



Rapport Final

EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DU REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE (RAMED)

Septembre 2022

Le présent rapport a été produit par une équipe du cabinet d'études TMC composée de Dr. Bakary TOUMANION, M. Birama BAGAYOGO, Dr. Souleymane DOLO, M. Birama Djan DIAKITE, M. Yaya TOGO avec la contribution M. Pascal SOGLOHOUN CFP/P4H-JLN.

Avertissement : Les opinions exprimées dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Organisation Mondiale de la santé ni du réseau P4H-JLN.

Table des matières

LITSE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	iii
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	iv
RESUME EXECUTIF.....	v
INTRODUCTION.....	1
I CONTEXTE DE L’EVALUATION.....	3
1.1. Principaux objectifs de l’évaluation.....	4
1.1.1. Objectif général.....	4
1.1.2. Objectifs spécifiques :	4
II DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	5
2.1 Démarche globale.....	5
2.2. Cadrage méthodologique.....	5
2.3. Revue documentaire.....	5
2.4. Les outils de collecte des données.....	6
2.4.1. Partie qualitative.....	6
2.4.2. Partie quantitative.....	7
2.5. Formation des superviseurs/enquêteurs.....	8
2.6. Collecte des données sur le terrain.....	8
2.7. Population cible de l’évaluation.....	9
2.8. Echantillonnage.....	10
2.8.1. Partie qualitative.....	10
2.8.2. Partie quantitative.....	10
2.9. Saisie et analyse des données.....	11
2.9.1. Partie qualitative.....	11
2.9.2. Partie quantitative.....	11
2.10. Rédaction du rapport provisoire.....	11
2.11. Finalisation et dépôt du rapport.....	11
2.12. Implications éthiques et réglementaires.....	12
2.13. Facteurs favorisant et difficultés rencontrées.....	12
<i>Facteurs favorisants</i>	12
<i>Difficultés rencontrées</i>	12
2.14. Les limites du travail.....	12
III. RESULTATS OBTENUS DE L’EVALUATION.....	13
3.1. Dispositifs légaux, réglementaires, des procédures et outils, ainsi que le dispositif de suivi/évaluation.....	13
3.1.1 Cadre légal et réglementaire.....	13

3.1.2. Arrangements institutionnels	14
3.2 Diagnostic organisationnel/institutionnel de l'ANAM	22
3.3. Analyse du dispositif de suivi/évaluation.	30
3.3.1. Description du système de suivi-évaluation	30
3.3.2. Analyse de la base de données de l'ANAM (collecte, remontée des données)	30
3.3.3. Analyse de quelques indicateurs du volet immatriculation de la base	31
3.3.4. Analyse de quelques indicateurs du volet prestation	32
3.4 Analyse économique de la prise en charge des bénéficiaires du RAMED	32
3.5. Mécanisme de traitement et d'analyse des données	36
3.6. Forces, faiblesses du dispositif de suivi-évaluation.....	36
3.7. Etat des lieux de l'opérationnalisation du RAMED	37
3.8. Analyse de la perception des prestataires sur la mise en œuvre du régime.....	43
3.9. Analyse de la perception des bénéficiaires sur les conditions d'utilisation du RAMED.....	43
3.10. Analyse de l'accessibilité et de la disponibilité des services de santé	45
3.11. Évaluation du niveau de satisfaction des bénéficiaires sur l'accueil et la qualité des services offerts.....	45
3.12. Facteurs entravant à l'accès aux soins	46
3.13. Appréciation des forces et faiblesses de la mise en œuvre du RAMED	47
3.14. Examen des possibilités d'une meilleure articulation du RAMED avec les autres mécanismes de gratuités, de subvention et/ou d'exemption.....	48
3.15. Bonnes pratiques.....	51
3.16. Leçons apprises	52
CONCLUSION	53
RECOMMANDATIONS	54
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES	ix

LITSE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

- Liste des tableaux

Tableau 1 : Sites de collecte des données.....	8
Tableau N°2 : Bilan des entretiens et focus group réalisés dans les régions	10
Tableau 3 : Echantillon quantitatif	11
Tableau 4 : Exécution du budget de l'ANAM en 2020	16
Tableau N° 5 : Répartition par région et par an.....	31
Tableau 6: Evolution du niveau d'enrôlement au RAMED au cours des 5 dernières années	32
Tableau 7: Estimation de l'évolution du coût unitaire de prise en charge par bénéficiaires immatriculé et du coût unitaire des prestations au cours des 5 dernières années.....	35
Tableau N°8 : Présentation synthétique du cadre politique et institutionnel.....	48
Tableau N° 9 : Principales sources de financement pour les différentes maladies	49

- Liste des graphiques

Graphique N°1 : Répartition des cibles immatriculées par an.....	31
Graphique N° 2 : Répartition des prestations par an	32
Graphique N° 3 : Répartition des prestations par région.....	32
Graphique 4: Evolution du niveau d'enrôlement au RAMED au cours des 5 dernières années ..	33
Graphique 5: Evolution de la répartition du financement de l'ANAM par source de 2017-2022	33
Graphique N°6 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	37
Graphique N°7: Fréquence des bénéficiaires enquêtés.....	37
Graphique N° 8 : Système de référence	41

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AMALDEME	Association Malienne de lutte contre les Déficiences Mentales chez l'enfant
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ANICT	Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
ASACO	Association de Santé Communautaire
BIRD	Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement
CAD :	Coalition des Alternatives Africaines Dette et Développement
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CGSP	Contrôle Général des Services Publics
CIPRES	Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale
CLOCSAD	Comité Local d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAOM	Centre Nationale d'Appareillage Orthopédique du Mali
CNIECS	Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé
CROCSAD	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Collectivité Territoriale
DCI	Dénomination Commune Internationale
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DNDS	Direction Nationale du Développement Social
DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaires
IDA	Association Internationale de Développement
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
ISBLSM	Institutions sans But Lucratif au Service des Ménages
ODD	Objectif de Développement Durable
OGD	Organisme de Gestion Délégué
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida
PACSU	Projet Accélérer les Progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle
PDI	Personnes Déplacées Internes
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
SLDSES	Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire
SR	Santé de la Reproduction
TMC	Toumanion's Management Consulting
UNFPA	Fond des Nations pour la Population
UNICEF	Fond des Nations pour l'Enfance
USAID	United States of America Aid
UTM	Union Technique de la Mutualité
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise

RESUME EXECUTIF

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de l'évaluation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) à la demande de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) et financée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'évaluation a été conduite dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Mopti, Gao et le District de Bamako. Elle visait à trouver des solutions appropriées aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du RAMED. Le processus d'évaluation a été rendu possible par l'utilisation d'une combinaison d'approches quantitative et qualitative.

Les investigations dans les différentes régions ont permis d'aboutir aux résultats suivants :

- ✓ **Les dispositions légales et réglementaires du RAMED** ont connu des changements en fonction de l'évolution du contexte national mais des insuffisances existent. L'ANAM a connu un élargissement de son public cible au-delà de ses bénéficiaires initiaux comme prévu par les textes.
- ✓ **L'opérationnalisation du dispositif du RAMED** a coïncidé avec le début de la crise de 2012 qui a fragilisé davantage les conditions socio-économiques et politiques du Mali. L'éclatement de cette crise vient témoigner la pertinence et la nécessité de la mise en place du dispositif pour apporter des réponses auprès des indigents en matière d'accès aux soins de santé.
- ✓ **Concernant l'Etat des lieux du régime**, le dispositif fonctionne de manière timide. L'insuffisance du niveau de connaissances des communautés, des prestataires de soins et autres acteurs sur le RAMED et son mode de fonctionnement défavorise le recours aux soins. L'identification et l'enrôlement connaissent des insuffisances.
- ✓ **En matière d'information, de sensibilisation et de communication**, près de la moitié des enquêtés bénéficiaires du RAMED (47%) ne connaissent pas les critères d'éligibilité. L'évaluation note une accessibilité théorique qui dans les faits reste très compliquée. Les indigents dans une certaine mesure peinent pour bénéficier des soins. L'évaluation quantitative indique qu'un nombre important des bénéficiaires potentiels (35% des enquêtés) n'ont jamais bénéficié d'une prise en charge depuis leur enrôlement. Le retrait de plusieurs CSCCom à cause de la lenteur du remboursement des prestations, constitue un réel défi à relever. Par ailleurs, en milieu urbain, l'utilisation du RAMED est plus fréquente qu'en milieu rural où différents prestataires n'ont pas de connaissances approfondies sur son fonctionnement. Plus on s'éloigne des villes, plus le niveau de connaissance sur le dispositif diminue.

- ✓ **En termes de perception**, il ressort de l'étude, que les prestataires n'ont pas une bonne perception de la capacité de l'ANAM à rembourser les services offerts. Quant aux bénéficiaires, les conditions d'utilisation du RAMED sont perçues comme assez difficile. Par ailleurs, le fait qu'on ne peut pas rester bénéficiaire après 3 ans, renforce le sentiment d'iniquité du régime pour des personnes vivant avec un handicap (psychique, physique et visuel), et même celles qui souffrent des maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle etc.

- ✓ **Le RAMED est pertinent et répond à un besoin réel de la prise en charge des populations les plus pauvres**. Il contribue à l'atteinte des objectifs du troisième pilier de la couverture universelle qui est l'extension des soins aux personnes non couvertes.¹ Le fait d'avoir un dispositif conçu par l'Etat renforce le principe de solidarité et de cohésion sociale en direction des couches les plus démunies.

- ✓ **La mise en œuvre du régime rencontre plusieurs difficultés** qui jouent négativement sur sa durabilité (le processus d'identification et d'enrôlement, le partenariat et la contractualisation, le circuit des soins, les questions financières, la perception des prestataires sur le RAMED, la communication etc.). A cela s'ajoute l'absence d'innovation en matière de mobilisation des ressources à hauteur des ambitions.

- ✓ **Au-delà, de ces constats, l'évaluation a noté des éléments positifs du régime**. Il s'agit entre autres de :
 - L'existence de textes législatifs et réglementaires ;
 - La disponibilité des partenaires à accompagner le RAMED ;
 - L'assistance de l'Etat 85 % envers les indigents ;
 - La reconnaissance du statut d'indigent.

Pour conclure, l'évaluation constate que le système de protection sociale au Mali est établi sur un ensemble de « dispositif fragmenté », cloisonné et déconnecté les uns des autres. Le système n'a pas une approche globale de la dynamique populationnelle. Le dispositif actuel n'a pas créé de passerelle entre les différents niveaux de protection : contributif et non contributif. L'itinéraire des individus (social et professionnel), l'émergence des nouveaux besoins ou des nouvelles cibles (blessés de guerre, victimes de catastrophes naturelles) sont des contraintes qui pèsent sur le RAMED. La mise en œuvre du RAMU permettra certainement de remédier à ces insuffisances.

L'évaluation a permis de formuler les principales recommandations suivantes :

¹ Cube de l'OMS pour la Couverture Sanitaire et Universelle.

Législatif

- ✓ Se conformer aux dispositions de l'article 2 de la loi créant l'ANAM en abrogeant les dispositions de l'article 5 du décret N°10-577/P-RM DU 26 OCT.2010, fixant les délais et modalités de conclusion des conventions entre les prestataires de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Ceci en raison de la prééminence de la loi sur le décret ;
- ✓ Procéder à une harmonisation des textes réglementaires (lois, décrets et arrêtés) en vue de circonscrire le champ d'actions du RAMED ;
- ✓ Autoriser le renouvellement du récépissé RAMED après les 3ans sur la base d'une évaluation du statut économique de l'indigent,

Gouvernance

- ✓ Repenser le leadership, le lobbying, et diversifier le partenariat pour plus de financement et d'efficacité ;

Organisationnel

- ✓ Procéder à l'implémentation d'un système d'information intégrant la santé, le développement social et les collectivités territoriales ;

Financier

- ✓ Mettre en place une nouvelle stratégie de remboursement des prestations : fixation des prix, remboursement, médicaments ;
- ✓ Mettre en place un mécanisme contraignant qui incite les collectivités à payer leur quote-part.

Suivi-évaluation

- ✓ Procéder à l'évaluation du panier de soins actuel ;
- ✓ Renforcer le système de Suivi et Evaluation des bénéficiaires et des prestataires ;

Communication et partenariat

- ✓ Redynamiser le partenariat entre l'ANAM et les partenaires notamment les prestataires de proximité (CSCom, pharmacies privées etc.) à travers un remboursement diligent en vue de rapprocher les services aux cibles ;
- ✓ Redynamiser le cadre de concertation entre l'ANAM et les différents acteurs (Santé, Développement Social, Collectivités Territoriales ...).

Dans le cadre de l'articulation du RAMED avec les autres mécanismes de gratuités, de subvention et/ou d'exemption et la mise en place du RAMU, l'évaluation suggère les actions suivantes :

- ✓ Évaluation des programmes de gratuité y compris leurs financements ;
- ✓ Révision des textes ;
- ✓ Quantification des cibles et des intrants ;
- ✓ Renforcement de l'ANAM ;

INTRODUCTION

La prise en charge des indigents par les politiques publiques au Mali découle d'un long processus rythmé par les mutations qui se sont opérées au sein de la société malienne au cours de ces dernières décennies. Il est important de noter que la protection sociale, est un droit constitutionnel au Mali. L'Etat a l'obligation de protéger ses citoyens contre les risques sociaux et de mettre en place un système qui permet de les anticiper. Aujourd'hui, le système de protection sociale repose sur trois piliers : le système contributif (AMO, les mutualités), le système non contributif (RAMED, les gratuités, programme de filets sociaux). En plus de ceux-ci, on note aussi les assurances privées.

L'opérationnalisation d'un socle national de protection sociale, promu au niveau international par les Nations Unies, se traduit au Mali par les engagements stratégiques suivants :

- La réalisation d'une couverture maladie universelle, à travers l'AMO, le RAMED et les mutuelles de santé ;
- L'accès au revenu minimum pour les enfants et familles très pauvres, à travers des programmes des filets sociaux pour assurer l'accès à l'alimentation, à l'éducation, et à tout autre bien et services sociaux de base ;
- La sécurité élémentaire de revenu, à travers le respect au moins du revenu minimal national pour tous les travailleurs du secteur public et privé ;
- Les facilités accordées aux personnes âgées et les personnes handicapées pour bénéficier en priorité des services publics et privés.

Au-delà de la volonté politique affichée, le Mali s'inscrit dans une dynamique globale en Afrique : la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). En juillet 2012, les ministres des finances et de la santé en Afrique se sont réunis à Tunis pour recommander le besoin d'un financement de la santé en faveur des plus pauvres et des zones désavantagées. En septembre 2012, se sont réunis au Maroc environ 80 décideurs africains et experts mondiaux pour discuter des solutions permettant de mieux considérer la prise en charge des plus pauvres dans les systèmes d'assurance de santé². Bien avant les années 2000, l'Initiative de Bamako lancée en 1987, avait pour objectif de faire évoluer les systèmes de santé des pays en développement vers des modes nouveaux d'application : Universalité/Efficacité/ Equité. Des mesures d'exonérations ont été prévues pour les indigents. Malgré les déclarations de principes, les rencontres internationales, la mise en place des politiques de santé pour les indigents, peut-on affirmer, aujourd'hui, que l'objectif d'accès aux soins des plus pauvres est atteint ? La question d'équité sociale est-elle résolue ? Selon les constats actuels, la réponse est non. Ce qui fait dire à Ridde³ : « *le problème d'accès aux soins de santé pour les plus pauvres était relégué après tous les autres, autrement dit, aux oubliettes* ».

² Cité par Valéry Ridde dans les indigents et les politiques de santé en Afrique

³ V. Ridde (2008, 2011).

La présente évaluation porte sur le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) créé par la loi N°09-030 du 27 juillet 2009, modifiée par la Loi N°2016-065 du 30 décembre 2016. Ce régime est mis en œuvre par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM).

Cette évaluation offre l'opportunité à l'ANAM et ses partenaires dont l'OMS de mieux comprendre les barrières liées à l'accès aux soins de santé des plus pauvres (les indigents). Cette étude vient à point nommé, dans un contexte marqué par la mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) au Mali adopté par le conseil des ministres en sa session ordinaire du 20 juin 2018 et par l'Assemblée Nationale lors de sa séance plénière du 13 décembre 2018.

Cette étude sur la mise en œuvre du RAMED est une première, de par sa couverture géographique (Nord, Centre, Sud) du pays, la diversité des acteurs touchés, l'approche méthodologique adoptée (qualitative et quantitative). Nous espérons qu'elle apportera les réponses nécessaires pour un meilleur accès aux soins de santé des populations les plus pauvres : les indigents.

I CONTEXTE DE L'EVALUATION

Le Régime d'Assistance Médicale est un dispositif public de protection sociale qui, au démarrage, a pour objet la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité, appelées Indigents, ainsi que d'autres catégories de personnes en situation d'assistance médicale, appelées Admis de droit. Il a été institué au Mali par la loi N°09-030 du 27 juillet 2009, modifiée par la Loi N°2016065 du 30 décembre 2016. Son organisme de gestion est l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM). Le financement du Régime d'Assistance Médicale est assuré par : la subvention de l'Etat, la contribution des collectivités territoriales, les dons et legs, les subventions d'organismes personnalisés de l'Etat et des établissements financiers et toutes autres ressources affectées à ce régime en vertu de législations et règlements particuliers. Le RAMED donne droit à la prise en charge des frais de soins de santé dans les limites des prestations couvertes (Consultations, Examens de laboratoire, Imageries médicales), les frais d'hospitalisation, les prestations de maternité et les médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI).

L'Agence Nationale d'Assistance Médicale est l'organisme chargé de la gestion et de la coordination des actions de mise en œuvre du RAMED. Elle a été créée par la loi N°09-031 du 27 juillet 2009. Aux termes des dispositions de la loi instituant le RAMED, sa mise en œuvre doit être assurée par plusieurs acteurs dont la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP) à travers ses services techniques, la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSSES) et la Direction Nationale du Développement Social (DNDS) à travers leurs services déconcentrés (les Directions Régionales du Développement Social et de l'Economie Solidaire et les Services Locaux du Développement Social et de l'Economie Solidaire), la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires (FENASCOM), à travers les Associations de Santé Communautaires (ASACO) et les Centres de Santé Communautaires (CSCOM), la Direction Générale du Budget, les Collectivités territoriales.

Les activités de mise en œuvre du RAMED ont été officiellement lancées en octobre 2011, sous la présidence du Ministre en charge de la protection sociale, assurant la tutelle du RAMED. Selon les données récentes de 2021, 731 740 indigents sont immatriculés au RAMED sur une cible de 825 000, soit un taux d'immatriculation de 88,70%. Parmi ceux-ci, 306 211 personnes ont effectivement bénéficié de prestations médicales sans contribution aucune de leur part.

Avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, l'ANAM a réalisé des transferts monétaires de 30 000 f CFA à 3 819 personnes plus pauvres sur une prévision de 3 876, pour un montant global de 118 235 297 f CFA sur une prévision de 120 000 000 FCFA. Ces opérations de transferts monétaires s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article 5 du décret N°2017-0396/P-RM du 03 mai 2017, portant modification du décret d'application de la loi instituant le RAMED, qui dispose en substance que pendant la durée de son éligibilité, le bénéficiaire doit pouvoir bénéficier d'actions de réhabilitation et d'insertion socio-économique dans le cadre du

RAMED, devant lui permettre à terme de s'inscrire dans un autre dispositif de protection sociale.

Ces résultats encourageants ne doivent pas occulter les difficultés endogènes et exogènes qui entravent la réalisation des résultats attendus. C'est pourquoi, à l'horizon de l'opérationnalisation de l'Assurance Maladie Universelle au Mali dont l'axe non contributif repose essentiellement sur le RAMED, il est impératif de poser un diagnostic objectif du RAMED sur la base d'une étude/évaluation., Ceci permettra d'identifier de façon exhaustive les difficultés qui assaillent l'ANAM dans la mise en œuvre du RAMED et de proposer les solutions les plus adéquates, en vue d'une meilleure opérationnalisation du régime. C'est à cet effet, que l'ANAM a sollicité de l'OMS-Mali, un appui financier pour la réalisation de cette étude/évaluation dont les résultats permettront à l'agence de jouer efficacement le rôle qui lui est dévolu dans l'opérationnalisation de l'Assurance Maladie Universelle au Mali.

