2010 ;

Arrêté conjoint N° 2505/MS/MF du 14 novembre 2010 fixant les modalités de versement des cotisations à l'assurance maladie, des majorations et pénalité de retard ;

Arrêté conjoint N° 319 MSAS/MF/MFPE du 8/02/2007 fixant la liste des maladies dites exonératoires ;

Arrêté conjoint N° 02 MS/MF/MFPE modifiant et complétant certaines dispositions de l'arrêté conjoint N° R 1798/MS/MF/MFPE du 28 avril 2009 fixant les listes des spécialités des actes médicaux paramédicaux et de l'appareillage pris en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;

Arrêté conjoint N° 130 MS/MF/MFPE du 18/01/2010 abrogeant et remplaçant l'arrêté N° 321/MS/MF/MFPE du 8/02/2007 fixant les conditions d'évacuation sanitaire et de prise en charge à l'étranger des assurés de la caisse nationale d'assurance maladie.

Arrêté N° 82 du 14 janvier 2010 relatif aux règles d'organisation et de fonctionnement du comité d'évacuation sanitaire et du comité médical de la caisse Nationale d'assurance maladie ;

Arrêté N° 651 du 8 février 2009 abrogeant e remplaçant l'arrêté du 27 octobre portant création organisation et fonctionnement du conseil National de la santé.

PERSONNES INTEROGÉES

1. Abdel Aziz Oud Eddah, ancien Directeur Général de la CNAM, l'actuel Gouverneur de la banque centrale
2. Abdi Salem cheikh Saadbouh, ancien Directeur général adjoint de la CNAM, l'actuel Directeur général de la CAMEC
3. Moktar Fall Mouhamedou, ancien Conseiller juridique de la CNAM
4. Thiam cheikh, Directeur affaires juridiques à la CNSS.
5. Patrick Morvan professeur à l'université d'Assas Paris2.

SITES INTERNET

Caisse nationale d'assurance maladie, *CNAM*, en ligne sur le lien suivant

www.cnam.mr

Ministère de la santé, en ligne sur www.sante.gov.mr

Portail mauritanien du développement en ligne sur www.pmd.mr

Office national de la statistique sur www.ons.mr

Organisation mondiale de la santé, pays Mauritanie sur

www.who.int/countries/mrt/fr/index

Ce site est le premier site initié par des femmes mauritaniennes, il constitue un exemple d'appropriation d'internet par les femmes en Mauritanie, en Afrique et dans le monde arabe. www.maurifemme.mr

Annexes

ANNEXE 1

ACCORDS DE SÉCURITÉ SOCIALE

ENTRE LA FRANCE ET LA MAURITANIE Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 2 Accords entre la France et la Mauritanie Textes franco-mauritaniens Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 3

11, rue de la Tour des Dames – 75436 Paris cedex 09 – Tél. 01 45 26 33 41 – Fax 01 49 95 06 50 - www.cleiss.fr

TEXTES FRANCO-MAURITANIENS

Textes de base :

Convention générale du 22 juillet 1965 de sécurité sociale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République islamique de Mauritanie (décret n° 67-111 du 3 février 1967, publié au JO du 12 février 1967), entrée en vigueur le 1er février 1967, modifiée par l'***Avenant n°1 du 30 juin 1977*** (décret n° 81-810 du 19 août 1981, publié au JO du 28 août 1981 ; au BO C.A.I 21356), entré en vigueur le 1er août 1981.

Protocole du 22 juillet 1965 (décret n° 67-111 du 3 février 1967, publié au JO du 12 février 1967 et au BO ASC 19075), entré en vigueur le 1er février 1967.

Protocole du 22 juillet 1965 (décret n° 67-111 du 3 février 1967, publié au JO du 12 février 1967 et au BO ASC 19075), entré en vigueur le 1er février 1967.

Protocole du 22 juillet 1965 (décret n° 67-111 du 3 février 1967, publié au JO du 12 février 1967 et au BO ASC 19075), entré en vigueur le 1er février 1967.

Textes d'application :

Arrangement administratif du 10 juillet 1967, publié au BO ASC 19075 SS/7/67, entré en vigueur le 1er février 1967.

Arrangement administratif complémentaire du 10 juillet 1967 fixant les modalités d'application du protocole n° 1, publié au BO ASC 19075 SS/7/67, entré en vigueur le 1er février 1967 modifié par l'*arrangement administratif complémentaire du 26 novembre 1974*, entré en vigueur le 1er janvier 1975.

Liste des formulaires Accords entre la France et la Mauritanie Sommaire Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 4

ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLEMENTAIRE du 10 juillet 1967 fixant les modalités d'application du protocole relatif au maintien de certains avantages de l'assurance maladie à des assurés sociaux français ou mauritaniens qui se rendent en Mauritanie 44

Liste des formulaires dans le cadre de la Convention 51 Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 5

Convention générale du 22 juillet 1965

Modifiée par :

(1) *Avenant du 30 juin 1977*, (décret n° 81-810 du 19 août 1981, publié au JO du 28 août 1981), entré en vigueur le 1er août 1981, publié au BO C.A.I. 21356 Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 6

CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE ET LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République islamique de Mauritanie,

résolus à coopérer dans le domaine social ;

affirmant le principe de l'égalité de traitement des ressortissants des deux États au regard de la législation de sécurité sociale dans chacun d'eux ;

désireux de permettre à leurs ressortissants de conserver les droits acquis en vertu de la législation de l'un des États,

ont décidé de conclure une Convention générale tendant à coordonner l'application aux ressortissants français et mauritaniens des législations française et mauritanienne en matière de sécurité sociale, et à cet effet sont convenus des dispositions suivantes :

TITRE PREMIER PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article premier

§ 1er Les travailleurs français ou mauritaniens, salariés ou assimilés aux salariés, sont soumis respectivement aux législations de sécurité sociale énumérées à l'article 2 ci-dessous, applicables en Mauritanie ou en France, et, sous les réserves inscrites à l'article 2, en bénéficient ainsi que leurs ayants droits dans les mêmes conditions que les ressortissants de chacun de ces États.

§ 2 Les territoires couverts par les dispositions de la présente Convention sont :

En ce qui concerne la France : la France métropolitaine et les départements d'outre-mer ;

En ce qui concerne la République islamique de Mauritanie : le territoire de la République islamique de Mauritanie. Accords entre la France et la Mauritanie
Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale -
www.cleiss.fr 7

Article 2 (1)

§ 1er. Les législations auxquelles s'applique la présente Convention sont :

1. En France :

- a) La législation fixant l'organisation de la sécurité sociale ;
- b) La législation fixant le régime des assurances sociales applicable aux salariés des professions non agricoles ;
- c) La législation des assurances sociales applicable aux salariés et assimilés des professions agricoles ;
- d) Les législations sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- e) La législation relative aux prestations familiales, à l'exception de l'allocation de maternité ;
- f) Les législations sur les régimes spéciaux de sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les risques ou prestations couverts par les législations ; énumérées aux alinéas précédents, et notamment le régime relatif à la sécurité sociale dans les mines.
- g) Les législations sur le régime des gens de mer dans les conditions précisées par un arrangement administratif.

2. En Mauritanie :

- La législation sur les prestations familiales ;
- La législation sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- La législation sur les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès.

§ 2. ...

§ 3. La présente Convention s'appliquera également à tous les actes législatifs ou réglementaires qui ont modifié ou complété ou qui modifieront ou compléteront les législations énumérées au paragraphe 1er du présent article.

Toutefois, elle ne s'appliquera :

a) Aux actes législatifs ou réglementaires couvrant une branche nouvelle de la sécurité sociale que si un accord intervient à cet effet entre les Parties contractantes ;

b) Aux actes législatifs ou réglementaires qui étendront les régimes existants à de nouvelles catégories de bénéficiaires que s'il n'y a pas à cet égard opposition du Gouvernement de la Partie qui modifie sa législation, notifiée au Gouvernement de l'autre Partie dans un délai de trois mois à dater de la publication officielle desdits actes.

Article 3

§ 1er Les travailleurs salariés ou assimilés par les législations applicables dans chacun des États contractants, occupés sur le territoire de l'un d'eux, sont soumis aux législations en vigueur au lieu de leur travail. Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 8

§ 2 Le principe posé au paragraphe 1er du présent article comporte les exceptions suivantes :

a) Les travailleurs qui, étant occupés sur le territoire de l'une des Parties contractantes par une entreprise dont ils relèvent normalement, sont détachés par cette entreprise sur le territoire de l'autre Partie afin d'y effectuer un travail déterminé pour le compte de ladite entreprise, demeurent soumis à la législation de cette première Partie comme s'ils continuaient à être occupés sur son territoire, à condition que la durée prévisible du travail qu'ils doivent effectuer n'excèdent pas trois ans y compris la durée du congé ;

b) Les agents non fonctionnaires mis par l'une des Parties contractantes à la disposition de l'autre sur la base d'un contrat d'assistance technique sont soumis à la législation de sécurité sociale du premier État sous réserve des dispositions relatives à la sécurité sociale figurant dans les accords de coopération technique.

§ 3 Les autorités administratives compétentes des Parties contractantes pourront prévoir d'un commun accord des exceptions aux règles énoncées au paragraphe 1er du présent article. Elles pourront convenir également que les exceptions prévues au paragraphe 2 ne s'appliqueront pas dans certains cas particuliers.

Article 4

§ 1er Les dispositions du paragraphe 1er de l'article 3 sont applicables aux travailleurs salariés ou assimilés quelle que soit leur nationalité, occupés dans les postes diplomatiques ou consulaires français ou mauritaniens ou qui sont au service personnel d'agents de ces postes.

Toutefois :

a) Sont exceptés de l'application du présent article les agents diplomatiques et consulaires de carrière, ainsi que les fonctionnaires appartenant au cadre des chancelleries ;

b) Les travailleurs salariés ou assimilés qui appartiennent à la nationalité du pays représenté par le poste diplomatique ou consulaire et qui ne sont pas fixés définitivement dans le pays où ils sont occupés peuvent opter entre l'application de la législation du lieu de leur travail et celle de la législation de leur pays d'origine.

§ 2 Les travailleurs au service d'une administration gouvernementale de l'une des Parties contractantes, qui sont soumis à la législation de ladite Partie et qui sont détachés dans l'autre, continuent à être soumis à la législation de la Partie qui les a détachés. Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 9

TITRE II DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

CHAPITRE PREMIER Assurance invalidité

Article 5

§ 1er Pour les travailleurs salariés ou assimilés qui se rendent d'un pays dans l'autre, les périodes d'assurance accomplies sous le régime en vigueur dans le premier pays ou les périodes reconnues équivalentes sont totalisées à la condition qu'elles ne se superposent pas avec les périodes d'assurance ou périodes équivalentes accomplies sous le régime de l'autre pays, tant en vue de la détermination du droit aux prestations en espèces ou en nature de l'assurance invalidité qu'en vue du maintien ou du recouvrement de ce droit.

§ 2 Les prestations en espèces de l'assurance invalidité sont liquidées conformément à la législation dont relevait l'intéressé au moment de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou de l'accident suivi d'invalidité, et supportées par l'organisme compétent aux termes de cette législation.

Article 6

§ 1er Si, après suspension de la pension d'invalidité, l'assuré recouvre son droit, le service des prestations est repris par l'organisme débiteur de la pension primitivement accordée.

§ 2 Si, après suspension de la pension, l'état de l'assuré justifie l'octroi d'une nouvelle pension d'invalidité, celle-ci est liquidée suivant les règles posées à l'article 5 ci-dessus.

Article 7

La pension d'invalidité est transformée, le cas échéant, en pension de vieillesse dans les conditions prévues par la législation en vertu de laquelle elle a été attribuée. Il est fait application, s'il y a lieu, des dispositions du chapitre 2 du présent titre, pour la détermination des avantages dus au titre de la législation de chaque pays.

Si le total des avantages auxquels un assuré peut ainsi prétendre de la part de chacun des régimes d'assurance vieillesse des deux pays est inférieur au montant de la pension d'invalidité, il est servi un complément différentiel à la charge du régime qui a liquidé

ladite pension. Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 10

CHAPITRE II Assurance vieillesse

Article 8

Les travailleurs français ou mauritaniens qui pourront justifier :

- d'une part, de périodes d'assurance obligatoire ou volontaire auprès des régimes français d'assurance vieillesse, résultant de dispositions législatives ou réglementaires relatives aux salariés ou assimilés ;
- et, d'autre part, de périodes accomplies en Mauritanie et prises en considération par la Caisse nationale de prévoyance sociale,

pourront demander que ces périodes soient totalisées, dans la mesure où elles ne se superposent pas, en vue de la détermination dans chacun des deux régimes de leurs droits aux prestations de vieillesse.

Article 9

Lorsqu'un assuré use de la faculté qui lui est ouverte par l'article précédent, et si les périodes totalisées atteignent les minima prévus par la législation française et la législation mauritanienne, les avantages auxquels il peut prétendre sont déterminés séparément, dans chacun des deux régimes, comme s'il y avait effectué les périodes totalisées dans l'un et l'autre. Chacun des deux régimes doit à l'assuré la fraction de prestation vieillesse calculée au prorata de la durée des périodes d'assurance accomplies auprès de lui et décomptées selon ses propres règles.

Article 10

Aucune prestation n'est due au titre de l'un ou de l'autre des deux régimes lorsque les périodes d'assurance accomplies auprès de lui, décomptées selon ses règles propres,

n'atteignent pas au total un an. Les périodes entrent cependant en compte pour l'ouverture des droits par totalisation au regard de l'autre régime.

Article 11

Au cas où un assuré ne remplirait pas au même moment, malgré la totalisation des périodes d'assurance, les conditions exigées par l'un et l'autre des deux régimes, son droit à prestations de vieillesse serait établi au regard de chacun d'eux au fur et à mesure qu'il satisferait à ces conditions.

Article 12

Les dispositions de la présente Convention relatives à l'assurance vieillesse sont applicables, le cas échéant, aux droits des conjoints et enfants survivants.

Si, en conséquence de son statut personnel, l'assuré avait plusieurs épouses, l'avantage dû au conjoint survivant est réparti également et définitivement entre les épouses.

Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 11

Article 13

Les intéressés dont les droits se sont ouverts antérieurement à la présente Convention pourront en demander la révision.

La révision sera effectuée selon les règles établies par le présent chapitre et aura effet à la date d'entrée en vigueur de la Convention si les demandes sont présentées dans un délai de deux ans à compter de cette date. Toutefois, si les droits antérieurement liquidés ont fait l'objet d'un règlement en capital, il n'y a pas lieu à révision.

Article 14

Un arrangement complémentaire fixera dans la mesure nécessaire les modalités d'application du présent chapitre et celles de l'introduction et de l'instruction des demandes de prestations de vieillesse.

CHAPITRE III Accidents du travail et maladies professionnelles

Article 15

§ 1er Ne sont pas opposables aux ressortissants de l'une des Parties contractantes les dispositions contenues dans les législations de l'autre Partie concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui restreignent les droits des étrangers ou opposent à ceux-ci des déchéances en raison du lieu de leur résidence.

§ 2 Les majorations ou allocations complémentaires accordées en supplément des rentes d'accidents du travail en vertu des législations applicables dans chacun des deux États contractants sont maintenues aux personnes visées à l'alinéa précédent qui transfèrent leur résidence de l'un des États dans l'autre.

Article 16

§ 1er Tout travailleur salarié ou assimilé, victime d'un accident du travail (ou maladie professionnelle) en France ou en Mauritanie, et qui transfère sa résidence sur le territoire de l'autre pays, bénéficie, à la charge de l'institution d'affiliation, des prestations en nature servies par l'institution du lieu de la nouvelle résidence.

§ 2 Le travailleur doit, avant de transférer sa résidence, obtenir l'autorisation de l'institution d'affiliation, laquelle tient dûment compte des motifs de ce transfert.

§ 3 Les prestations en nature prévues au paragraphe 1er sont servies par l'institution du lieu de la nouvelle résidence, suivant les dispositions de la législation appliquée par ladite institution en ce qui concerne l'étendue et les modalités du service des prestations en nature ; toutefois, la durée du service des prestations est celle prévue par la législation du pays d'affiliation. Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr

12

§ 4 Dans le cas visé au paragraphe 1er du présent article, l'octroi des prothèses, du grand appareillage et d'autres prestations en nature d'une grande importance est

subordonné - sauf en cas d'urgence absolue - à la condition que l'institution d'affiliation en donne l'autorisation.

§ 5 Les prestations en nature servies dans le cas visé au paragraphe 1er du présent article font l'objet d'un remboursement aux institutions qui les ont servies par l'institution d'affiliation selon les modalités qui seront précisées par arrangement administratif.

§ 6 Les dispositions des paragraphes 1er, 3 et 5 ci-dessus ne sont pas applicables aux victimes en France d'un accident du travail agricole qui transfèrent leur résidence en Mauritanie. Dans ce cas, le service des prestations en nature est effectué directement par l'employeur responsable ou l'assureur substitué.

Article 17

Dans le cas de transfert de résidence prévu à l'article 16 ci-dessus, les prestations en espèces sont servies par l'institution d'affiliation, conformément à la législation qui lui est applicable et suivant les modalités fixées par arrangement administratif.

Article 18

Pour apprécier le degré d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle au regard de la législation française ou mauritanienne, les accidents du travail ou les maladies professionnelles survenus antérieurement, sous la législation de l'autre Partie, sont pris en considération comme s'ils étaient survenus sous la législation de la première Partie.

Article 19

En cas d'accident du travail suivi de mort et si, en conséquence de son statut personnel, la victime a plusieurs épouses, la rente due au conjoint survivant est répartie également et définitivement entre les épouses.

Article 20

Les prestations en cas de maladies professionnelles susceptibles d'être réparées en vertu de la législation des deux Parties contractantes ne sont accordées qu'au titre de la législation de la Partie sur le territoire de laquelle l'emploi susceptible de provoquer une maladie professionnelle de cette nature a été exercé en dernier lieu et sous réserve que l'intéressé remplisse les conditions prévues par cette législation.

Article 21

Lorsque, en cas d'aggravation d'une maladie professionnelle, un travailleur qui a bénéficié ou qui bénéficie d'une réparation pour une maladie professionnelle en vertu de la législation de l'une des Parties contractantes fait valoir, pour une maladie professionnelle de même nature, des droits à prestations en vertu de la législation de l'autre Partie, les règles suivantes sont applicables : Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 13

a) Si le travailleur n'a pas exercé sur le territoire de ce dernier État un emploi susceptible de provoquer la maladie professionnelle ou de l'aggraver, l'institution d'affiliation du premier État reste tenue de prendre à sa charge les prestations en nature de sa propre législation, compte tenu de l'aggravation ;

b) Si le travailleur a exercé, sur le territoire de ce dernier État, un tel emploi, l'institution d'affiliation du premier État reste tenue de servir les prestations en vertu de sa propre législation, compte non tenu de l'aggravation ; l'institution d'affiliation de l'autre État octroie au travailleur le supplément dont le montant est déterminé selon la législation de ce second État et qui est égal à la différence entre le montant de la prestation dû après l'aggravation et le montant qui aurait été dû si la maladie, avant l'aggravation, s'était produite sur son territoire.

CHAPITRE IV Prestations familiales

Article 22

Si la législation de l'une des deux Parties subordonne l'acquisition du droit aux allocations familiales à l'accomplissement de périodes d'emploi, d'activité professionnelle ou de périodes assimilées, l'organisme compétent de cette Partie tient compte, dans la mesure où il est nécessaire, de toutes les périodes accomplies sur le territoire de chacun des deux États.

Article 23 (1)

§ 1er Les travailleurs salariés ou assimilés, de nationalité française ou mauritanienne, occupés sur le territoire de l'un des deux États, peuvent prétendre, pour leurs enfants résidant sur le territoire de l'autre État, aux allocations visées au présent article, s'ils remplissent les conditions d'activité prévues par la législation applicable au lieu de travail.

§ 2 Les allocations prévues par le présent article sont versées au titre des périodes d'emploi et des périodes assimilées.

§ 3 Les enfants bénéficiaires des allocations prévues au présent article sont les enfants à charge du travailleur, à condition qu'ils aient en outre la qualité d'enfant légitime, d'enfant naturel reconnu ou d'enfant adoptif à l'égard du travailleur ou de son conjoint.

§ 4 Le service des prestations est assuré par l'institution du pays de résidence des enfants, aux taux et selon les modalités prévus par la législation applicable dans ce pays.

§ 5 L'institution d'affiliation du travailleur verse à l'organisme centralisateur du pays de résidence une participation calculée selon un barème fixé d'un commun accord entre les autorités compétentes des deux Parties. Ledit barème est révisable, compte tenu des variations du taux des allocations familiales dans les deux pays. Cette révision ne peut intervenir qu'une fois par an.

§ 6 ... Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 14

Article 24

Les conditions d'application de l'article 23, et notamment la détermination des modalités de versement de la participation prévue au paragraphe 5, seront fixées par un arrangement administratif.

Article 25

Les enfants des travailleurs visés au paragraphe 2 de l'article 3 de la présente Convention, qui accompagnent le travailleur à l'occasion de son occupation temporaire dans l'autre pays, ouvrent droit aux prestations familiales prévues par la législation du pays d'origine.

TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

Article 26

Sont considérés, dans chacun des États contractants, comme autorités administratives compétentes, au sens de la présente Convention, les ministres qui sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application des régimes énumérés à l'article 2.

Article 27

Les autorités compétentes :

1° Prennent tous arrangements administratifs nécessaires à l'application de la présente Convention ;

2° Se communiquent toutes informations concernant les mesures prises pour son application ;

3° Se communiquent, dès que possible, toutes informations concernant les modifications de leurs législations susceptibles d'en affecter l'application.

Article 28

§ 1er Pour l'application de la présente Convention et des législations de sécurité sociale de l'autre Partie, les autorités compétentes et les organismes de sécurité sociale

des deux Parties contractantes se prêteront leurs bons offices comme s'il s'agissait de leur propre législation de sécurité sociale.

§ 2 Les autorités compétentes régleront notamment, d'un commun accord, les modalités du contrôle médical et administratif ainsi que des procédures d'expertise nécessaires à l'application tant de la présente Convention que des législations de sécurité sociale des deux Parties. Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr

15

Article 29

§ 1er Le bénéfice des exemptions de droits d'enregistrement, de greffe, de timbre et de taxes consulaires prévues par la législation de l'une des Parties contractantes pour les pièces à produire aux administrations ou organismes de sécurité sociale de cette Partie est étendu aux pièces correspondantes à produire pour l'application de la présente Convention aux administrations ou organismes de sécurité sociale de l'autre Partie.

§ 2 Tous actes, documents et pièces quelconques à produire pour l'exécution de la présente Convention sont dispensés du visa de légalisation des autorités consulaires.

Article 30

Les recours qui auraient dû être introduits dans un délai déterminé auprès d'une autorité ou d'un organisme compétent pour recevoir des recours en matière de sécurité sociale dans l'un des États contractants sont recevables s'ils sont présentés dans le même délai à une autorité ou à un organisme correspondant de l'autre État. Dans ce cas, cette dernière autorité ou ce dernier organisme devra transmettre sans retard les recours à l'autorité ou à l'organisme compétent.

Si l'autorité ou l'organisme auprès duquel le recours a été introduit ne connaît pas l'autorité ou l'organisme compétent, la transmission peut être faite par la voie des autorités visées à l'article 26 ci-dessus.

Article 31

Les transferts des sommes correspondant à l'ensemble des règlements financiers rattachés à des opérations de sécurité sociale ou de prévoyance sociale, soit en application de la présente Convention, soit en application de la législation interne de chacune des Parties contractantes, notamment au titre de l'assurance volontaire et des régimes de retraite complémentaire, bénéficient d'une totale liberté.

Article 32

Il n'est pas dérogé aux règles prévues par les régimes visés à l'article 2 pour les conditions de la participation des assurés aux élections auxquelles donne lieu le fonctionnement de la sécurité sociale.

Article 33

Les formalités que les dispositions légales ou réglementaires de l'une des Parties contractantes pourraient prévoir pour le service, en dehors de son territoire, des prestations dispensées par les organismes compétents de ce pays s'appliqueront également, dans les mêmes conditions qu'aux nationaux, aux personnes admises au bénéfice de ces prestations en vertu de la présente Convention.

Article 34

§ 1er Toutes les difficultés relatives à l'application de la présente Convention seront réglées d'un commun accord par les autorités administratives visées à l'article 26.
Accords entre la France et la Mauritanie Convention Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 16

§ 2 Au cas où il n'aurait pas été possible d'arriver par cette voie à une solution, le différend devra être réglé suivant une procédure d'arbitrage organisée par un arrangement à intervenir entre les deux Gouvernements.

Article 35

Le Gouvernement de chacune des Parties contractantes notifiera à l'autre l'accomplissement des procédures constitutionnelles requises en ce qui le concerne

pour l'entrée en vigueur de la présente Convention. Celle-ci prendra effet le premier jour du troisième mois qui suivra la date de la dernière de ces notifications.

Article 36

La présente Convention est conclue pour une durée d'une année à partir de la date de son entrée en vigueur. Elle sera renouvelée tacitement d'année en année, sauf dénonciation qui devra être notifiée trois mois avant l'expiration du terme.

En cas de dénonciation, les stipulations de la présente Convention resteront applicables aux droits acquis, nonobstant les dispositions restrictives que les régimes intéressés prévoiraient pour les cas de séjour à l'étranger d'un assuré.

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés à cet effet, ont signés la présente Convention.

Fait à Paris, le 22 juillet 1965, en double exemplaire. Accords entre la France et la Mauritanie Protocole (Maladie) Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 17

PROTOCOLE du 22 juillet 1965 relatif au maintien de certains avantages de l'assurance maladie à des assurés sociaux français ou mauritaniens qui se rendent en Mauritanie

Le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République islamique de Mauritanie,

ont décidé d'adopter, jusqu'à l'institution en Mauritanie d'un régime légal d'assurance maladie, les dispositions suivantes relatives aux ressortissants français ou mauritaniens bénéficiaires du régime français d'assurance maladie qui se rendent dans certaines conditions en Mauritanie :

Article 1er

Un travailleur salarié français ou mauritanien occupé en France, admis au bénéfice des prestations en espèces conserve ce bénéfice pendant une durée qui ne peut excéder six

mois, lorsqu'il transfère sa résidence sur le territoire de la Mauritanie, à condition que, préalablement au transfert, le travailleur ait obtenu l'autorisation de son institution d'affiliation, laquelle tient dûment compte du motif de ce transfert.

Article 2

Pendant le délai de six mois visé à l'article 1er, l'institution française d'affiliation pourra, après avis favorable de son contrôle médical, participer au remboursement des soins dispensés en Mauritanie au travailleur autorisé à transférer sa résidence dans les conditions précisées à l'article 1er ci-dessus.

Les présentes dispositions ne s'appliquent qu'au travailleur, à l'exclusion des membres de la famille.

Article 3

Un arrangement administratif détermine notamment :

- a) La nature des prestations à rembourser ;

- b) Les limites et conditions dans lesquelles ces prestations sont servies et notamment la liste des prestations dont l'octroi est subordonné à une autorisation préalable ;

- c) Les bases des remboursements à la charge des institutions françaises. Ces remboursements peuvent être soit forfaitaires, soit établis d'après un tarif limite mauritanien, déduction faite d'un abattement représentant la participation de l'assuré, fixé compte tenu de la législation appliquée par l'institution débitrice ;

- d) Les modalités du contrôle médical et administratif des malades, exercé en Mauritanie pour le compte de l'institution d'affiliation ; Accords entre la France et la Mauritanie Protocole (Maladie) Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 18

e) Les institutions chargées du service des prestations en Mauritanie et éventuellement les organismes de liaison français et mauritanien ;

f) Les procédures de règlement financier entre institutions.

Article 4

En cas d'intervention d'une législation d'assurance maladie en Mauritanie, les dispositions du présent Protocole cesseront d'avoir effet ; un nouvel accord devra intervenir entre les deux Parties en matière d'assurance maladie.

Article 5

Le Gouvernement de chacune des Parties contractantes notifiera à l'autre l'accomplissement des procédures constitutionnelles requises en ce qui le concerne pour l'entrée en vigueur du présent Protocole. Celui-ci prendra effet le premier jour du troisième mois qui suivra la date de la dernière de ces notifications.

Article 6

Le présent Protocole est conclu pour une durée d'une année à partir de la date de son entrée en vigueur. Il sera renouvelé tacitement d'année en année, sauf dénonciation qui devra être notifiée trois mois avant l'expiration du terme.

En cas de dénonciation, les stipulations du présent Protocole resteront applicables aux droits acquis, nonobstant les dispositions restrictives que les régimes intéressés prévoiraient pour les cas de séjour à l'étranger d'un assuré.

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés à cet effet, ont signé le présent Protocole.

Fait à Paris, le 22 juillet 1965, en double exemplaire. Accords entre la France et la Mauritanie Protocole (Étudiants) Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 19

PROTOCOLE du 22 juillet 1965 relatif au régime d'assurances sociales des étudiants

Le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République islamique de Mauritanie,

Désireux de coopérer dans le domaine culturel et d'assurer dans le domaine social la protection des ressortissants de chacun des États poursuivant leurs études sur le territoire de l'autre,

Ont décidé d'adopter les mesures suivantes :

Article 1er

Le régime français d'assurances sociales des étudiants institué au livre VI du titre 1er du code de la sécurité sociale est applicable dans les mêmes conditions qu'aux étudiants français, aux étudiants mauritaniens qui poursuivent leurs études en France et ne sont dans ce pays ni assurés sociaux ni ayants droit d'un assuré social.

Article 2

Les deux Gouvernements s'engagent à assurer l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale entre les étudiants mauritaniens et les étudiants français sur le territoire de chacun des deux États.

Article 3

Le Gouvernement de chacune des parties contractantes notifiera à l'autre l'accomplissement des procédures constitutionnelles requises en ce qui le concerne pour l'entrée en vigueur du présent Protocole. Celui-ci prendra effet le premier jour du troisième mois qui suivra la date de la dernière de ces notifications.

Article 4

Le présent Protocole est conclu pour une durée d'une année à partir de la date de son entrée en vigueur. Il sera renouvelé tacitement d'année en année, sauf dénonciation qui devra être notifiée trois mois avant l'expiration du terme.

En cas de dénonciation, les stipulations du présent protocole resteront applicables aux droits acquis, nonobstant les dispositions restrictives que les régimes intéressés prévoiraient pour les cas de séjour à l'étranger d'un assuré.

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés à cet effet, ont signé le présent Protocole.

Fait à Paris, le 22 juillet 1965, en double exemplaire. Accords entre la France et la Mauritanie Protocole (AVTS) Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 20

PROTOCOLE du 22 juillet 1965 relatif à l'octroi de l'allocation aux vieux travailleurs salariés de la législation française aux ressortissants mauritaniens

Le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République islamique de Mauritanie,

Considérant que la législation française de sécurité sociale réserve aux nationaux français le bénéfice de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, en raison de son caractère non contributif ;

Considérant qu'il est désirable que les travailleurs salariés de chacune des parties bénéficient sur le territoire de l'autre d'une égalité de traitement avec les nationaux en matière de sécurité sociale,

conviennent d'appliquer les dispositions suivantes :

Article 1er

L'allocation aux vieux travailleurs salariés sera accordée aux vieux travailleurs salariés mauritaniens résidant en France à la date de la liquidation de l'allocation, dans les mêmes conditions qu'aux vieux travailleurs salariés français.

Article 2

Le Gouvernement de chacune des parties contractantes notifiera à l'autre l'accomplissement des procédures constitutionnelles requises en ce qui le concerne pour l'entrée en vigueur du présent Protocole. Celui-ci prendra effet le premier jour du troisième mois qui suivra la date de la dernière de ces notifications.

Article 3

Le présent Protocole est conclu pour une durée d'une année à partir de la date de son entrée en vigueur et sera renouvelé tacitement d'année en année, sauf dénonciation qui devra être notifiée trois mois avant l'expiration du terme.

En cas de dénonciation, les stipulations du présent Protocole resteront applicables aux droits acquis, nonobstant les dispositions restrictives que les régimes intéressés prévoiraient pour les cas de résidence à l'étranger d'un assuré.

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés à cet effet, ont signés le présent Protocole.

Fait à Paris, le 22 juillet 1965, en double exemplaire. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 21

Arrangement administratif du 10 juillet 1967 (application de la Convention)

Modifié par :

(1) Arrangement administratif complémentaire du 10 juillet 1967, publié au BO ASC 19075-SS/7/67, entré en vigueur le 1er février 1967. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 22

ARRANGEMENT ADMINISTRATIF DU 10 juillet 1967 relatif aux modalités d'application de la Convention générale entre la France et la Mauritanie sur la sécurité sociale du 22 juillet 1965

Conformément aux dispositions de la Convention générale entre la France et la Mauritanie sur la sécurité sociale du 22 juillet 1965, les autorités administratives compétentes françaises et mauritaniennes, représentées par :

...

ont arrêté, d'un commun accord, les modalités d'application suivantes :

TITRE PREMIER PRINCIPES GÉNÉRAUX

(Application de l'article 3 de la Convention générale)

Situation des travailleurs salariés ou assimilés détachés temporairement d'un pays dans l'autre

Article premier

Lorsque les travailleurs salariés ou assimilés occupés sur le territoire du pays contractant autre que celui de leur résidence habituelle dans les conditions prévues à l'article 3, paragraphe 2, de la Convention générale sont maintenus à la législation en vigueur au lieu de leur travail habituel, les dispositions suivantes sont applicables :

1. L'employeur et les intéressés règlent directement toutes questions concernant les cotisations de sécurité sociale avec l'institution française compétente lorsque le pays du lieu de travail habituel est la France et avec l'institution mauritanienne compétente lorsque le pays du lieu de travail habituel est la Mauritanie ;

2. Les institutions du pays du lieu de travail habituel remettent à chacun des intéressés un certificat attestant qu'il reste soumis à la législation de sécurité sociale de ce pays ;
Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 23

3. Le certificat prévu à l'alinéa précédent, dont le modèle est annexé au présent arrangement administratif (formulaire n° SE 336-01) doit comporter obligatoirement, outre les renseignements concernant le travailleur et l'employeur, la durée de date à

date de la période de détachement, le cachet de l'institution du pays du siège de l'entreprise et la date de délivrance dudit certificat.

(Application de l'article 4 de la Convention générale)

Situation des ressortissants d'un pays occupés dans les postes diplomatiques ou consulaires de ce pays auprès de l'autre pays

Article 2

Le droit d'option prévu à l'article 4, paragraphe 1, b), de la Convention générale peut s'exercer à tout moment.

Pour l'exercice de ce droit, l'intéressé adresse une demande à l'institution compétente du pays du lieu de travail.

L'option prend effet à compter du premier jour du mois suivant la date de réception de la demande.

TITRE II DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

CHAPITRE PREMIER Assurance invalidité

(Application des articles 5, 6, 7, de la Convention générale)

A) Dispositions générales

Article 3

Pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de la pension d'invalidité, la totalisation des périodes d'assurance et périodes équivalentes prévues à l'article 5, paragraphe 1er, de la Convention générale, s'effectue de la manière suivante :

Aux périodes d'assurance accomplies ou reconnues équivalentes, en vertu de la législation du pays dans lequel s'est rendu le travailleur, s'ajoutent les périodes accomplies ou reconnues équivalentes sous Accords entre la France et la Mauritanie

la législation de l'autre pays, dans la mesure où il est nécessaire d'y faire appel pour compléter, sans superposition, les périodes d'assurance ou reconnues équivalentes du premier pays.

A cet effet, les périodes d'assurance et les périodes équivalentes sont prises en considération telles qu'elles résultent de la législation sous laquelle elles ont été accomplies.

Article 4

Le travailleur (ou le survivant d'un travailleur) résidant en France ou en Mauritanie qui sollicite le bénéfice d'une pension d'invalidité par totalisation des périodes d'assurance ou des périodes reconnues équivalentes conformément à l'article 5 de la Convention générale, adresse sa demande à l'institution du lieu de sa résidence dans les formes et délais prescrits par la législation du pays de résidence.

Le travailleur résidant sur le territoire d'un pays tiers adresse sa demande à l'institution compétente de celui des pays sous la législation duquel le travailleur a été assuré en dernier lieu.

Les demandes sont recevables si elles sont adressées par les travailleurs, soit directement à l'institution compétente de l'autre pays, soit à l'un ou l'autre des organismes de liaison.

Article 5

Aux fins de l'introduction de la demande, conformément aux dispositions de l'article précédent, les règles suivantes sont applicables :

1. La demande est accompagnée des pièces justificatives nécessaires et établie sur le formulaire prévu par la législation du pays de résidence ou, éventuellement, du pays

sur le territoire duquel se trouve l'institution compétente à laquelle la demande a été adressée ou transmise.

2. L'exactitude des renseignements fournis par le demandeur doit être établie par des pièces officielles jointes au formulaire, ou doit être confirmée par les autorités habilitées à cet effet dans le pays considéré.

3. Le demandeur précise, dans la mesure du possible, soit la ou les institutions auprès desquelles il a été assuré dans l'autre pays, soit le ou les employeurs par lesquels il a été occupé sur le territoire de ce pays .

4. L'institution du lieu de résidence qui a reçu la demande en mentionne la date de réception et la fait parvenir, accompagnée des justifications prévues au présent article, directement et sans retard à l'institution compétente de l'autre pays.

Article 6

Pour évaluer le degré d'invalidité, l'institution compétente de chaque pays fait état, le cas échéant, des constatations médicales ainsi que des informations d'ordre administratif recueillies par l'institution de l'autre pays.

Ladite institution conserve toutefois le droit de faire procéder à l'examen de l'intéressé par un médecin de son choix et dans les conditions prévues par sa propre législation.

Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 25

B) Contrôle médical et administratif

Article 7

Le contrôle médical et administratif des titulaires de pensions d'invalidité est effectué à la demande de l'institution débitrice, par les soins de l'institution du pays de résidence du titulaire.

Article 8

Lorsqu'à la suite d'un contrôle administratif, ou à la demande de l'institution débitrice, il a été constaté que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité de l'un des deux pays avait repris le travail dans l'autre pays, un rapport est adressé à l'institution débitrice par l'institution de l'autre pays conformément au modèle n° SE 336-02 annexé au présent arrangement administratif.

Ce rapport indique la nature du travail effectué, le montant des gains du travailleur intéressé, la rémunération normale perçue dans la même région par un travailleur de la catégorie professionnelle à laquelle appartenait l'assuré dans la profession qu'il exerçait avant de devenir invalide, ainsi que l'avis d'un médecin expert sur l'état de santé de l'intéressé.

Article 9

Les frais résultant des examens médicaux, des mises en observation, des déplacements des médecins et des bénéficiaires, des enquêtes administratives ou médicales rendues nécessaires pour l'exercice du contrôle, sont supportés par l'institution débitrice de la pension.

Le remboursement de ces frais s'effectue sur justification.

Toutefois, les autorités compétentes des deux pays pourront prévoir, d'un commun accord, des modalités différentes de remboursement.

C) Paiement des pensions d'invalidité

Article 10

Les dispositions du chapitre II ci-dessous relatives au paiement des pensions et rentes de vieillesse, sont applicables par analogie aux pensions d'invalidité.

D) Pensions d'invalidité transformées en pensions de vieillesse

Article 11

Lorsque, par application de l'article 7 de la Convention, la pension d'invalidité est transformée en pension de vieillesse, il est fait application des dispositions du chapitre II ci-dessous, pour la détermination des avantages dus au titre de la législation de chaque pays. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr
26

Si le total des avantages auxquels un assuré peut ainsi prétendre de la part de chacun des régimes d'assurance vieillesse des deux pays est inférieur au montant de la pension d'invalidité, il est servi un complément différentiel à la charge du régime qui a liquidé ladite pension.

CHAPITRE II Assurance vieillesse et assurance décès (pensions de survivants)

(Application des articles 8 à 14 de la Convention générale)

A) Totalisation des périodes d'assurance et des périodes équivalentes

Article 12

Pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance vieillesse, la totalisation des périodes d'assurance et périodes équivalentes prévue à l'article 8 de la Convention générale s'effectue de la manière suivante :

Aux périodes d'assurance accomplies ou reconnues équivalentes en vertu de la législation de l'un des pays s'ajoutent les périodes accomplies ou reconnues équivalentes sous la législation de l'autre pays dans la mesure où il est nécessaire d'y faire appel pour compléter, sans superposition, les périodes d'assurance ou reconnues équivalentes du premier pays.

À cet effet, les périodes d'assurance et les périodes équivalentes sont prises en considération telles qu'elles résultent de la législation sous laquelle elles ont été accomplies.

Compte tenu de la totalisation des périodes effectuées comme il est dit ci-dessus, l'institution de chaque pays détermine d'après sa propre législation, si l'intéressé réunit les conditions requises pour avoir droit aux prestations de l'assurance vieillesse prévues par cette législation.

Article 13

Pour le calcul des avantages auxquels un assuré peut prétendre de la part de chacun des régimes d'assurance vieillesse des deux pays, dans le cas où le droit est acquis en vertu de l'article précédent, l'institution compétente de chaque pays procède aux opérations suivantes :

1. Conformément à l'article 9 de la Convention générale, l'institution compétente de chaque pays détermine la prestation à laquelle l'assuré aurait droit si toutes les périodes d'assurance ou reconnues équivalentes, totalisées suivant les modalités fixées à l'article précédent, avaient été accomplies exclusivement sous sa propre législation.

2. La prestation effectivement due à l'assuré par l'institution compétente de chaque Pays est déterminée en réduisant le montant de la prestation visée à l'alinéa précédent au prorata de la durée des périodes d'assurance ou des périodes reconnues équivalentes accomplies sous sa propre législation, par rapport à l'ensemble des périodes visées à l'article 12 ci-dessus.

Dans le cas où des périodes d'assurance ou des périodes reconnues équivalentes se superposeraient, les règles suivantes seraient applicables pour la détermination du prorata : Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 27

- Si la période reconnue équivalente à une période d'assurance par la législation d'un pays coïncide avec une période d'assurance effective accomplie dans l'autre pays, seule la période d'assurance effective est prise en considération par l'institution de ce pays ;

- La période reconnue équivalente à une période d'assurance en vertu à la fois de la législation française et de la législation mauritanienne, est prise en compte par

l'institution du pays où l'intéressé a été assuré à titre obligatoire en dernier lieu avant la période en cause.

Article 14

Sont considérés comme services accomplis au fond en Mauritanie les services qui seraient reconnus comme tels par la législation spéciale française de sécurité sociale dans les mines s'ils avaient été effectués en France.

Article 15

Lorsqu'il résulte de la législation de l'un ou de l'autre pays que le calcul de la prestation s'effectue sur la base de salaires ou de cotisations, ces salaires ou ces cotisations sont déterminés, pour le calcul de la prestation à la charge de l'institution du pays considéré compte tenu des seules périodes d'assurance et périodes assimilées accomplies en vertu de la législation dudit pays.

Article 16

Lorsque la législation de l'un des pays contractants subordonne l'octroi de certains avantages à la condition que les périodes aient été accomplies dans une profession soumise à un régime spécial d'assurance, ne sont totalisées, pour l'admission au bénéfice de ces avantages, que les périodes accomplies sous le ou les régimes spéciaux correspondants de l'autre pays. Si dans l'un des deux pays contractants, il n'existe pas, pour la profession, de régime spécial, les périodes d'assurance accomplies dans ladite profession sous l'un des régimes visés à l'article 8 de la Convention générale sont néanmoins totalisées pour l'admission au bénéfice des prestations du régime général.

B) Introduction des demandes

Article 17

Le travailleur ou le survivant d'un travailleur résidant en France ou en Mauritanie qui sollicite le bénéfice d'une pension de vieillesse par totalisation des périodes d'assurance ou des périodes reconnues équivalentes conformément à l'article 8 de la

Convention générale, adresse sa demande à l'institution du lieu de sa résidence, dans les formes et délais prescrits par la législation du pays de résidence.

Le travailleur ou le survivant d'un travailleur résidant sur le territoire d'un pays tiers adresse sa demande à l'institution compétente de celui des pays sous la législation duquel le travailleur a été assuré en dernier lieu.

Les demandes sont recevables si elles sont adressées par les travailleurs soit directement à l'institution compétente de l'autre pays, soit à l'un ou l'autre des organismes centralisateurs. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 28

Article 18

Aux fins de l'introduction de la demande, conformément aux dispositions de l'article précédent, les règles suivantes sont applicables :

1. La demande est accompagnée des pièces justificatives nécessaires et établie sur le formulaire prévu par la législation du pays de résidence ou, éventuellement, du pays sur le territoire duquel se trouve l'institution compétente à laquelle la demande a été adressée ou transmise.
2. L'exactitude des renseignements fournis par le demandeur doit être établie par des pièces officielles jointes au formulaire, ou doit être confirmée par les autorités habilitées à cet effet dans le pays considéré.
3. Le demandeur précise, dans la mesure du possible, soit la ou les institutions auprès desquelles il a été assuré dans l'autre pays, soit le ou les employeurs par lesquels il a été occupé sur le territoire de ce pays.

C) Instruction des demandes

Article 19

La demande introduite conformément aux dispositions des articles 17 et 18 du présent arrangement est instruite par l'institution compétente du pays à laquelle elle a été adressée ou transmise. Cette institution est désignée ci-après par le terme « institution d'instruction ».

Article 20

1. Pour l'instruction des demandes de prestations d'assurance vieillesse dues en vertu des articles 8 et suivants de la Convention générale, l'institution d'instruction utilise un formulaire conforme au modèle annexé au présent arrangement administratif (formulaire n° SE 336-03).