1.1. Principaux objectifs de l'évaluation

1.1.1. Objectif général

Trouver des solutions appropriées aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du RAMED.

1.1.2. Objectifs spécifiques :

De façon plus précise, il s'agit de :

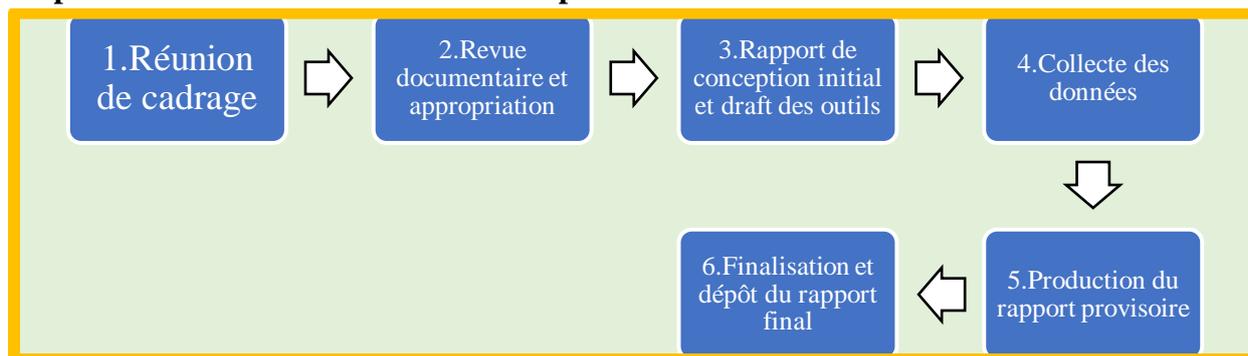
- a) Evaluer les dispositifs légaux, réglementaires, les procédures et outils, ainsi que le dispositif de suivi-évaluation. Il s'agira d'analyser les dispositions telles qu'elles sont prévues, d'apprécier leur cohérence, leur complétude et leur pertinence par rapport aux objectifs visés ;
- b) Evaluer le processus d'opérationnalisation du RAMED. Il s'agit de faire l'analyse du processus d'identification, d'enrôlement, de la contractualisation avec les prestataires, de l'utilisation des services (le circuit des soins offerts), du suivi financier et de l'utilisation des données factuelles pour les prises de décisions ;
- c) Analyser la perception des prestataires sur la mise en œuvre du régime ;
- d) Analyser la perception des bénéficiaires sur les conditions d'utilisation du RAMED. Il s'agira d'évaluer d'une part, l'acceptabilité/perception des bénéficiaires et prestataires de soins sur le panier de soins, et d'autre part, le niveau de satisfaction des bénéficiaires sur l'accueil et la qualité des services offerts ;
- e) Apprécier les forces et faiblesses de la mise en œuvre du RAMED ;
- f) Examiner les possibilités d'une meilleure articulation du RAMED avec les autres mécanismes de gratuités, de subvention et/ou d'exemption.

II DEMARCHE METHODOLOGIQUE

2.1 Démarche globale

Afin de mieux répondre aux questions d'évaluation, les approches (qualitative et quantitative) et complétées par la revue documentaire ont été utilisées. La combinaison de ces différentes approches ont permis de faire la triangulation des données, et d'assurer la qualité et la validité du rapport d'évaluation. De façon transversale, les approches participative et inclusive ont été mises à contribution.

Le processus d'évaluation est décrit ci-après :



2.2. Cadrage méthodologique

Des séances de travail itératifs ont eu lieu entre l'équipe d'évaluation et les principaux acteurs du RAMED. Ces séances ont permis d'harmoniser les perceptions relatives aux points ci-après :

- Les besoins et attentes des principales parties prenantes,
- La liste des documents nécessaires pour l'évaluation,
- La liste des structures prestataires et personnes ressources à interviewer,
- La délimitation des localités à investiguer (échantillonnage),
- Les risques possibles pouvant entacher la collecte des données sur le terrain.

De même ces séances ont permis de mettre en œuvre le dispositif de collecte de données.

2.3. Revue documentaire

Cette approche a permis de faire l'état des lieux de la situation, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du RAMED. Elle a permis également de déceler les forces et faiblesses du dispositif du RAMED et d'orienter la conduite des entretiens individuels, des focus groups de discussion avec les bénéficiaires directs et les prestataires dans le but d'avoir des éléments factuels. L'examen de la documentation a permis aussi d'analyser la mise en œuvre des autres mécanismes de gratuités, de subvention et/ou d'exemption (forces, faiblesses).

2.4. Les outils de collecte des données

2.4.1. Partie qualitative

• L'outil de Diagnostic Organisationnel

Afin de poser un diagnostic efficace tout en tenant compte de l'ensemble des facteurs externes et internes qu'influencent le RAMED, nous avons utilisé quelques outils d'analyse organisationnelle : PESTEL, SWOT, le tableau Diagnostic de Situation...

➤ P.E.S.T.E.L

Le choix de cet outil s'explique par sa flexibilité, il a permis d'avoir une vision globale des différents facteurs externes qui impactent l'organisation lors de sa prise de décision ou dans la mise en œuvre. Cet outil d'analyse peut servir de cadre d'élaboration d'une stratégie efficace pour l'ANAM.

- ✓ **Politique**, il a été analysé les décisions prises par les gouvernements au Mali ou instances internationales qui fixent de nouvelle réglementation en matière d'assurance maladie notamment le RAMED ;
- ✓ **Economique**, ils ont cherché à comprendre les aspects économiques qui impactent la mise en œuvre du RAMED ;
- ✓ **Sociologique**, les aspects populationnels, les pratiques, les besoins, les attentes, la satisfaction, les comportements socioculturels ont été analysés ;
- ✓ **Technologique**, l'introduction des nouvelles technologies au sein des organisations implique des nouvelles pratiques et une réorganisation des structures. De ce fait, nous avons interrogé le dispositif technologique, les innovations techniques, le système d'information du RAMED ;
- ✓ **Ecologique ou Environnemental**, la prise en compte des réglementations et contraintes écologiques, les nouvelles normes en matière de développement durable ont été analysées par les experts ;
- ✓ **Légal**, il a été analysé l'évolution du cadre réglementaire et législatif qui crée de nouvelles problématiques pour la mise en œuvre efficace du RAMED.

➤ SWOT/FFOM

L'outil PESTEL a été complété par l'outil SWOT ou FFOM pour mieux cerner les facteurs internes de l'organisation (forces et faiblesses) et externes (opportunités et menaces). Cet outil a été renseigné par les acteurs de l'ANAM et services partenaires.

➤ Le Tableau de Diagnostic de Situation (TDS)

Le tableau de diagnostic de situation a permis de souligner les points positifs et les points à améliorer de la mise en œuvre du RAMED. Les points à améliorer ont été décrits en incluant les faits observés et leurs causes ainsi que les conséquences qu'ils ont. A partir de cette analyse, il a été dégagé les acquis et les points d'amélioration dans la perspective d'atteindre les objectifs recherchés.

➤ Guides d'entretien individuel semi-structuré :

- a) Bénéficiaires directs : Indigents (Hommes, femmes, jeunes, admis de droits etc.),

- b) Leaders communautaires (Chefs religieux et traditionnels, Chefs de village/quartier etc.),
- c) Les services techniques de l'Etat (DGSHP, DNPSES, DNDS, FENASCOM, ASACO, CSCOM, Direction Générale du Budget, Collectivités Territoriales...),
- d) Le personnel de l'ANAM.

➤ **Guide de focus group de discussion**

Des focus groups ont été réalisés pour évaluer la perception et le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport à l'utilisation des services offerts par rapport au RAMED en collaboration avec les prestataires. Les focus groups ont été animés par deux (2) personnes (un modérateur et un observateur). Les discours ont été retranscrits tout en respectant la confidentialité et l'anonymat des participants. Compte tenu de la nécessité de respecter les mesures barrières, le nombre de participants(es) au focus group de discussion était compris entre 8 et 12 personnes.

➤ **L'observation (avec prise de photo)**

Les superviseurs et enquêteurs se sont rendus dans les villages, communes et au niveau des structures des prestataires pour rencontrer les indigents. Les collectivités territoriales, le service du développement social, les notabilités locales ont facilité les rencontres. Nos observations ont permis de compléter les données collectées lors des entretiens individuels et focus group de discussion.

2.4.2. Partie quantitative

➤ **Le questionnaire**

Pour la collecte des données quantitatives, l'équipe a conçu deux types de questionnaires :

a) Fiche de diagnostic de la base de données de l'ANAM

Pour analyser la base des données de l'ANAM, une grille d'analyse a été élaborée pour examiner le mode d'enrôlement des indigents, la cohérence et la complétude des informations qui y figurent. Elle a permis d'analyser l'adaptabilité de la base de données, le fonctionnement, les difficultés auxquelles les administrateurs sont confrontés.

b) Questionnaire de satisfaction adressé aux bénéficiaires directs et indirects

Pour des besoins de comparaison, un questionnaire de satisfaction a été élaboré et administré auprès des indigents bénéficiaires (immatriculés à l'ANAM) et non bénéficiaires (non immatriculés). Il a permis de recueillir des informations sur le paquet des soins utilisés.

c) Mode de collecte des données quantitatives

Les données quantitatives auprès des indigents ont été collectées en utilisant le logiciel Kobo collect. Après conception du questionnaire, un programme a été créé en double contrôle sur les **téléphones ou tablettes** qui ont servi d'instruments de collecte des données quantitatives sur le terrain. Pour cela, l'utilisation de l'application **mobile Kobo Collect**, a permis de faire le suivi rapproché de la collecte des informations journalières.

2.5. Formation des superviseurs/enquêteurs

Ils ont été recrutés sur la base de leurs expériences en matière de collecte des données qualitatives et quantitatives dans le domaine de la santé et du social. Ils ont été également choisis sur la base de la connaissance du milieu, de la langue locale pour une meilleure administration des outils de collecte auprès des informateurs clés identifiés.

Les superviseurs/enquêteurs ont subi une formation à Bamako pour sur une durée (3) jours dont (2) jours de formation in situ et un (1) jour de pré-test des outils. Les insuffisances relevées lors du pré-test ont été prises en compte afin d'améliorer la qualité des outils de collecte.

Une équipe de collecte a été déployée dans chacune des régions retenues par l'évaluation.

2.6. Collecte des données sur le terrain

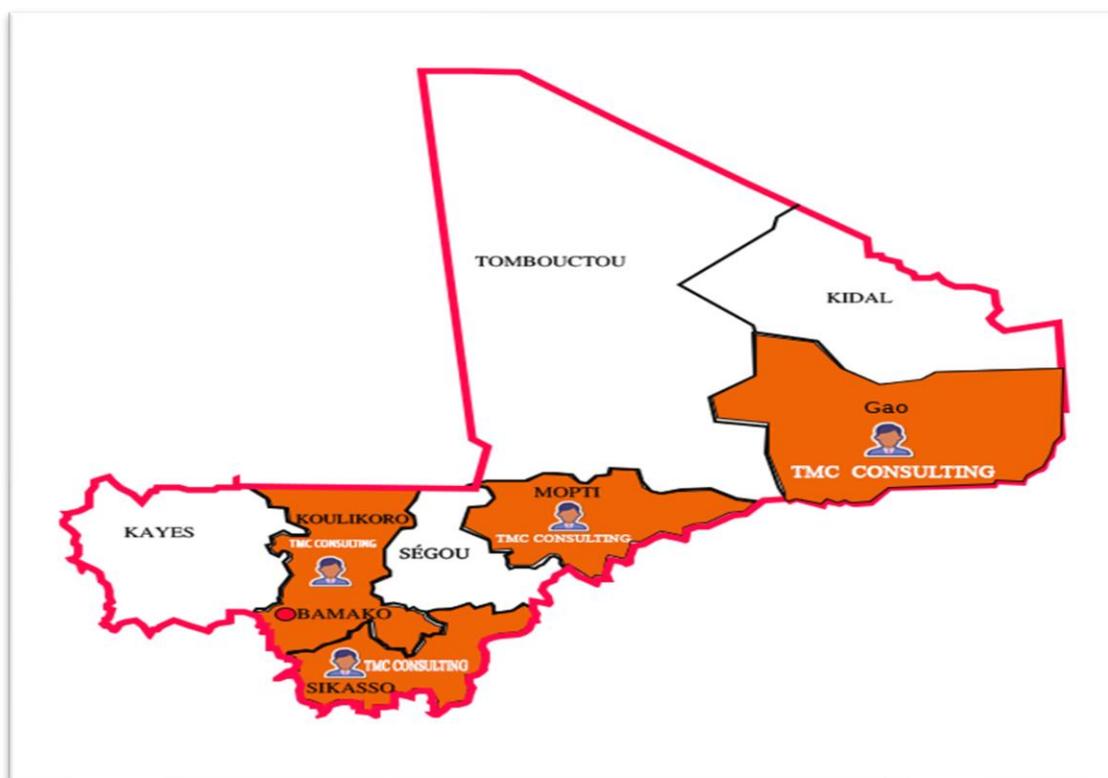
Il a été tenu compte de la diversité territoriale, sociale et économique du pays. Notre approche était d'avoir un regard global du pays sur la question du RAMED. La collecte des données (qualitatives et quantitatives) a été réalisée à différents niveaux d'échelles : Région, Cercle, Commune. L'évaluation a concerné les localités suivantes.

Tableau 1 : Sites de collecte des données

Zone	Région	Cercle	Commune
Nord du pays	Gao	Gao	Gouzoureye
Centre	Mopti	Mopti	Socoura
Sud	Koulikoro	Kati	Siby
	Sikasso	Bougouni	Faragouaran
District De Bamako	Bamako		Commune 4

Au regard de la particularité du district de Bamako (diversité des acteurs, pauvreté urbaine, etc.), la collecte a couvert plusieurs communes (Commune VI, Commune III, Commune I, Commune V etc.). Quelques entretiens téléphoniques ont été réalisés.

Carte des régions investiguées par l'étude d'évaluation



2.7. Population cible de l'évaluation

Pour la collecte des informations, les acteurs ci-après ont été enquêtés :

Cibles	<ul style="list-style-type: none"> • Les indigents (Hommes, femmes, jeunes, handicapés, enfants), les détenus, les enfants de la rue, les blessés de guerre, les mendiants, les déplacés internes, les orphelins etc.
Organisations	<ul style="list-style-type: none"> • FENASCOM, FERASCOM, FELASCOM, ASACO, • Le personnel des structures de prestation (CSCom, CSRéf, Hôpitaux, pharmacies), • Les Services de bienfaisance (AMALDEME, SOS Villages d'enfants), • Les ONG (Samu Social), • Les Collectivités Territoriales, • Les agents des services techniques de l'Etat (Ministère de la Santé, DNPSES, DNDS), • Les structures pénitentiaires (Maisons d'arrêt), • Le personnel de l'ANAM, • UTM, CNAOM.
PTF	<ul style="list-style-type: none"> • UNICEF, OMS.

2.8. Echantillonnage

Au regard du contexte actuel du pays nous avons choisi un échantillon assez représentatif en divisant le pays en trois zones :

- Nord du pays,
- Centre du pays
- et Sud du pays.

Et dans chaque zone nous avons retenu : le niveau région, cercle et commune.

2.8.1. Partie qualitative

Nous avons adopté un échantillonnage raisonné. La collecte des données qualitatives a été faite auprès des informateurs clés identifiés en commun accord avec l'ensemble des parties prenantes. Pour ce faire, des entretiens semi-structurés, des focus groups de discussion ont été réalisés. Au total 89 entretiens semi-structurés et 6 focus group ont été réalisés.

Tableau N°2 : Bilan des entretiens et focus group réalisés dans les régions

	Entretien Semi structuré			Focus Group		
	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%
Gao	12	12	100 %	1	1	100%
Mopti	15	25	167 %	1	0	0
Sikasso	15	13	87 %	1	1	100%
Koulikoro	15	14	93 %	1	2	200%
Bamako	16	25	156 %	1	2	200%
TOTAL	73	89	122 %	5	6	120%

NB : Le niveau de réalisation par rapport aux entretiens et au focus group a largement dépassé la planification initiale.

2.8.2. Partie quantitative

La technique de sélection des enquêtés était exhaustive à partir d'une liste fournie par les services locaux de développement social. Les non bénéficiaires ont été sélectionnés sur la base de classification des services locaux de développement social et des enquêteurs. Pour la détermination de la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule de Schwartz en utilisant les paramètres suivants :

$$n = \frac{Z^2 \times p(1 - p)}{i^2}$$

- Z = Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 %) est de 1,96
- p = proportion attendue dans la population est de 50%
- i = Marge d'erreur (3%)

Au total 297 bénéficiaires et 366 non bénéficiaires ont été enquêtés sur 225 bénéficiaires et 225 non bénéficiaires attendus.

Tableau 3 : Echantillon quantitatif

Région	Bénéficiaire		Non-bénéficiaire	
	Prévision	Réalisation	Prévision	Réalisation
Bamako	25	54	25	40
Gao	50	52	50	68
Koulikoro	50	67	50	66
Mopti	50	46	50	116
Sikasso	50	78	50	76
Total	225	297	225	366

2.9.Saisie et analyse des données

2.9.1. Partie qualitative

Les prises de notes effectuées sur le terrain par les superviseurs/enquêteurs ont été saisies et complétées par la transcription des fichiers audio, des entretiens individuels semi-structurés et des focus group de discussion. Les transcriptions ont été envoyées aux experts du cabinet TMC Consulting Group pour le contrôle qualité. L'analyse thématique et l'analyse de contenu ont été adoptées. Des verbatims ont été extraits pour être utilisés dans le corps du rapport afin d'argumenter des passages comme éléments de preuves.

2.9.2. Partie quantitative

Pour l'analyse des données quantitatives, les étapes ci-après ont été adoptées :

- ✓ Vérification de l'exhaustivité ;
- ✓ Nettoyage des données ;
- ✓ Analyse des données par le logiciel SPSS.

Les tableaux croisés dynamiques et les graphiques ont été utilisés pour présenter des données désagrégées. Une analyse de statistique descriptive a été réalisée.

2.10. Rédaction du rapport provisoire

Le rapport provisoire a été produit et soumis aux parties prenantes pour leurs inputs et observations. Un atelier de validation a permis de dégager un consensus les points d'améliorations.

2.11. Finalisation et dépôt du rapport

À l'issue de la restitution du rapport provisoire, il a été procédé à la finalisation du rapport final en tenant compte des principales recommandations.

Le rapport final est soumis en différentes versions :

- ✓ En copie dure,
- ✓ En copie électronique,
- ✓ Une (1) Présentation PowerPoint de la synthèse des résultats.

2.12. Implications éthiques et réglementaires

Au début de chaque entretien, les superviseurs/enquêteurs ont pris le maximum de temps pour obtenir le consentement volontaire et éclairé de tous les participants. Pour une meilleure mise en œuvre de l'évaluation, il a été observé le respect des principaux points ci-après :

- ✓ Anonymat et confidentialité,
- ✓ Responsabilité,
- ✓ Intégrité,
- ✓ Indépendance,
- ✓ Objectivité et fidélité,
- ✓ Validation de l'information,
- ✓ Respect, et impartialité.

2.13. Facteurs favorisant et difficultés rencontrés :

Facteurs favorisants

- La connaissance du terrain d'étude par l'équipe de réalisation de l'évaluation.
- La flexibilité de l'approche méthodologique élaborée.
- La capitalisation de l'expertise internationale.
- Le recrutement des enquêteurs issus des localités,
- La mobilisation des anciens stagiaires (professionnels de la santé) issus de l'EHESP-Mali, implantés dans toutes les régions du pays,
- La mise à disposition de la lettre d'introduction,
- La participation des acteurs clés à l'étude.