Sur ce formulaire, l'institution d'instruction porte, outre les renseignements d'état civil indispensables, les périodes d'assurance et périodes reconnues équivalentes accomplies par le travailleur sous la législation du pays considéré.

2. Ledit formulaire est ensuite adressé en double exemplaire à l'institution compétente de l'autre pays.

3. L'institution compétente de l'autre pays complète le formulaire par l'indication des périodes d'assurance et périodes équivalentes accomplies au titre de sa propre législation.

Elle détermine ensuite les droits qui s'ouvrent en vertu de sa propre législation, conformément aux dispositions des articles 8 et suivants de la Convention générale et des articles 12 et suivants du présent arrangement administratif et fixe le montant de l'avantage auquel peut prétendre l'intéressé.

Ces renseignements ainsi que l'indication des voies et délais de recours sont également portés sur le formulaire dont un exemplaire est renvoyé à l'institution d'instruction et le second exemplaire conservé dans les archives de l'institution compétente de l'autre pays. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 29

4. L'institution d'instruction détermine, de son côté, les droits qui s'ouvrent en vertu de sa propre législation conformément aux dispositions des articles 8 et suivants de la Convention générale et des articles 12 à 16 du présent arrangement et fixe le montant de l'avantage auquel peut prétendre l'intéressé.

Elle notifie au demandeur, par lettre recommandée, d'une part l'ensemble des décisions prises par les organismes compétents des deux pays concernant la liquidation des prestations dues en application de la Convention générale et du présent arrangement administratif, d'autre part, les voies et délais de recours prévus par chacune des deux législations.

5. L'institution d'instruction adresse à l'institution compétente de l'autre pays copie de la notification ci-dessus et lui communique la date à laquelle cette notification a été remise au demandeur.

Article 21

La procédure prévue aux articles 19 et 20 ci-dessus est applicable pour l'instruction des demandes de pensions de veuves et de prestations d'orphelins prévues par le régime français spécial aux travailleurs des mines et pour la liquidation de leurs droits.

Toutefois, pour la veuve dont le mari est décédé après avoir été admis à pension, l'institution française ou l'institution mauritanienne saisie de la demande prend d'elle-même la décision que lui dicte sa législation et transmet ensuite le formulaire administratif à l'institution de l'autre pays, après y avoir indiqué cette décision.

D) Paiement des pensions et rentes

Article 22

Les pensions ou rentes de vieillesse françaises ou mauritaniennes sont versées directement aux bénéficiaires résidant dans un pays par les institutions débitrices de l'autre pays.

Le versement des arrérages desdites pensions ou rentes a lieu aux échéances prévues par la législation du pays que l'institution débitrice est chargée d'appliquer. Il s'effectue au moyen d'un mandat individuel.

Article 23

En vue d'une information réciproque des organismes de liaison des deux pays, les institutions débitrices de chaque pays adressent aux organismes de liaison des deux pays une statistique semestrielle des versements effectués à destination de l'autre pays conforme au formulaire n° SE 336-04 annexé au présent arrangement administratif. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 30

CHAPITRE III Accidents du travail et maladies professionnelles

A) Prestations en nature et en espèces dues en cas de transfert de résidence dans l'autre pays

(Application de l'article 16 de la Convention générale)

Article 24

Pour l'application des dispositions de l'article 16, paragraphes 1, 2 et 3, de la Convention générale et sous réserve des dispositions du paragraphe 6 dudit article 16, le travailleur est tenu de présenter à l'institution du lieu de sa nouvelle résidence une attestation par laquelle l'institution d'affiliation l'autorise à conserver le bénéfice des prestations en nature après le transfert de résidence.

Cette attestation, conforme au modèle annexé au présent arrangement administratif (formulaire n° SE 336-05), comporte obligatoirement l'indication, d'une part, du motif du transfert, d'autre part, de la durée prévisible du service des prestations, enfin de la nature des prestations dont le service est ainsi continué.

En même temps, copie de ladite attestation est adressée dans tous les cas, pour information, par l'institution d'affiliation à l'institution du lieu de la nouvelle résidence du travailleur.

Lorsque, pour une raison de force majeure, l'attestation n'a pu être établie antérieurement au transfert de la résidence, l'institution d'affiliation peut soit de sa propre initiative, soit à la requête du travailleur ou de l'institution du lieu de sa nouvelle résidence délivrer l'attestation postérieurement au transfert de résidence.

Article 25

Lorsque le travailleur visé à l'article 16 de la Convention générale demande à bénéficier de la prolongation du service des prestations, il adresse sa requête, accompagnée des pièces médicales justificatives, à l'institution du lieu de sa nouvelle résidence.

Dès réception de la demande, ladite institution fait procéder, par son contrôle médical, à l'examen de l'intéressé et transmet sans retard l'ensemble du dossier à l'institution d'affiliation.

Celle-ci, dès réception du dossier, le soumet à son contrôle médical, lequel émet un avis motivé dans les moindres délais.

Au vu de cet avis, l'institution d'affiliation prend sa décision et la notifie, au moyen d'un formulaire dont le modèle est annexé au présent arrangement administratif (formulaire n° SE 336-06), d'une part, au travailleur intéressé, d'autre part, à l'institution du lieu de la nouvelle résidence de ce dernier.

La notification prévue à l'alinéa précédent comporte obligatoirement :

En cas d'acceptation, l'indication, d'une part, de la durée prévisible de la continuation du service des prestations et, d'autre part, de la nature des prestations dont le service est ainsi continué ;

En cas de refus, l'indication du motif du refus et des voies de recours dont dispose le travailleur. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 31

Article 26

Lorsque le travailleur visé à l'article 16 de la Convention générale, est victime d'une rechute de son accident alors qu'il a transféré sa résidence dans l'autre pays, il adresse sa requête, accompagnée des pièces médicales justificatives, à l'institution du lieu de sa nouvelle résidence.

La procédure suivie, tant par cette dernière institution que par l'institution d'affiliation, est la même que celle visée à l'article 25 du présent arrangement.

Toutefois, la notification de la décision concernant le droit aux prestations en nature est adressée par l'institution d'affiliation au moyen du formulaire n° SE 336-07 dont le modèle est annexé au présent arrangement administratif. Les modalités du remboursement sont celles prévues à l'article 28 ci-dessous.

Le même formulaire comporte des indications sur l'octroi éventuel au travailleur des prestations en espèces.

Article 27

L'institution du lieu de la nouvelle résidence est tenue de faire procéder périodiquement, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'institution d'affiliation, à l'examen du bénéficiaire, en vue de déterminer si les soins médicaux sont effectivement et régulièrement dispensés ; elle avise immédiatement l'institution d'affiliation du résultat de ces examens.

En cas d'hospitalisation, l'institution du lieu de la nouvelle résidence notifie à l'institution d'affiliation, dans un délai de trois jours à partir de la date où elle en a eu connaissance :

- la date d'entrée dans un hôpital ou dans un autre établissement médical et la durée probable de l'hospitalisation ;

- la date de sortie de l'hôpital ou de l'autre établissement médical.

Article 28

Le remboursement des prestations en nature prévu au paragraphe 5 de l'article 16 de la Convention générale s'effectue sur des bases forfaitaires. Le montant forfaitaire des dépenses visées à l'alinéa précédent est obtenu, pour chaque victime ayant reçu des soins en application de l'article 16, paragraphe 1er, de la Convention, en multipliant le coût annuel moyen des soins par une fraction comportant autant de douzièmes qu'il y a eu de mois ou de fractions de mois dans la durée totale des soins dispensés au travailleur au cours de l'année considérée.

Le coût annuel moyen des soins par travailleur victime d'un accident du travail s'obtient en divisant le coût total des prestations en nature servies aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles par le nombre total d'accidents indemnisés au cours de l'année considérée.

Article 29

Les autorités compétentes de chacun des pays désignent la ou les institutions qui supportent la charge des prestations faisant l'objet d'un remboursement forfaitaire. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 32

Article 30

Les autorités compétentes des deux pays pourront établir des bases de remboursement différentes de celles prévues à l'article 28 ci-dessus.

(Application de l'article 17 de la Convention générale)

Article 31

L'attestation visée à l'article 24 du présent arrangement précise si l'intéressé bénéficie ou non des prestations en espèces et, dans l'affirmative, la durée prévisible du service de ces prestations. Si ladite attestation ne le précise pas ou si l'intéressé demande à bénéficier du service des prestations en espèces, au-delà de la période primitivement prévue, il adresse sa requête à l'institution du lieu de la nouvelle résidence en l'accompagnant d'un certificat médical d'incapacité de travail délivré par le médecin traitant.

Dès réception de la demande, ladite institution fait procéder par son contrôle médical à l'examen de l'intéressé et transmet sans retard l'ensemble du dossier à l'institution d'affiliation.

Si un contrôle médical est effectué en vue de l'obtention des prestations en nature, le même examen médical de contrôle devra également comporter des conclusions de nature à permettre à l'institution d'affiliation de se prononcer sur la liquidation ou le maintien des prestations en espèces.

Au vu de l'avis motivé de son contrôle médical, l'institution d'affiliation prend sa décision et la notifie à l'intéressé au moyen d'un formulaire dont le modèle n° SE 336-08 est annexé au présent arrangement administratif.

Copie de cette notification est adressée à l'institution du lieu de la nouvelle résidence ou du séjour.

Article 32

Pour l'application des dispositions de l'article 17 de la Convention générale et de l'article 26 de l'arrangement administratif, l'institution d'affiliation verse les prestations en espèces directement aux intéressés par mandat-poste individuel.

Article 33

Les frais des contrôles administratifs et médicaux résultant de l'application de l'article 17 de la Convention sont supportés par l'institution débitrice.

Leur remboursement s'effectue sur justifications.

Toutefois, les autorités compétentes pourront prévoir, d'un commun accord des modalités différentes de remboursement. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 33

Article 34

En vue de l'information des organismes centralisateurs, les institutions débitrices de chaque pays adressent auxdits organismes une statistique semestrielle des paiements effectués à destination de l'autre pays au titre de l'article 17 de la Convention générale et de l'article 26 de l'arrangement administratif, conforme au modèle n° SE 336-09 annexé au présent arrangement.

B) Introduction et instruction des demandes de rentes d'accident du travail

Article 35

Lorsqu'un travailleur ou le survivant d'un travailleur qui réside sur le territoire de l'un des pays sollicite le bénéfice d'une rente d'accident du travail ou d'une rente d'ayant droit en cas d'accident suivi de mort, il adresse sa demande à l'institution compétente du pays sous la législation duquel l'accident du travail ou la maladie professionnelle est survenu ou a été constaté, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'institution du lieu de sa résidence qui la transmet à l'institution compétente.

La demande est accompagnée des pièces justificatives nécessaires et établie sur le formulaire prévu par la législation soit du pays de résidence, soit du pays sur le territoire duquel se trouve l'institution compétente à laquelle la demande a été transmise.

Article 36

La demande, introduite conformément aux dispositions de l'article 35 ci-dessus, est instruite par l'institution compétente du pays sous la législation duquel l'accident du travail ou la maladie professionnelle est survenu ou a été constatée.

Article 37

Aux fins de l'appréciation du degré d'incapacité permanente, dans le cas visé à l'article 18 de la Convention générale, le travailleur est tenu de fournir à l'institution compétente qui procède à l'instruction de la demande de rente, tous renseignements relatifs aux accidents du travail ou maladies professionnelles survenus ou constatés antérieurement sous la législation de l'autre pays et ce, quel que soit le degré d'incapacité qui en était résulté.

Si ladite institution l'estime nécessaire, elle peut, pour obtenir ces renseignements ou en avoir confirmation, s'adresser directement aux institutions compétentes de l'autre pays.

Article 38

L'institution compétente procède à la détermination des droits à rente de la victime ou de ses ayants droit conformément à la législation qu'elle est chargée d'appliquer et fixe le montant de l'avantage auquel peut prétendre le demandeur.

Elle notifie directement sa décision au demandeur en lui indiquant les voies et délais de recours prévus par la législation applicable. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 34

L'institution compétente adresse à l'institution du lieu de résidence du demandeur copie de la notification ci-dessus.

C) Paiement des rentes d'accidents du travail

Article 39

Les rentes d'accidents du travail françaises ou mauritaniennes sont payées directement aux bénéficiaires résidant dans un pays par les institutions débitrices de l'autre pays.

Le versement des arrérages desdites rentes a lieu aux échéances prévues par la législation du pays que l'institution débitrice est chargée d'appliquer.

Il s'effectue au moyen d'un mandat individuel.

Article 40

En vue d'une information réciproque des organismes de liaison des deux pays, les institutions débitrices de chaque pays adressent aux organismes de liaison des deux pays une statistique semestrielle des paiements effectués à destination de l'autre pays. Cette statistique est établie sur un état conforme au modèle annexé au présent arrangement administratif (formulaire n° SE 336-09).

Article 41

Les frais relatifs au paiement des rentes d'accidents du travail, notamment les frais postaux, peuvent être récupérés sur les bénéficiaires par les institutions débitrices, dans les conditions fixées d'un commun accord entre les autorités administratives des deux pays.

D) Contrôle administratif et médical

Article 42

A la demande de l'institution compétente, l'institution du lieu de résidence de l'autre pays fait procéder au contrôle des bénéficiaires d'une prestation d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les conditions prévues par sa propre législation, et notamment aux examens médicaux nécessaires à la révision de la rente.

L'institution compétente conserve le droit de faire procéder à l'examen des intéressés par un médecin de son choix et dans les conditions prévues par sa propre législation.

Article 43

Les frais résultant des contrôles administratifs et médicaux sont supportés par l'institution compétente. Le remboursement s'effectue sur justifications. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 35

Toutefois, les autorités compétentes des deux pays pourront prévoir d'un commun accord des modalités différentes de remboursement.

E) Dispositions particulières aux maladies professionnelles

Article 44

Sous réserve des dispositions qui suivent, les articles 24 à 43 ci-dessus sont applicables aux maladies professionnelles, la date de la constatation de la maladie professionnelle étant assimilée à la date de l'accident du travail.

(Application de l'article 20 de la Convention générale)

Article 45

Lorsque la législation de l'un des pays subordonne le bénéfice des prestations de maladie professionnelle à la condition que la maladie considérée ait été constatée médicalement pour la première fois sur son territoire, cette condition est réputée remplie lorsque ladite maladie a été constatée pour la première fois sur le territoire de l'autre pays.

Article 46

La déclaration de maladie professionnelle est adressée à l'institution compétente du pays sur le territoire duquel la victime a occupé en dernier lieu l'emploi susceptible de provoquer la maladie professionnelle considérée.

Toutefois, la déclaration peut être adressée à cette institution par l'intermédiaire de l'institution du lieu de résidence, qui la transmet sans délai.

Article 47

Lorsque l'institution compétente du pays sur le territoire duquel la victime a occupé en dernier lieu l'emploi susceptible de provoquer la maladie professionnelle considérée constate que la victime ou ses survivants ne satisfont pas aux conditions de la législation qu'elle applique, compte tenu des dispositions de l'article 45 ci-dessus, ladite institution :

a) transmet sans délai à l'institution compétente de l'autre pays sur le territoire duquel la victime a précédemment occupé un emploi susceptible de provoquer la maladie professionnelle considérée la déclaration et les pièces qui l'accompagnent ainsi qu'une copie de la notification visée ci-dessous ;

b) notifie simultanément à l'intéressé sa décision de rejet dans laquelle elle indique notamment les conditions qui font défaut pour l'ouverture du droit aux prestations, les voies et délais de recours, et la transmission de sa déclaration à l'institution de l'autre pays. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 36

En cas d'introduction d'un recours contre la décision de rejet prise par l'institution compétente du pays sur le territoire duquel la victime a occupé en dernier lieu l'emploi susceptible de provoquer la maladie

professionnelle considérée, cette institution est tenue d'en informer l'institution de l'autre pays et de lui faire connaître ultérieurement la décision définitive intervenue.

(Application de l'article 21 de la Convention générale)

Article 48

Pour l'application de l'article 21 de la Convention générale, le travailleur est tenu de fournir à l'institution compétente du pays en vertu de la législation duquel il fait valoir des droits à prestations, les renseignements nécessaires relatifs aux prestations liquidées antérieurement pour réparer la maladie professionnelle considérée.

Si ladite institution l'estime nécessaire, elle peut s'adresser à l'institution qui a servi à l'intéressé les prestations en cause pour obtenir toutes précisions à leur sujet.

Article 49

Dans le cas envisagé à l'article 21, a) de la Convention générale, où le travailleur n'a pas occupé sur le territoire du second pays, un emploi susceptible de provoquer ou d'aggraver la maladie professionnelle invoquée, une copie de la décision de rejet notifiée au travailleur est adressée à l'institution d'affiliation du premier pays.

Article 50

Dans le cas envisagé à l'article 21, b) de la Convention générale, où le travailleur a effectivement occupé, sur le territoire du second pays, un emploi susceptible de provoquer ou d'aggraver la maladie professionnelle invoquée, l'institution du second pays informe l'institution du premier pays du montant du supplément qu'elle prend ainsi à sa charge.

Ce supplément est versé directement au travailleur par l'institution du deuxième pays et les dispositions des articles 39 à 41 du présent arrangement sont applicables.

CHAPITRE IV Prestations familiales

SECTION I Prestations familiales dans le pays d'emploi

(Application de l'article 22 de la Convention générale) Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 37

Article 51

Pour bénéficier des dispositions de l'article 22 de la Convention générale en vue de l'ouverture de ses droits à prestations familiales au regard de la législation du nouveau pays d'emploi, le travailleur est tenu de présenter à l'institution compétente du pays du nouveau lieu de travail une attestation dont le modèle est annexé au présent arrangement administratif (formulaire n° SE 336-10) relative aux périodes de travail ou périodes assimilées accomplies dans l'autre pays et susceptibles d'être prises en

compte, dans la mesure où il est nécessaire d'y faire appel pour compléter les périodes accomplies en vertu de la législation au regard de laquelle les droits sont examinés.

L'attestation en cause est délivrée à la demande de l'intéressé soit par l'institution chargée de la gestion des allocations familiales, soit par toute autre institution habilitée du pays où il a accompli les périodes à prendre en compte.

Si l'intéressé ne présente pas l'attestation, l'institution compétente du pays du lieu de travail demande directement à l'institution compétente de l'autre pays de lui faire parvenir le document.

SECTION II

Enfants demeurant dans le pays autre que celui où le chef de famille est occupé et assujetti à la sécurité sociale.

A) Ouverture du droit et formalités et requises pour le versement à la première échéance

Article 52

Le travailleur visé à l'article 23 (paragraphe 1er) de la Convention générale doit se munir, avant son départ, d'un état de famille établi suivant le modèle n° SE 336-11 annexé au présent arrangement administratif.

Les états de famille établis en Mauritanie sont visés par la Caisse nationale de sécurité sociale de ce pays, sur présentation des pièces d'état civil.

Les états de famille établis en France sont visés par les autorités compétentes en matière d'état civil.

L'état de famille en cause mentionne notamment la liste des enfants à charge au sens de la législation des allocations familiales du pays de résidence ainsi que les nom et adresse de la personne devant percevoir les allocations familiales.

Un exemplaire de ce document est remis par le travailleur avant son départ à l'institution du lieu de résidence de la famille et à son arrivée sur le territoire de l'autre pays à l'institution compétente du lieu de travail.

Eventuellement, le travailleur en cause se munira également de toutes pièces supplémentaires justifiant, le cas échéant, que les enfants considérés remplissent les conditions requises pour ouvrir droit aux allocations familiales.

Ces pièces ainsi que l'état de famille susvisé, devront avoir été établis dans les trois mois précédant la date de leur production. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 38

Article 53

Si le travailleur n'est pas muni, à son arrivée sur le territoire de l'autre pays, de l'état de famille prévu à l'article précédent, l'institution compétente du lieu de travail demande à l'institution compétente du lieu de résidence de la famille de provoquer l'établissement du document en cause et de lui en transmettre un exemplaire.

Article 54

L'état de famille prévu à l'article 52 du présent arrangement ainsi que, le cas échéant, les pièces justificatives visées au même article, sont fournis à l'appui de la demande d'allocations familiales présentée par le travailleur à l'institution compétente du lieu de travail.

Ladite demande, conforme au modèle n° SE 336-12 annexé au présent arrangement administratif, comporte notamment l'indication certifiée par l'employeur de la date du début de l'emploi occupé par le travailleur en cause et les nom, prénoms et adresse de la personne devant percevoir dans l'autre pays les allocations familiales.

L'institution compétente du lieu de travail vérifie si le travailleur remplit les conditions d'ouverture du droit aux allocations suivant les termes de la législation du pays de travail.

Article 55

Pour bénéficier, s'il y a lieu, de la totalisation, prévue à l'article 22 de la Convention générale, des périodes d'emploi, d'activité professionnelle ou de périodes assimilées, le travailleur doit présenter à l'institution compétente du nouveau lieu de travail l'attestation visée à l'article 51 ci-dessus (formulaire n° SE 336-10). Les autres dispositions dudit article 51 sont également applicables.

Article 56

Dès qu'elle est en possession, d'une part, de l'état de famille et, d'autre part, de la demande d'allocations familiales, l'institution compétente du lieu de travail, si les conditions d'ouverture du droit sont remplies, adresse à l'institution du lieu de résidence de la famille une copie de la demande d'allocations familiales prévue à l'article 54 du présent arrangement, en précisant la date à partir de laquelle les droits sont ouverts.

Article 57

Lorsqu'elle est en possession de la demande d'allocations qui lui a été transmise par l'institution du lieu de travail, l'institution du lieu de résidence procède au versement des allocations familiales en vertu et selon les modalités de la législation qu'elle est chargée d'appliquer.

Les allocations familiales sont payées aux échéances prévues par cette dernière législation. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 39

Article 58

L'institution compétente du lieu de travail mandate directement à l'organisme de liaison de l'autre pays la somme représentant sa participation aux allocations familiales échues pour les enfants du travailleur en cause.

B) Formalités requises pour les versements aux échéances ultérieures

Article 59

La durée de validité du premier état de famille fourni par le travailleur conformément aux dispositions de l'article 52 du présent arrangement est fixée à un an à compter de la date de la première embauche du travailleur sur le territoire du pays du lieu de travail.

Lorsque le travailleur exerçait déjà une activité sur le territoire de l'autre pays à la date de l'entrée en vigueur de la Convention, le point de départ de la durée de validité du premier état de famille se situe à cette date.

En cas de première naissance ouvrant droit au bénéfice des allocations familiales postérieurement à la date de la première embauche du travailleur sur le territoire du pays du lieu de travail, la durée de validité du premier état de famille a pour point de départ le premier jour du mois de naissance de l'enfant.

Article 60

Le renouvellement de l'état de famille doit être effectué dans les deux mois qui précèdent l'expiration de la première année puis de chacune des années suivantes durant lesquelles le travailleur est occupé dans l'autre pays.

En conséquence, les institutions débitrices du lieu de travail devront signaler la nécessité du renouvellement de cette pièce au travailleur et à l'institution du lieu de résidence de la famille quatre mois au moins avant la date anniversaire soit de la première embauche du travailleur sur le territoire du pays du lieu de travail, soit du premier jour du mois de naissance du premier enfant.

En aucun cas l'institution débitrice ne tiendra compte des modifications intervenues dans la situation de famille au cours de l'année de validité, à l'exception de celles résultant du transfert de résidence des enfants d'un pays à l'autre.

Les modifications de l'état de famille prennent effet à partir soit du premier jour du mois civil suivant la date anniversaire de la première embauche du travailleur sur le

territoire du pays du lieu de travail, soit de la date anniversaire du premier jour du mois de naissance du premier enfant.

Lorsque le travailleur exerçait déjà son activité dans l'autre pays à la date de l'entrée en vigueur de la Convention, les modifications de l'état de famille prennent effet à partir de la date anniversaire de l'entrée en vigueur de ladite Convention. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 40

Article 61

Au cours de l'année de validité de l'état de famille, l'institution compétente du lieu de travail fait parvenir trimestriellement à l'institution du lieu de résidence, une attestation établissant le maintien du droit aux allocations familiales ouvert par le travailleur intéressé conforme au modèle annexé au présent arrangement administratif (formulaire n° SE 336-13).

Aux échéances prévues par la législation qu'elle est chargée d'appliquer, l'institution du lieu de résidence de la famille procède au versement des allocations familiales selon les modalités prévues par ladite législation.

C) Dispositions financières

Article 62 (1)

L'institution d'affiliation du travailleur verse à l'organisme centralisateur du pays de résidence de la famille, une participation forfaitaire aux allocations familiales servies pour les enfants du travailleur et limitée à quatre enfants au maximum.

Le barème prévu à l'article 23, (paragraphe 5) de la Convention générale et annexé au présent arrangement administratif détermine le montant de cette participation ainsi que l'âge et le rang des enfants pour lesquels elle est accordée.

Ce montant est exprimé en Ouguiyas pour la participation aux dépenses des institutions mauritaniennes et en francs français pour la participation aux dépenses des institutions françaises.

Une commission mixte se réunit en cas de besoin avant la fin de chaque année pour examiner la possibilité de réajuster le montant de ladite participation, compte tenu des variations intervenues dans le taux des allocations familiales dans les deux pays au cours de l'année considérée.

Les augmentations qui pourront être décidées éventuellement par les autorités compétentes prendront effet au 1er janvier de l'année suivante.

Les frais de gestion engagés par les institutions du pays du lieu de résidence de la famille pour l'application de l'article 23 de la Convention sont supportés par les institutions compétentes du pays du lieu de travail. Les frais de gestion seront remboursés annuellement par l'intermédiaire des organismes de liaison sous la forme de majoration appliquée au montant global des participations versées en application de l'article 23, paragraphe 5 de la Convention. Le pourcentage de cette majoration sera fixé d'un commun accord par les autorités compétentes des deux pays.

Article 63

Trimestriellement, l'institution du lieu de travail dresse sur un bordereau dont le modèle est annexé au présent Arrangement administratif (formulaire n° SE 336-14) la liste des règlements forfaitaires effectués au titre du trimestre écoulé.

Ce bordereau comporte notamment les indications suivantes : Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 41

- les nom, prénoms et date de naissance du travailleur ;
- l'adresse de la famille dans le pays de résidence ;
- le nombre d'enfants bénéficiaires ;

- le montant de la participation de l'institution ;
- les mois de référence.

L'institution compétente du lieu de travail adresse un exemplaire de ce bordereau à chacun des organismes de liaison des deux pays.

Article 64

En vue d'une information réciproque des organismes de liaison des deux pays les institutions débitrices de chaque pays adressent aux organismes de liaison des deux pays une statistique des paiements effectués à destination de l'autre pays au titre de l'article 62 du présent arrangement administratif conforme au modèle n° SE 336-15 annexé au présent arrangement administratif.

SECTION III Enfants accompagnant le travailleur détaché

(Application de l'article 25 de la Convention générale)

Article 65

Pour l'application de l'article 25 de la Convention, le terme "Prestations" comporte, au titre du régime français, les allocations familiales, les allocations de salaire unique et les allocations prénatales.

Article 66

Pour bénéficier des prestations familiales pour ses enfants qui l'accompagnent, le travailleur visé au paragraphe 2 de l'article 3 de la Convention générale adresse sa demande à l'institution compétente du pays d'affiliation, éventuellement par l'intermédiaire de son employeur.

Article 67

Les prestations sont payées directement par l'institution compétente du pays d'affiliation aux taux et suivant les modalités prévues par la législation que ladite

institution est chargée d'appliquer. Le versement s'effectue par mandat-poste individuel.

Article 68

En vue d'une information réciproque des organismes de liaison des deux pays, les institutions débitrices de chaque pays adressent aux organismes de liaison des deux pays une statistique semestrielle des paiements effectués à destination de l'autre pays, au titre de l'article 25 de la Convention générale conforme au modèle n° SE 336-15 annexé au présent arrangement administratif. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 42

Article 69

Le travailleur visé au paragraphe 2, de l'article 3 de la Convention générale, est tenu d'informer, le cas échéant, soit directement, soit par l'intermédiaire de son employeur, l'institution compétente du pays d'affiliation de tout changement survenu dans la situation de ses enfants susceptible de modifier le droit aux prestations familiales, de toute modification du nombre des enfants pour lesquels lesdites prestations sont dues et de tout transfert de résidence des enfants.

Article 70

L'institution du pays du lieu de séjour ou l'organisme déterminé par l'autorité compétente dudit pays prête ses bons offices à l'institution du pays d'affiliation qui se propose d'exercer un recours contre le travailleur qui a perçu indûment des prestations familiales.

TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

Article 71

Les autorités administratives désignent comme organismes de liaison chargés notamment de centraliser les transferts de fonds concernant les allocations familiales

prévues à l'article 23 de la Convention et les statistiques semestrielles de paiements prévues aux articles 10, 23, 34, 40, 50, 64 et 68 du présent arrangement administratif, les institutions suivantes :

- Pour la France : le centre de sécurité sociale des travailleurs migrants.

Toutefois, la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines joue le rôle d'organisme de liaison pour ce qui concerne les assurés du régime minier, en matière de détachement et de vieillesse.

- Pour la Mauritanie : la caisse nationale de sécurité sociale de Mauritanie.

Article 72

Le présent arrangement prend effet à la date d'entrée en vigueur de la Convention entre la France et la République islamique de Mauritanie sur la sécurité sociale.

Fait en double exemplaire, à Paris, le 10 juillet 1967. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif complémentaire Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 43

Arrangement administratif complémentaire du 10 juillet 1967 (application du Protocole) Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif complémentaire Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 44

ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLÉMENTAIRE du 10 juillet 1967 fixant les modalités d'application du protocole relatif au maintien de certains avantages de l'assurance maladie à des assurés sociaux français ou mauritaniens qui se rendent en Mauritanie

En application de l'article 3 du Protocole relatif au maintien de certains avantages de l'assurance maladie à des assurés sociaux français ou mauritaniens qui se rendent en Mauritanie, les autorités administratives compétentes, représentées par :

...

ont, d'un commun accord, arrêté les modalités pratiques ci-dessous :

A) Maintien du droit aux prestations en espèces (indemnités journalières) – Participation éventuelle de la caisse française au remboursement des soins reçus en Mauritanie (prestations en nature)

Article premier

Pour conserver le bénéfice des prestations en espèces de l'assurance maladie du régime français, le travailleur visé à l'article 1er du Protocole doit être muni d'une attestation par laquelle sa caisse française d'affiliation l'autorise à conserver le bénéfice des prestations après le transfert de sa résidence en Mauritanie.

Cette attestation, conforme au modèle joint au présent arrangement (formulaire n° SE 336-16), comporte obligatoirement l'indication, d'une part, du motif de transfert de résidence, d'autre part, de la durée prévisible du service des prestations en espèces dans la limite de six mois fixée par l'article premier précité du Protocole.

L'attestation indique, en outre, si, compte tenu de l'avis de son contrôle médical, la caisse française d'affiliation accepte, en application de l'article 2 du Protocole, de participer au remboursement des soins dispensés en Mauritanie (droit à des prestations en nature) pendant la durée du service des prestations en espèces.

Copie de cette attestation est adressée par la caisse française d'affiliation du travailleur de l'organisme mauritanien désigné à l'article 12 du présent arrangement administratif.

Lorsque, pour une raison de force majeure, l'attestation n'a pu être établie antérieurement au transfert de la résidence, l'institution d'affiliation peut, soit de sa propre initiative, soit à la requête du travailleur ou de l'organisme mauritanien, délivrer l'attestation postérieurement au transfert de la résidence. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif complémentaire Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 45

Article 2

L'organisme mauritanien est tenu de faire procéder périodiquement, soit de sa propre initiative, soit à la demande de la caisse française d'affiliation, à l'examen du bénéficiaire en vue de déterminer si les soins médicaux sont effectivement et régulièrement dispensés.

Article 3

Lorsque la durée prévisible du service des prestations en espèces portée sur l'attestation visée à l'article 1er du présent arrangement administratif est inférieure au délai de six mois fixé à l'article 1er du Protocole, le travailleur peut, à l'intérieur des mêmes limites, obtenir une prorogation du service des prestations.

A cet effet, il adresse sa requête accompagnée d'un certificat d'incapacité de travail délivré par son médecin traitant et de toutes autres pièces médicales justificatives à l'organisme mauritanien.

Dès réception de la requête, ledit organisme fait procéder à l'examen de l'intéressé par son contrôle médical et transmet sans retard l'ensemble du dossier à la caisse française d'affiliation.

Cette dernière, dès réception du dossier, le soumet à son contrôle médical, lequel émet dans les moindres délais un avis motivé.

Au vu de cet avis, la caisse française d'affiliation prend sa décision et la notifie, à l'aide du formulaire n° SE 336-17 au travailleur intéressé, d'une part, à l'organisme mauritanien, d'autre part.

La notification comporte obligatoirement :

- en cas d'acceptation : l'indication de la durée prévisible de la continuation du service des prestations en espèces et l'indication de la décision prise par l'organisme en ce qui concerne la participation éventuelle au remboursement des soins reçus en Mauritanie pendant la durée de continuation du service des prestations en espèces ;

- en cas de refus : l'indication du motif du refus et des voies de recours dont dispose le travailleur.

B) Service des prestations

Prestation en espèces

Article 4

Les prestations en espèces sont versées directement par la caisse française d'affiliation au bénéficiaire autorisé à transférer sa résidence en Mauritanie.

Le paiement est effectué par mandat poste individuel aux échéances prévues par la législation française. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif complémentaire Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 46

Article 5

Dans un but d'information des organismes de liaison désignés à l'article 13 ci-dessous, la caisse française d'affiliation adresse à chacun d'eux une statistique semestrielle des paiements directs effectués au titre de l'article 1er du Protocole et de l'article 4 du présent arrangement.

Cette statistique est établie à l'aide du formulaire n° SE 336-18 annexé au présent arrangement.

Prestations en nature

Article 6

Pour bénéficier des remboursements de soins reçus en Mauritanie, le travailleur doit présenter à l'organisme mauritanien compétent l'attestation prévue à l'article 1er du présent arrangement.

Si cette attestation indique que la caisse française admet la participation aux remboursements de soins en application de l'article 2 du Protocole et si, d'autre part, le délai prévu pour le versement des prestations en espèces n'est pas écoulé, l'organisme mauritanien assure le service des prestations en nature conformément aux dispositions ci-dessous.

Article 7

Les prestations en nature susceptibles d'être accordées en Mauritanie en vertu de l'article 2 du Protocole doivent entrer dans les catégories ci-après :

- Couverture des frais médicaux et chirurgicaux ;
- Couverture des frais pharmaceutiques et d'appareils ;
- Couverture des frais d'analyse et d'examens de laboratoire ;
- Couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de cure (hôpitaux publics ou établissements privés agréés pour l'application de la législation mauritanienne sur la réparation des accidents du travail).

Sous réserve des dispositions de l'article 8 ci-dessous, le versement des prestations par la caisse mauritanienne n'est pas subordonné à une autorisation spéciale de la caisse française qui a délivré l'attestation visée à l'article 6.

En aucun cas la prise en charge accordée par l'organisme mauritanien ne doit dépasser les tarifs applicables en Mauritanie en matière d'accidents du travail.

Article 8

L'octroi des prothèses, du grand appareillage et d'autres prestations en nature d'une grande importance est subordonné, sauf en cas d'urgence absolue, à la condition que la caisse française d'affiliation en donne l'autorisation.

Les cas d'urgence absolue au sens de l'alinéa précédent sont ceux où le service des prestations ne peut être différé sans compromettre gravement la santé du malade.

Une liste des prestations dont l'octroi est normalement subordonné à une autorisation préalable est annexée au présent arrangement administratif complémentaire.

Afin d'obtenir l'autorisation en cause, l'organisme mauritanien adresse une demande à la caisse française d'affiliation du travailleur au moyen du formulaire n° SE 336-19 joint au présent arrangement.

Lorsque lesdites prestations ont été servies en cas d'urgence absolue, sans autorisation de la caisse d'affiliation, l'organisme mauritanien l'en avise immédiatement au moyen d'une notification sur formulaire n° SE 336-20.

La demande d'autorisation visée à l'alinéa 4 de même que la notification prévue à l'alinéa 5 du présent article doivent être accompagnées d'un exposé détaillé des raisons justifiant l'attribution des prestations et comporter une estimation de leur coût.

C) Remboursement par les caisses françaises des dépenses effectuées par l'organisme mauritanien en application du Protocole

Article 9

Les dépenses afférentes aux prestations servies par l'organisme mauritanien en vertu de l'article 2 du Protocole et conformément aux articles 6, 7 et 8 du présent arrangement lui sont remboursées directement par la caisse française d'affiliation du travailleur intéressé.

Le remboursement s'effectue sur la base des dépenses réelles telles qu'elles résultent des justifications adressées par l'organisme mauritanien à la caisse française d'affiliation.

Article 10

Les frais résultant des contrôles médicaux et administratifs effectués par l'organisme mauritanien pour le compte de la caisse française d'affiliation sont supportés par cette dernière et remboursés sur justifications.

Les frais de gestion engagés par l'organisme mauritanien pour l'application du protocole lui sont remboursés sous forme d'une majoration de 3 p. 100 appliquée aux prestations en nature remboursées sur justifications visées à l'article 9 du présent arrangement.

Article 11

Dans un but d'information des organismes de liaison désignés à l'article 13 du présent arrangement administratif, la caisse française débitrice adresse à chacun d'eux une statistique semestrielle des remboursements effectués au titre des articles 9 et 10 ci-dessus.

Cette statistique est établie à l'aide du formulaire n° SE 336-18 annexé au présent arrangement. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif complémentaire Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 48

D) Dispositions diverses

Article 12

La Caisse nationale de sécurité sociale de Mauritanie est chargée d'assurer pour le compte des caisses françaises débitrices, le service des « prestations en nature » de l'assurance maladie visées aux articles 6, 7 et 8 du présent arrangement.

Article 13

Les autorités administratives désignent comme organismes de liaison pour l'application du présent arrangement les institutions suivantes :

- Pour la France : le Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants 1

1 devenu CLEISS suite à la Loi n° 2002/73 du 17 janvier 2002 (art. L 767-1 du CSS).

- Pour la Mauritanie : la Caisse nationale de sécurité sociale de Mauritanie.

Article 14

Le présent arrangement prend effet à la date d'entrée en vigueur du Protocole relatif au maintien de certains avantages de l'assurance maladie à des assurés sociaux français ou mauritaniens qui se rendent en Mauritanie.

Fait en double exemplaire, à Paris, le 10 juillet 1967. Accords entre la France et la Mauritanie Arrangement administratif complémentaire Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 49

LISTE DES PROTHESES, DU GRAND APPAREILLAGE ET DES AUTRES PRESTATIONS EN NATURE D'UNE GRANDE IMPORTANCE

1. Les prothèses, le grand appareillage et les autres prestations en nature d'une grande importance nécessitant l'autorisation de l'institution d'affiliation en application de l'article 3, b) du Protocole relatif au maintien de certains avantages de l'assurance maladie à des assurés français ou mauritaniens se rendant en Mauritanie et de l'article 8 de l'arrangement administratif complémentaire fixant les modalités d'application de ce Protocole sont les prestations suivantes :

a) Appareils de prothèse et appareils d'orthopédie ou appareils tuteurs y compris les corsets orthopédiques en tissu armé ainsi que tous suppléments, accessoires et outils ;

b) Chaussures orthopédiques et chaussures de complément (non orthopédiques) ;

c) Prothèses maxillaires et faciales ;

d) Prothèses oculaires, verres de contact ;

e) Appareils de surdité ;

f) Prothèses dentaires (fixes et amovibles) et prothèses obturatrices de la cavité buccale ;

- g) Voiturettes pour malades et fauteuils roulants ;
- h) Renouvellement des fournitures visées aux alinéas précédents ;
- i) Cures ;
- j) Entretien et traitement médical dans une maison de convalescence, un préventorium, un sanatorium ou un aérium ;
- k) Mesures de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- l) Tout autre acte médical ou toute autre fourniture médicale, dentaire ou chirurgicale, lorsque le coût probable de l'acte ou de la fourniture dépasse 520 F français.

2. Dans le cas où l'une des fournitures visées aux alinéas a) à g) du paragraphe 1 de la présente liste est accidentellement cassée ou détériorée, il suffit, pour établir l'urgence absolue visée et définie à l'article 8, alinéas 1 et 2 de l'arrangement administratif complémentaire, de justifier la nécessité du renouvellement de la fourniture en question. Accords entre la France et la Mauritanie Formulaires Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 50

Formulaires Accords entre la France et la Mauritanie Formulaires Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - www.cleiss.fr 51

Liste des formulaires dans le cadre de la Convention	Intitulé	Modifications
Numéro		
SE 336-01		Certificat de détachement
SE 336-02		Rapport sur la situation d'un pensionné d'invalidité en cas de reprise du travail

SE 336-03	Instruction des demandes de pensions ou rentes de vieillesse par totalisation
SE 336-04	Statistique semestrielle des versements directs en matière d'invalidité et de vieillesse
SE 336-05	Attestation du droit au maintien des prestations de l'assurance accident du travail (cas de transfert de résidence du travailleur)
SE 336-06	Notification de décision concernant la prolongation du droit aux prestations en nature de l'assurance accident du travail (cas de transfert de résidence du travailleur)
SE 336-07	Notification de décision concernant le droit aux prestations de l'assurance accident du travail (cas de rechute)
SE 336-08	Notification de décision concernant le droit aux prestations en espèces de l'assurance accident du travail et maladies professionnelles
SE 336-09	Statistique semestrielle des paiements accidents du travail

SE 336-10	Attestation des périodes d'inscription aux institutions d'allocations familiales
SE 336-11	État de famille
SE 336-12	Demande d'allocations familiales
SE 336-13	Attestation individuelle du maintien au droit aux allocations familiales
SE 336-14	Bordereau trimestriel des règlements forfaitaires effectués en matière d'allocations familiales
SE 336-15	Statistique semestrielle des paiements prestations familiales

ANNEXE 2 : Ordonnance n° 2005-006 portant institutions d'un régime d'assurance maladie modifiée et complétée par la loi n° 2010-018 du 03 février 2010

Le Conseil Militaire pour la Justice et la Démocratie a délibéré et adopté ;

Le Président du Conseil Militaire pour la Justice et la Démocratie, Chef de l'État, promulgue l'ordonnance dont la teneur suit :

Article Premier : Il est institué un régime d'assurance maladie de base obligatoire fondé sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques, au profit des personnels visés à l'article 2 ci-dessous, et de leurs ayant droit.

Article 2 : Le régime d'assurance maladie de base s'applique aux trois groupes d'assurés suivants :

- 1°) aux parlementaires, et aux fonctionnaires et agents de l'État (Groupe I);
- 2°) aux personnels des Forces armées, en position d'activité (Groupe II) ;
- 3°) aux titulaires de pension de retraite de parlementaire, et aux titulaires de

Pensions de retraite, civiles ou militaires issus des groupes I et II (Groupe III).

Alinéa 2 (nouveau) : (Loi n° 2010-018 du 03 février 2010) Il s'applique également :

- aux employés des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit publics (groupe IV)
- aux titulaires des pensions de retraite des établissements publics, des sociétés à capitaux publics et des personnes morales de droit public (groupe V)

- Et à leur demande, aux membres des ordres professionnels légalement reconnus (groupe VI)

Titre I : Champ d'application

Chapitre Premier : Bénéficiaires

Article 3 (nouveau) : (Loi n° 2010-018 du 03 février 2010) Bénéficiaire du régime d'assurance maladie prévu par la présente ordonnance :

- l'assuré social ;
- le conjoint de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré, âgés de 21 ans au plus ;
- les enfants de l'assuré, sans limite d'âge, atteints d'un handicap les empêchant d'exercer une activité rémunérée.
- Les ascendants directs de l'assuré sur la demande de ce dernier. Les conditions et l'assiette de la contribution sont fixées par décret.

Chapitre II : Prestations garanties

Article 4 : Le régime d'assurance maladie de base garantit pour les personnes mentionnées à l'article 3 ci-dessus, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles demeurent régis par la législation et la réglementation les concernant.

L'assurance maladie obligatoire donne droit, dans les conditions et selon les modalités fixées par décret, au remboursement ou à la prise en charge directe des frais de soins préventifs, curatifs, et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire et afférents aux prestations suivantes :

- les soins ambulatoires : prévention, consultation, traitement et services auxiliaires ;
- les soins hospitaliers : consultation, chirurgie, traitements non chirurgicaux, médicaments pendant le séjour hospitalier ;
- les médicaments listés ;
- les évacuations pour soins nécessaires listés.

Sont fixées, par arrêté conjoint du ministre des Finances, du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Fonction Publique, les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage et des frais de transport sanitaire qui sont couverts par le régime de base.

Article 5 (nouveau) : (Loi n° 2010-018 du 03 février 2010) Sont exclues du champ des prestations garanties par le régime d'assurance maladie de base, les interventions de chirurgie esthétique, et plastique (à l'exception des actes de chirurgie réparatrice et d'orthopédie maxilo-faciale médicalement requis), les prothèses dentaires, l'orthodontie, les cures thermales, la thalassothérapie, l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie, la phytothérapie et en général, les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ou traditionnelle .

Titre II : Gestion du régime d'assurance maladie de base

Article 6 : Il est créé un établissement public à caractère administratif, chargé de la gestion du régime d'assurance maladie de base prévu par la présente ordonnance, ci-après désigné « l'organisme gestionnaire ».