Difficultés rencontrées

- Difficultés dans la mise en œuvre effective de l'étude liée aux problèmes organisationnels (disponibilité, accès aux documents, durée...).
- Dégradation de la situation sécuritaire dans certaines zones de l'évaluation (Gao, Mopti, Kati, Bamako) ;
- Difficultés d'accès aux indigents (décès, déplacements, faux numéros de téléphone, absence de contact...)
- La dispersion et la diversité des bénéficiaires RAMED sur le terrain ;
- La distance et l'accès des zones (saison des pluies, état des routes, disponibilités des personnes).

Compte tenu de l'incertitude liée à la situation sécuritaire des alternatives résilientes telles que le déploiement de ressources supplémentaires (RH), flexibilité de la méthodologie, motivation des participants, implication des acteurs clés à tous les niveaux, ont été utilisées pour la collecte des données.

2.14. Les limites du travail

Au regard du fait que les contours pour l'opérationnalisation du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) ne sont pas encore clairement délimités, la présente étude s'est abstenue d'analyser le RAMED dans la perspective de la mise place prochaine du RAMU.

III. RESULTATS OBTENUS DE L'EVALUATION

Toutes les études réalisées sur les dépenses de santé au Mali durant ces vingt dernières années (références- Coûts récurrents des dépenses de santé 1987, les Comptes Nationaux de la Santé éditions 1992 à 2018⁴ arrivent à la même conclusion que ce sont les ménages qui supportent la plus grande partie des dépenses de santé au Mali soit 52% en 2017 et 46% en 2018⁵. Dans ces dépenses, les médicaments représentaient à eux seuls plus de 75 % du total. Le paiement direct des soins et services de santé est le mode le plus pratiqué (plus de 80 % du total) (comptes de la santé édition 2013). Les personnes disposant d'une couverture maladie reste très faible (moins de 10% de la population totale)⁶. Une faible proportion des populations vivait dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire (SLIS 2018). Voici autant de difficultés qui jouaient négativement sur l'utilisation des services de santé avec comme conséquences des indicateurs de santé de mauvaise qualité : taux élevé de décès maternels 325 pour 100 000 naissances vivantes, infantile 101 pour 1000, infantile 54 pour 1000, néonatale 33 pour 1000 (EDSM 2018).

En réponse à ces difficultés, le Mali a adopté entre autres :

- La Politique de médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale,
- La Politique Sectorielle de Santé Communautaire,
- Les mécanismes de financement alternatif de la santé (des exemptions pour certaines maladies, pour certaines catégories de populations, des personnes indigentes, mécanisme assurantiel et/ou de solidarité).

Dans ce qui suit nous allons nous intéresser au dispositif prévu pour la prise en charge des problèmes de santé des personnes indigentes dénommé Régime d'Assistance Médicale (RAMED). C'est un dispositif non contributif qui est une vraie innovation (volonté politique) pour le Mali dans le cadre de la protection sociale.

3.1. Dispositifs légaux, règlementaires, des procédures et outils, ainsi que le dispositif de suivi/évaluation.

3.1.1 Cadre légal et réglementaire

Le RAMED a été institué au Mali en 2009 par la Loi N°09-030 du 27 juillet. Cette loi prévoyait dans ses différents articles :

- La définition de la cible du régime,
- Les structures sanitaires devant conventionner avec l'Etat pour la prise en charge médicale des bénéficiaires du RAMED,
- Les différentes sources de financement du régime avec la définition d'une clé de répartition entre l'Etat et les collectivités),

En 2016 et 2017 des modifications ont été apportées à la loi de 2009 pour s'adapter au contexte difficile de guerre qui traverse le pays. Les modifications ont porté entre autres sur la révision

⁴ Etat des lieux du Système de financement de la santé 2011.

⁵ Compte de la Santé, 2018

⁶Diakitè et al, La Protection Financière en Santé au Mali, faible, source d'iniquité et d'inefficience, 2018

de la clé de répartition du financement entre l'Etat et les collectivités (en faveur des collectivités), la prise en compte des personnes blessées au cours ou à l'occasion de conflits armés ou de catastrophes dans les cibles et la fixation de la durée de l'assistance médicale à trois ans.

3.1.2. Arrangements institutionnels

L'identification de l'indigent qui marque le début du processus implique le service du développement social, la mairie et souvent des notables de quartier ou de villages. Cette phase est couronnée par la délivrance d'un certificat d'indigence par la Mairie. Puis doit intervenir les démarches relatives à l'Immatriculation par l'ANAM sur la base d'un dossier comportant : une demande de l'intéressé, un certificat d'indigent délivré par la Mairie, une demande de l'établissement spécialisé où se trouve la personne, une demande du prestataire de santé face à une impossibilité de paiement, un extrait d'acte de mariage, un extrait d'acte de naissance du conjoint ou le jugement supplétif etc.). En cas de prise en charge, les prestations sont transcrites sur des supports de l'ANAM, conformément à la liste des prix (tarification nationale de référence) mise à la disposition des prestataires par l'Agence, condition nécessaire pour leurs remboursements.

Le RAMED a été institué au Mali par la Loi N°09030 du 27 juillet 2009. Cette loi dans son article 1^{er} ne prévoit pas les structures sanitaires privées et les officines pharmaceutiques parmi les prestataires de soins devant conventionner avec l'Etat pour la prise en charge des bénéficiaires du RAMED.

Cela est une limitation pour le régime car les structures publiques qui sont retenues manquent très souvent de médicaments, ou les appareils sont très généralement en panne. Les malades sont renvoyés à l'extérieur pour les compléments de diagnostic et/ou d'achat de médicaments.

Dans la même loi, titre 3, article 7 : *La qualité de bénéficiaire de l'Assistance médicale est prononcée à la demande de l'intéressé par le Maire après avis des services techniques en charge de la solidarité* Cela veut dire que l'indigent doit adresser une demande à la mairie pour prétendre bénéficier d'un certificat d'indigence. Si nous nous référons à la définition de l'indigent (qui n'a jamais fait l'unanimité), il s'agit d'un individu dépourvu de ressources et qui n'a certainement pas accès aux informations sur le régime car très souvent il est marginalisé. Les services techniques du développement social qui doivent aussi faire des enquêtes sociales pour son identification, manquent de ressources humaines et matérielles pour pouvoir le faire (effectif du personnel réduit, manque de moyens logistiques etc.). Dans ces conditions, les vrais bénéficiaires potentiels ne seront pas identifiés.

Article 15 les relations entre l'organisme de gestion du régime et les prestataires de soins médicaux publics et privés ou communautaires ayant signé une convention avec.... Cet article ne parle pas aussi expressément des officines pharmaceutiques. Cela veut dire que lorsque les médicaments prescrits ne sont pas disponibles dans le dépôt de vente de la formation sanitaire, le bénéficiaire ne peut se les faire servir dans une officine privée. Une autre limitation

de cette loi. Dans son article premier aucune allusion n'avait été faite au privé. Il y a un problème de cohérence.

Titre 2 de la même loi : du financement et de la gestion du RAMED

Article 29 : Le RAMED est financé par

- L'Etat ;
- Les collectivités ;
- Les produits financiers ;
- Les dons et legs ;
- Toutes autres ressources affectées

Article 30 *les contributions des collectivités à ces fonds constituent des dépenses obligatoires. Les Contributions sont inscrites annuellement dans les budgets desdites collectivités.*

Le caractère obligatoire signifie qu'en cas de non-respect, il doit y avoir une sanction ou un moyen de coercition. Malheureusement aucune sanction n'est précisée. Par expérience nous savons aujourd'hui que ces collectivités n'inscrivent pas leurs contributions au titre du RAMED dans leur budget annuel.

L'élaboration des comptes de la santé a été institutionnalisée au Mali depuis de 2013. Nous disposons des résultats de ces comptes de 2014 2015 2016 et 2018. A partir de l'édition de 2014, ces comptes sont muets sur la contribution des collectivités au financement de la santé et surtout dans le cadre du RAMED (en général les Comptes de la santé n'abordent pas les prévisions mais se concentrent uniquement sur l'exécution des dépenses). En 2014 la part des collectivités dans les dépenses totales de la santé était de 0,16% du total. Cette information collectée auprès des structures prestataires concerne essentiellement les investissements (constructions etc.) qui ne sera pas confondue avec la quote-part RAMED des collectivités. Il faut noter que globalement pendant la période de 2014 à 2016 les dépenses totales de santé sont restées au tour de 340 Milliards de FCFA.

Article 31 *la contribution de l'Etat au RAMED est de 65 % et des collectivités à 35%*

65 % de quoi ? 35 % de quoi ? A l'article 29 de cette loi, cinq sources de financement sont citées. Mais les contributions prévisionnelles de l'Etat plus celles des collectivités font les 100 % du budget. Si seulement deux sources doivent payer les 100% des dépenses totales, alors les autres n'ont pas de raison d'être citées. Heureusement dans la pratique nous nous rendons compte que l'ANAM a eu d'autres sources de financement en 2020 (Cf. Tableau suivant extrait de son bilan financier de 2020). Les contributions effectives des collectivités sont de l'ordre de 2% du total au lieu de 15 comme prévu dans les textes. Seules 23 communes sur le 703 ont payé leur quote part. Pour contraindre les collectivités à payer, le paiement des quotes-parts RAMED doit faire partie des critères de sélection des communes pour pouvoir bénéficier des fonds de l'ANICT.

Tableau 4 : Exécution du budget de l'ANAM en 2020

Source de financement	Dotations initiales 2020	Dotations rectifiées 2020	Notification ou réalisation 2020	Taux de mobilisation (notification/Dotation*100)
Etat (Subvention)	1 193 400 000	1 393 400 000	1 375 860 000	98,74%
Etat (Ressources sur Exercice Antérieur)	255 500 000	255 500 000	224 262 140	87,77%
Contributions des Collectivités Territoriales	179 010 000	179 010 000	3 658 213	2,22%
Partenaires techniques et financiers	221 595 284	318 800 572	235 656 532	75,63%
Total général	1 849 505 284	2 146 710 572	1 839 436 885	85,70%

Source : Rapport financier de l'ANAM 2020.

Loi N°2016 065 du 30 déc. 2016 portant modification de la Loi N°09030 du 27 Juillet 2009 Instituant le Régime d'Assistance Médicale

Article 6 : *Les personnes blessées au cours ou à l'occasion de conflits armés ou de catastrophes sont pris en compte en plus de l'ancienne liste parmi les admis de droit Octobre 2009.*

Cette modification, dans le contexte actuel de guerre et d'insécurité que traverse le pays peut être problématique : le nombre de personnes dans cette catégorie de population est souvent élevé et les soins dont elles ont besoin sont relativement beaucoup plus coûteux. Le problème de soutenabilité financière par le régime se posera à terme car personne ne peut prédire aujourd'hui une fin proche de la guerre que le pays traverse.

Décret N°2017 0396/P-RM 03 Mai 2017, portant modification du décret N°09-555/P-RM du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la loi portant Instituant le Régime d'Assistance Médicale.

Nouveaux articles :

Article 2 : bénéficient du régime d'assistance médicale les personnes qui :

- Ne sont pas assujetties au régime d'assurance maladie obligatoire,
- Ne disposant d'aucune couverture maladie,
- Ne disposant pas de ressources pour pouvoir prendre en charge les dépenses
- De leur santé,
- Ont été blessées au cours ou à l'occasion de conflits armés ou de catastrophes.

Les personnes ne disposant pas de ressources pour pouvoir prendre en charge leurs dépenses de santé doivent bénéficier du RAMED ; les événements sociaux comme les baptêmes, les mariages, les maladies et les décès sont des occasions où généralement/traditionnellement la solidarité familiale se manifeste mais si le RAMED doit prendre en charge tous les problèmes

de toutes les personnes sans ressources cela ne sera pas soutenable à termes par le régime. Les personnes sans ressources et sans soutien sont beaucoup plus soutenables. Si les parents comprennent que leurs proches peuvent être pris en charge sans leur soutien, ils ne vont plus se manifester en cas de besoin. Nous devons encourager notre solidarité traditionnelle là où cela est possible et focaliser les efforts du RAMED sur les personnes démunies et sans soutien ce qui est pérennisable.

Article 5 : l'éligibilité au RAMED est reconnue à titre temporaire.

Cette reconnaissance ne peut excéder les 3 ans.

Il est bon de fixer une limite temporelle car la situation de précarité que traverse un indigent peut rapidement basculer dans le sens positif lié à plusieurs facteurs : retour d'un enfant de l'aventure avec une fortune, un enfant qui rentre dans la production, une fille qui est mariée par quelqu'un qui a apporté du changement dans la belle-famille etc.

L'évaluation constate que la limitation de la prise en charge à 3 ans pose problèmes à certains groupes spécifiques : maladies chroniques et héréditaires, enfants de la rue, détenus ayant plus de 3ans, enfants de la rue....

- **Analyse de la répartition des quotes parts**

Article 70 : la subvention de l'Etat au budget du RAMED représente 85 % et celle des collectivités 15 %

Le financement du RAMED est reparti entre l'Etat et les collectivités territoriales (mairies). La clé de répartition des contributions a été révisée au moins une fois : 65% pour l'Etat et 35% pour les collectivités, et maintenant 85 % pour l'Etat et 15% pour les collectivités.

L'évaluation n'a vu aucun document d'analyse fixant objectivement ces différents pourcentages entre l'État et les collectivités ni pour la répartition initiale ni pour la révision de ces quotes-parts.

Si cette tendance se poursuit, les 100 % du financement du RAMED reviendront à l'Etat seul. Au lieu de trouver une formule pour faire payer les mairies leur quote-part, les autorités révisent la clé de répartition en faveur des collectivités qui pourtant dans le cadre de la décentralisation, sont les premiers responsables des problèmes de santé de leurs populations. En perspective les dépenses vont augmenter et au même moment elles sont en train d'être basculées sur une seule source (l'Etat).

L'Etat ne pourra pas, à lui seul assuré ce financement compte tenu de ses autres engagements relatifs aux autres gratuités, aux dépenses militaires et aux autres secteurs. Les malades risquent de se retrouver dans la case de départ : si les structures sanitaires ne sont pas remboursées, elles

vont arrêter de prendre en charge les malades. Il ressort d'un article⁷, que les gratuités profitent beaucoup plus aux urbains qu'aux populations rurales. Cette affirmation se confirme encore aujourd'hui lorsqu'on regarde la base de données de l'ANAM sur le remboursement des prestataires.

Les collectivités territoriales vont-elles accepter dans ces conditions de payer leur quote-part RAMED sans avoir une information claire sur le nombre des personnes de leurs circonscriptions pouvant bénéficier de ce régime ?

Article 73 : Les règles et procédures de mobilisations des contributions des collectivités sont fixées par décret pris en conseil de ministres.

L'immatriculation est subordonnée à la présentation selon les cas de :

- Une demande de l'intéressé ;
- Un certificat d'indigent délivré par la Mairie ;
- Une demande de l'établissement spécialisé où se trouve la personne ;
- Une demande du prestataire de santé face à une impossibilité de paiement.

La personne éligible ou son représentant doit produire une pièce d'état civil.

Le dossier de demande d'immatriculation comporte également les pièces suivantes :

- Un extrait d'acte de mariage ;
- Un extrait d'acte de naissance du conjoint ou le jugement supplétif en tenant lieu ;
- Un extrait d'acte de naissance des enfants à charge ou jugement supplétif en tenant lieu ;
- Un certificat de vie des enfants âgés de moins de 14 ans ;
- Un certificat de scolarité pour les enfants âgés de 14 à 21 ans poursuivant des études dans un établissement public ou privé, d'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ;
- Un certificat médical justifiant l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité pour les enfants handicapés.

Le dossier est acheminé à l'ANAM par les services du développement social ou par la personne elle-même.

Le circuit d'acheminement du dossier est bien décrit. Il serait plus intéressant de fixer pour chaque étape/niveau un délai de traitement. Cela aura l'avantage de contraindre chaque agent à agir au plus vite car le circuit est assez long.

Des documents importants sont listés pour accompagner la demande (pièce d'Etat civil, extrait de naissance etc.). Malheureusement, beaucoup de bénéficiaires potentiels ne disposent pas de ces documents. Beaucoup de mariages célébrés au Mali ne l'ont pas été devant un officier d'Etat Civil, il en est de même pour des naissances qui ne sont pas toutes faites dans un établissement de santé habilité. Il y a une demande pour le certificat d'indigence qui est adressée à la mairie

⁷Birama Djan Diakité et al pour l'International Health Economics Association (IHEA) intitulé : « La Protection Financière en Santé au Mali, faible, source d'iniquité et d'inefficience » en 2018 non publier.

par l'intéressé et la demande d'immatriculation est adressée à l'ANAM par l'intéressé. Toutes ces mesures contribuent à exclure les vrais nécessiteux qui généralement ne remplissent pas ces conditions et ne peuvent pas faire les différents déplacements entre les services. Ces différentes demandes ne peuvent telles pas être confiées au service technique du développement social ? L'identification étant faite avec la collaboration de tous les acteurs mairies, service du développement social etc.

La mairie se trouve au début du processus de l'identification de l'indigent et enfin de compte elle doit contribuer à sa prise en charge sanitaire. La question aura-t-elle intérêt à répertorier des gens pour venir augmenter ses dépenses ? Le service du développement social responsable de l'étude sociale n'a aucune relation fonctionnelle avec l'ANAM. On peut conclure que l'ANAM n'a aucune maîtrise sur le processus d'identification des cibles du RAMED.

Malgré le dispositif d'enrôlement décrit plus haut, dans la pratique, l'ANAM a développé l'enrôlement de masse comme stratégie alternative pour atteindre les cibles. Il a été constaté un écart entre les normes et les pratiques.

- **Procédures de remboursement des prestataires**

Le paiement des frais de prestations s'effectue par l'ANAM sur la base de la tarification nationale de référence et des taux de couverture des prestations de santé.

La tarification nationale est faite à l'acte. Cette formule est plus simple à mettre en œuvre mais elle induit à des conséquences fâcheuses sur la maîtrise des coûts. Cela est assez documenté dans la littérature. Les prescripteurs en face d'un client solvable sont tentés de multiplier les actes pour se faire plus d'argent. L'ANAM dans le souci d'une utilisation rationnelle de ses ressources financières doit réfléchir sur un mécanisme d'achat plus rationnel et efficient.

Les prestations sont rendues aux assurés par les établissements de santé ayant signé des conventions avec l'ANAM.

Pour tout paiement des frais de prestations, un dossier de demande de remboursement doit être adressé au directeur de l'ANAM par la structure prestataire.

Ce dossier est composé des éléments suivants :

- La demande de remboursement précisant la période de facturation et le montant total de la facture. Elle doit être signée par le premier responsable de l'établissement prestataire et est adressée au Directeur général de l'ANAM ;
- La facture du prestataire comportant les éléments obligatoires suivants :
 - N° d'ordre ;
 - N° d'immatriculation ;
 - Nom et prénom des assurés ;
 - Tableaux comportant plusieurs colonnes indiquant les prestations (consultation, labo, imagerie, hospitalisation, accouchement, dialyse, chimiothérapie, médicaments, autres) ;

- Signatures de trois (3) personnes (Gestionnaire ou agent comptable, chef de service social, Directeur de l'établissement prestataire).
- Le bordereau d'envoi précisant la facture et son montant, le nombre de pièces. Il doit être signé par le premier responsable de l'établissement prestataire.

Les demandes de remboursement sont mensuelles pour les hôpitaux et les CSREF, tous les 15 jours pour les CSCOM et tous les 10 jours pour les pharmacies privées.

Ce qui est retenu ici, peut être considéré comme un objectif et non une réalité : Toutes les structures sanitaires ayant signé une convention avec l'ANAM ne prennent pas en charge les bénéficiaires du régime. Et toutes les structures qui ont pris en charge des bénéficiaires du régime ne sont pas remboursées dans les délais indiqués.

Plusieurs structures de santé à l'intérieur du pays ont arrêté de prendre en charge des bénéficiaires du RAMED faute de remboursement (exemple de Kolondièba et des districts dans la région de Mopti, ASACOLA 1 commune 4) des arriérés de paiement.