L'organisation administrative et financière de cet organisme et les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret. Elles seront définies, le cas échéant, par dérogation aux dispositions législatives et réglementaires applicables aux établissements publics à caractère administratif, de manière à faciliter la bonne exécution des missions de l'institution et assurer la participation de l'ensemble des intérêts.

A cet effet, les dérogations pourront porter notamment sur :

- l'organisation administrative ;
- le statut du personnel ;
- le régime des marchés et contrats ;
- le régime de la comptabilité.

Article 7 : La mission de l'organisme gestionnaire consiste à :

- assurer les conditions d'équilibre financier du régime d'assurance maladie de base ;
- améliorer l'offre et la ouverture sanitaire aux assurés ;

- contribuer à optimiser les services des prestataires du secteur de la santé;
- contrôler l'allocation des ressources aux prestataires.

Dans ce cadre, l'organisme gestionnaire s'emploie à :

- gérer les coûts de santé, par une tarification réelle et des incitations pour une utilisation rationnelle des moyens ;
- favoriser l'esprit de solidarité entre les assurés ;
- améliorer la prévoyance des ressources nécessaires ;
- contribuer au développement d'un secteur médical efficace et compétitif.

Titre III : Conditions et modalités de remboursement ou de prise en charge

Chapitre Premier : Conditions de remboursement ou de prise en charge

Article 8 : Le régime d'assurance maladie prévu par la présente ordonnance garantit le remboursement ou la prise en charge directe de tout ou partie des frais de soins par l'organisme gestionnaire, l'autre partie restant à la charge de l'assuré. Celui-ci conserve la liberté de souscrire un régime complémentaire d'assurance maladie, en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Toutefois, en cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération totale ou partielle.

La liste des maladies donnant droit à exonération et les conditions dans lesquelles cette exonération est accordée sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances, de la Santé, de la Fonction Publique et de la Défense Nationale.

Article 9 : Le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'organisme gestionnaire est effectué :

- à l'acte, sur la base des nomenclatures des actes professionnels fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé ;
- sous forme de forfait, par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- sous forme de dotation globale ou de prépaiement ;
- sous forme de capitation.

Dans tous les cas, la facturation des prestations de soins doit être établie suivant les règles définies par arrêté des ministres chargés des Finances et de la Santé sur proposition de l'organe délibérant de l'organisme gestionnaire.

Article 10 : La tarification nationale de référence pour le remboursement ou la prise en charge des prestations de soins garanties et pour les médicaments est fixée :

- par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances et de la Santé le cas échéant ;

- par voie de convention négociée, en application du chapitre II du présent titre.

Pour les appareillages et dispositifs médicaux, les tarifs nationaux de référence sont approuvés par les ministres chargés des Finances et de la Santé, sur proposition de l'organisme gestionnaire.

Article 11 : Les prestations garanties au titre du régime d'assurance maladie de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits ou exécutés sur le territoire national.

Toutefois, les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être admises, dans les limites fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger.

Les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être également admises, dans les limites fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire fait l'objet d'une évacuation sanitaire à l'étranger, faute de pouvoir recevoir en Mauritanie les soins appropriés à son état.

Dans ce dernier cas, le remboursement ou la prise en charge demeure subordonné à l'accord préalable de l'organisme assureur, selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

Article 12 : L'assuré conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé, du pharmacien et, le cas échéant, du paramédical et du fournisseur des appareillages et dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, sous réserve des mesures de régulation fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application.

Article 13 : Sont fixés par voie réglementaire :

- les modalités de dépôt des documents attestant des frais engagés par l'assuré ainsi que le délai de ce dépôt ;
- le délai maximum pour le remboursement des frais médicaux aux assurés par l'organisme gestionnaire ainsi que le délai maximum pour l'obtention des cartes de prise en charge ;
- le délai maximum pour le déboursement au profit du prestataire de soins en cas de tiers payant.

Article 14 : L'inobservation par l'assuré des procédures et réglementations ouvrant droit au remboursement ne fait pas perdre le bénéfice de ce remboursement quand il s'est avéré, dans des conditions fixées par voie réglementaire, qu'elle est totalement indépendante de la volonté de l'intéressé, en particulier quand elle est due à son état de santé.

Chapitre II : Modalités de conventionnement

Article 15 : Les relations entre les fournisseurs des prestations de soins et l'organisme gestionnaire sont régies par des conventions qui sont conclues entre ledit organisme gestionnaire et les représentants de ces fournisseurs.

Les conventions déterminent en particulier les domaines suivants :

- les obligations des parties contractantes ;
- les tarifs de référence des prestations de soins ;
- les outils de maîtrise des dépenses de santé ;
- les outils de garantie de la qualité des services ;
- les procédures et les modes de paiement des fournisseurs des prestations de soins ;
- les mécanismes de résolution des litiges.

Les modalités, les procédures de conclusion, ainsi que l'adhésion aux dites conventions sont fixées par décret.

Article 16 : Les conventions citées à l'article précédent sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la Santé.

A défaut d'accord sur les termes des conventions, le ministre reconduit d'office la convention précédente, lorsqu'elle existe, ou, le cas échéant, édicte un règlement tarifaire provisoire.

Les textes de conventions et les arrêtés d'approbation sont publiés au Journal Officiel.

Article 17 : Le ministre de la Santé peut décider, sur demande de l'organisme gestionnaire et sans préjudice des sanctions ordinaires, de placer un prestataire de soins médicaux hors convention pour non respect ou violation des termes de la convention, après lui avoir permis de présenter ses observations.

Cette mise hors convention est décidée pour une durée déterminée.

Les conditions et modalités de mise hors convention et de réintégration à la convention sont établies par voie réglementaire.

Article 18 : La prise en charge des frais des prestations de soins garanties par la présente ordonnance s'effectue, quel que soit le prestataire de soins, conventionné ou non, sur la base du tarif national de référence défini dans la convention.

Chapitre III : Contrôle Médical

Article 19 : L'organisme gestionnaire est tenu d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier, auprès des prestataires de soins, la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

Le contrôle médical est confié à des médecins et des pharmaciens conseil et autres professionnels agréés par l'organisme gestionnaire, chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les fournisseurs des prestations de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire ;
- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit ;
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé des assurés ;
- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à accord préalable.

Les modalités et procédures d'exercice de ces missions sont fixées par décret.

Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent cumuler la fonction de soins et la fonction de contrôle, pour le dossier objet du contrôle.

Article 20 : Sous réserve du respect des principes déontologiques et de la législation en vigueur, les médecins conseils peuvent, à l'occasion de l'exercice de leurs missions :

- convoquer le bénéficiaire des prestations de soins et le soumettre au diagnostic ou le cas échéant à l'expertise ;
- obtenir tous les renseignements se rattachant à l'état de santé du bénéficiaire ;
- accéder au dossier médical du bénéficiaire ;
- demander des éclaircissements aux fournisseurs des prestations de soins concernant l'état de santé du bénéficiaire ;

- visiter les structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge des bénéficiaires.

Article 21 : Les praticiens et les directeurs des cliniques et des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle médical aux lieux d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

Les médecins traitants peuvent assister aux examens médicaux de contrôle, à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 22 : Aucun bénéficiaire des prestations prévues par la présente ordonnance ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, le remboursement des frais engagés au titre des prestations de soins, objet du contrôle est suspendu pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Article 23 : En cas de contrôle médical, la décision prise par l'organisme gestionnaire à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance de l'intéressé.

Celui-ci a le droit de contester ladite décision auprès du ministre chargé de la santé, qui désigne un médecin expert pour procéder à un nouvel examen.

Les conclusions du médecin expert s'imposent aux deux parties.

Article 24 : Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle médical sont fixés par décret.

Titre IV : Gestion et contrôle des prestations de l'organisme gestionnaire

Chapitre Premier : Conditions d'ouverture, de maintien, de suspension ou de fermeture du droit aux prestations

Article 25 : L'ouverture du droit aux prestations de l'organisme gestionnaire est subordonnée au paiement préalable des cotisations. L'organisme gestionnaire est fondé à suspendre le service des prestations lorsque ce paiement n'a pas été effectivement acquitté.

Alinéa2 (nouveau) : (Loi n° 2010-018 du 03 février 2010) Toutefois, dans le cas où l'assuré concerné ou l'un de ses ayants droit est atteint d'une maladie de longue durée, invalidante, ou nécessitant des soins coûteux, l'organisme gestionnaire est tenu de continuer le service des prestations à ces personnes tout en demandant à l'employeur ou à l'ordre concerné, de se mettre en règle auprès de ses services de recouvrement.

Article 26 : L'organisme gestionnaire est tenu de vérifier et contrôler l'admissibilité des personnes assujetties au régime d'assurance maladie de base et de valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations.

Article 27 : Les personnes qui cessent de remplir des conditions pour relever, soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayants droit, du régime d'assurance géré par l'organisme gestionnaire bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de six mois.

Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour le bénéfice d'un autre régime d'assurance maladie de base ou du régime d'assistance médicale, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est supprimé.

Article 28 : Les ayants droits de l'assuré décédé qui ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie, à quelque titre que ce soit, continuent de bénéficier, pendant une période de deux années, des prestations du régime de l'organisme gestionnaire.

Chapitre II : Règles d'affiliation, d'immatriculation et de gestion

Article 29 : Pour bénéficier des prestations fournies dans le cadre du régime de base, l'assuré et ses ayants droit doivent être affiliés et déclarés à l'organisme gestionnaire.

Article 30 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis aux régimes de l'organisme gestionnaire sont fixées par décret.

Chapitre III : Des incompatibilités

Article 31 : Il est interdit à l'organisme gestionnaire de cumuler la gestion de l'assurance maladie avec la gestion d'établissements assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et/ou des établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux.

Toutefois, l'organisme gestionnaire peut, dans les conditions définies par une législation particulière, contribuer à l'action sanitaire de l'État, en conformité avec la politique nationale de santé.

Titre V : Dispositions relatives à l'organisation financière et au contrôle technique

Chapitre Premier : Ressources financières

Article 32 : les ressources du régime d'assurance maladie prévues par la présente ordonnance sont constituées par :

- les cotisations prévues par la présente ordonnance, et les majorations, astreintes et pénalités de retard qui leurs sont éventuellement appliquées ;
- les produits financiers ;
- le revenu des placements et valorisation des fonds ;
- toutes autres ressources attribuées au régime d'assurance maladie de base, en vertu de législation ou de réglementations particulières ;
- subventions, dont et legs.

Article 33 (nouveau) : (Loi n° 2010-018 du 03 février 2010) L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de rémunération ou de revenu des personnes assujetties.

Pour les Groupes I, II et IV la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par les salariés, y compris les indemnités et primes.

Pour les Groupe III et V la cotisation est assise sur le montant global de l'ensemble des pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayant cause servies par les régimes de retraite de l'assuré, à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe.

Pour le groupe VI la cotisation est assise sur la base d'un revenu professionnel dont le montant sera fixé par décret.

Article 34 : Le taux de cotisation est fixé par décret.

Alinéa 2 (nouveau) : (Loi n° 2010-018 du 03 février 2010) il doit être calculé de manière à assurer l'équilibre financier des opérations relatives à chacun de six groupes d'assujettis en tenant compte des somme soumises à cotisation, des charges des prestations, des coûts de gestion administratives et du prélèvement pour chacun des six groupes d'assujettis, ainsi que pour alimenter les réserves prévus à l'article 36 ci-dessous.

Alinéa 3 (nouveau) : (Loi n° 2010-018 du 03 février 2010) lorsque les contraintes de l'équilibre financier du régime de base l'exigent, la cotisation peut être modulée entre les groupes d'assujettis, et répartie entre ces groupes, l'État, les employeurs et les ordres.

En cas de déséquilibre, le réajustement du taux de cotisation est opéré par décret.

L'organisme gestionnaire est tenu d'appliquer un plan comptable spécifique, en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur. Il tient une comptabilité séparée pour les opérations relevant de chaque groupe d'assurés.

Article 35: Il est interdit à l'organisme gestionnaire d'utiliser les ressources du régime d'assurance maladie de base à des fins autres que celles prévues par la présente ordonnance.

Article 36 : L'organisme gestionnaire est tenu de constituer une réserve de sécurité et une réserve pour la couverture des frais de soins restant à payer pour les prestations garanties par la présente ordonnance.

Les modalités de constitution, de fonctionnement et de représentation de ces réserves sont fixées par décret.

Les fonds représentatifs de ces réserves, ainsi que les excédents éventuels entre les produits et les charges du régime géré par l'organisme gestionnaire, doivent être déposés, contre rémunération, auprès des organismes désignés à cette fin par celui-ci.

Chapitre II : Contrôle technique de l'organisme gestionnaire

Article 37 : Sans préjudice des autres formes de contrôles relevant de la Cour des Comptes ou de l'Inspection Générale des Finances, l'organisme gestionnaire est soumis au contrôle technique de l'État, qui a pour objet de veiller au respect des dispositions de la présente ordonnance et des textes pris pour son application.

Ce contrôle technique s'exerce sur pièce et sur place.

A cet effet, l'organisme gestionnaire est tenu de produire à l'administration tous états, comptes rendus, tableaux ou documents de nature à permettre de contrôler la situation financière, l'émission et le recouvrement des cotisations, le règlement des dossiers, la constitution et la représentation des réserves et l'application des conventions conclues avec les prestataires de soins.

Article 38 : Le contrôle technique sur place, s'exerce par des fonctionnaires délégués à cet effet par l'administration.

Article 39 : Lorsque le rapport de vérification sur pièces ou sur place fait état d'observation, il est communiqué à l'organisme gestionnaire qui dispose d'un délai de 30 jours pour présenter ses explications par écrit et, le cas échéant, faire connaître les mesures qu'il compte prendre pour redresser la situation.

Titre VI : Contentieux, recours, sanctions et subrogation

Chapitre Premier : Contentieux, recours et sanctions

Article 40 : Le recours contre le rejet d'une demande de remboursement des prestations de l'organisme gestionnaire ou de restitution des cotisations indûment perçues, doit être, sous peine de déchéance, présenté à l'organisme gestionnaire dans le délai d'une année à compter de la date de notification au requérant de la décision contestée.

Est puni d'une amende de cent mille à cinq millions d'ouguiya :

- quiconque obtient ou facilite l'obtention ou tente de le faire par le biais de l'escroquerie ou présentation de fausses déclarations, des prestations qui ne lui sont pas dues ;
- toute personne qui coopère avec les bénéficiaires des dispositions de la présente ordonnance afin d'obtenir des prestations indues ;
- toute personne qui détourne les bénéficiaires des dispositions de la présente ordonnance vers un établissement sanitaire, un cabinet médical, une pharmacie, un laboratoire ou vers toute autre structure sanitaire, par le biais de la contrainte, de la menace ou de l'excès de pouvoir ou par présentation de promesses pécuniaires, ou qui tente de le faire ;
- tout fournisseur de prestation de soins qui demande, en se basant sur les dispositions de la présente ordonnance, une rémunération pour des actes professionnels non accomplis ou de produits non délivrés ; ou qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

En cas de récidive, le montant de l'amende est doublé.

Les sanctions prévues par les dispositions de la présente ordonnance n'empêchent pas l'application des sanctions pénales plus sévères ou des sanctions administratives prévues par la législation en vigueur.

L'organisme gestionnaire se réserve le droit de demander des dommages et intérêts au contrevenant dont le montant ne peut être inférieur aux montants qui ont été indûment payés.

Chapitre II : Subrogation ; actions en responsabilité et nullités

Article 41 : L'organisme gestionnaire est subrogé au bénéficiaire des prestations de soins dans son action contre les tiers responsables du dommage dans les limites des prestations octroyées à la victime.

En cas d'actions engagées contre le tiers responsable, la victime ou ses ayants droits doivent assigner en intervention l'organisme gestionnaire, conformément à la législation en vigueur.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre la victime et le tiers responsable ne peut être opposé à l'organisme gestionnaire qu'autant que celui-ci a été également invité à y participer, par lettre recommandée et ne devient définitif que soixante jours après l'envoi de cette lettre.

L'organisme gestionnaire peut, en cas de non-respect des dispositions de deux alinéas précédents, se retourner contre le bénéficiaire qui a reçu une indemnisation du tiers responsable pour remboursement des montants dont il a bénéficié dans les limites de ce qui a été dépensé.

Article 42 : Si la victime ou ses ayants droit ont intenté une action en justice contre le tiers responsable en réparation du préjudice subi, ceux-ci doivent indiquer, en tout état de la procédure, que la victime est bénéficiaire du régime d'assurance maladie prévu par la présente ordonnance.

A défaut de cette indication et faute pour la victime ou ses ayants droit de rembourser les sommes indûment perçues, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant quatre ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de l'organisme gestionnaire.

Article 43 : Est nul tout accord contraire aux dispositions de la présente ordonnance.

Toute renonciation de la part des bénéficiaires aux droits et actions qui leur sont reconnus aux termes de la présente ordonnance n'est pas opposable à l'organisme gestionnaire.

Article 44 : Les actions des bénéficiaires et des fournisseurs des prestations de soins contre l'organisme gestionnaire sont prescrites après deux ans à partir de la date de la naissance du droit.

Les actions de l'organisme gestionnaire contre les personnes à qui des avantages au titre de ce régime ont été octroyés indûment sont prescrites après deux ans. Le délai de prescription court à partir de la date du paiement indu.

La prescription des autres actions notamment celles se rattachant aux cotisations est régie par les règles de droit commun et les dispositions régissant les organismes de sécurité sociale.

La prescription des autres actions notamment celles se rattachant aux cotisations est régie par les règles de droit commun et les dispositions régissant les organismes de sécurité sociale.

Titre VII : Dispositions finales

Articles 45 : Les dispositions de la présente ordonnance seront précisées, le cas échéant, par décret.

Article 46 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires.

Article 47 : La présente ordonnance sera publiée au Journal Officiel.

Fait à Nouakchott, le 29 septembre 2005

ANNEXE3 : Loi n° 2012-007 portant extension du régime d'assurance maladie institué par l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 aux employés des sociétés privées, aux journalistes de la presse privée et à d'autres groupes professionnels

- L'assemblée Nationale et le Sénat ont adopté ;
- Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article Premier : Le régime d'assurance maladie de base institué par l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie, modifiée ou complétée par la loi N° 2010-018 du 3 février 2010, est étendu, dans les conditions prévues par la présente loi et ses règlements d'application, aux personnes ci-après :

- Les salariés des collectivités locales et leurs établissements publics ; les salariés des projets et autres structures administratives bénéficiant de l'autonomie financière ;
- les personnes exerçant une profession libérale ;
- les salariés et titulaires de pension du secteur privé, des associations de droit privé et autres organisations de la société civile ;
- les journalistes professionnels et collaborateurs de presse qui fournissent, d'une manière régulière, à une agence ou à une entreprise de presse privée,

- quotidienne ou périodique, des articles d'information, des reportages, des dessins ou des photographies, à la condition toutefois que les personnes concernées soient titulaires de la carte d'identité professionnelle de journaliste ;
- les travailleurs indépendants, avec ou sans local, qui pour leur propre compte exercent, une activité génératrice de revenu, quelle que soit la nature de l'activité ou du revenu.

Les salariés des collectivités locales, de leurs établissements publics et les salariés des projets et autres structures administratives bénéficiant de l'autonomie financière sont intégrés au Groupe I, tel qu'institué à l'article 2 de l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005.

En complément aux groupes d'assurés déjà constitués par la loi, les autres catégories d'assurés prévues à l'alinéa 1^{er} ci-dessus sont classées respectivement en Groupe VI, Groupe VII, Groupe VIII et Groupe IX.

Article 2 : Le taux de cotisation, pour chacun des groupes d'assurés prévus à l'article 1^{er} ci-dessus, est fixé par décret sur la base du salaire ou du revenu.

Ce taux est pris en charge, dans une proportion appropriée, par l'assuré qui a la qualité de salarié et par l'employeur. L'assuré social travaillant pour son propre compte supporte la totalité de la cotisation.

Le taux de cotisation supporté par le bénéficiaire d'une pension relevant de l'une des catégories ci-dessus est fixé par décret.

L'assiette de cotisation ainsi que les différentes étapes de son application sont fixées par décret.

Article 3 : Les régimes d'assurance maladie prévus par la présente loi sont gérés par l'établissement public créé à l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie.

Les règles et principes de gestion prévus par cette ordonnance sont applicables aux nouveaux groupes d'assurés, sauf dispositions contraires.

Article 4 : Les règles régissant les régimes d'assurance maladie propres aux personnes démunies et à toutes autres catégories de la population seront définies par des législations ultérieures.

Article 5 : Les dispositions de la présente loi seront précisées, en tant que de besoin, par décret.

Ce décret peut instituer, le cas échéant, un régime transitoire, obligatoire ou volontaire, pour tel ou tel groupe d'assurés.

Article 6 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi et notamment celles de l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 portant

institution d'un régime d'assurance, modifiée ou complétée par la loi n° 2010-018 du 3 février 2010.

Article 7 : la présente loi sera publiée suivant la procédure d'urgence et au Journal Officiel de la République Islamique de Mauritanie et exécutée comme loi de l'État.

Fait à Nouakchott le, 07 février 2012

Décret n° 2006-135 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un établissement dénommé « Caisse Nationale d'Assurance Maladie » modifié par le décret n° 2010-108 du 23 mai 2010 et le décret n° 2012-213 du 27 août 2012

Article Premier : L'établissement public à caractère administratif institué à l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie prend la dénomination de « Caisse National d'Assurance Maladie ».

En application des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005, le présent décret a pour objet de définir les règles d'organisation et de fonctionnement de la Caisse National d'Assurance Maladie, ci-après désigné « la Caisse ».

Article 2 : la Caisse est un établissement public à caractère administratif. A ce titre, elle est dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Son siège est fixé à Nouakchott. Elle est placée sous la tutelle du Ministre chargé de la santé.

Article 3 : la caisse est chargée de la gestion du régime d'assurance maladie institué par l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005, au profit des personnels appartenant aux groupes d'assurés suivants :

- 1°) groupe I : parlementaires, et fonctionnaires et agents de l'État ;
- 2°) groupe II : personnels des Forces armées, en position d'activité ;
- 3°) groupe III : titulaires de pension de retraite de parlementaire, et aux titulaires de pensions de retraite, civiles ou militaires issus des groupes I et II.

Outre cette mission, elle assure conformément à l'article 7 de ladite ordonnance, à l'amélioration de l'offre sanitaire, à l'optimisation des services des prestataires publics et privés et au contrôle de l'allocation des ressources allouées au secteur de la santé.

Article 4 : La caisse peut conclure des conventions avec l'État, les collectivités locales, les établissements publics, les associations professionnelles, les entreprises et tout partenaire intéressé, pour assurer toute fonction ou action, en relation avec ses attributions.

Article 5 : La caisse pourra disposer, pour les besoins de son activité, d'antennes régionales, départementales ou locales.