Parmi les éléments obligatoires devant figurer sur la demande de remboursement, il y a la signature du chef du service social. Cela ne pose aucun problème pour les formations sanitaires présentes au chef-lieu de district où existe le SLDSES. Mais pour les formations sanitaires éloignées, par exemple le CSCOM de l'aire de santé de Manankoro à plus de 100 km de son chef-lieu de District (Bougouni), la signature de la demande de remboursement par le chef service social peut rendre difficile le remboursement. En plus de la distance géographique il y a l'état des routes et la perte de temps de travail dont il faut tenir compte. Dans tous les cas, si le coût du transport est supérieur au montant du remboursement demandé, la structure n'aura aucun intérêt à prendre en charge des malades bénéficiaires sauf sous contraintes. Malgré la signature d'un contrat de prestation de services avec la poste malienne, il faut souligner que cette voie est peu connue par les prestataires dans le cadre du transport des dossiers de soins vers l'ANAM. Il y a un délai pour la demande de remboursement au plus dans les 15 jours pour les CSRef et CSCOM. Cela voudrait-il dire que la demande des dépenses afférentes à la prise en charge d'un malade, il y a plus d'un mois sera-t-elle recevable ? Si la réponse à cette question est oui, nous devons alors nous interroger sur le nombre de malades indigents qu'un CSCOM peut prendre en charge dans un mois ? en moyenne 2 ou 3 ! Une facture sur la base de la prise en charge de 3 personnes par mois peut coûter combien ?

Les prestations sont transcrites sur des supports de l'ANAM, conformément à la liste des prix (tarification nationale de référence) mise à la disposition des prestataires par l'Agence :

Par expérience, nous savons que personne ne peut garantir, dans nos structures publiques la disponibilité permanente des supports papiers qui doivent être fournis par le niveau national. L'évaluation a noté des cas de rupture des supports papiers dans plusieurs zones d'intervention (Koulikoro, Mopti). Cette situation oblige les prestataires d'arrêter de prendre en charge les malades en cas de rupture de supports.

Ces constats n'incitent pas les CSCOM qui sont les structures de premier niveau à prendre en charge les bénéficiaires du RAMED en temps normal. Actuellement au Mali, les CSCOM sont responsables de plus de 60 % de la consultation. L'épanouissement d'un régime et ou d'un dispositif de demande de soins qui les exclut peut s'avérer problématique.

Les acteurs/prestataires sur le terrain ont besoin d'être bien informés sur les conditions de la prise en charge et de remboursement.

La population malienne Lambda ne dispose d'aucune information sur le RAMED.

- **Passation des conventions**

L'ANAM signe des conventions avec des prestataires de soins médicaux publics et communautaires ou privés ayant signé une convention avec le Ministère de la santé pour réaliser la prise en charge des prestations de soins aux assurés du RAMED.

Ces conventions sont établies suivant un modèle type, validé par les représentants des organisations professionnelles des prestataires de soins de santé, approuvé et arrêté par le Ministre en charge de la protection sociale.

Cette convention fixe :

- 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 prestataires de soins ;
- Les mécanismes de résolution des litiges.

Chaque prestataire est démarché par l'Agence, afin de l'amener à signer la convention pour la prise en charge des prestations de soins des assurés du RAMED.

L'évaluation a constaté que beaucoup de présidents d'ASACO ou leurs représentants ont signé pour leurs CSCOM des conventions ANAM/CANAM sans bien comprendre le contenu et tous les contours. En prélude de toute signature, l'ANAM devrait chercher à comprendre avec chaque structure si le minimum de condition était réuni (ressources humaines, matérielles, organisationnelle et de gouvernance etc.) pour pouvoir offrir des soins de qualité à ses cibles. Une chose est de faire signer la convention et une autre est de pouvoir honorer ses engagements. Plus de 94 % des CSCOM/ASACO avait signé la convention ANAM/CANAM mais moins de 4 % du total prenait en charge les bénéficiaires.

L'exécution de chaque convention est suivie par l'Agence. A ce titre, un rapport de suivi de l'exécution des conventions doit être élaboré et soumis à l'appréciation de la Direction Générale.

L'ANAM peut à ce niveau être beaucoup plus précise en donnant la fréquence de la supervision dans l'année. Au niveau régional et local, compte tenu du nombre important de structures prestataires et de leur grande dispersion dans le pays, le suivi de l'exécution de la convention est plutôt un objectif qu'une réalité d'aujourd'hui. Cependant ce suivi s'avère indispensable pour faire l'Etat des lieux de la prise en charge des bénéficiaires par les prestataires, leurs

perceptions, leur satisfaction, leurs difficultés etc. afin de tirer des conclusions et des leçons pour pouvoir améliorer le fonctionnement du dispositif.

- **Contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'assistance médicale**

Les prestations soumises à la prise en charge de l'assistance médicale font l'objet de contrôle de validité par l'ANAM, conformément aux dispositions des textes législatifs et réglementaires du RAMED en vigueur et aux dispositions des conventions signées avec les prestataires de soins. Le contrôle médical est assuré par les médecins, chirurgiens, dentistes et pharmaciens pour le compte de l'ANAM. Leurs prestations sont effectuées dans le cadre d'un contrat signé avec eux. Les prestations de contrôle sont effectuées sur les dossiers de demande de remboursement des frais envoyés par les prestataires ou dans les établissements de santé auprès des assistés pris en charge.

A l'issue de chaque prestation de contrôle, les prestataires élaborent une note technique adressée à la Direction générale de l'ANAM. Celle-ci devrait permettre à la Direction de prendre les décisions nécessaires par rapport à la prise en charge des prestations de soins. Le contrôleur se rend dans un établissement de santé conventionné pour consulter les dossiers médicaux des assurés ;

C'est une très bonne chose d'avoir des médecins conseils pour contrôler, pour apprécier la qualité des prescriptions. Comme évoqué plus haut, le paiement à l'acte crée des déviances par rapport aux comportements des prestataires qui veulent se faire beaucoup plus d'argent sur la structure de remboursement cette pratique est bien documentée dans la littérature. Sur prescription, demande systématique d'examen complémentaires, prescription des médicaments plus onéreux etc. Il est dit que les notes sont ensuite envoyées au Directeur. Le Directeur doit aussi trouver un canal de communication avec les structures conventionnées pour restituer les conclusions de ces contrôles. Cette pratique est indispensable pour la maîtrise des dépenses de remboursement.

Il est dit aussi que le contrôleur peut se rendre sur le terrain pour vérifier les dossiers de malades. La constitution d'un dossier de malade n'est pas une culture dans nos formations publiques.

3.2 Diagnostic organisationnel/institutionnel de l'ANAM

3.2.1. Analyse de l'environnement externe de l'ANAM

- **Politique**

L'environnement politique au Mali a beaucoup évolué ces dernières années. Ces évolutions n'ont pas toujours eu un impact positif dans le secteur de la santé. La crise politique et sécuritaire de 2012 a favorisé l'émergence de nouveaux défis, notamment en matière de protection et d'assistance sociale. La mise en œuvre du RAMED s'effectue dans un contexte tendu. De 2012 à 2013, la priorité pour l'Etat était la stabilisation du pays et l'organisation des élections. Une des conséquences de la crise sécuritaire pour l'ANAM est l'élargissement des

cibles (blessés de guerre, déplacés internes, victimes de catastrophes naturelles...) qui sont venus grossir le lot des bénéficiaires. L'étude constate un élargissement des cibles de l'ANAM sans ressources additionnelles. Une organisation minimaliste : ressources humaines, structuration, fonctionnement.

Le contexte actuel est marqué par l'insécurité mais également par la réforme du système de santé qui s'est traduit par l'élaboration de la politique du socle national de protection sociale ; du Registre Social Unifié (RSU) et de la transposition de la directive N°001/CM/CIPRES (Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale).

- **Economique**

L'impact de la croissance du Produit intérieur brut (PIB) est très peu perceptible sur le secteur de la santé. Selon une étude réalisée par Patrick Pascal Saint Firmin et Biramandjian Diakité, juin 2019 : « *Malgré une tendance positive de ses indicateurs économiques généraux, le Mali est derrière la plupart des autres pays de l'Afrique sub-saharienne en matière de couverture sanitaire universelle (CSU) et de financement interne des dépenses publiques de santé*⁸ ». Selon la même source, le secteur de la santé n'a bénéficié de la croissance économique du Mali que de manière limitée. L'étude recommande qu'il soit nécessaire d'apporter des changements aux domaines traditionnels de dépenses du budget santé bénéficiant de ressources internes pour mettre en œuvre le RAMU.

L'épidémie de la Covid-19, les sanctions infligées par la CEDEAO, le contexte géopolitique ont contribué à fragiliser l'économie du Mali.

- **Social**

La mise en œuvre du RAMED coïncide avec un climat social perturbé : la crise multidimensionnelle et ses conséquences sur les individus, les familles et les communautés. La progression de l'insécurité depuis 2012 du nord vers le centre du pays a déstabilisé les structures sociales et économiques des zones rurales notamment dans la région de Mopti. Cette situation se traduit sur le terrain par l'augmentation des groupes vulnérables et une paupérisation du milieu rural. Selon un expert du ministère de la santé :

« Aujourd'hui, l'ANAM a des problèmes dans la prise en charge. Au même moment, l'ANAM est entrain de continuer l'enrôlement ».

Selon la même source :

Selon un des répondants, le coût de prise en charge d'un blessé de guerre coûterait la prise en charge de près de 20 indigents.

La greffe des blessés de guerre a eu un impact négatif dans la mise en œuvre efficace du RAMED.

« Tout ce qui est prise en charge non contributif, on envoie à l'ANAM » Expert Ministère de la santé.

⁸ Patrick Pascal Saint Firmin et Birama Diakité, Mali Health Financing, Juin 2019

- **Technologique**

L'évolution technologique, la dématérialisation du processus de traitement des données reste un défi pour l'organisation. Le RAMED, à ses débuts, n'avait pas de base de données sur les indigents. L'organisation s'est appuyée sur les données de « JIGI SEME YIRI ».

- **Environnemental**

La dégradation des conditions environnementales (sécheresse, inondations), la fuite des populations paysannes et éleveurs vers les centres urbains, surtout dans les régions centre et sud du pays, ont accentué la pauvreté des ménages à l'intérieur du pays.

- **Légal**

Il y a une prise de conscience au niveau international et national en matière de couverture sanitaire universelle. L'idée centrale est que personne ne soit en marge des soins de santé pour des raisons économiques. Le Mali, depuis 2009, s'est inscrit dans cette dynamique avec l'institution de l'AMO et du RAMED. La mise en place prochaine du RAMU matérialise cette volonté politique de ne laisser personne à la marge des soins de santé qu'elle qu'en soit sa situation socio-économique.

3.2.2. Identification des facteurs et des acteurs :

- **Analyse des facteurs**

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'engagements internationaux (ODD 1,3 et 10), régionaux, sous régionaux et nationaux en faveur de la prise en charge des indigents ; - Transposition des directives du N001/CM/CIPRES du 12 décembre 2019 définissant les grandes orientations en matière de prévoyance Sociale dans la législation malienne ; - Existence du Programme d'Actions du Gouvernement, définissant les orientations du gouvernement pour le développement socioéconomique ; - Existence de la Politique de décentralisation et de régionalisation, définissant le mode de gouvernance du développement local ; - Existence de la Politique Nationale de Protection Sociale, donnant les orientations en faveur de la protection sociale des indigents ; - Opérationnalisation future du RAMU, une opportunité d'orientations stratégiques en faveur du RAMED ; - Existence de la Politique de déconcentration des services de l'État y compris les services de santé. - RSU - Socle de protection 	<ul style="list-style-type: none"> - Conflits géopolitiques et géostratégiques (guerre en Ukraine, tension politique avec la France et certains pays voisins etc.) entraînant une augmentation du coût de la vie et une paupérisation des communautés ; - Taux de croissance démographique élevé (3,6%) entraînant une augmentation de la population et une augmentation du nombre d'enfant à charge ; - Crise sociopolitique et sécuritaire entraînant une difficulté d'accès aux cibles et aux prestations, une multiplication des cibles du RAMED et un coût élevé pour la prise en charge des blessés de guerre ; - Emergence d'autres formes d'indigences liées à la crise sécuritaire

- **Analyse des acteurs institutionnels et leur impact sur l'ANAM :**

Département de tutelle : L'ANAM entretient de bonne relation avec le cabinet de son département de tutelle. Sa Direction participe hebdomadairement aux réunions du cabinet où elle peut faire le point de ses activités. Son conseil d'administration est présidé par le ministre de tutelle ou son représentant. Cependant le département lui impose quelques fois des décisions politiques dont la mise en œuvre ne relève pas de sa mission comme la prise en charge des

dialysés. Pour cette année 2022, l'objectif d'immatriculer trois millions d'indigents ne vient pas d'une nécessité technique, mais d'une décision politique.

Ministère de l'économie et des finances : Selon un responsable de l'ANAM, l'annonce et la mise à disposition du financement annuel de l'État sont assurées par la Direction Nationale du Budget. Souvent l'annonce est faite plusieurs mois avant l'année concernée. Donc l'ANAM a une prévisibilité du financement de l'État pouvant lui permettre de faciliter sa planification annuelle. Cependant, ce financement est basé sur des forfaits annuels que sur les besoins réels de la structure. Les fonds octroyés ne prennent pas en compte à hauteur de souhait l'élargissement de la mission de la structure (prise en charge des blessés de guerre, des victimes des catastrophes, etc.), l'accroissement démographique, l'évolution de l'environnement qui milite en faveur de l'augmentation du taux d'indigence au Mali.

Les directions techniques étatiques : Les autres structures techniques de l'État (DGS, DNDS, DNPSES, etc.) entretiennent de bonnes relations avec l'ANAM au niveau national. Cette relation est moins dynamique au niveau opérationnel à cause de l'absence d'un cadre de concertation fonctionnel.

S'agissant du cas spécifique des services du développement social, le personnel est disponible et engagé pour jouer sa partition, mais est confronté au manque ou à l'insuffisance de ressources pour mener les enquêtes sociales et même la communication de proximité avec les indigents sur le RAMED. Malgré la signature de contrat de fourniture des services entre l'ANAM et la poste malienne, la transmission des dossiers pour l'immatriculation des indigents au niveau de l'ANAM pour les zones éloignées de Bamako est souvent problématique.

Cette contrainte de transmission des dossiers est également une réalité au niveau des CSRéf et des hôpitaux régionaux éloignés de Bamako.

En matière de communication, nous n'avons pas constaté de lien avec le Centre national d'information, d'éducation et de communication pour la santé (CNIECS) qui est la structure spécialisée en matière de communication pour le département en charge de la santé et du développement social.

Collectivités Territoriales : Les collectivités doivent jouer un rôle primordial dans la mise en œuvre du RAMED. Elles fournissent les certificats d'indigence après la demande de l'indigent et une enquête sociale assurée par les services du développement social. En plus elles doivent contribuer à hauteur de 15% dans le financement du RAMED.

Il faut rappeler que, selon la décentralisation, la prise en charge des indigents relève de la collectivité. Elle dispose, à cet effet, d'une ligne budgétaire. En plus, les ressources pour la santé ont été transférées à la collectivité. Donc, les collectivités qui ont la volonté de contribuer à la prise en charge des indigents disposent de moyens légaux, techniques et financiers pour le faire. Mais force est de constater que seules quelques collectivités paient leur quote-part.

Au niveau opérationnel, il n'existe aucune structure de coordination ou de concertation pour la prise en charge des indigents autour des mairies.

Pour améliorer le paiement de cette quote-part, l'ANAM organise annuellement des actions de sensibilisation et de plaidoyer en direction des collectivités

Comités Villageois : Ils participent à la pré-identification des indigents dans les villages en proposant une liste provisoire aux collectivités territoriales.

Les partenaires techniques et financiers : Les principaux Partenaires Techniques et Financiers de l'ANAM sont l'UNICEF et la Banque Mondiale.

L'ANAM a initié avec le soutien de l'UNICEF une activité de transfert monétaire aux ménages très pauvres et vulnérables abritant des enfants de 0 à 5 ans, immatriculés au RAMED. Cette activité a concerné 3 836 ménages dans les districts sanitaires de Kayes, Kita, Keniéba et Diéma (région de Kayes) et Bougouni, Kolondiéba, Sikasso et Koutiala (région de Sikasso) ...

Quant à la Banque Mondiale à travers son projet « Accélérer les Progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle » (PACSU), l'ANAM a organisé la mise en place des comités villageois dans les régions de Koulikoro et Ségou et la formation de leurs membres.

L'ANAM gagnerait à exploiter l'opportunité qu'offre la coopération bi et multilatérale par rapport à son domaine d'intervention.

Les prestataires : Les principaux prestataires de l'ANAM sont les centres de santé et les pharmacies. S'agissant des centres de santé, l'ANAM travaille avec les structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (CSCoM, CSRef, hôpitaux régionaux, hôpitaux de 3^{ème} référence). Quant aux pharmacies, les partenaires de l'ANAM sont les pharmacies privées, les pharmacies des structures de santé (hôpitaux, CSRef, CSCoM). Ces prestataires sont liés à l'ANAM par un protocole d'accord signé entre ces structures et l'ANAM.

Ce partenariat avec les prestataires fonctionnait bien jusqu'au moment où l'ANAM a accusé des retards dans le remboursement des prestations des structures de santé et des pharmacies. En effet la presque totalité des structures privées (pharmacies privées) et communautaires (CSCoM), vivant de leurs prestations ont arrêté de fournir les prestations aux cibles de l'ANAM. Les structures étatiques (CSRef, hôpitaux) continuent de fournir certaines prestations comme à l'accoutumé (consultations, examens biologiques, imageries médicales etc.). Mais l'accès aux médicaments et autres produits de santé est limitée aux DCI.

Par ailleurs, il existe un problème de gouvernance dans la signature des conventions avec les prestataires. La CANAM a signé les conventions au nom de l'ANAM qui est une structure indépendante n'ayant pas les mêmes cibles, les mêmes sources de financement et le même panier de soins. Juridiquement ces conventions n'engagent pas l'ANAM. Ces conventions devaient à la limite être cosignées par l'ANAM. C'est ainsi que certains CSCoM refusèrent d'offrir les services aux cibles de l'ANAM sur la base des conventions signées avec la CANAM. Pour combler ce déficit l'ANAM avait initié des sous conventions pour appuyer celles signées par la CANAM.

Les bénéficiaires : les bénéficiaires de l'ANAM étaient constitués des indigents et de leurs ayants droit à charge et les admis de droit. En 2016, la cible du RAMED a été étendue aux blessés au cours et à l'occasion des conflits armés et de catastrophes. Au départ, les cibles avaient beaucoup apprécié les prestations. Les structures de santé, les services du développement social et même certains agents de l'ANAM avaient reçu les remerciements et

les témoignages de gratitude. Mais actuellement, avec l'arrêt des prestations par les structures de proximité, les cibles pour la plupart n'ont plus accès aux services. Les indigents ayant des maladies chroniques souffrent particulièrement à cause de leur inaccessibilité aux médicaments. Beaucoup d'entre eux se tournent vers les guérisseurs traditionnels ou se résignent à souffrir à domicile.

Les bénéficiaires de l'ANAM, notamment les indigents ont peu d'informations sur le RAMED. Parmi ceux qui sont informés, beaucoup disposent des informations erronées.

Les canaux de communication utilisés par l'ANAM (télé, radios, réseaux sociaux etc.) touchent très peu d'indigents qui proposent une communication communautaire de proximité.

Les autres régimes et initiatives (mutualité, AMO, FBR etc.) : Les trois régimes, que sont le RAMED, l'AMO et la mutualité, n'entretiennent pas de relation étroite de partenariat. Le peu de relation existant entre le RAMED et l'AMO est qu'ils partagent la même tutelle et que la CANAM a signé des conventions avec les prestataires en son nom et au compte également de l'ANAM. Au niveau régional et local, il n'existe aucun lien entre ces régimes.

Par ailleurs, le RAMED et le programme FBR évoluent ensemble dans certaines zones avec très peu de synergie, alors qu'ils partagent les mêmes cibles concernant les questions de santé de la reproduction.

Une concertation et une synergie d'action entre les trois mécanismes ne pourrait être que mutuellement profitable à chacun de ces régimes et surtout contribuer à une meilleure prise en charge des populations.