Article 6 : Les activités de la caisse sont régies par une lettre de mission des Ministres chargés des Finances, de la Fonction Publique et de la Santé.

La lettre de mission fixe les indicateurs de performance précis à la Caisse et détermine les engagements de l'État vis-à-vis de celle-ci.

Les indicateurs constituent la base principale pour l'évaluation de l'activité de la Caisse.

Article 7 : Comme mentionné à l'article 6, alinéa 2 et 3 de l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 et par dérogation aux règles régissant les établissements publics à caractère administratif, la Caisse bénéficie des dérogations prévues aux articles 8 à 20 et 24 ci-après, en matière d'organisation administrative, de statut du personnel, de régime des marchés et contrats, et de régime de la comptabilité.

Article 07 bis : (décret n° 2012-213 du 27 août 2012) Comme mentionné à l'article précédent en matière de dérogation concernant l'organisation administrative, le président et les membres du Conseil d'Administration perçoivent les indemnités de session et avantages accordés aux Présidents et Membres des organes délibérants des établissements publics à caractère industriel et commercial.

TITRE II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 8 : La Caisse est administrée par un organe délibérant, dénommé « Conseil d'administration », régi par les dispositions du décret n° 90-118 du 19 août 1990 fixant

la composition, l'organisation et le fonctionnement des organes délibérants des établissements publics, en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions du présent décret.

Article 09 (nouveau) : (décret n° 2010-108 du 23 mai 2010) le conseil d'administration de la caisse comprend :

- Un président ;
- Un représentant du Ministère de la Défense Nationale ;
- Un représentant du Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation ;
- Un représentant du Ministère des Finances ;
- Un représentant du Ministère des Affaires Economiques et du Développement ;
- Un représentant du Ministère de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'Administration ;
- Un représentant du Ministère de la Santé ;
- Un représentant du Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille ;
- Le Questeur de l'Assemblée Nationale ;
- Le Questeur du Sénat ;
- Trois (3) représentants de syndicats professionnels des fonctionnaires les plus représentatifs ;
- Le Président de l'Ordre National des Médecins;
- Un (1) représentant des établissements de soins publics ;
- Un (1) représentant des établissements de soins privés ;

- Un (1) représentant du personnel de la Caisse.

Le Conseil d'Administration peut inviter à assister à ses réunions toute personne dont il juge l'avis, les compétences ou la qualité utile à la discussion des points inscrits à l'ordre du jour.

Article 10 : Le président et les membres du Conseil d'Administration sont nommés par décret pour un mandat de trois ans, renouvelables, le cas échéant, sur proposition de leur institution respective. Toutefois, lorsqu'un membre du conseil perd, en cours de mandat, la qualité en vertu de laquelle il a été nommé, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes, pour le reste du mandat restant à courir.

Article 11 (nouveau) : (décret n° 2012-213 du 27 août 2012) Le Conseil d'Administration est investi de tous les pouvoirs nécessaires pour orienter, impulser et contrôler les activités de l'établissement, tels que prévus aux termes de l'ordonnance n° 90-09 du 4 avril 1990 portant statut des établissements publics et des sociétés à capitaux publics et régissant les relations de ces entités avec l'État.

Dans ce cadre, le Conseil d'Administration délibère notamment sur les questions suivantes :

- Le programme d'action annuel et pluriannuel ;
- Le budget prévisionnel ;
- Le rapport annuel des commissaires aux comptes ;
- Les conventions avec les prestataires de soins, les prix des services, la couverture médicale, les réseaux de soins offerts et, en général, toute question relative au régime d'assurance maladie institué par l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 ;

- L'organigramme, le statut du personnel, l'échelle de rémunération, le manuel des procédures de la caisse ;
- La nomination aux postes de directeur de département et aux postes assimilés, et la révocation desdits postes, sur proposition du Directeur Général ;
- Les conventions cadre liant l'établissement à d'autres institutions ou organismes, et notamment les contrats programmes ;
- Les tarifs des services et prestations ;
- La composition de la commission des marchés et contrats et son règlement intérieur ;
- Le placement des fonds de réserves et excédents ;
- Les participations financières;
- L'exercice de toute activité commerciale ou lucrative ;
- La création d'antennes régionales, départementales ou locales sur le territoire national.
- L'autorisation d'ouverture des comptes dans les banques primaires ;
- L'octroi aux administrateurs et au personnel de l'établissement de primes, d'intéressement et gratifications dans les mêmes conditions que pour les EPIC.
- Le plan à moyen terme et, le cas échéant, les contrats programme;
- Le programme d'investissement;
- Le budget de financement sur fonds publics;
- Les ventes immobilières;
- Les emprunts garantis et prêts;
- Les redevances;

Article 12 : le Conseil d'Administration se réunit au moins trois fois par an en session ordinaire, sur convocation du Président, et, en tant que de besoins, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande de la majorité des membres.

Le conseil ne peut valablement délibérer que lorsque la présence de la majorité absolue de ses membres est constatée. Il prend ses décisions et adopte ses avis à la majorité simple des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du Président est prépondérante.

Le Secrétariat du Conseil d'administration est assuré par le Directeur Général.

Les procès verbaux des réunions sont signés par le président et par deux membres du Conseil d'Administration désignés, à cet effet, au début de chaque session. Les procès verbaux sont transcrits sur un registre spécial.

Article 13 : Pour l'exécution de sa mission, le Conseil d'Administration est assisté par un Comité de gestion, comprenant, outre le Président, les représentants des Ministres chargés des Finances, de la Santé, et de la Défense Nationale et un représentant des organisations professionnelles syndicales.

Le Conseil d'Administration est en outre assisté par deux instances consultatives :

- Un Comité médical chargé d'émettre un avis sur les prestations de la caisse ;

- Un Comité d'évacuations sanitaires chargé de traiter les demandes de prise en charge proposées par le Conseil National de santé et les questions de remboursement des prestations sanitaires dispensés à l'étranger, conformément aux dispositions de l'article 11 de l'ordonnance n°2005-006 du 29 septembre 2005.

Les règles d'organisation et de fonctionnement du Comité médical et du Comité des évacuations sanitaires seront précisées par arrêté du Ministre chargé de la santé.

Article 14 : l'autorité de tutelle exerce les pouvoirs d'autorisation, d'approbation, de suspension ou d'annulation à l'égard des délibérations du Conseil d'Administration portant sur :

- Le programme d'action annuel et pluriannuel ;
- Le budget prévisionnel ;
- Le rapport annuel et les comptes de fin d'exercice ;
- Les échelles de rémunération et le statut du personnel ;
- L'acquisition et l'aliénation des biens immobiliers ;
- La création d'antennes régionales, départementales ou locales sur le territoire national.

L'autorité de tutelle dispose également du pouvoir de substitution, dans les conditions prévues à l'article 20 de l'ordonnance n° 90-09 du 4 avril 1990 portant statut des établissements publics et des sociétés à capitaux publics et régissant les relations de ces entités avec l'État.

A cette fin, les procès verbaux des réunions du Conseil d'Administration sont transmis à l'autorité de tutelle dans la huitaine qui suit la session correspondante. Sauf opposition dans un délai de quinze jours, les décisions du Conseil sont exécutoires.

Article 15 : L'organe exécutif de la Caisse comprend un Directeur Général et un Directeur Financier.

Le Directeur Général est nommé par décret en Conseil des Ministres. Il est assisté dans l'exercice de ses fonctions par un Directeur Général Adjoint nommé dans les mêmes conditions. Il est mis fin aux fonctions du directeur général et du directeur général adjoint dans les mêmes formes.

Article 16 : Le Directeur Général est investis de tous pouvoirs nécessaires pour assurer l'organisation, le fonctionnement et la gestion de la Caisse, conformément à sa mission, sous réserve des pouvoirs reconnus au Conseil d'Administration aux termes du présent décret.

Dans ce cadre, il veille à l'application des lois et règlements et à l'exécution des décisions du Conseil d'Administration ; il représente la Caisse, vis-à-vis des tiers et signe, en son nom, toutes conventions relatives à son objet ; il représente la Caisse en justice, poursuit l'exécution de tous jugements et fait procéder à toutes saisies.

Le Directeur Général prépare le programme d'action, annuel et pluriannuel, le budget prévisionnel, le compte d'exploitation et le bilan de fin d'exercice.

Article 17 : Aux fins d'exécution de sa mission, le Directeur Général exerce l'autorité hiérarchique et le pouvoir disciplinaire sur l'ensemble du personnel ; il nomme et révoque le personnel, conformément à l'organigramme et dans les formes et conditions prévues par le statut du personnel. Il peut déléguer au personnel placé sous son autorité le pouvoir de signer tous ou certains actes d'ordre administratif.

Le Directeur Général est ordonnateur du budget de la Caisse et veille à sa bonne exécution ; il gère le patrimoine de l'organisme.

En cas d'absence ou d'empêchement, le Directeur Général est suppléé dans l'exercice de ses fonctions par le Directeur Général Adjoint.

Article 18 : Il est institué au sein du cabinet du directeur général, un poste de Secrétaire Général nommé par le Conseil d'Administration sur proposition du Directeur Général.

Le secrétaire général exécute, sous les directives du directeur général, les tâches relatives au suivi des dépenses engagées, à la gestion des ressources humaines, à la gestion des moyens généraux et aux questions juridiques et de communication. Il est aussi appelé à exécuter, par délégation, toute mission ou attribution que lui confiera le directeur général.

TITRE III : REGIME ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER

Article 19 : Le personnel de la Caisse est régi, conformément aux dispositions du Code Travail, par un statut du personnel approuvé par le Conseil d'Administration.

Article 20 : L'organisation administrative de la Caisse sera définie dans un organigramme approuvé par le Conseil d'Administration.

Article 21 : Il est institué au sein du Conseil d'Administration, une commission des marchés, compétente pour les marchés de toute nature de la Caisse.

Les seuils de passation de contrôle pour compétence et d'approbation prévus par le Code des Marchés Publics en ce qui concerne les établissements publics à caractère Industriel et Commercial sont applicables à la commission des Marchés de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Article 22 (nouveau) : (décret n° 2012-213 du 27 août 2012) La Caisse dispose des ressources budgétaires suivantes :

- Les cotisations ouvrières et patronales destinées au financement du régime d'assurance maladie obligatoire de base ;
- Les dons et legs acceptés par le Conseil d'Administration ;
- Les avances remboursables du Trésor ou des organismes publics ou privés ;
- Les emprunts autorisés conformément à la réglementation en vigueur ;
- Les dividendes des sociétés commerciales auxquelles elle participe ;
- Toutes autres ressources en rapport avec son activité notamment celles qui peuvent lui être affectées par les textes législatifs et réglementaires.

Article 23 : Les dépenses de la Caisse comprennent :

- Les dépenses de fonctionnement ;
- Les dépenses d'équipement ;
- Toutes autres dépenses en rapport avec l'assurance maladie.

Article 24 : Le budget prévisionnel de la caisse est préparé par le Directeur Général et soumis au Conseil d'Administration. Après adoption, il est transmis à l'autorité de tutelle pour approbation, au plus tard le 15 décembre de l'année précédent l'exercice budgétaire considéré.

Article 25 : l'exercice budgétaire et comptable de la caisse commence le 1^{er} janvier et se termine au 31 décembre.

Article 26 : La comptabilité de la Caisse est tenue dans les conditions prévues à l'article 34 de l'ordonnance n° 2005-006 du 29 septembre 2005 dans les formes définies par un plan comptable spécifique.

Le plan comptable spécifique est approuvé par arrêté conjoint du ministre des finances et du Ministre chargé de la santé. Il consacre une comptabilité séparée pour les opérations relevant de chaque groupe d'assurés.

Article 27 : Le Ministre des Finances nomme un commissaire au compte ayant pour mandat de vérifier les livres, les caisses et les portefeuilles de la caisse et de contrôler la régularité et la sincérité des inventaires, des bilans et des comptes. Le commissaire aux comptes est convoqué aux réunions du conseil d'orientation et de coordination ayant pour objet l'arrêté et l'approbation des comptes.

A cet effet, l'inventaire, le bilan et les comptes de chaque exercice doivent être mis à la disposition du commissaire aux comptes au plus tard trois mois avant la réunion du Conseil d'administration consacrée à ces documents.

Article 28 : Le commissaire aux comptes établit un rapport dans lequel il rend compte du mandat qui lui a été confié et signale, le cas échéant, les irrégularités et inexactitudes qu'il aurait relevées. Ce rapport est transmis au Conseil d'Administration.

TITRE IV : DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 29 : Le projet chargé de la mise en place de la Caisse National d'Assurance Maladie institué aux termes du décret n° 046 -2005 du 27 mai 2005 est dissous dès la publication du présent décret.

Article 30 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret et notamment le décret n° 046 -2005 du 27 mai 2005 portant création du projet de la mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Article 31 : Le Ministre des Finances, le Ministre de la Fonction Publique et de l'Emploi et le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel.

Nouakchott : le 07 décembre 2006

Décret n°2006-144 fixant les taux de cotisation au régime d'assurance maladie institué par l'ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005

Article Premier : En application des dispositions de l'ordonnance n° 2005-06 du 29 septembre 2005 portant institution d'un régime d'assurance maladie, le présent décret a pour objet de fixer les taux de cotisation au régime d'assurance maladie institué par ladite ordonnance.

Article 2 : Conformément à l'article 34 de l'ordonnance n°2005-006 du 29 septembre 2005, les taux de cotisation correspondant respectivement à chaque groupe d'assurés et celui supporté par l'État sont fixés comme suit :

Catégories	Assuré	État
Fonctionnaires et agents de l'État	4%	5%
Parlementaires	5%	
Personnels des Forces armées en position d'activité	4%	
Titulaires de pensions de retraite civiles ou militaires et parlementaires, issus des catégories ci-dessus	2,5%	

L'assiette des cotisations figurant au tableau ci-dessus est définie par les dispositions de l'article 33 de l'Ordonnance 2005-006 du 29 septembre 2005.

Article 3 : Les cotisations sont engagées, ordonnancées, mandatées et payées mensuellement par les services compétents, concomitamment avec les traitements, salaires et pensions.

Article 4 : Les produits des cotisations sont versés dans le compte de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), ouvert au Trésor Public.

Article 5 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

Article 7 : Le Ministre des Finances, le Ministre de la Fonction Publique et de l'Emploi et le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel.

Fait à Nouakchott, le 25 décembre 2006

Décret n° 2007-011 fixant les modalités de conclusion, d'adhésion et de suspension des conventions liant la CNAM aux prestataires médicaux et pharmaceutiques

TITRE 1^{er} : DISPOSITIONS GENERALES

Article Premier : La convention médicale, objet du présent décret, sera l'instrument, privilégié du dialogue entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et les fournisseurs de prestations ou Prestataires. Elle doit permettre à toute la population d'assurés et ayants droits tels que définis par l'article 3 de l'ordonnance 2005-006 portant institution d'un régime d'assurance maladie, un accès à des soins de qualité reconnus comme tels et à des médicaments sûrs et efficaces. Elle doit assurer aux prestataires des conditions d'exercice permettant de garantir cette qualité.

Article 2 : Par la convention, les parties signataires fixent les règles de collaboration dans le strict respect des règles de déontologie et de l'intérêt du patient. Elles entendent ainsi concrétiser les orientations de l'ordonnance N°006/2005 et contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'utilisation du système national de santé.

Article 3 : Les parties signataires reconnaissent, à travers cette convention, le libre choix du patient en lui ouvrant un accès à des soins de qualité. Ainsi, le prestataire fait l'objet d'un unique contrat d'objectifs et de moyens pour l'ensemble de ses activités.

Article 4 : Le socle contractuel représenté par la convention est commun à tous les Hôpitaux, les Centres de santé, les Postes de santé, les Cliniques médicales, les Cabinets médicaux, les Cabinets dentaires, les Pharmacies, les Laboratoires d'analyses, les Cabinets de radiologie, les Cabinets et centres de kinésithérapie et les sociétés de transport médical. La convention servira de référence au contrat qui sera signé individuellement avec chaque prestataire désireux d'être conventionné par la CNAM, et dont elle constituera la base.

TITRE II : OBJET DE LA CONVENTION ET CHAMP D'APPLICATION

Article 5 : La convention s'applique aux prestataires à l'occasion des soins dispensés aux patients, des examens para cliniques, de la délivrance de produits pharmaceutiques ou d'appareillages de rééducation, et de transport médicalisé. Les parties signataires

s'engagent à régler leurs rapports contractuels de façon générale et permanente selon les termes de la convention.

Article 6 : Les objectifs et les moyens personnalisés qui sont inscrits dans la convention font l'objet d'annexe à celle-ci (**annexe 1**), portant au moins sur la qualité et la sécurité des prestations fournies, et la contribution à la mise en œuvre des orientations du ministère en charge de la santé. De même, la convention définit, dans le cadre d'annexes spécifiques, les engagements visant l'amélioration de l'offre de prestations et une meilleure allocation des dépenses de santé (**annexe 2**).

Article 7 : La convention prévoit les modalités de suivi et d'évaluation de la qualité et de la sécurité des prestations et les pénalités applicables en cas de non respect des clauses de la convention, selon la procédure définie par la législation en vigueur.

Article 8 : Les dispositions de la convention sont applicables sous réserve de l'autorisation d'exercice délivrée par le Ministre en charge de la santé et la conformité avec les critères de qualification annexés au présent décret. En cas de suspension ou de retrait définitif de l'autorisation, ou de non-conformité aux critères, le contrat liant la CNAM et l'établissement prestataire cesse son effet de plein droit.

Article 9 : La CNAM ne rembourse aux assurés que les coûts des prestations fournies dans un établissement prestataire conventionné par elle, et ce conformément aux tarifs qui seront fixés par arrêté conjoint du ministre en charge de la santé et du ministre en charge du commerce.

TITRE III : OBLIGATIONS GENERALES DES PARTIES

Chapitre Premier : Obligations de l'établissement prestataire :

Article 10 : L'établissement prestataire s'engage à fournir aux assurés de la CNAM ou leurs ayants droits, les prestations relevant de sa spécificité, dans la limite de la capacité autorisée en terme annuel pour chacune des disciplines et prestations ou dans la limite du nombre de places disponibles.

Article 11 : L'établissement prestataire s'engage à remplir convenablement les fiches de soins ou d'hospitalisation, le livret d'assurance maladie et à établir le dossier médical ainsi que les factures de manière très lisible afin de faciliter les procédures de prise en charge et/ou de remboursement.

Article 12 : L'établissement prestataire met en place des procédures d'analyse et de contrôle interne de son activité lui permettant de justifier la réalité et la nature de l'activité médicale ou pharmaceutique mise en œuvre et de garantir la qualité et la sécurité des soins et des produits qu'il aura délivrés.

Article 13 : L'établissement prestataire transmet à la CNAM un rapport semestriel faisant état de leur niveau de réalisation, en s'appuyant notamment sur les indicateurs définis dans les annexes spécifiques de la convention.

Article 14 : L'établissement prestataire fait connaître à la CNAM les relations éventuelles de coopération développées avec d'autres établissements prestataires nationaux ou internationaux, publics ou privés. Il indique les éléments du plateau

technique lui appartenant en propre et ceux faisant l'objet d'une mise à disposition dans le cadre d'une co-utilisation par un autre établissement prestataire de santé régulièrement autorisé. L'établissement prestataire, partie prenante de la convention est seul responsable des prestations réalisées par des personnels extérieurs.

Article 15 : L'établissement prestataire est tenu d'assurer un accueil de qualité à l'attention des assurés et s'engage par ailleurs à mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la satisfaction des assurés de la CNAM.

Article 16 : L'établissement prestataire s'engage à respecter en matière de publicité, les règles de bonne conduite définies dans le cadre de la législation en vigueur. Il respecte notamment le code de déontologie en matière de confraternité avec ses autres pairs prestataires sans aucun esprit de compéage.

Article 17 : L'établissement prestataire s'engage à mettre à disposition des assurés, un service d'accueil et d'orientation des assurés.

Article 18 : L'établissement prestataire fait connaître, à la CNAM, sa forme juridique et le nom de son responsable. A la demande de la CNAM, il est tenu de lui transmettre un état des liens juridiques et financiers qu'il a avec d'autres sociétés civiles ou commerciales, qui concourent à la mise en œuvre de l'autorisation ou de la convention. Tout changement affectant la forme juridique ou la direction de l'établissement prestataire, ou les liens juridiques et financiers cités, est porté à la connaissance de la CNAM dans un délai d'un mois, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Chapitre II : Obligations de la CNAM :

Article 19 : La CNAM élabore la tarification des remboursements et la liste de prestations actes de consultation, actes thérapeutiques, produits pharmaceutiques, examens para cliniques, appareillages, types de transports médicaux remboursables et s'engage à les mettre à la disposition des prestataires.

Toute modification de la tarification des remboursements et/ou de la liste de prestations sera notifiée aux prestataires.

Article 20 : En cas de remboursements destinés aux prestataires, la CNAM s'engage à payer les montants reconnus par ses services compétents dans un délai de trois mois à compter de la date de réception des factures.

Article 21 : La CNAM s'interdit toute pression sur ses assurés afin de déterminer le choix d'un établissement prestataire ou d'un type d'établissement prestataire. Elle met à leur disposition la liste exhaustive des établissements prestataires conventionnés, et les modalités et niveaux de remboursement en fonction du type d'établissement prestataire.

Article 22 : En accord avec l'esprit de la convention, la CNAM collabore étroitement avec les différents prestataires pour un meilleur service pour ses assurés. Dans ce cadre, elle s'engage à étudier avec diligence, les résultats et recommandations des rapports d'évaluation qu'elle reçoit de la part des prestataires et de ceux issus de missions de contrôle qu'elle aura menées.

Article 23 : La CNAM fournit à l'établissement prestataire une plaque mentionnant : « [type de prestataire] conventionné par la CNAM ». Celui-ci s'engage à l'afficher de façon visible et la restituer en cas de retrait du conventionnement.

TITRE IV : ADMISSION ET HOSPITALISATION DU PATIENT DANS UN ETABLISSEMENT PRESTATAIRE (HOPITAL OU CLINIQUE) :

Chapitre Premier : Choix du régime d'hospitalisation, Respect des tarifs et facturation des suppléments.

Article 24 : L'assuré ou sa famille choisit, après communication des tarifs de remboursement de la CNAM, le régime d'hospitalisation sous lequel il désire être placé : chambre à un, deux, ou plusieurs lits, dans la mesure où l'établissement prestataire permet ce choix. La CNAM ne prend en charge que les coûts d'hospitalisation conformes aux tarifs préfixés. Le surcoût secondaire à ce choix est à la charge de l'assuré.

Article 25 : L'établissement prestataire s'engage à ne facturer à la CNAM que les prestations couvertes par celle-ci.