En outre, une action concertée entre l'ANAM, le projet JIGI SEME YIRI, les collectivités et les deux directions en charge du développement social et de la protection sociale, pour la mise en place d'un répertoire des pauvres et des indigents au niveau communautaire serait salutaire. Ce répertoire pourrait être mis à jour périodique avec le concours des communautés.

Les organisations de la société civile : à quelques exceptions près, l'étude révèle que l'ANAM collabore peu avec les organisations de la société civile. Celles-ci et leur faitière peuvent activement participer aux cadres de concertations et appuyer l'ANAM dans le plaidoyer en direction de l'État, des PTF et des collectivités. Elles peuvent également ne serait-ce que de façon ponctuelle, mobiliser les ressources additionnelles à la prise en charge des indigents.

3.2.3 Analyse de l'organisation interne de l'ANAM :

L'analyse interne d'une organisation concerne surtout les éléments du fonctionnement interne. Il s'agit de l'analyse des composantes internes de l'ANAM que sont : la mission, les ressources, les produits et services⁹, la structuration, le leadership ; la stratégie ; les systèmes et processus ; le personnel, la communication et la culture, le leadership et le style de management. L'analyse porte principalement sur l'évaluation des forces et faiblesses assorties de propositions d'amélioration de la situation analysée. Les principaux résultats obtenus sont consignés dans le tableau ci-dessous.

3.2.3.1. Analyse de la mission, des ressources et des produits et services

Forces	Faiblesses	Options stratégiques
Mission		
<ul style="list-style-type: none"> - Conformité de la mission avec les objectifs des ODD - La mission est partagée au niveau de la sous-région (CIPRES) - La mission bénéficie d'un fort engagement politique - Accompagnement de certains PTF (OMS, UNICEF, Banque Mondiale) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la délimitation de la mission - Mission faiblement partagée par les acteurs clés - Absence de planification stratégique pour accompagner la mission dans la prise en compte de l'évolution de l'environnement externe 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des cadres de concertation appropriés à tous les niveaux - Instituer une planification stratégique pour l'ANAM
Ressources humaines		
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une équipe composée de cadres de plusieurs catégories - Existence d'organigramme et des descriptions de tâches des agents 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoins non comblés en personnel - Inadéquation du profil de certains agents du département assistance médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter le personnel manquant - Recruter le personnel au profil adapté (médecins, pharmaciens) - Renforcer les capacités du personnel
Ressources financières		
<ul style="list-style-type: none"> - Diversité des sources de financement pour le RAMED (État, collectivités, PTF) ; - Répartition en % du financement entre l'État et collectivités ; - Facilité de mobilisation de la contribution de l'Etat - Existence d'un contrôleur financier 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de mobilisation de la contribution financière des collectivités - Faible contribution des PTF - Contribution de l'État basée sur des forfaits annuels et non sur les besoins de l'ANAM - Retard dans le paiement des prestataires - Absence d'audit annuel externe des fonds 	<ul style="list-style-type: none"> - Envisager de nouveaux mécanismes de mobilisation des fonds auprès des collectivités - Renforcer le plaidoyer auprès des collectivités - Faire le plaidoyer auprès des PTF - Faire une quantification annuelle des cibles - Mener le plaidoyer auprès du Gouvernement pour le financement selon les besoins - Suivre les conventions avec les prestataires - Exécuter un audit annuel
Ressources matérielles		
<ul style="list-style-type: none"> - Existence de plusieurs équipements, mobiliers et infrastructures. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvais état de certains matériels (mobilier, informatique, véhicule) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en réforme les équipements et matériels défectueux comme recommandé par le dernier CA

3.2.3.2. Analyse de la structure organisationnelle de l'ANAM et du style de management

Forces	Faiblesses	Options stratégiques
Structure organisationnelle		
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un organigramme décliné en Direction, service en staff et départements ; - Rattachement de l'ANAM au Secrétariat général du Ministère en charge de la Santé et du Développement Social. 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible représentation aux niveaux régional et local 	<ul style="list-style-type: none"> -Déconcentrer l'ANAM (au moins niveau région)
Style de gestion /management, leadership		
<ul style="list-style-type: none"> - Conduite participative des activités ; - Priorisation des activités ; - Respect de la tenue des réunions et rapportage régulier 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse dans les descriptifs de poste - Non-respect des descriptifs de poste 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des descriptifs de poste afin de les rendre plus clairs et efficaces ; - Clarification des missions et des mandats de tous les effectifs

3.2.3.3. Analyse des systèmes/processus et de la communication :

Forces	Faiblesses	Options stratégiques
Communication externe		
<ul style="list-style-type: none"> - Existence de site web ; - Existence d'une base de données ; - Existence d'un projet de plan de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la communication de l'ANAM en direction des cibles - Inadaptation des canaux de communication aux cibles - Absence de cadre de concertation et de coordination formalisé entre les parties prenantes au niveau régional et local - Absence de document de stratégies de plaidoyer 	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration d'une stratégie de communication adaptée aux cibles - Amélioration de l'analyse des cibles - Mise en place des cadres de concertation et/ou utilisation des cadres existant (CROCSADE, CLOCSADE etc.) - Élaboration d'un document stratégique de plaidoyer
Communication interne		
<ul style="list-style-type: none"> - Tenue régulière des réunions statutaires (réunions de staff, réunions de programmation et rapportage, etc. ; - Existence de notes techniques et de rapports divers. 	<ul style="list-style-type: none"> -Faiblesse dans le partage d'informations au sein de l'ANAM 	<ul style="list-style-type: none"> -Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de communication interne

3.2.3.4. Analyse de la politique de gestion du personnel et de la culture au sein de l'ANAM

Forces	Faiblesses	Options stratégiques
Gestion du personnel		
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'organigramme et des descriptions de tâches des agents ; - Existence d'un plan triennal de formation du personnel ; - Existence de manuel de procédures de gestion administrative et financière ; - Renforcement de capacités du personnel à travers des formations, des voyages d'études, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conflit de compétences entre départements - Insatisfaction de plusieurs chefs de département par rapport aux formations 	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser le manuel de procédures de gestion de manière participative avec l'appui d'un expert - Renforcer l'implication des chefs de département dans l'identification des besoins de formation - Exécuter les formations suivant le plan élaboré - Suivre et évaluer le plan de formation
Culture et climat social		
<ul style="list-style-type: none"> - Respect de la hiérarchie ; - Cadre de travail adéquat 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible communication interne - Climat de travail souvent tendu - Faible esprit d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue de la stratégie de communication interne - Organisation des séances de team building

Les résultats de ce diagnostic devraient permettre à l'ANAM d'élaborer son plan de renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles.

3.3. Analyse du dispositif de suivi/évaluation.

3.3.1. Description du système de suivi-évaluation

Cette cellule a pour mission d'assurer le suivi de la réalisation efficace des activités et de l'atteinte des objectifs.

Pour la gestion des données, l'ANAM dispose, depuis 2012, d'une base de données. Le logiciel utilisé est conçu sous la plate-forme Oracle-11G avec quatre modules : un module pour l'immatriculation, un module pour la prestation, un module statistique et un module de production des cartes et récépissés. Le même logiciel est utilisé par la CANAM et l'INPS.

3.3.2. Analyse de la base de données de l'ANAM (collecte, remontée des données)

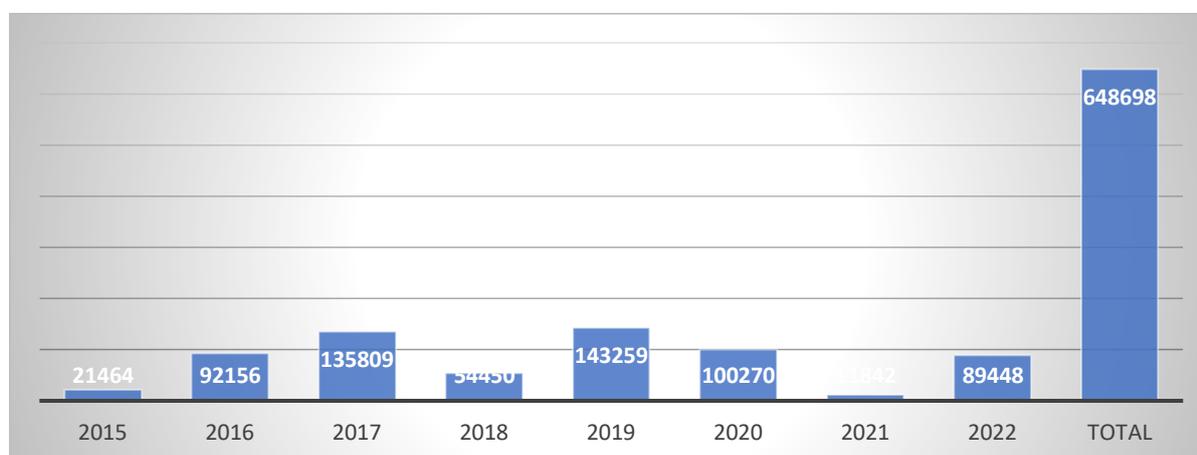
Suite à une analyse du contenu de la base de données de l'ANAM (volet immatriculation et volet prestation) nous avons relevé certaines faiblesses dues pour la plupart à un mauvais paramétrage ou un paramétrage inachevé du logiciel utilisé. Ces insuffisances peuvent être classées ainsi qu'il suit :

- ❑ Non complétude des données (Absence des données antérieures à 2015, existence de cellules non renseignées) ;
- ❑ Absence de code différenciant les types de cible ;
- ❑ Différenciation de modalité de codification ou numérotation ;
- ❑ Enregistrements non chronologiques ;
- ❑ Existence de données erronées

- Insuffisance dans le suivi de la qualité des données de la base.

3.3.3. Analyse de quelques indicateurs du volet immatriculation de la base

Graphique N°1 : Répartition des cibles immatriculées par an



Selon ce graphique, les plus faibles nombres d'immatriculation ont été enregistrés en 2021, 2018 et 2015. Les données des premiers six mois de 2022 sont environ 7 fois plus grandes que les données de 2021. 2017 et 2019, ont enregistré les chiffres les plus élevés.

Tableau N° 5 : Répartition par région et par an

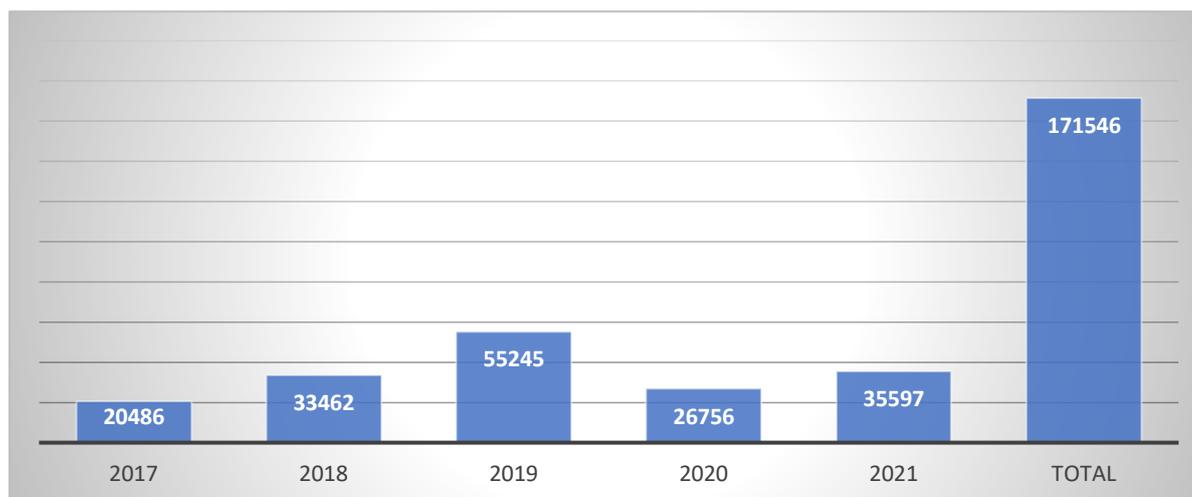
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Bamako	2195	2654	14236	5900	2574	1653	3173	28400
Gao	5	128	45	562	16	1831	202	8
Kayes	1563	4013	9910	3197	14623	25330	873	1447
Kidal	1	1	740	62	1	77		1
Koulikoro	2005	6227	11477	4717	6384	483	676	2471
Mopti	54	16342	19422	4686	4070	527	316	288
Ségou	4499	5514	19857	2446	4673	613	260	139
Sikasso	4654	20493	33626	12345	21066	8176	509	4707
Tombouctou	8	25	36	104	545	14	14	138
Non-déterminée ¹⁰	6480	36760	26460	20431	89307	61566	5819	51849
Total	21464	92157	135809	54450	143259	100270	11842	89448

Les régions de Gao, Kidal et Tombouctou enregistrent les plus faibles enrôlements. Dans toutes les régions, 2021 constitue l'année où les immatriculations sont faibles. En 2021, il n'y a pas eu d'immatriculation à Kidal. Il n'y avait qu'un seul indigent enrôlé à Kidal en 2015, 2016, 2019 et pendant les six premiers mois de 2022.

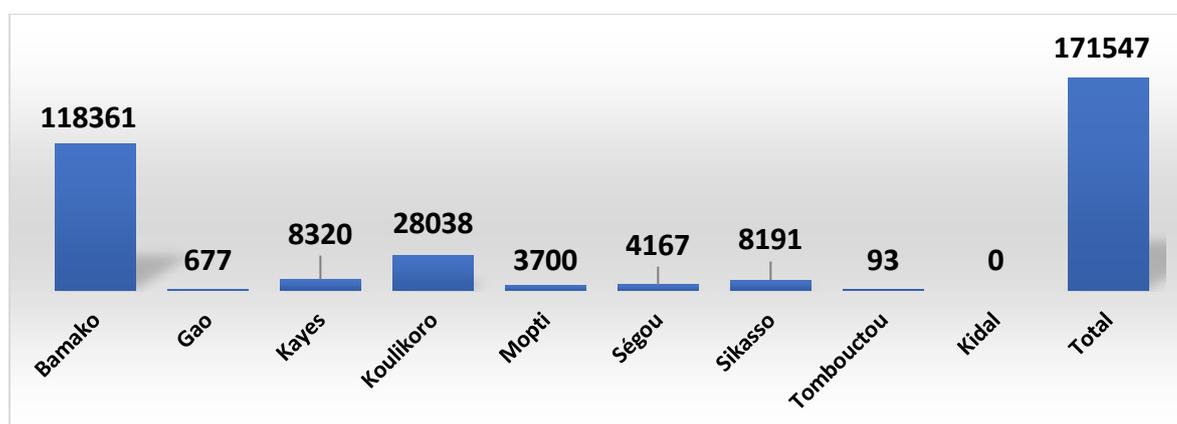
¹⁰ Non déterminée : C'est le nombre d'indigent n'ayant pas de région de résidence déterminé dans la base de données de l'ANAM.

3.3.4. Analyse de quelques indicateurs du volet prestation

Graphique N° 2 : Répartition des prestations par an



Graphique N° 3 : Répartition des prestations par région



3.4 Analyse économique de la prise en charge des bénéficiaires du RAMED

Tableau 6: Evolution du niveau d'enrôlement au RAMED au cours des 5 dernières années

CATEGORIES DE BENEFICIAIRES		2017	2018	2019	2020	2021
Indigents	Ouvrant droit	100 739	181 186	177 162	59 314	110 326
	Ayant droit	12 183	46 177	613	39 417	189
Admis de droit	Pensionnaires des établissements de bienfaisance	5 158	16 844	1 123	1 099	-
	Pensionnaires des établissements pénitentiaires	17 233	NS ¹¹	1 597	2 849	1 665
	Blessés de guerre	56	133	993	846	1 010
	PDI	NS ¹²	NS ¹³	1 364	492	884
TOTAL		135 369	244 340	182 852	104 017	114 074
Objectifs annuels (prévisions)		150 000	350 000	325 000	200 000	200 000

Source : Rapports financiers 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021

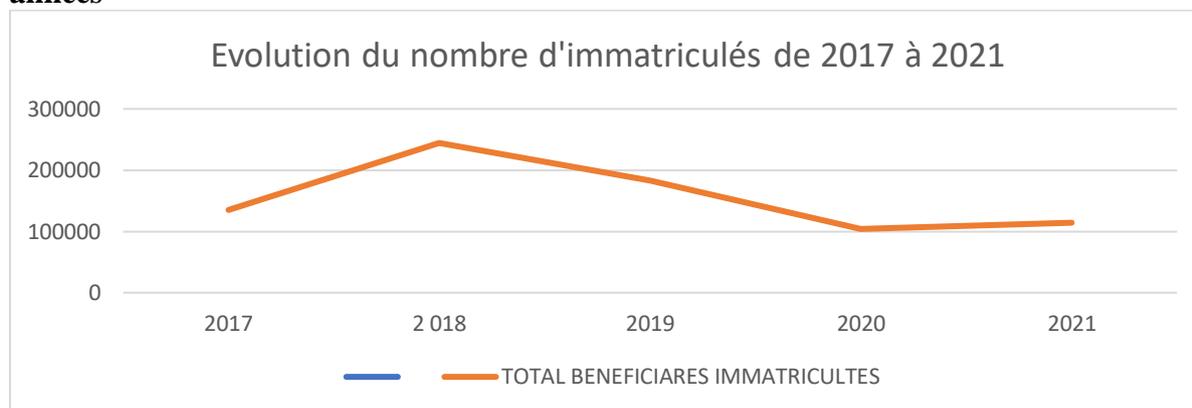
¹¹ Information non spécifiée (NS) dans les données de l'ANAM.

¹² Ibidem

¹³ Ibidem

Contrairement aux autres types de bénéficiaires qui ont évolué en fluctuant, le nombre de blessés de guerre a été en constante augmentation passant de 56 en 2017 à 1010 en 2021. Par ailleurs, cette croissance pourrait potentiellement et très significativement augmenter les coûts de prise en charge des bénéficiaires en raison de la nature du type de prise en charge pour cette catégorie.

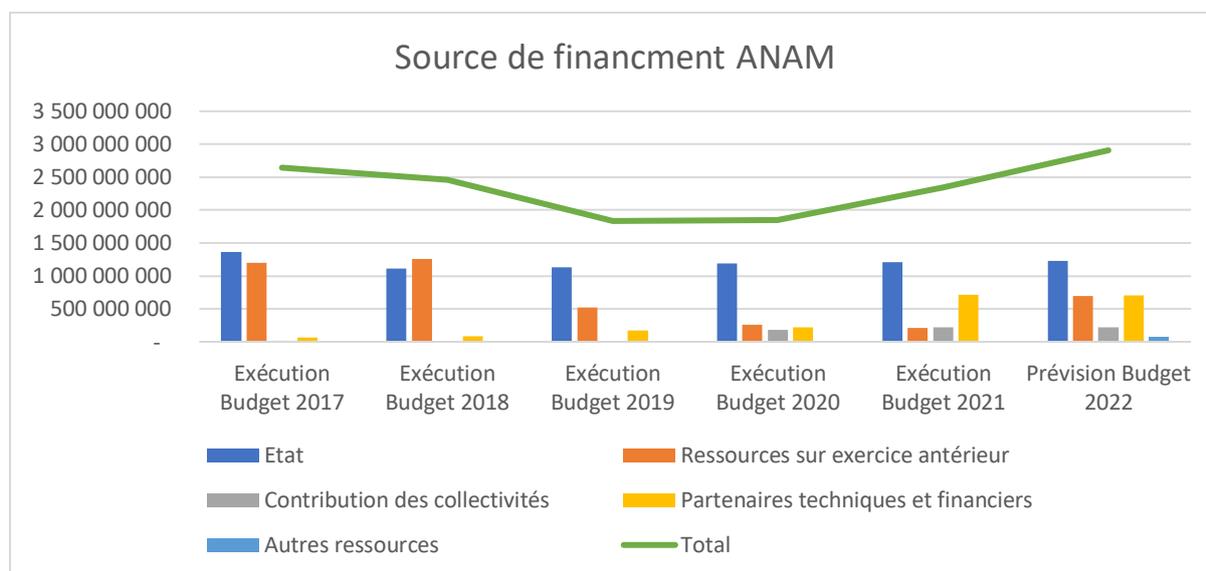
Graphique 4: Evolution du niveau d'enrôlement au RAMED au cours des 5 dernières années



Source : Rapports financiers 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021

Quant à l'évolution du nombre total de personnes immatriculées de 2017 à 2021, la tendance est à la baisse (voir figure 1. Ci-dessus) surtout après le pic de 2018 où jusqu'à 244 340 bénéficiaires ont été immatriculés.