Article 26 : Lorsque l'établissement prestataire, à la demande expresse du patient, assure des prestations d'ordre commercial ou autre, non incluses dans ces tarifs, il s'engage à en dresser une facture détaillée qui reste à la charge de l'assuré et transmise pour information par l'établissement prestataire à la CNAM. Aucun supplément ne sera remboursé pour l'occupation d'une chambre particulière, soit en cas d'admission d'urgence faute d'autres places disponibles, soit pour tout autre motif indépendant de la

volonté du patient. Si l'établissement prestataire ne dispose que de chambres particulières, il doit notamment faire en sorte que cette disposition puisse être respectée.

Article 27 : En hospitalisation, dans le cas d'isolement du patient pour raison d'ordre médical faisant l'objet d'une prescription par le praticien responsable de l'hospitalisation, et admise par le contrôle médical de la CNAM, le supplément de la chambre d'isolement est pris en charge par la CNAM sur la base du tarif de responsabilité supplémentaire fixé à cet effet dans l'arrêté sur la tarification.

Article 28 : Lorsque le patient choisit d'être placé en chambre particulière et s'il s'avère nécessaire au cours de son hospitalisation de lui accorder un régime analogue mais pour raison médicale, l'établissement prestataire doit notifier immédiatement cette situation à la CNAM. Il doit également signaler au patient la fin de la période d'isolement pour raison médicale en lui précisant que le supplément est à nouveau à sa charge s'il désire rester seul. La caisse devra être informée immédiatement de ce changement.

Article 29 : Les prestations pour exigences particulières, et sans fondement médical, ci dessous indiquées ne feront pas l'objet d'un remboursement de la CNAM :

- suppléments pour chambre particulière pour convenance personnelle en hospitalisation,
- hébergement, repas et boissons des accompagnants,
- télévision, téléphone, et autres moyens d'émission et de réception mis à la disposition du patient dans la chambre,

- les couches du nouveau-né au delà de la sixième par vingt quatre heures, en service d'obstétrique.

L'établissement prestataire peut facturer d'autres prestations exceptionnelles, qui sont à la charge de l'assuré, à condition qu'ils aient fait l'objet d'une demande écrite de la part de ce dernier, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs qui seront fixés par arrêté.

Article 30 : L'établissement prestataire ne peut demander un dépôt de garantie ou d'acompte que pour les prestations relevant de **l'article 29** du présent décret.

Chapitre II : Information du patient, livret d'accueil et charte du patient hospitalisé

Article 31 : L'établissement prestataire fait connaître au patient ou à sa famille, le nom, le grade, la qualification et la spécialité des praticiens et des auxiliaires médicaux qui y donnent habituellement des soins. Il veille à ce que les patients en consultation externe ou hospitalisés reçoivent une information détaillée sur leurs maladies, sur la prise en charge appliquée et sur les mesures d'accompagnement nécessaires (alimentation, exercice physique, repos,).

Article 32 : Le patient ou sa famille est aussi explicitement informé des suppléments dont le montant est susceptible de lui être réclamé, dès lors que des demandes de prestations non médicalement justifiées auront été formulées.

Article 33 : Le patient ou sa famille est immédiatement informé de toute suspension de sa prise en charge par décision de la CNAM. L'établissement prestataire est tenu de lui accorder un délai de 48 heures pour régularisation de sa situation.

Article 34 : L'établissement prestataire est tenu d'établir un livret d'accueil à l'attention des patients hospitalisés, comportant au moins les mentions qui figurent en articles **31, 32 et 33** de la convention. Est annexée à ce livret, la charte du patient hospitalisé, conforme au modèle type fixé en **annexe 4**.

Article 35 : L'établissement prestataire s'engage à mettre en place un comité de conciliation chargé d'assister et orienter tout patient qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement prestataire, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont il dispose. Il s'engage par ailleurs à mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la satisfaction des patients.

Chapitre III : Prise en charge et présomption de prise en charge

Article 36 : Par principe, pour donner lieu à un remboursement par la CNAM, l'admission du patient est subordonnée à la décision médicale et à l'accord préalable de la CNAM.

Article 37 : En cas d'hospitalisation d'urgence ou de transfert en provenance d'un autre établissement prestataire, si le patient ou sa famille réclament le droit de prise en charge par la CNAM sans pouvoir, dans l'immédiat le prouver, l'établissement prestataire s'oblige à demander dans le délai de quarante huit heures – accusé de réception faisant foi - une confirmation de la prise en charge à la CNAM. La décision

de la CNAM doit être notifiée à l'établissement prestataire dans un délai ne dépassant pas **24 heures** à compter de la réception de la demande. A défaut de réponse dans ce délai, la prise en charge est réputée à la charge de l'assuré.

Article 38 : La CNAM se réserve le droit de mettre fin, à tout moment, aux effets d'une prise en charge administrative qu'elle a délivrée. Dans ce cas, notification doit être obligatoirement faite à l'établissement prestataire avant la date de fin de prise en charge. A partir de cette date, tous les coûts sont à la charge de l'assuré qui devra en être informé immédiatement.

Chapitre IV : Prolongation de prise en charge

Article 39 : Pour toute hospitalisation susceptible de dépasser la durée maximale fixée dans la liste des prestations remboursables, la demande de prolongation appuyée par une prescription médicale est formulée par l'établissement prestataire **sept (7) jours** avant la fin de la durée initialement prévue, sauf cas motivé par l'évolution de l'état de santé du patient, admis après avis du contrôle médical. La demande de prolongation est établie conformément au modèle fixé en **annexe 6**.

Article 40 : Dans tous les cas, le défaut de réponse de la CNAM avant l'expiration de la durée de prise en charge vaut automatiquement accord implicite pour une prolongation ne pouvant dépasser trois jours avec relance immédiate de la CNAM pour toute prolongation supplémentaire. La CNAM a l'obligation de notifier sa décision sur la demande de prolongation avant l'expiration de ce nouveau délai.

Article 41 : Si l'établissement prestataire n'a pas accompli les formalités ci-dessus prévues, la CNAM est fondée à refuser les frais correspondants au séjour au delà de la période couverte par la durée définie dans la liste des prestations, et l'assuré ne peut en aucun cas réclamer le remboursement de ces frais.

Chapitre V : Absence de prise en charge

Article 42 : Les assurés ou leurs ayants droits qui n'ont pu obtenir soit à leur diligence, soit à celle de l'établissement prestataire, la prise en charge ou les prolongations visées par les chapitres **III** et **IV** du présent titre, règlent à l'établissement prestataire l'intégralité des frais d'hospitalisation calculés suivant les tarifs applicables à la date des soins.

Article 43 : Dans le cas où la CNAM établit à posteriori le non fondé de sa décision de non prise en charge, elle rembourse à l'assuré en question le coût des frais d'hospitalisation excepté le montant des frais dues par l'assuré ou co-paiement.

Article 44: Dans le cas où la CNAM, après avoir donné son accord pour une prise en charge, a établi à posteriori le non fondé de cette décision, elle engage auprès de l'assuré la récupération des prestations indûment remboursées.

TITRE V : ADMISSION ET FOURNITURE DE PRESTATION OU DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DANS UN ETABLISSEMENT DE CONSULTATION, D'EXAMEN, DE SOINS (CABINETS MEDICAUX, CABINETS DENTAIRE, LABORATOIRES D'ANALYSES, CABINETS DE RADIOLOGIE, CABINETS DE KINESITHERAPIE) OU DANS UNE PHARMACIE

Chapitre Premier : Pour les établissements de consultation, d'examen ou de soins

Article 45 : Le patient ou sa famille choisit librement l'établissement prestataire où il désire être consulté, subir son ou ses examens para cliniques ou recevoir les soins.

Article 46 : Lorsque l'établissement prestataire fournit, à la demande expresse du patient, des prestations d'ordre commercial non incluses dans les tarifs de la CNAM, il s'engage à en dresser une facture détaillée qui reste à la charge de l'assuré; la CNAM devra en être informée immédiatement.

Article 47 : Préalablement ou lors de l'admission, l'établissement prestataire porte à la connaissance du patient ou à celle de sa famille, les tarifs des prestations ambulatoires qu'il a la compétence de fournir, et qui sont remboursables par la CNAM. Il fait également connaître au patient ou à sa famille les différents professionnels de santé en convention avec lui.

Article 48 : Les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et les cabinets de kinésithérapie doivent veiller à ce que les patients en consultation externe ou bénéficiant de soins reçoivent une information détaillée sur leurs maladies, et sur les mesures d'accompagnement nécessaires (alimentation, exercice physique, repos,) et sur les taux de remboursement appliqués. Le patient ou sa famille est aussi explicitement informé des suppléments d'ordre commercial dont le montant est susceptible de lui être réclamé, dès lors que des demandes de prestations non médicalement justifiées auront été formulées.

Chapitre II : Choix de la pharmacie :

Article 49 : Le patient ou sa famille choisit librement la pharmacie au sein de laquelle il désire se procurer les produits pharmaceutiques qui lui sont prescrits. La CNAM ne rembourse aux assurés que les coûts des produits achetés au niveau d'une pharmacie conventionnée par elle, et ce conformément aux tarifs qui seront fixés par arrêté conjoint du ministre en charge de la santé et du ministre en charge du commerce.

Article 50 : La pharmacie s'engage à notifier à l'assuré les tarifs de remboursement, tels qu'ils seront fixés par arrêté conjoint du ministre en charge de la santé, du ministre en charge du commerce et du Ministre en charge des Finances et s'engage à délivrer aux patients les médicaments génériques s'ils sont disponibles. A défaut, le médicament de spécialité est délivré au patient et ce, conformément à la réglementation en vigueur.

TITRE VI : EVACUATION A L'EXTERIEUR OU VERS UN ETABLISSEMENT PRESTATAIRE NATIONAL NON CONVENTIONNE :

Article 51 : Dans le cas où la prise en charge de l'assuré ne peut s'effectuer dans aucun établissement prestataire conventionné – public ou privé – sur le territoire national, la CNAM procède, conformément à la réglementation en vigueur, aux modalités d'évacuation à l'extérieur.

Article 52 : Dans le cas où les services nécessaires sont disponibles chez un prestataire national – public ou privé – non conventionné, compétent et répondant aux normes minimales de qualité définies en **annexe 3**, la CNAM négocie la prise en charge du

patient avec ledit prestataire sur une base forfaitaire globale, à condition que cette négociation ne soit préjudiciable à l'état du patient. Au cas où les coûts proposés risquent d'être supérieurs à ceux d'une évacuation extérieure, cette dernière est privilégiée, et les modalités d'évacuation à l'extérieur sont immédiatement engagées.

Article 53 : En cas de nécessité d'évacuation à l'extérieur, l'établissement prestataire transmet à la CNAM une observation médicale détaillée justifiant le bien fondé de cette décision, et énumérant de manière exhaustive les prestations recherchées au cours de cette évacuation. L'établissement prestataire conventionné, recevant un assuré ou ayant droit nécessitant une évacuation à l'extérieur du pays, ne peut, en aucun cas, envoyer directement le dossier médical au Conseil National de santé, sans autorisation écrite de la CNAM.

Article 54 : Après étude du cas, la CNAM transmet le dossier médical du patient nécessitant cette évacuation au Conseil National de Santé qui la lui renvoie avec un avis technique de validité ou de rejet de cette décision. En cas de validation de la décision d'évacuation par le Conseil National de Santé, la CNAM détermine l'établissement prestataire auquel sera adressé le patient en question, et procède aux modalités pratiques de son évacuation.

Article 55 : En cas d'urgence, l'établissement prestataire avertit, par téléphone, la permanence de la CNAM qui devra immédiatement entrer en contact avec le praticien en charge du patient, juger de la pertinence de mobilisation de l'expert concerné, visiter en compagnie du praticien et de l'expert le patient en question, et décider – par procès-verbal – de l'opportunité de l'envoi du dossier à l'instance chargée des cas d'urgence au sein du Conseil National de Santé pour avis. En cas de validation de la décision d'évacuation par le Conseil National de Santé, la CNAM détermine

l'établissement prestataire auquel sera adressé le patient en question, et procède aux modalités pratiques de son évacuation en urgence.

TITRE VII : CLASSEMENT, TARIFS, FACTURATION ET PAIEMENT

Chapitre Premier : Classement

Article 56 : Les tarifs d'hospitalisation couvrent les frais de soins (consultation, examens complémentaires, soins infirmiers, transfusion sanguine), de médicaments, de séjour (litière, restauration, hygiène des locaux), de salle d'opération (y compris les consommables) et de frais d'accouchement. Sont exclus de ces tarifs les frais relatifs au transport du patient à l'arrivée (entrée) et à la sortie. Les coûts des appareils de rééducation fonctionnelle ne sont pas compris dans les tarifs rémunérant les frais d'hospitalisation de l'établissement prestataire ; ils doivent donner lieu à une facturation par l'établissement prestataire en vue de leur remboursement sur justification médicale des dépenses engagées.

Article 57 : Les tarifs de prestations ambulatoires couvrent, en fonction du cas, les frais de consultation, de médicaments, d'examen para cliniques, de séances ou d'appareillages de rééducation fonctionnelle.

Article 58 : Les tarifs de transport médical couvrent les frais de transport par ambulance ou par avion. Il reste entendu que les frais de transport par avion seront réglés sur la base du tarif de la classe économique des vols réguliers.

Chapitre II : Tarifs applicables

Article 59 : Les tarifs de remboursement des différentes prestations (consultations, examens, soins, produits pharmaceutiques, appareillages, transport médical) sont calculés sur la base de leurs coûts de revient majorés d'une marge bénéficiaire permettant de garantir une meilleure qualité des prestations. Pour les tarifs de remboursement des médicaments, le calcul se fait sur la base d'une marge bénéficiaire pour le grossiste et une pour le pharmacien. Ces différents tarifs sont fixés par arrêté conjoint du ministre en charge de la santé et du ministre en charge du commerce sur proposition de la CNAM. Ils sont les mêmes sur toute l'étendue du territoire national (Tarif National de remboursement). Les tarifs d'hospitalisation pourraient être aussi calculés sur la base « DRG » (ou groupes de diagnostics) qui permet de prendre en compte les coûts de revient relatifs à une durée moyenne de séjour fixée de manière universelle, pondérés par l'indice de technicité qui mesure la lourdeur d'intervention en termes humain et matériel.

Article 60 : La CNAM élabore la liste des différents tarifs et la transmet au Ministre en charge de la santé et des affaires sociales en vue de l'adoption d'un arrêté conjoint avec les ministres en charge du commerce et celui en charge des finances.

Article 61 : Pour les établissements privés de soins ou d'examens, les remboursements s'effectuent sur la base de la tarification de la CNAM majoré par la TVA. Le surcoût généré en cas de choix d'un établissement prestataire privé est à la charge de l'assuré.

Article 62 : Toute révision des tarifs de remboursement ou tout rajout ou retrait d'une prestation doit faire l'objet d'une décision de la part du ministre en charge de la santé et des affaires sociales sur proposition de la CNAM, après échange avec les

représentants des prestataires. La décision finale doit être communiquée à tous les établissements prestataires conventionnés au moins trois mois avant son entrée en vigueur.

Article 63 : Les frais inhérents au transport médical, prescrit par un médecin, seront remboursés sur la base du type de transport en question, et en fonction du kilométrage total consommé lors de ce transport. En cas de transport à l'extérieur du pays, les différents types de transport vers les pays de destination des évacuations de la CNAM seront fixés après négociation entre la CNAM et les représentants des sociétés de transport médical.

Chapitre III : Dispositions propres aux tarifs applicables en hospitalisation

Article 64 : L'hospitalisation s'entend par le séjour d'au moins 24 heures du patient dans l'établissement prestataire. En cas d'un séjour de moins de 24 heures, les soins prodigués sont considérés comme ambulatoires, payables par l'assuré, et doivent être justifiés en vue de leur remboursement.

Article 65 : Pour son hospitalisation, aucun produit pharmaceutique ou de pansement n'est fourni par le patient, ni ne fait l'objet de facturation. Aucun acte prodigué au cours de ladite hospitalisation ne peut faire l'objet de paiement séparé par la CNAM ou par l'assuré. Il est toutefois admis que des actes ou des médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation, et survenue au cours de celle-ci, puissent faire l'objet d'une facturation additionnelle sur demande de l'établissement prestataire et après accord de la CNAM.

Article 66 : Le praticien responsable de l'hospitalisation remet, si besoin est, lors de la sortie du patient, une prescription lui permettant de suivre ou poursuivre le traitement nécessaire à la suite de son hospitalisation. Les médicaments prescrits à la sortie sont payés par l'assuré et lui sont remboursés sur présentation des justificatifs.

Article 67 : Lorsque le patient hospitalisé est provisoirement transféré, après accord de la CNAM, vers un autre établissement prestataire pour y subir des actes techniques qui ne peuvent être pratiqués dans l'établissement prestataire d'origine, les coûts générés par ce transfert sont à la charge de ce dernier et seront remboursés par la CNAM.

Chapitre IV : Facturation et règlement

Article 68: A la fin de la période d'hospitalisation, la facturation est faite en deux exemplaires : une copie sera adressée à la CNAM et l'autre copie est remise au patient ou à sa famille. La facture devra faire apparaître de manière lisible, les actes ainsi que le paiement réclamé à l'assuré et la part prise en charge par la CNAM.

Article 69 : Les bordereaux de factures sont groupés pour être adressés à la CNAM une fois tous les mois. La caisse procède dans un délai ne dépassant pas trois mois, au règlement des bordereaux sous déduction des facturations incomplètes ou comportant des erreurs, qui sont retournées dans un délai de moins d'un mois.

Article 70 : L'établissement prestataire est tenu de préciser sur bordereau toute l'activité réalisée conformément aux dispositions en vigueur. En cas de dépassement de capacité d'hospitalisation, les articles du premier chapitre du titre VII du présent décret s'applique de plein droit.

Article 71 : En complément des bordereaux de facturation, l'établissement prestataire adresse à la caisse les pièces justificatives le cas échéant, et ce conformément à la réglementation en vigueur.

Chapitre V : Organisation des contrôles de l'établissement prestataire

Article 72 : L'objectif du contrôle est de vérifier, auprès des établissements prestataires, la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique, médical et pharmaceutique, et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

Article 73 : Le contrôle médical est confié au personnel médico-pharmaceutique de la CNAM, ainsi qu'à ses médecins et pharmaciens conseils. Ils sont chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les établissements prestataires et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire ;
- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés et leurs ayants droits ;
- et le suivi de l'évolution des dépenses de santé.

Article 74 : Sous réserve du respect des principes déontologiques et de la législation en vigueur, le personnel médico-pharmaceutique ainsi que les médecins conseils de la CNAM, peuvent, à l'occasion de l'exercice de leurs missions :

- visiter les établissements prestataires pour constater les conditions de prise en charge des assurés ;
- convoquer l'assuré et le soumettre au diagnostic ou le cas échéant à l'expertise ;

- obtenir tous les renseignements se rattachant à l'état de santé de l'assuré ;
- accéder au dossier médical de l'assuré ;
- demander des éclaircissements aux établissements prestataires concernant l'état de santé de l'assuré.

Article 75 : Les directeurs des établissements prestataires sont tenus de permettre le libre accès du ou des praticiens chargés du contrôle médical et de mettre à leur disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission de contrôle. Les médecins traitants peuvent assister aux examens médicaux de contrôle, à la demande de l'assuré ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 76 : En cas de contrôle médical, la décision prise par la CNAM à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance de l'établissement prestataire.

Article 77 : Les services médicaux et administratifs diligentés par la CNAM, dans le cadre de leurs compétences respectives, assurent les contrôles et informent, dans un délai ne pouvant être inférieur à 48 heures, de la date de leur passage dans l'établissement prestataire ainsi que du motif, de l'objet et de la nature de leur intervention. Néanmoins, pour ce qui concerne les praticiens conseils ainsi que pour les autres missions d'inspection prévues par la loi, ces visites peuvent avoir lieu, le cas échéant, de façon inopinée, à condition de faire connaître l'intervention dès l'arrivée dans l'établissement prestataire, à la direction de celui-ci ou à son représentant.

Article 78 : Les visites et les opérations de contrôle sont accomplies en présence de la direction de l'établissement prestataire ou de son représentant, ainsi que du médecin responsable du patient en fonction de sa disponibilité. Les agents chargés de la visite présentent sur place les observations utiles à la direction de l'établissement prestataire,

qu'ils complètent et précisent secondairement le cas échéant, notamment lorsqu'ils relèvent des anomalies graves de fonctionnement.

Article 79 : Lors de la visite, aucune observation ne doit être faite en présence du patient ou de sa famille, ou en présence d'une tierce personne, à l'exception de la direction ou de son représentant.

Article 80 : Le praticien de la CNAM a la possibilité de procéder à l'examen clinique de l'assuré. Il doit, avant cet examen, informer la direction de l'établissement prestataire ou son représentant, et le patient lui-même.

Article 81 : Dans le cadre du contrôle des justifications de séjour, le praticien de la CNAM informe la direction de l'établissement prestataire ou son représentant de l'avis qu'il sera amené à donner aux services administratifs de la CNAM, et notamment lorsqu'il observe le non respect des dispositions du titre III de la présente convention, concernant l'adéquation du service à l'état du patient.

Chapitre VI : Documents médico-administratifs obligatoires

Article 82 : En cas d'hospitalisation, l'établissement prestataire doit communiquer à la CNAM les documents ou supports informatiques obligatoires suivants :

a – à l'admission de l'assuré en cas d'hospitalisation : un message électronique ou un bordereau d'entrée comportant le nom et prénom du patient, date et lieu de naissance,

N° de CIN (si disponible), matricule CNAM, la date et l'heure de l'entrée et le motif d'hospitalisation ;

b – une fois par mois, une photocopie du livret ou carnet de l'assuré rempli et cacheté, la fiche d'hospitalisation dûment signée par l'assuré ou un ayant droit majeur et le représentant de l'établissement prestataire, la facture faisant apparaître la part de la CNAM et le montant réglé par l'assuré ;

c – une copie de tous les documents ou supports informatiques énumérés ci dessus est conservée par l'établissement prestataire et présentée par lui, sur place, dans le respect des règles du secret professionnel, à toute demande de la CNAM.

Article 83 : En cas de prestation ambulatoire, l'établissement prestataire doit renseigner les formulaires de fiches de soins, délivrer une ou des factures conformes et informer le patient de la nécessité de transmettre ces documents à la CNAM s'il désire se faire rembourser ; il devra se tenir disponible pour toute information non renseignée, et liée à la prestation qu'il aura fournie.

Article 84 : L'établissement prestataire est tenu d'élaborer, à la demande du patient ou de la CNAM, les rapports techniques et autres documents cités dans les différents articles de la présente convention, et qui relèvent de leurs compétences respectives.

Chapitre VII : Transmission des informations statistiques

Article 85 : L'établissement prestataire élabore et transmet tous les trois mois, les informations statistiques sanitaires concernant la population d'assurés patients. Les modalités pratiques de cette transmission sont déterminées dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur.

Article 86 : L'établissement prestataire devra aussi fournir à la CNAM une copie de son rapport trimestriel d'activités.

Article 87 : Pour garantir la qualité des données, chaque établissement prestataire organise auparavant une procédure de validation interne.

TITRE VIII : SANCTIONS, DUREE ET RESILIATION DE LA CONVENTION

Chapitre premier : Sanctions pour dépassement de capacité et récupération des prestations indues

Article 88 : Lorsqu'un établissement prestataire d'hospitalisation se trouve en situation de dépassement du taux d'occupation maximum pour une ou plusieurs des disciplines, il est passible d'une mesure de récupération financière, après validation des données d'activité fournies par l'établissement prestataire. La récupération de la totalité des sommes fera l'objet d'une notification de la part de la CNAM.

Article 89 : Est considéré en situation de dépassement du taux d'occupation maximum tout établissement prestataire qui fait apparaître pour l'une au moins des disciplines d'hospitalisation pour lesquelles il est autorisé, un taux d'occupation réel et en année pleine, supérieur à 100 %.

Article 90 : Lorsque du fait de la cotation reconnue erronée, ou du fait de leur absence de réalisation, des prestations – ambulatoires ou d'hospitalisation – ont été indûment payées ou remboursées au titre des frais tels que définis dans le chapitre premier du titre VII du présent décret, la CNAM est fondée à engager auprès de l'établissement prestataire la récupération des sommes indues – pour l'assuré et pour la CNAM.

Chapitre II : Suspension et résiliation de la convention

Article 91 : En cas de non-respect des dispositions de la convention ou de non-conformité avec les critères de qualification, la CNAM informe par écrit l'établissement prestataire concerné des faits qui lui sont reprochés. Celui-ci dispose de deux semaines pour réagir. Passé ce délai sans réponse, la CNAM se trouve dans l'obligation de suspendre cet établissement.

Article 92 : En cas de fraude confirmée, le prestataire fera l'objet en plus de la suspension, de poursuite judiciaire.

Article 93 : Lorsque le ministère en charge de la santé, le conseil national de l'ordre des professions concernées (médecin, pharmacien, chirurgien dentiste, paramédical), ou une juridiction habilitée, prononce à l'égard d'un prestataire une sanction devenue définitive, et qui consiste en une interdiction de prodiguer des soins aux assurés sociaux ou en une interdiction d'exercer, ou lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'un prestataire une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé automatiquement hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire et pour une durée équivalente.

Article 94 : Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, la Caisse peut envisager à l'encontre du prestataire une suspension définitive.

Article 95 : Tout prestataire désireux d'être hors convention, doit impérativement informer la CNAM par lettre écrite avec accusé de réception. Cette décision prendra effet un mois après la date de réception de son courrier. Par ailleurs, la CNAM peut mettre un établissement prestataire hors convention dans les cas suivants :

- violation des engagements conventionnels ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre la CNAM et l'établissement prestataire ;
- modification substantielle des conditions de fonctionnement du système par rapport à la date de la signature de la convention.

Cette mise hors convention s'effectue après information par écrit avec accusé de réception adressée à l'établissement prestataire.

Chapitre III : Changement de personne morale ou physique exploitant l'établissement prestataire

Article 96 : En cas de changement de personne morale ou physique exploitant l'établissement prestataire, celui-ci doit informer la CNAM par écrit dans un délai ne dépassant pas deux semaines. La CNAM dispose d'un délai **d'un mois** à compter de la date d'expiration du premier délai pour confirmer la convention en cours.

Article 97 : Pendant ce délai, la convention continue de s'appliquer à condition que le nouvel exploitant notifie immédiatement à la CNAM son engagement d'en respecter les clauses dans l'attente de la confirmation.

Article 98 : A l'expiration de ce délai, si la CNAM n'a pas notifié son refus de confirmer la convention en cours, la confirmation est effective pour la durée de la convention restant à courir.

Chapitre IV : Durée, effet et renouvellement de la convention

Article 99 : La convention est conclue pour une durée de **cinq (5) ans**.

Article 100 : La demande de renouvellement de la convention est déposée auprès de la CNAM, six mois avant son échéance. En cas d'absence de réponse trois mois avant l'échéance, la convention est réputée renouvelée par tacite reconduction.

Article 101 : La convention prend effet à partir de la date de signature des deux parties.

Article 102 : Les parties signataires peuvent à tout moment décider en commun accord de mettre fin aux termes de la convention. Elles signent dans ce cas un avenant de résiliation dont la date d'effet ne pourra être fixée au plus tôt qu'à l'expiration du délai de trois mois à compter de la signature de cet avenant.

Article 103 : En cas de manquement de la part d'une des parties contractantes aux obligations législatives ou réglementaires de la convention, l'autre partie a la faculté de dénoncer unilatéralement cette convention, après l'avoir informé, par écrit.

Article 104 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

Article 105 : Les Ministres en charge des Finances, de la Fonction Publique et de L'Emploi, de la Santé et des Affaires Sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel.

Fait à Nouakchott, le 08 janvier 2007

ANNEXE 3 : OBJECTIFS ET MOYENS

Dans le cadre des orientations définies dans la Politique Nationale de Santé, l'établissement prestataire s'engage sur les objectifs suivants :

Faire une information et une formation du personnel visant les principales priorités suivantes :

- En matière de santé de la mère et de l'enfant :

S'assurer de l'application stricte des stratégies de « maternité sans risque » et de « prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » ;

- En matière de nutrition :

Mettre en œuvre les activités et tâches visant l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ;

- En matière de lutte contre les maladies transmissibles :

Réserver une attention particulière à la prévention et à la prise en charge du VIH/SIDA, du paludisme, de la tuberculose, des hépatites et des autres maladies transmissibles ;

- En matière de contrôle des problèmes émergents de santé :

Garantir un suivi efficace des pathologies émergentes et assurer une prise en charge efficace du diabète, de l'hypertension artérielle, des cancers et des maladies psychiatriques ;

- En matière d'action sociale :

Améliorer le ciblage, l'orientation et l'insertion des enfants en difficulté et la prise en charge et l'insertion des personnes handicapées.

ANNEXE 4 : QUALITE ET SECURITE DES SOINS

LA CNAM et l'Etablissement prestataire inscrivent leur action en matière de qualité et sécurité des soins dans le cadre des orientations nationales et de la définition de l'O.M.S. qui définit la qualité comme le critère *"permettant de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins"*.

La mise en œuvre de cette annexe ne saurait se confondre avec la procédure d'accréditation qui se fonde sur des critères et des indicateurs identiques pour tous les établissements prestataires de même type.

L'annexe à la présente convention s'inscrit, au contraire, dans un processus de négociation et de progression et les objectifs peuvent varier selon les contextes.

Il est entendu qu'il est de la responsabilité de l'établissement prestataire d'intégrer dans ses objectifs les bases législatives et réglementaires en relation avec les thèmes traités qui s'imposent de plein droit.

Enfin l'établissement prestataire s'engage sur les objectifs de qualité et de sécurité des soins ainsi que sur leurs échéances comme suit :

1° PHARMACOVIGILANCE CIRCUIT DU MEDICAMENT :

NIVEAU I

- la pharmacie dispose de la liste des personnes habilitées à prescrire et leur signature. Elle conserve un relevé chronologique des délivrances de médicaments par unité de soins et les copies des prescriptions nominatives
- il existe un recueil (et/ou une déclaration) des effets indésirables;
- le pharmacien participe à la pharmacovigilance.

NIVEAU II

Création d'un comité de pharmacovigilance qui veillera à la formation, règlement intérieur, membres et ordres du jour des réunions, diffusion de recommandations de bon usage du médicaments, nombre de références dispensées sur ordonnance nominative comportant mention de l'unité de soins et du prescripteur par rapport au nombre de références concernées, (%), dénombrement et analyse des effets indésirables proprement dits, formation du personnel (y compris interne et résident) sur la iatrogénie.

NIVEAU III

- Exploitation des données dans un but de prévention, enquêtes et études sur la pharmacovigilance qui seront réalisées et diffusées.
- Evaluation du respect des décisions du comité du médicament dans le domaine du bon usage du médicament.

2° GESTION DES URGENCES INTERNES

(Evènement inattendu présentant un caractère d'urgence survenant sur un patient hospitalisé)

NIVEAU I

- Les coordonnées du médecin de garde sont affichées ;
- L'appel au médecin de garde est noté (date, motif et heure, n° de dossier, appel éventuel à la CNAM, délai de réponse, transfert, ...) ;
- La délivrance exceptionnelle d'un médicament en l'absence du médecin est effectuée selon un protocole écrit, daté et signé, le recueil est fait sur le dossier et sur un cahier.

NIVEAU II

Une analyse du registre des appels d'urgence et éventuellement des dossiers vus en urgence pendant le séjour est effectuée.

NIVEAU III

Protocoles de procédures en cas d'urgence dans les services, dates de mise à jour, évaluation de l'efficacité de la réponse en termes de rapidité et de cohérence et définition d'objectifs.

3° INFECTIONS NOSOCOMIALES

NIVEAU I

- Création d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).
- Recensement des infections nosocomiales.

NIVEAU II

- Taux d'infections nosocomiales ;
- Bilan annuel du CLIN
- Existence de protocoles (stérilisation, désinfection, hygiène...) et ces dates de mise à jour.

NIVEAU III

- Atteinte d'un taux de référence ;
- Suivi de la consommation des classes d'antibiotiques ;
- Surveillance des pratiques par rapport aux protocoles (nombre d'audits pratiqués et nombre de protocoles actualisés dans l'année).

4° PRISE EN COMPTE DE LA SATISFACTION DU PATIENT

NIVEAU I

- Il existe un questionnaire de satisfaction ;
- Procédure de recueil du questionnaire systématique à la sortie ;
- Les questionnaires font l'objet d'une analyse régulière par l'établissement prestataire.

NIVEAU II

- Le personnel est régulièrement tenu informé des résultats de l'étude des questionnaires ;
- Des actions précises sont mises en place pour remédier aux insatisfactions des patients en terme de formation, d'organisation, de procédures.

NIVEAU III

- Il existe un registre des plaintes ;
- Il existe une commission de conciliation ;
- Les actions contentieuses à l' encontre de l'établissement prestataire sont analysées ;
- Des actions de correction des anomalies sont mises en place ;
- L'ensemble du personnel (médical, paramédical, administratif) en est tenu informé.

5° ACCUEIL

- L'établissement prestataire a fait le diagnostic de son niveau d'accueil sur les 3 domaines suivants :

- Image de l'établissement prestataire ;
- Accueil des patients et de leur famille ;
- Les aspects hôteliers.

- A partir de son diagnostic, l'établissement prestataire s'engage sur les objectifs suivants :

- Maintenir le niveau d'accueil et de sécurité des soins par un personnel supra normatif ;
- L'application des procédures mises en place et l'amélioration des locaux prévue.

Table des matières

INTRODUCTION	6
PARTIE I. PROBLÉMATIQUE CONTEMPORAINE DE LA PROTECTION SOCIALE	26
CHAPITRE 1. L'institution et les régimes traditionnels de la protection sociale	31
Section 1. Le cadre institutionnel de la protection sociale	34
Paragraphe1. L'importance et le rôle de la sécurité sociale	40
I. L'importance de la sécurité sociale	41
A. L'importance sociale	41
a. Préservation de la composante humanitaire	42
b. Prise en charge des prolétaires	43
B. Importance économique	45
a. Assurer un revenu de remplacement du revenu interrompu	45
b. Augmenter la production et relever le niveau des salaires	46
II. Le rôle de la sécurité sociale	47
A. La sécurité sociale dans le monde	47
a. Champ d'application de la sécurité sociale	48
1. Considérations sociales	48
2. Considérations économiques	49
3. Considérations politiques	49
b. Perspectives de la sécurité sociale dans le monde	49
B. Théories internationale et nationale	50
a. La théorie française	51
b. L'expérience mauritanienne	53
III. Concept de protection sociale concernée	55
A. Le concept de protection sociale	55
1. Assurance sociale	56
2. Sécurité sociale	56
3. Relation entre la protection sociale et le développement économique	59
Paragraphe2. Les sources du droit de la sécurité sociale	61
I. Les sources relevant du droit interne	62
A. La protection sociale du point de vue constitutionnel	62
B. Les sources législatives et réglementaires	67
II. Les sources internationales	71

A. Les conventions internationales _____	75
a. Le rôle de l'agence internationale de sécurité sociale _____	77
1. L'accord onusien _____	78
2. Le rôle de l'Association Internationale de Sécurité Sociale _____	79
b. Les conventions de l'OIT _____	80
1. La Conférence Internationale du Travail _____	81
2. Le rôle de la Conférence Régionale Africaine(C.R.A) _____	82
B. L'institution de la sécurité sociale et les conventions multilatérales _____	83
a. Une convention africaine en matière sociale pour une sécurité sociale universelle _____	87
b. Les conventions sous régionales et régionales _____	87
III. Conventions de sécurité sociale Mauritanie-Sénégal-France _____	89
A. Le fondement juridique de ces conventions _____	89
a. Conventions entre la Mauritanie et le Sénégal _____	89
3. Disposition de non cumul _____	91
b. Les principes de coordination de la convention France-Mauritanie _____	92
3. Disposition de non cumul _____	94
Section 2 Les régimes islamiques et traditionnels _____	95
Paragraphe1. Solidarité islamique _____	95
I. Le fondement islamique et religieux de la protection sociale _____	95
II. Les formes de sécurité sociale identifiées démontrent une vraie richesse de diversité _____	96
Paragraphe2. Solidarités traditionnelles et informelles _____	99
I. La solidarité traditionnelle _____	99
A. Solidarité ordinaire ou obligation alimentaire _____	102
B. L'union occasionnelle, « <i>la diya</i> » _____	104
II. Secteur informel _____	105
III. Économie mondiale contemporaine _____	109
IV. L'incertain du secteur informel _____	109
A. Contraintes endogènes _____	109
B. Les contraintes exogènes _____	111
V. Promotion du secteur informel _____	112
A. Théories économiques _____	112
B. L'État et l'informel _____	113
Chapitre 2. Cadre global de la protection sociale moderne _____	116
Section 1. La protection sociale moderne _____	118
Paragraphe 1. Différents modèles de la sécurité sociale _____	118
I. Généralités _____	118
II. Le système mauritanien de sécurité sociale _____	123

III. Le service de la sécurité sociale _____	125
Paragraphe 2. L'assurance sociale _____	129
I. Le domaine de l'assurance sociale _____	129
II. L'importance de l'assurance sociale _____	130
Section 2. Pauvreté et protection sociale _____	132
Paragraphe 1. La protection sociale, outil de lutte contre la pauvreté _____	137
I. Risques couverts par la CNSS _____	137
II. Financement de la Sécurité Sociale _____	139
III. L'impact qualitatif de la sécurité sociale sur la réduction de la pauvreté _____	140
IV. L'impact qualitatif de la protection sociale sur la pauvreté _____	141
Paragraphe 2. Intégration de la sécurité sociale dans la lutte contre la pauvreté _____	142
I. La sécurité sociale, élément stratégique _____	143
II. Nouveau mode de financement _____	144
II. L'aide sociale des Indigents _____	145
A. État des lieux _____	146
B. Principales contraintes de la protection sociale des indigents _____	148
C. Problèmes actuels du système mauritanien de protection sociale _____	151
a. Un déficit en couverture de la population _____	151
b. Une discordance entre le personnel légalement assujéti et le personnel réellement couvert _____	151
D. Une couverture en dessous des besoins réels des travailleurs _____	152

PARTIE II. ORGANISATION ET FINANCEMENT DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE EN MAURITANIE _____ 156

Chapitre 1. L'organisation de la sécurité sociale _____ 166

Section 1. La situation actuelle du régime mauritanien de sécurité sociale _____ 168

Paragraphe 1. État des lieux des régimes de sécurité sociale _____	168
I. Le régime de sécurité sociale géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. _____	170
II. État des lieux du régime de sécurité sociale géré par la CNSS _____	172
II. Les ressources et l'organisation financière de la CNSS _____	173
A. Les réserves de sécurité doivent être calculées comme suit : _____	174
a. Les prestations familiales comprennent : _____	175
b. Les taux des prestations familiales en vigueur sont les suivants _____	176
B. Le calcul des prestations de la branche des pensions s'effectue en fonction de : _____	179
Paragraphe 2- Principales contraintes du régime géré par la CNSS et les solutions envisagées _____	181
I. Les difficultés du régime de sécurité sociale _____	182

A. Problème de l'équilibre du régime _____	182
B. L'absence de données statistiques fiables _____	188
C. Suggestions sur le régime géré par la CNSS _____	191
Section 2. Autres régimes de sécurité sociale _____	199
Paragraphe 1. Le régime des fonctionnaires _____	199
I. État des lieux _____	200
II. Principales contraintes du régime des Fonctionnaires et éléments de réformes _____	202
III. Suggestions sur le régime des fonctionnaires _____	203
1. Coordination entre les régimes de pensions publics et privés _____	203
2. Revalorisation des pensions _____	203
3. Assurer une pension minimale garantie _____	203
4. Assurer une minimum vieillesse _____	204
5. Instaurer un régime complémentaire : _____	204
6. Élargir l'assiette de cotisation : _____	204
Paragraphe 2. La médecine du travail _____	205
I. État des lieux _____	205
A. Cadre juridique à la CNSS en vertu des dispositions de la loi 76/ 016 du 12 janvier 1976. _____	206
B. Administration et mode de fonctionnement _____	208
C. Sources de financement _____	210
II- Contraintes actuelles de la médecine du travail en Mauritanie _____	211
A. Problèmes d'organisation _____	211
B. Confusion des missions et du rôle de l'ONMT _____	211
III. Propositions sur la Médecine du Travail _____	212
Chapitre 2. L'assurance maladie obligatoire _____	213
Section 1. La prise en charge de l'assurance maladie _____	216
Paragraphe 1. Les bénéficiaires et les garanties _____	218
I. Les bénéficiaires _____	221
II. Les garanties : _____	224
III. Les cotisations _____	226
IV. L'extension du champ d'application _____	229
A. Les nouveaux assurés du régime mauritanien _____	231
B. les assurés par la loi 018/2010 en Mauritanie : _____	232
C. Les exclusions du champ d'application _____	232
D. Les cotisations des nouveaux assurés du Décret n° 2010-081 fixant la cotisation de certains assurés _____	233
Paragraphe 2. Les défis de l'assurance maladie obligatoire _____	233
I. Défis liés à l'activité _____	235

A. Les arriérés des cotisations _____	235
B. Les évacuations à l'étranger _____	236
C. Les obstacles à l'organisation _____	238
D. Sanction pénale et lutte contre la fraude _____	239
II. Défis liés à des facteurs externes à l'activité _____	241
A. Tarification et référentiel thérapeutique _____	241
B. Harmonisation des systèmes de protection sociale _____	242
C. Adoption des nouveaux mécanismes de financements _____	242
Section 2. Les enjeux de l'assurance maladie obligatoire en Mauritanie _____	244
Paragraphe 1. Les contraintes au développement de l'assurance maladie obligatoire _____	245
I. L'Organisation _____	246
II. Prise en charge des pathologies lourdes et très onéreuses _____	247
Paragraphe 2. Les solutions envisagées _____	248
I. L'adoption de nouveaux mécanismes de financement _____	248
II. La maîtrise du coût des évacuations _____	249
III. Réduction des charges adjuvantes _____	249
A. Extension de la couverture d'assurance maladie _____	249
B. Le recadrage stratégique _____	250
C. Mode de financement _____	252
D. Quelques réalisations de la CNAM _____	255
IV. Suggestion sur l'Assurance Maladie gérée par la CNAM _____	264
Paragraphe 2. La nature de la prise en charge gérée par la CNAM _____	269
I. Champ d'Application _____	270
A. Les bénéficiaires (anciennes réglementations) _____	270
B. La nouvelle extension _____	271
II. La promotion de la santé par le biais de l'assurance maladie _____	271
A. Le mode ambulatoire _____	274
a. Secteur ambulatoire _____	274
b. Coût des remboursements liés à l'ambulatoire _____	275
B. Le mode d'hospitalisation _____	276
a. le secteur hospitalier _____	276
b. Coût lié aux remboursements au titre des hospitalisations _____	277
C. Évacuations sanitaires par le biais de la CNAM _____	278
D. Les perspectives _____	281
CONCLUSION _____	284

BIBLIOGRAPHIE _____ **292**

ANNEXES _____ **305**

Résumé

Le rôle de la protection sociale dans un pays, au-delà de son importance pour l'équilibre des rapports sociaux, doit nécessairement tendre vers l'inclusion sociale et le respect de la dignité humaine. Ce travail sur la protection sociale en Mauritanie dénonce et critique toutes formes d'injustice sociale par rapport à l'accès non égalitaire à l'assurance maladie et à la sécurité sociale. En effet, une partie infime de la population mauritanienne bénéficie de ce système, il s'agit des fonctionnaires, agents de l'état, parlementaires, les forces armées en position d'activité et certains salariés du secteur privé. Le régime de protection sociale en Mauritanie incarne l'exclusion pour une grande majorité de la population mauritanienne. La protection sociale en Mauritanie comme en France a pour objectif de garantir l'individu, la famille contre tous les risques sociaux, d'origine professionnelle ou non professionnelle, susceptibles de diminuer leur revenu en portant atteinte à la capacité de travail (la maladie, l'accident, la vieillesse, le chômage, la maladie à la naissance). Divers systèmes de couverture du risque maladie et de protection sociale sont pratiqués en Mauritanie. Il serait approprié d'engager une vaste réflexion pour assurer l'harmonie et la cohérence du régime mauritanien de protection sociale afin que ce dernier puisse suivre le sillage de la politique française en la matière pour parvenir à un système de protection sociale digne de ce nom, c'est-à-dire universelle.

Mots clés

Protection sociale, sécurité sociale, assurance maladie, médecine du travail, maladie, indigents, retraite, vieillesse, risque maladie

Abstract

The role of social protection in a country, beyond its importance for the balance of social relations, must necessarily get to word social inclusion and respect of human dignity. This work on social protection in Mauritania denounces and criticizes all forms of social injustice as non equal access to health insurance and social security is concerned. In fact a very small part of the Mauritanian population benefits of this system, such as official works, state agents, parliamentarians, armed forces in position of activity and some private sector employees. The system of the social protection in Mauritania incarnates the exclusion of a large majority of the population. The social protection in Mauritania as in France is for guarantee the individual, the family against all social risks litters professional or non professional, nature likely to reduce their income by infirming the capacity for work (illness, accident, old age, joblessness, illness at birth). Various systems of health and social protection converge are applied in Mauritania. It would be appropriate to put in place a wide reflection in order sure the harmony coherence of the Mauritanian social protection system so as it on follow the wake of French policy in this field to achieve a social protection system as result worthy of this name, that means universal.

Keywords

Social protection, social security, health insurance, occupational medicine, illness, indigent, retirement, old age, health risk.