Graphique 5: Evolution de la répartition du financement de l'ANAM par source de 2017-2022



Source : Rapports financiers 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021

La principale source de financement de l'ANAM de 2017 à 2021 était le gouvernement suivi par les partenaires techniques et financiers. Sur cette même période, les contributions des collectivités sont particulièrement faibles par rapport aux deux acteurs susmentionnés. Malgré

le constat d'un faible taux de remboursement de prestataires (susmentionné), le graphique ci-dessus montre également qu'il existe des ressources découlant des exercices antérieurs depuis 5 ans. Cela suggère que l'argument selon lequel l'augmentation des dépenses liées à des bénéficiaires ayant un coût de prise en charge très élevé (blessés de guerre par exemple) serait à la base des nombreuses difficultés devrait être réexaminer. Ce réexamen pourrait intervenir à la suite d'une autre évaluation, notamment financière, pour en comprendre les causes de ces reports des fonds d'un exercice à un autre.

Sur la période de 2017 à 2022, l'appui pour la mise œuvre du RAMED était le poste dépense le plus important de l'ANAM. Cette dépense s'élève à environ un milliard de francs FCA, soit presque la moitié des exécutions de dépenses de l'ANAM de chaque année. Il faut noter que de 2017 à 2022, les appuis à la mise en œuvre du RAMED ont très peu évolué, voire stagnants (1 milliard) depuis 2020, l'année de l'apparition de COVID-19 au Mali.

En utilisant uniquement les fonds d'appui au RAMED sans prendre en compte les autres fonctions (Subvention aux organismes publics, Electricité/téléphones, Ressources sur exercice antérieur, ...), le coût de prise en charge d'un immatriculé varie entre 3 788 et 15 162 FCFA de 2017 à 2021. Ce coût unitaire est une distribution du montant total des dépenses budgétisées au titre de l'année pour la prise en charge médicale par rapport à l'ensemble des personnes ayant été immatriculées sur un an tout en sachant que ces derniers ne feront très probablement pas recours aux prestations la même année. Aussi, il faut noter que les anciens immatriculés s'ajouteront également à ces nombres. En plus, si les objectifs fixés par rapport au nombre de personnes à immatriculer au cours d'une année devaient être atteints, ces coûts unitaires sur le tableau ci-dessous seraient encore plus bas, et donc peut-être passer en dessous du coût moyen de l'ordonnance des différents niveaux de la pyramide sanitaire du Mali. Le coût moyen par prestation réalisée pour les bénéficiaires variait entre 14 603,5 et 41 094 F CFA de 2017 à 2021. Cette estimation ne prend pas en compte le type de structure de prise en charge et la nature des prestations.

Tableau 7: Estimation de l'évolution du coût unitaire de prise en charge par bénéficiaires immatriculé et du coût unitaire des prestations au cours des 5 dernières années

	2017	2018	2019	2020	2021
Montant de l'appui au RAMED (A)	1 123 333 587	932 571 750	943 429 000	1 000 000 000	1 000 000 000
Dépenses des prestations médicales (B)	512 817 229	2 054 706 527	1 449 305 822	1 577 105 284	1 467 694 849
Remboursement (C)	477 673 343	689 956 531	579 394 077	800 828 722	205 075 747
TOTAL BENEFICIAIRES IMMATRICULTES (D)	135 369	244 340	182 852	104 017	114 074
Nombre de dossiers de prestations vérifiés (E)	29 451	50 000	99 244	63 453	35 780
Nombre de dossiers de prestations remboursés (F)	29 116	67 402	58 300	52 506	NS ¹⁴
Taux de remboursement des dossiers (F/E)	98,9%	134,8%	58,7%	82,7%	-
Dépense moyenne de prise en charge par immatriculé (B/D)	3 788,3	8 409,2	7 926,1	15 162,0	12 866,2
Coût moyen de prise en charge par prestation (B/E)	17 412,6	41 094,1	14 603,5	24 854,7	41 020,0

Source : Rapports financiers 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021.

La nature des données disponibles est très peu appropriée pour réaliser une analyse approfondie des coûts de prise en charge des indigents. A titre d'exemple, un calcul du coût de prise par type de bénéficiaires (le coût unitaire de prise en charge d'un indigent) pouvait offrir une meilleure analyse du coût de la gratuité pour les indigents afin de renforcer la planification et la projection du nombre des futurs bénéficiaires (sur plusieurs années) et du coût de leur prise en charge. Cette démarche pourrait contribuer à renforcer les arguments de plaidoyer, de faciliter la mobilisation des ressources et donc d'aider à une meilleure prise de décision des autorités.

Les données utilisées dans cette analyse économique sont tirées des rapports des conseils d'administration des 5 dernières années de l'ANAM. Les différences observées dans les chiffres de cette section (tirées des rapports de CA) et les données précédemment présentées (issues de la base de données de l'ANAM) sont dues au fait que les sources de données sont différentes. Ce constat soulève un problème de qualité des données et donc des disfonctionnements dans la gestion des données. Cela suggère que des efforts doivent être entrepris pour renforcer le suivi et l'évaluation des activités de l'ANAM afin d'améliorer la cohérence interne des données.

¹⁴ Donnée non spécifiée (NS) dans le rapport financier 2021 de l'ANAM.

3.5. Mécanisme de traitement et d'analyse des données

- *Saisie des données et contrôle des données*

L'ANAM n'ayant pas de démembrements au niveau région et cercle, procède à la saisie de toutes les données à son siège à Bamako.

S'agissant de l'immatriculation, les données peuvent être enregistrées dans la base sous deux formes :

- La première forme : la saisie des données dans la base par les agents suite à une enquête, en vue d'une immatriculation avec des fiches ;
- La deuxième forme : la saisie est effectuée sur une tablette mobile et les données sont transférées au serveur pour l'immatriculation.

Concernant les prestations, les fiches de soins sont scannées à leur arrivée au niveau de la réception de l'ANAM et réparties entre les agents de saisie. Donc à ce niveau les saisies se font avec les documents scannés sans la version papier. Une fois, les documents saisis, le responsable de l'assistance médicale procède à la vérification de leur conformité et à leur validation. Le dossier validé est ensuite acheminé, électroniquement, vers les finances qui à leur tour procèdent aux engagements et aux mandatements. Le dossier sera finalement transmis à la comptabilité pour remboursement.

- *Mode de prise des décisions*

Au niveau de l'ANAM, il existe deux modes de prise de décision : les décisions relatives à la gestion courante et les décisions stratégiques.

- Les décisions relatives à la gestion courante : chaque chef de département, au cours des réunions hebdomadaires a l'opportunité d'évoquer ses préoccupations. Les décisions sont prises par la direction au cours de ces rencontres. Le Directeur général également participe aux réunions du cabinet chaque semaine où il peut évoquer les préoccupations de l'ANAM pour une prise de décision.
- Les décisions stratégiques : elles sont prises en général au cours des rencontres du Conseil Administration dont la périodicité est semestrielle.

Il faut noter une absence de périodicité dans l'analyse des données de la base en vue d'une prise de décision éclairée. Mais cette analyse se fait souvent sur demande.

3.6. Forces, faiblesses du dispositif de suivi-évaluation

La structure dispose d'une cellule de suivi-évaluation rattachée à la direction en Staff. Néanmoins, le manque de personnel au niveau opérationnel, l'insuffisance de ressources, l'absence de mécanisme claire de suivi évaluation des indigents (parcours, évolution du statut), l'insuffisance d'études réalisées sur le dispositif ont été des freins à la mise en œuvre efficace du RAMED.

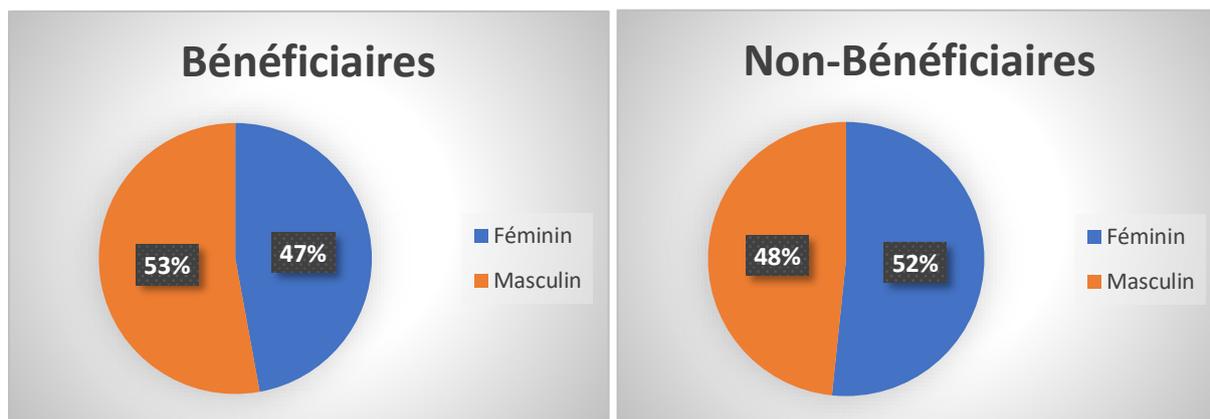
Pour mieux répondre aux besoins de santé et faciliter l'accès aux soins de ses bénéficiaires, l'ANAM doit planifier une série de supervisions et d'études pour comprendre les dynamiques socio- économiques en cours afin de trouver une équation entre l'offre de soins, la demande sociale et les besoins des acteurs sur le terrain.

La cellule suivi-évaluation a un besoin de renforcement en termes de ressource humaine (besoin de personnel et de formation) et d'équipement.

3.7. Etat des lieux de l'opérationnalisation du RAMED

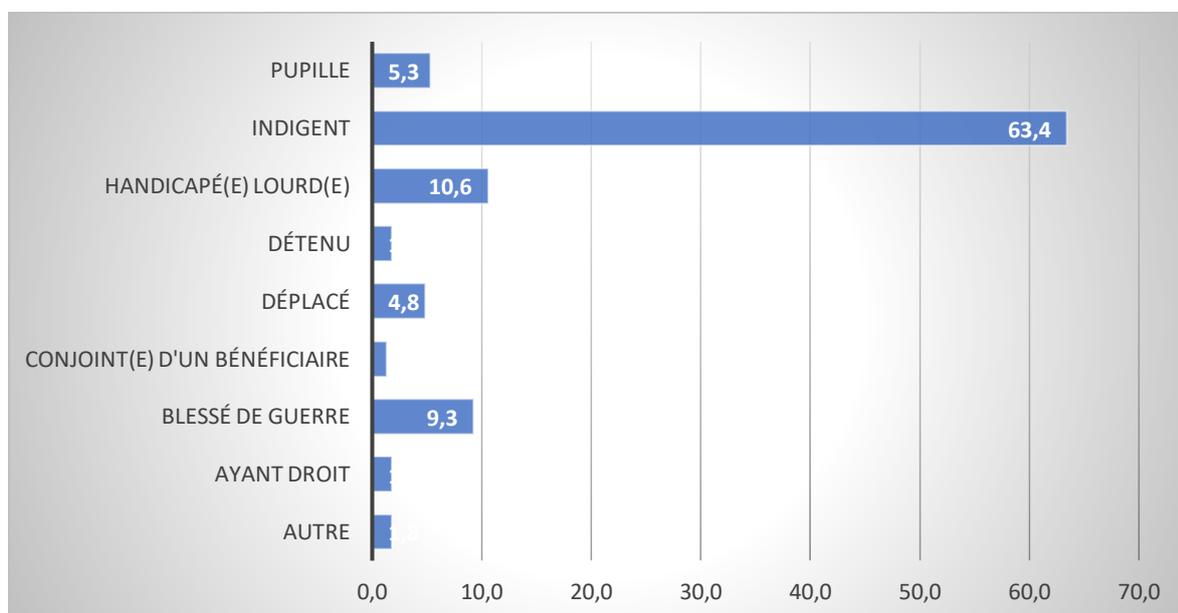
L'enquête quantitative a été menée auprès de 297 bénéficiaires parmi lesquels 47% étaient des femmes et 366 non bénéficiaires parmi lesquels 52% étaient des femmes.

Graphique N°6 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés



L'enquête montre que parmi les bénéficiaires, les indigents sont les plus représentés avec 63,4%, suivis par les handicapés (10,6%) et les blessés de guerre (9,3%).

Graphique N°7: Fréquence des bénéficiaires enquêtés



La mise en place du RAMED répond à un besoin majeur, l'accès des populations les plus défavorisées (indigents) aux soins gratuits. Ceux qui n'ont aucun moyen d'accéder aux soins sans assistance publique. L'évaluation note la pertinence de la politique publique qui a conduit à la création de l'ANAM et de la CANAM en 2009. L'objectif visé par la mise en œuvre du

RAMED est de mettre en place un mécanisme non contributif pour que les barrières économiques ne soient plus un frein à l'accès aux soins des plus pauvres : les indigents. Dans un souci d'équité sociale et de solidarité, les pouvoirs publics ont voulu lever les barrières, les difficultés que rencontrent les indigents dans leur quête de soins.

Cependant, malgré cette volonté politique, la mise en œuvre du RAMED rencontre plusieurs difficultés qui jouent négativement sur la durabilité du système. Ces difficultés sont imputables à plusieurs facteurs : *le processus d'identification, le processus d'enrôlement, le partenariat et la contractualisation, le circuit des soins, les questions financières, la perception des prestataires sur le RAMED, les ressources humaines, la communication, la formation des agents, la participation et la responsabilisation des collectivités.*

- **Le processus d'identification des indigents**

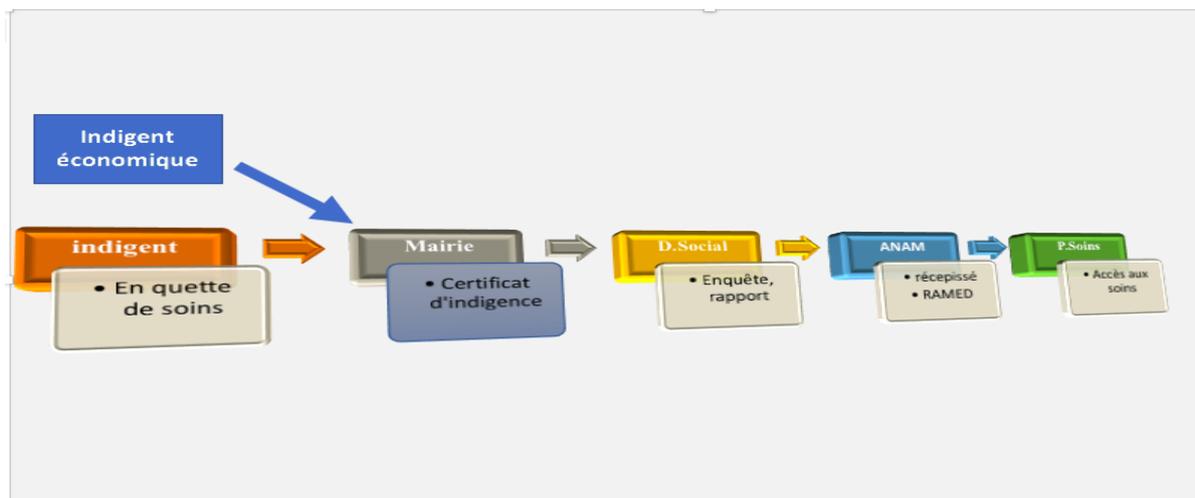
Le processus d'identification des indigents est décrit dans les textes du RAMED. Cependant, dans sa mise en œuvre on constate des écarts.

Une des difficultés du RAMED dans sa phase opérationnelle est l'identification des indigents. Qui est indigent ? Qui ne l'est pas ? Sur quelle base peut-on définir un indigent dans un contexte de pauvreté grandissant ? La situation d'indigent est-elle statique ? Ou, c'est plutôt un phénomène dynamique ? L'analyse d'autres systèmes de protection sociale permet de comprendre que l'identification des personnes les plus vulnérables se fait à travers la déclaration des revenus (fiche d'imposition). L'existence de ce mécanisme permet d'identifier de manière objective et quantifiable des ressources de la personne et de l'accompagner dans l'obtention de ses droits, notamment la couverture maladie universelle (CMU) et sa prise en charge par les services compétents.

Dans le cadre du RAMED, le dispositif s'appuie sur les services du développement social, les collectivités (Mairies) et les notabilités traditionnelles. Cette approche peut avoir comme conséquence une identification des indigents basée sur des critères subjectifs. L'identification des indigents est aussi un enjeu économique et politique pour les collectivités, une surcharge de travail pour le développement social avec des moyens limités. Ce mécanisme se traduit sur le terrain par un accès aux soins limité, voire inexistant dans certaines zones rurales, un désengagement des structures de prise en charge des indigents.

« Il y'a beaucoup d'indigents qui sont immatriculés qui ne sont pas pris en charge » Expert FENASCOM.

Circuit d'identification des indigents



Dans ce dispositif linéaire, l'étude constate l'implication de plusieurs acteurs. Chaque acteur peut constituer un frein potentiel dans le processus d'accès aux soins. Le système ne bénéficie pas de cadre de concertation officiel pour permettre aux parties prenantes d'identifier les points de blocages, de mieux comprendre les procédures, d'avoir une vision commune pour faciliter l'accès aux soins des indigents.

Le processus d'identification des indigents intègre à la fois une dimension communautaire et administrative.

Au niveau de la dimension communautaire, les comités villageois participent à l'identification des personnes remplissant totalement ou partiellement les critères de sélection qui justifient le statut d'indigent. Sur la base d'une concertation entre les membres de la communauté, les indigents sont identifiés et la remontée d'information est faite aux collectivités territoriales (Mairies). Pour la reconnaissance officielle, la pré-liste établie par les comités villageois est soumise à la Mairie qui saisit à son tour le service de développement social pour mener l'enquête sociale. Cette enquête vise à **confirmer ou infirmer** le statut d'indigent des personnes sélectionnées par les comités villageois.

Les différents entretiens réalisés ont permis de relever quelques insuffisances liées à l'identification :

Au sein de la communauté, les habitants ne sont pas suffisamment informés sur le processus d'identification ni par les comités villageois ni par les collectivités territoriales. C'est pourquoi, il y a des indigents qui disposent du récépissé sans savoir de quoi il est destiné.

En outre, dans le processus d'identification, le réseau de l'indigent compte beaucoup. Le fait d'avoir un parent qui œuvre à la Mairie ou un autre service facilite l'identification de la personne indigente. Ce qui explique en partie le fait que certains indigents sont enrôlés contrairement à d'autres bénéficiant d'un faible réseau social.

Deux catégories de bénéficiaires ont été identifiées :

- **Une première catégorie** qui dispose le récépissé du RAMED mais qui n'a jamais fait recours à un prestataire. Pour cette catégorie, il y a un vide informationnel et espère

bénéficier des informations détaillées dans le futur afin de recourir aux services des soins.

« Quand on veut aider quelqu'un, il faudra prendre en compte ses soucis. Ensuite il faut être au cœur de l'activité... Pour une meilleure réussite de ce travail, il faudra donner la bonne information à la mairie et que le crieur public informe la communauté. Si cela est fait, nous les indigents, nous serons informés » K.D. indigent Siby

- **Une deuxième catégorie** d'indigents qui a été mal informée sur l'utilisation des soins. Ces indigents pensent que ce sont les grands hôpitaux qui peuvent faire la prise en charge des bénéficiaires du RAMED. Il s'agit par exemple de l'hôpital du point G et l'hôpital Gabriel Touré. De ce fait, en cas de maladie, les indigents de ce lot ne jugent pas important d'aller au CSCoM ou une autre structure de santé avec le récépissé du RAMED. La plupart a continué à payer leur prise en charge en demandant l'aide des parents proches ou d'autres personnes de bonne volonté.

Sur d'autre plan, il y a des indigents dont leur enquête a été aboutie et qui ne sont jamais venus chercher le récépissé au niveau du service de développement social ou des collectivités territoriales (Mairies). Ils n'ont pas été informés sur la disponibilité des résultats. La majorité des Mairies ne développent pas de mécanisme pour délivrer les récépissés à cette catégorie d'indigents dans leur localité respective.

- **Le processus d'enrôlement**

Pour faciliter l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables, l'ANAM et ses partenaires ont lancé l'enrôlement de masse. Cette initiative positive n'a pas été accompagnée sur le terrain par une prise en charge effective des personnes. Par exemple dans la commune de Siby, l'évaluation constate que plusieurs indigents disposent du récépissé du RAMED et n'ont bénéficié d'aucune prise en charge dû essentiellement : au manque d'information, à l'accessibilité géographique, au délai de validité du récépissé, à la réticence des services de soins, à la méconnaissance des droits...

- **Partenariat et contractualisation**

Dans l'offre de soins et de prise en charge des bénéficiaires, le RAMED souffre d'une mauvaise interaction de l'ANAM avec ses partenaires. Il y a une perception négative dans les capacités de l'ANAM à rembourser les prestations offertes aux indigents.

« Nous avons remarqué que tous les CSCoM qui se sont engagés ont eu du mal à se faire rembourser. Il y en a qui ont décidé d'arrêter.... Dans les régions, beaucoup de CSCoM ont arrêté. Conséquences : souffrance des indigents, souffrance des CSCoM ». Expert FENASCOM

« L'ANAM est comme une structure qui est mort née, elle n'a pas d'autonomie ».

L'évaluation constate, qu'en plus de ses partenaires locaux, l'ANAM est appuyée par les agences des Nations Unies comme l'OMS, l'UNICEF.

Les collectivités territoriales, malgré la réduction de leur quote-part de **35% à 15%**, n'ont pas fait du RAMED une priorité. Cependant, certaines **collectivités de Sikasso, de Koulikoro, de Kayes et de la commune 4 de Bamako** ont fait des efforts dans le paiement. Selon nos entretiens, cela s'explique par l'engagement des élus locaux, les actions de la diaspora, notamment dans la région de Kayes.

Les services du développement social sont la cheville ouvrière du dispositif sur le terrain, pour l'enquête sociale, l'identification et l'accompagnement des indigents dans leur quête de soins. Malgré, l'existence des points focaux, les services sont confrontés aux manques de ressources (financières, humaines, logistiques) pour mener efficacement leurs missions. Cela se traduit sur le terrain par l'allongement du temps de traitement des dossiers, du déficit d'accompagnement des indigents, de la démotivation du personnel, de la prise en charge tardive.

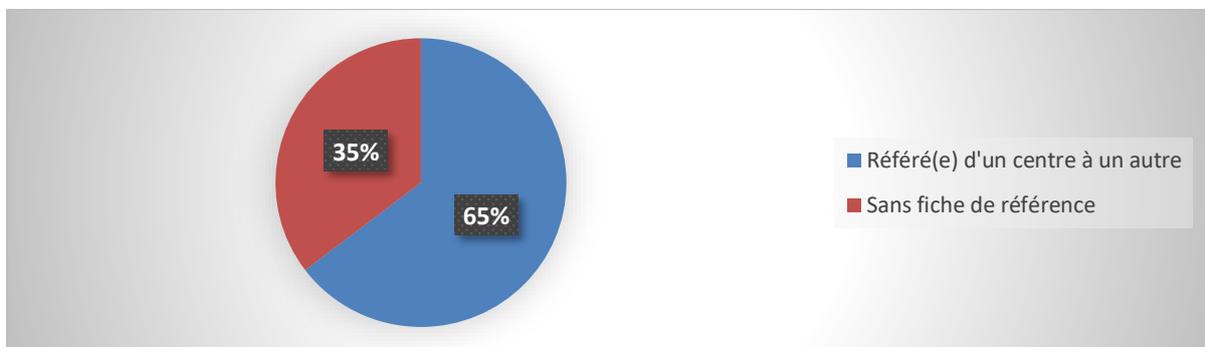
- **Le circuit des soins**

Dans le cadre de l'accès aux soins, les indigents n'adoptent pas un parcours type. Le circuit des soins est fonction de plusieurs éléments : l'urgence de l'état de santé de l'indigent, son degré d'information, l'accompagnement (développement social, professionnel de soins...), l'acceptation du récépissé du RAMED par les services, l'accès géographique, la disponibilité des services ou produits (médicaments). L'évaluation note que les indigents se présentent aux structures de soins dans les situations d'urgence. Très souvent la demande du récépissé du RAMED est effectuée quand l'indigent est déjà malade.



Cette situation d'urgence se confirme auprès des enquêtés parmi lesquels près de 2/3 ont affirmé avoir été dans un centre de santé suite à une référence.

Graphique N° 8 : Système de référence



Selon un agent du développement social :

« Beaucoup d'ASACO n'acceptent plus de prendre en charge les indigents parce qu'ils risquent d'aller en faillite. Même au niveau des CSref et les hôpitaux, il y'a des problèmes présentement ».

L'évaluation constate une disparité de prise en charge en fonction de la situation géographique de l'indigent et l'adhésion des structures de prise en charge au dispositif RAMED. A titre d'exemple, des indigents quittent Moribabougou pour venir se soigner au CSref de Kati. Le même phénomène est observé dans la commune 4 du district de Bamako.

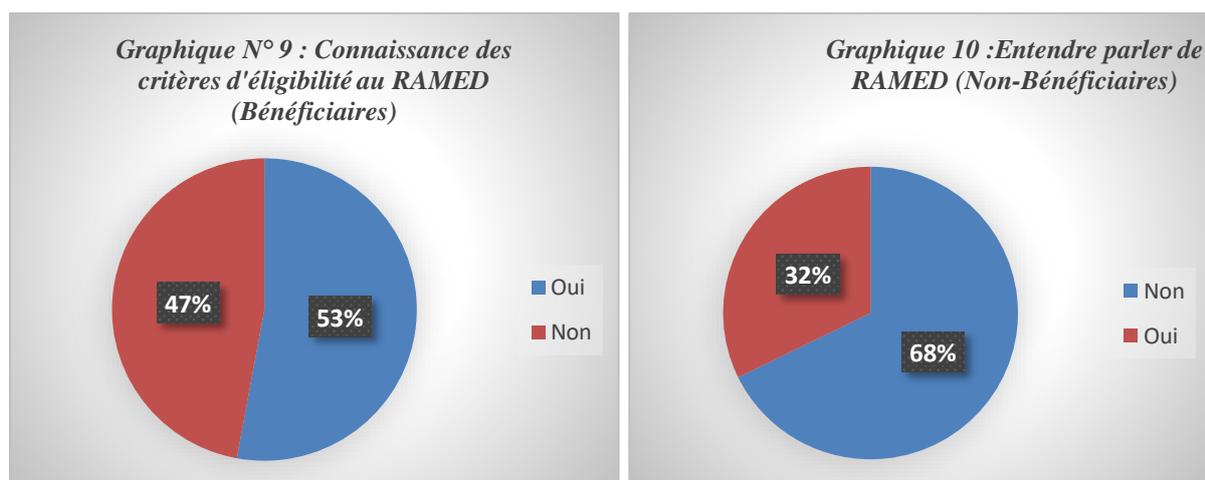
L'utilisation des services de santé par les indigents varie en fonction du niveau de connaissance de l'indigent sur le régime, son expérience dans la fréquentation des services de santé mais également de l'appui et de l'orientation de son réseau social.

On assiste à la stratégie dite de « **restriction dans la délivrance des produits prescrits** » au niveau des pharmacies des structures de santé.

- **La communication sur le RAMED**

On constate sur le terrain que l'AMO a fait l'objet d'une grande communication auprès du public. Cependant, le RAMED souffre de visibilité, de méconnaissance auprès des bénéficiaires mais aussi de certains acteurs de prise en charge.

Par exemple, près de la moitié des enquêtés bénéficiaires du RAMED (47%) ne connaissent pas ses critères d'éligibilité. Par ailleurs, 68% des non-bénéficiaires n'ont jamais entendu parler du RAMED. Les rare non-bénéficiaires qui connaissent le RAMED, en ont entendu parler à travers un cercle familiale ou avec des proches mais pas à travers un canal de communication classique comme les radios, télé, affiches,



- **Formation des acteurs**

Le RAMED doit être repensé dans son approche en matière de communication mais aussi de formation continue des différents acteurs qui font système. Plus concrètement, il s'agit de former les différentes parties prenantes pour qu'elles aient une compréhension commune de l'indigent, du dispositif et de son mode de fonctionnement. L'évaluation a constaté que les acteurs ont une connaissance vague du RAMED, voire pas du tout. Exemple, commune de Socoura dans le cercle de Mopti.

- **Participation et responsabilisation des collectivités**

La participation financière des collectivités est un élément essentiel pour la bonne marche du RAMED. L'évaluation constate un désengagement des collectivités territoriales.

Selon un expert : *« c'est comme, si les collectivités ne jouent pas du tout le rôle qui leur ait dévolu »*. **Expert**

L'Etat doit trouver un mécanisme efficace pour recouvrir la quote-part des collectivités pour la viabilité du RAMED.

3.8. Analyse de la perception des prestataires sur la mise en œuvre du régime

Il ressort de l'étude, que les prestataires n'ont pas une bonne perception de la capacité de l'ANAM à rembourser les services offerts. Dans la mise en œuvre du RAMED, les prestataires sont confrontés à l'acheminement des factures au siège de l'ANAM ainsi qu'au retard dans le remboursement du coût de la prise en charge.

« Le paiement n'est pas régulier. Il y a beaucoup de problèmes au niveau de l'ANAM parce qu'ils ont changé plusieurs responsables. L'ANAM avait beaucoup de difficultés de fonctionnement. Si on doit continuer avec le RAMED, il faudra changer beaucoup de choses. Parce que pour ramener les pièces à Bamako, ce n'est pas facile. » **Personnel de santé**

« Maintenant nous avons remarqué que tous les CSCom qui se sont engagés en termes de préfinancement, ont des difficultés à se faire rembourser. Il y a des CSCom même qui sont arrivés à la décapitalisation de leur dépôt et ils n'arrivent plus à assurer leur charge à cause de non-paiement. Ça c'est au niveau des CSCom mais nous avons remarqué que même au-delà même des CSCom, il y avait des CSREF voir des Hôpitaux qui avaient des difficultés. Le paiement ne se faisait pas et les montants étaient tellement élevés qu'il y a certains qui ont décidé même d'arrêter la prise en charge » **Agent _FENASCOM**

3.9. Analyse de la perception des bénéficiaires sur les conditions d'utilisation du RAMED

Les conditions d'utilisation du RAMED pour son volet de prise en charge sanitaire sont perçues comme assez difficile selon certains bénéficiaires. La validité du récépissé (3 ans) non renouvelables pose des difficultés d'accès aux services de santé.

De façon générale, le relèvement socioéconomique d'un indigent après 3 ans de prise en charge n'est pas chose facile pour un pays en développement comme le Mali où 41,9% de la population vivent dans l'extrême pauvreté selon l'Institut National de la Statistique du Mali en 2020-2021¹⁵. Le contexte mondial actuel est marqué par une conjoncture économique incertaine et une forte inflation. Si la transition de l'indigence vers un statut autonome des bénéficiaires n'est pas assurée, cela exacerbera davantage la pauvreté de ces personnes et donc plombera les efforts du gouvernement en matière d'accès aux soins et de lutte contre la pauvreté

Les bénéficiaires souffrant des maladies chroniques se voient exclus du dispositif des soins. Le coût de la prise en charge des malades chroniques étant élevé, le RAMED peut être perçu comme un dispositif d'exclusion.

En analysant sous un autre angle, le fait qu'on ne peut pas rester bénéficiaire après 3 ans, renforce le sentiment d'iniquité du régime pour des personnes vivant avec un handicap (psychique, physique et visuel), et même celles qui souffrent des maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle etc. Ainsi, pour plus d'inclusion, il est nécessaire d'accorder une importance particulière à ses sous-groupes.

Etude de cas d'un établissement de bienfaisance : Expérience de collaboration ANAM-SAMU SOCIAL

Domaine de partenariat : Prise en charge médicale des enfants et jeunes de la rue

Contexte : Le SAMU Social est une organisation internationale qui s'occupe de la prise en charge et de l'encadrement des enfants et des jeunes de la rue au Mali. Suite à un constat lié à la prise en charge médicale des cibles coûteuse et difficile, aux difficultés de l'immatriculation des cibles de l'ANAM, une collaboration entre l'ANAM et le SAMU Social est née.

Stratégies utilisées : développement d'un partenariat avec l'ANAM (concertations, ateliers etc.) et avec les services sociaux des hôpitaux, signature de convention avec 10 CSCoM à Bamako, ateliers avec les structures de santé sur l'accès des enfants et jeunes de la rue aux prestations de santé.

Description du processus d'immatriculation : Absence d'enquête sociale. La cible est considérée comme admis de droit. SAMU Social fait une demande à l'ANAM en précisant le nom et le prénom de l'enfant, son âge, le nom des deux parents. Cette demande est signée par le Directeur de SAMU Social et visé par la mairie. La demande est déposée à l'ANAM qui délivre le récépissé généralement avant les 72 h.

Description de la prise en charge :

- Prise en charge courante au niveau des hôpitaux : SAMU SOCIAL accompagne le malade à l'hôpital au niveau du service social qui prend la relève et accompagne l'enfant dans le circuit de soin. Après les soins ou après l'hospitalisation (selon le cas), le service social remet l'enfant à SAMU SOCIAL.
- Cas d'urgence : dans les cas d'urgence, l'ANAM avait facilité le processus. Une fois la demande d'immatriculation déposée à l'ANAM, la structure de prestation a l'aval de commencer directement la prise en charge de l'enfant avant la sortie du récépissé.

Résultats obtenus :

- Facilitation du processus d'immatriculation à l'ANAM ;
- Facilitation de la prise en charge médicale au niveau des hôpitaux.

« ... on peut dire qu'on a eu un grand ouf de soulagement depuis qu'on a commencé à travailler avec le RAMED. Cela nous a permis, nous depuis 2017- 2018 à part les médicaments, de bénéficier d'une prise en charge gratuite au niveau des structures publiques surtout les hôpitaux. On ne paie plus les actes : les consultations, les bilans qui sont au niveau des hôpitaux on ne paie rien là-bas. Cela nous a soulagé à vrai dire malgré qu'il y ait des difficultés ». Expert SAMU Social

Difficultés rencontrées :

- Accès aux services réduit à cause de l'arrêt des prestations par les structures de proximité (CSCoM, officines privées) ;
- Accès limité aux médicaments ;
- Accès limité aux examens (analyse biologique, scanner etc.) au niveau de certains hôpitaux à cause des retards dans les remboursements ;
- Refus de certaines structures à commencer la prise en charge sans le récépissé en cas d'urgence ;
- Stigmatisation des cibles par certains prestataires ;
- Confusion de statut entre enfant non accompagné en milieu hospitalière et un enfant de la rue par le service social des hôpitaux ;
- Non immatriculation des jeunes de la rue, âgés de plus de 18 ans
- 3 ans de durée pour le récépissé posent un problème aux enfants et jeunes de la rue souffrant de maladies chronique et qui nécessite un traitement à vie.

Recommandations de SAMU SOCIAL

- Renforcer la communication auprès des bénéficiaires mais également au niveau des structures de santé
- Reprendre le partenariat avec les structures de proximité (CSCoM, pharmacie privée) ;
- Revoir la durée de récépissé pour certaines catégories de cibles notamment ceux souffrant de maladies chroniques

Autoriser l'immatriculation des jeunes de la rue ayant un âge compris entre 18 et 25 ans.

¹⁵ https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/eq/ranuel20_eq.pdf

3.10. Analyse de l'accessibilité et de la disponibilité des services de santé

L'accès aux soins des personnes indigentes reste un parcours de combattant malgré la disponibilité des services. L'évaluation note une accessibilité théorique qui dans les faits reste très compliquée. Les indigents dans une certaine mesure peinent pour bénéficier des soins.

Cette tendance est confirmée par l'évaluation quantitative qui indique que 35% des bénéficiaires enquêtés n'ont jamais bénéficié depuis leur enrôlement. Cela s'explique par la sous-information des bénéficiaires, du retrait de plusieurs CSCom et même de certains CSRéf à cause de la lenteur du remboursement des prestations...

L'insuffisance d'information des bénéficiaires influe sur la qualité des relations entre utilisateurs et prestataires. Après la prescription des ordonnances, des indigents se plaignent quand on leur demande de payer certaines prestations hors du panier des soins du RAMED. Cette situation replonge ces bénéficiaires dans la détresse (stress, abandon de soins, repli sur soi...).

« Tous les examens et analyses sont disponibles mais s'il y a des médicaments prescrits dans l'ordonnance qui ne sont pas disponibles à notre niveau, la personne est obligée de retourner parce qu'on n'a pas d'autres solutions. C'est un problème qui pèse beaucoup vraiment. »
Service de développement Social.

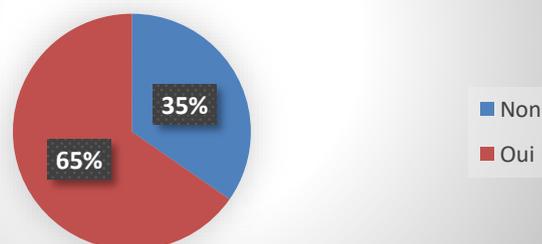
Par ailleurs, en milieu urbain, l'utilisation du RAMED est plus fréquente qu'en milieu rural où différents prestataires n'ont pas de connaissances approfondies sur son fonctionnement. Plus on s'éloigne des villes, plus le niveau de connaissance sur le dispositif diminue.

L'évaluation recommande de développer des stratégies pour rapprocher le RAMED aux indigents des localités rurales, à travers un mécanisme de communication approprié et plaider pour une meilleure mobilisation de la quote-part des collectivités territoriales. Il est également utile de développer un mécanisme de réintégration des prestataires « déserteurs ».

3.11. Évaluation du niveau de satisfaction des bénéficiaires sur l'accueil et la qualité des services offerts

L'accueil des indigents dans les structures de prise en charge est assuré par le service du développement social. Celui-ci procède à l'enregistrement de l'indigent malade et le contrôle des pièces telles que le récépissé du RAMED, la carte d'identité etc. Dans le cas où l'indigent dispose ces documents, une fiche d'ordonnancier est mise sa disposition qui lui permet d'être en contact avec les unités de soin en fonction des besoins exprimés par l'indigent.

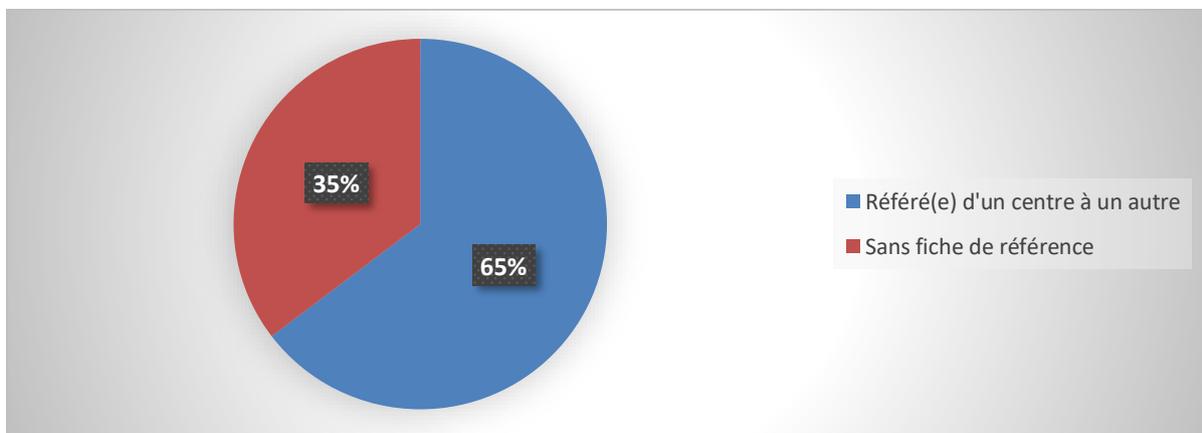
Graphique 11 : Bénéficiaire du RAMED au moins une fois depuis l'enrôlement



« Quand un indigent vient chez nous, il présente son récépissé que l'ANAM lui a donné. Les indigents se présentent chez nous aussi avec leur pièce d'identité nationale ou la carte NINA. Maintenant on regarde si les pièces sont toujours en cours de validité et on leur demande le motif de leur présence. Parce qu'il y a plusieurs types de services tels que les examens, la radiographie, la pharmacie » Agent du service de développement Social Bamako

Dans ce processus d'orientation, l'unité du service de développement social joue un rôle clé et elle est l'intermédiaire entre l'indigent et les unités de soins. Globalement, ce processus ne rencontre pas de difficultés majeures. Les indigents ayant l'expérience dans l'utilisation des structures de santé, arrivent à s'en sortir sans l'aide du service de développement social. Cette situation d'urgence se confirme auprès des enquêtés parmi lesquels près de 2/3 ont affirmé avoir été dans un centre de santé suite à une référence.

Graphique 12 : Système de référence



3.12. Facteurs entravant à l'accès aux soins

L'une des conditionnalités pour bénéficier des soins est la disponibilité du récépissé. Cette mesure pose parfois des problèmes dans la prise en charge, puis que les normes veulent qu'on attende la délivrance du récépissé pour offrir les soins. Il convient de préciser que ces situations sont gérées selon la sensibilité du personnel des structures de prise en charge. C'est pourquoi, sur le terrain, nous avons constaté que certains médecins chefs décident de prendre en charge les premiers soins. Dans la gestion de ces cas d'urgence, l'unité du service de développement social ne dispose pas de budget particulier. Ce qui explique le recours aux responsables des structures de santé.

Dans la relation entre agents du service de développement social et indigents, le contrôle du récépissé, de la carte d'identité peut être source de tension. Certains indigents ne comprennent pas la nécessité de faire un contrôle des pièces pour quelque chose qui est par définition gratuite. Certains entretiens individuels ont mentionné la nécessité de mettre en place une permanence au sein du service de développement social 24/24 heures dans les structures de santé contractuelles avec l'ANAM à cause de la survenue des cas d'urgence après les heures et jours ouvrables.

3.13. Appréciation des forces et faiblesses de la mise en œuvre du RAMED

La matrice ci-dessous, de diagnostic de situation récapitule les points positifs et les points à améliorer de la mise en œuvre du RAMED. Les points à améliorer sont décrits en incluant les faits observés et leurs causes ainsi que leurs conséquences.

- **Points forts**
 - ⇒ Existence de textes législatifs et réglementaires ;
 - ⇒ La disponibilité des partenaires à accompagner le RAMED ;
 - ⇒ La reconnaissance du statut d'indigent.

- **Points à améliorer**

Constats	Causes	Conséquences
Absence de mécanisme et de dispositif de mobilisation des ressources des collectivités territoriales	L'Etat n'a pas mis en place un dispositif qui oblige les collectivités à payer leur quote-part de 15%	Difficultés pour l'ANAM à rembourser les prestataires. Difficile d'accès aux soins des indigents. Désengagement des structures partenaires.
Absence de service déconcentré de l'ANAM à l'intérieur du pays	L'organisation s'appuie sur les services déconcentrés du Développement Social.	Retard dans la remontée des informations. Délais longs de traitement des dossiers. L'ANAM est éloignée de ses cibles.
Faible implication des partenaires de prise en charge des indigents	Difficulté de remboursement de l'ANAM	Désengagement des CSCoM. Accès aux soins limités, voire inexistant. Démotivation du personnel.
Absence de cadre de concertation et de coordination formalisé entre acteurs (D. Social ; C. Territoriales ; Prestataires...)	Management, Capacité de l'organisation à fédérer les acteurs autour de sa mission.	Pratiques divergentes. Incompréhension entre acteurs. Impact négatif sur le circuit de soins.
Insuffisance dans la communication (interne et externe, bénéficiaires, partenaires)	L'organisation n'a pas su se doter d'une stratégie de communication efficace sur sa mission, ses objectifs, les moyens,	Mauvaise perception du RAMED. Méconnaissance des rôles et des missions.
Absence de document de stratégie de plaidoyer	Planification stratégique	Incertitude sur le devenir du RAMED
Insuffisance dans le suivi et la mise en œuvre des conventions	Confusions par les acteurs sur les conventions signées par la CANAM/ANAM	Difficulté dans la prise en charge des bénéficiaires. Différence de prise en charge entre bénéficiaire de l'AMO et du RAMED.
Faiblesse du mécanisme de suivi évaluation (bénéficiaires, prestataires) ; étude d'évaluation	Organisation, manque de ressources, formation	Offres inadaptées aux réalités du terrain. Méconnaissance des attentes, perception des bénéficiaires et des prestataires. Insuffisances de données sur les dynamiques sociales, évolution du contexte du pays. Elargissement des cibles.
Elargissement des cibles du RAMED (blessés de guerre, victimes de catastrophe naturelle, PDI...)	Crises politique et sécuritaire depuis 2012. Environnement.	Augmentation des dépenses sans ressources additionnelles. Difficultés à faire face aux charges. Accès aux soins difficiles.
Incertitude sur le devenir du RAMED par les acteurs.	Opérationnalisation prochaine du RAMU.	Craintes ; enjeux entre structures ; immobilisme des acteurs.
Désengagement des CSCoM, des structures privées, des pharmacies du RAMED.	Remboursement	Accès aux soins limités. Eloignement des structures de prise en charge. Difficulté d'accès.

3.14. Examen des possibilités d'une meilleure articulation du RAMED avec les autres mécanismes de gratuités, de subvention et/ou d'exemption

3.14.1. Bref rappel sur les autres mécanismes de gratuité en santé

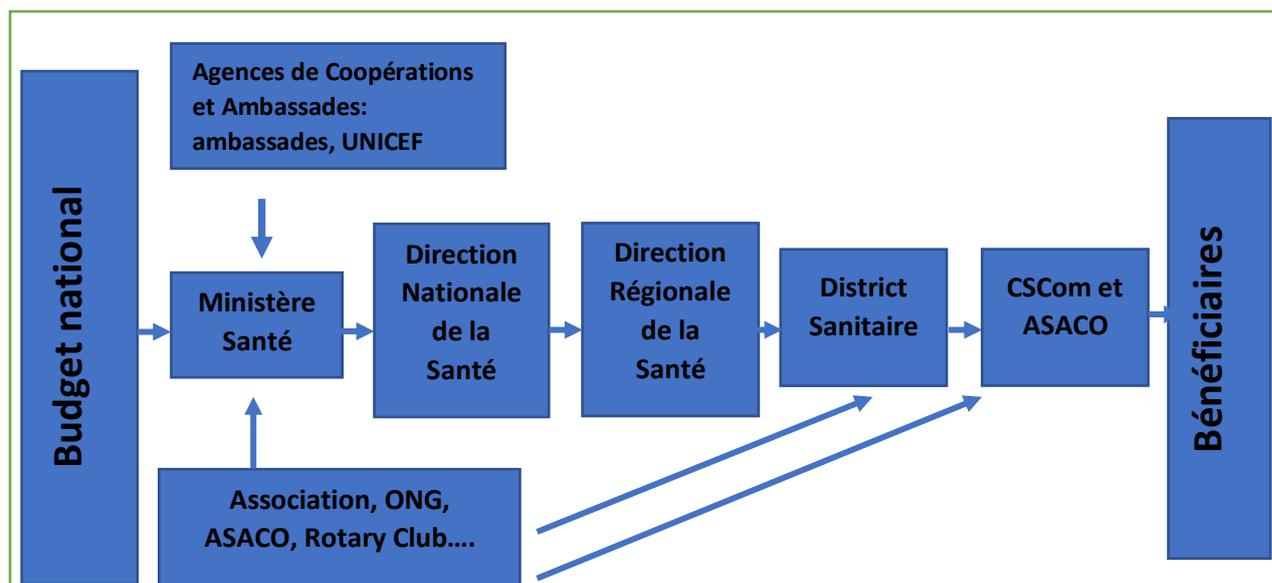
Le Mali, dans sa stratégie de réduction de la mortalité et de la morbidité a mis en place des politiques de gratuité des soins de santé. Ces politiques concernent : l'Onchocercose, la lèpre et la tuberculose (avant 1960), le VIH/SIDA (2004), la césarienne (2005), le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (2007), la fistule obstétricale (2009).

Tableau N°8 : Présentation synthétique du cadre politique et institutionnel

Maladies objets de gratuité des soins	Lois et Textes
Le paludisme	Le 18 juillet 2007, l'ordonnance N°07- 022/P-RM ratifiée par la loi N°07-060 du 30 Novembre 2007 portant création du Programme National de lutte contre le paludisme. La gratuité des soins du paludisme chez les femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans est régis par le décret N°628 /P-RM du 29 novembre 2010
La césarienne	Le décret N°05 -350/P-RM du 04 Aout 2005 relatif à la gratuité de la césarienne, complété par l'Arrêté Interministériel N° 09 0754 fixant les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge gratuite.
Le VIH/SIDA	La déclaration de politique nationale de Lutte contre le VIH/SIDA adoptée le 7 avril 2004 Loi N° 06 - 028/ du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA
La fistule obstétricale	En 2009, une stratégie Nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales a été élaborée au Mali
La tuberculose, la lèpre et l'onchocercose	Des dispositions existent depuis les années 1960 Des textes récents réaffirment l'engagement des autorités en faveur du traitement de ces maladies notamment la loi N°98- 036 du 20 juillet 1998 dans son article 17

Source : enquête CAD-Mali, 2012

Le circuit de financement de ces différentes gratuités se fait comme indiqué dans le schéma suivant :



Source : enquête CAD-Mali, 2012

Les principales sources de financement de ces maladies en 2013 sont consignées dans le tableau ci-dessous.

Tableau N° 9 : Principales sources de financement pour les différentes maladies

Maladies concernées	Sources de financement
Paludisme	Administration publique, Entreprises, Ménages, ISBLSM ¹⁶ , France, Etats-Unis (USAID), Fonds mondial, Banque Mondiale (IDA + BIRD)
VIH/SIDA	Administration publique, ISBLSM, Allemagne, Pays-Bas, Etats-Unis (USAID), Fonds Mondial, ONUSIDA, UNICEF, Bailleurs privés, Autres bailleurs non spécifiés (n.c.a.)
Santé de la Reproduction (SR) : Césarienne, Affections périnatales, ...	Administration publique, Entreprises, Ménages, ISBLSM, Canada, Pays-Bas, Etats-Unis (USAID), UNFPA, UNICEF
Tuberculose	Administration publique, Transferts internes et allocations, Transferts d'origine étrangère, Autres revenus nationaux n.c.a., Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.

Source : Comptes de la santé du mali, édition 2018

En 2018, c'est le reste du Monde (partenaires extérieurs) qui a financé la plus importante part des dépenses de paludisme avec 39,88 % de l'ensemble. Les ménages viennent en deuxième position avec 36,28 %, suivi de l'Administration Publique avec 23,31 %. La même année, les bailleurs de fonds ont financé 79,90% des dépenses du VIH contre 19,66% pour

¹⁶ Institutions sans but lucratif au service des ménages

l'administration publique. Le financement de la SR par unités institutionnelles montre que les fonds proviennent en majorité des fonds extérieurs avec 37,60%, principalement de l'USAID (26,65%) suivi du Canada (4,74%). Pour la lutte contre la tuberculose, 93 % a été mobilisé par l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé¹⁷.

En outre, dans le cadre de la réforme du système de santé au Mali, le Président de la République Ibrahim Boubacar KEITA a annoncé, le 25 février 2019, la gratuité des soins de santé primaire (curatifs et préventifs). Cette annonce couvrait les gratuités suivantes :

- La prise en charge de la santé préventive et curative des enfants de moins de 5 ans ;
- La prise en charge de la santé de la femme enceinte y compris les accouchements ;
- La planification familiale ;
- La prise en charge des premiers soins des urgences ;
- La prise en charge des personnes de plus de 70 ans ;
- La dialyse ;
- La prise en charge des agents de santé communautaires.

Il faut également signaler que depuis déjà plus de trois ans, l'État prend en charge le sérum anti venimeux en cas de morsure de serpent et le vaccin anti rabique en cas de morsure par un chien.

3.14.2. Articulation des autres mécanismes de gratuité avec le RAMED

Les programmes de gratuité sont soutenus par l'État et les partenaires. Leurs cibles ne sont pas caractérisées par le niveau économique, mais par l'apparition de la pathologie concernée et/ou de l'état physiologique de la cible (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes etc.). Les maladies couvertes par ces gratuités sont nombreuses et impliquent plusieurs acteurs. Elles sont très différentes du RAMED qui est du domaine de la protection sociale. Les deux types de gratuité peuvent travailler en synergie et se renforcer mutuellement à travers des cadres de concertation.

Mais si pour une raison quelconque, ces programmes de gratuité doivent être ajoutés au champ d'action du RAMED, dans le cadre de l'opérationnalisation du RAMU, la réalisation de cette initiative nécessite certaines actions incontournables.

- **Évaluation des programmes de gratuité** : cette action est primordiale. Elle doit être en amont de l'intégration de ces gratuités au RAMED. Elle permettra d'apprécier, pour chaque programme, ses forces et ses faiblesses, les goulots d'étranglements, d'identifier les leçons apprises, d'analyser son impact sanitaire et économique, d'analyser les ressources humaines nécessaires, l'approvisionnement et la qualité des intrants (médicaments, consommables), le partenariat autour de la pathologie et de faire des recommandations pour son intégration au RAMED.
- **Revue des textes** : l'intégration des autres gratuités nécessitera la révision des textes du RAMED pour élargir le champ d'action de sa mission aux malades des pathologies

¹⁷ Comptes de la santé du mali, édition 2018

concernées, définir le paquet de service à offrir, identifier les sources de financement etc. Ces nouveaux textes doivent être largement disséminés auprès des acteurs et leur contenu porté à la connaissance des bénéficiaires.

- **Étude sur le financement des gratuits :** certaines de ces gratuits sont fortement supportées par les PTF (coopérations bi et multilatérales, fonds globaux etc.) en plus de la contribution de l'État. Une contribution des autres régimes contributifs (AMO, mutualité) pourrait être envisagée sous forme de '*système de vase communicant*' entre les sources de financement du RAMU.
Pour mieux réfléchir sur ce nouveau mécanisme de financement des gratuits et proposer des approches et stratégies pérennes, une étude s'avère nécessaire.
- **Quantification des cibles et des intrants :** vue la complexité de rassembler toutes les gratuits sous le RAMED et vue le multi partenariat autour de ces gratuits, l'ANAM doit organiser, dans le dernier trimestre de chaque année, un atelier de quantification des objectifs, des cibles et des intrants pour la nouvelle année. Cette activité doit se faire avant l'élaboration du plan d'action annuel de l'ANAM. Cet atelier doit regrouper les experts des différents programmes des pathologies concernées, la DGS, les collectivités, les PTF, les départements ministériels concernés (santé, développement social, finance etc.), les associations des malades et la société civile. Cet atelier servira à quantifier toutes les cibles du RAMED et les intrants nécessaires pour sa mise en œuvre sur des bases objectives et pratiques en tenant compte de l'incidence et des autres spécificités liées à chaque pathologie, de l'évolution de l'environnement social et sanitaire du pays, de la croissance démographique etc.
- **Renforcement de l'ANAM :** l'intégration des autres gratuits entrainera de nouveaux besoins donc nécessitera un renforcement de capacité de l'ANAM en ressources humaines (en quantité et en qualité) et en matériels et équipement.
- **Approvisionnement en intrants :** Les intrants seront achetés et acheminés selon le circuit habituel et doivent être effectués par les structures compétentes du Ministère de la Santé en la matière.

3.15. Bonnes pratiques

Dans la mise en œuvre du régime, quelques **bonnes pratiques** ont été identifiées et méritent d'être renforcées pour le futur. Il s'agit entre autres :

- L'implication des notabilités villageoises dans l'identification des indigents : Cette stratégie communautaire favorise l'adhésion dans le dispositif ;
- L'enrôlement de masse a permis à des indigents vivants dans les zones éloignées de bénéficier le régime même si des efforts complémentaires sont nécessaires ;
- L'exemplarité de certaines collectivités territoriales (régions de Sikasso, Koulikoro, Kayes) dans le paiement de la quote-part.

3.16. Leçons apprises

L'évaluation a permis de retenir les leçons ci-après :

- Le suivi du niveau de satisfaction des bénéficiaires et du paiement des prestataires dans le délai permet d'anticiper les blocages et d'adapter les prestations aux cibles ;
- La mise en place d'un cadre de concertation entre les acteurs (FBR, Santé Sud, Mali Help etc.) opérant dans la prise en charge des indigents permet un partage d'expérience et une meilleure couverture des indigents en termes d'identification et de prestation ;
- L'élaboration d'une définition opérationnelle et consensuelle du concept indigent avec des critères et des scores permettra d'améliorer l'identification des vrais indigents
- Le RAMED a permis de sortir de la gestion ponctuelle des cas d'indigence laissé aux bons vouloirs des maires et a mis en place un dispositif conçu par l'état, permettant de renforcer le principe de solidarité et de cohésion sociale en direction des couches démunies. Le RAMED est une réforme qui a permis à l'État d'innover par rapport aux principes de solidarité en le mettant en lien avec le droit constitutionnel à la protection sociale pour tous les maliens.
- Le RAMED a permis de valoriser les structures en charge de la protection sociale à travers l'identification des indigents, leur proximité avec les populations, l'écoute active qu'il donne aux communautés qui n'ont pas souvent voix au chapitre.
- Derrière toute bonne gouvernance, il y a une redevabilité. Partout où les collectivités présentent leur bilan aux populations sous forme de restitutions publiques, il y a une volonté des populations à contribuer.
- Le leadership communal est primordial. Les collectivités qui sont visionnaires, qui connaissent leurs missions et qui ont des objectifs, quel que soit la taille de leur population, trouvent des ressources financières.
- Un régime non contributif qui bénéficie publiquement du soutien politique des plus hautes autorités, comme ce fut le cas au Maroc, acquière une visibilité et une notoriété dans le pays.
- Un suivi des malades et un suivi des conventions avec les prestataires sont nécessaires pour la bonne marche du RAMED.
- Le RAMED a été l'espoir pour plusieurs familles. Il a sauvé des vies et peut continuer à sauver des vies.
- Souvent, les évaluations ou le fait de poser des questions, amène à réfléchir pour pouvoir donner des éléments de réponse. Ceci amène à déceler et à réfléchir aux insuffisances du système.
- Une bonne communication communautaire et de proximité amène les cibles du RAMED à entamer le processus d'immatriculation avant de tomber malade. L'accent doit être mis sur la communication communautaire.

CONCLUSION

Le système de protection sociale au Mali est établi sur un ensemble de « dispositif fragmenté », cloisonné et déconnecté les uns des autres. Le système n'a pas une approche globale de la dynamique populationnelle. Le dispositif actuel n'a pas créé de passerelle entre les différents niveaux de protection : contributif et non contributif. L'itinéraire des individus (social et professionnel), l'émergence des nouveaux besoins ou des nouvelles cibles (blessés de guerre, victimes de catastrophes naturelles) sont des contraintes qui pèsent sur le RAMED.

On peut affirmer que dans la mise en œuvre du RAMED, l'ingénierie technique a prévalu sur l'ingénierie sociale. Le système est paralysé par sa verticalité. Il a du mal à s'adapter aux mutations sociales, aux contingences.

La mécanique qui a consisté, dans un premier temps, à ce que l'Etat contribue pour 65% et les collectivités 35% a sous-évalué les enjeux qui se jouent au niveau des collectivités territoriales en matière de prise en charge des indigents. L'étude constate que malgré l'augmentation de la contribution de l'Etat de 65% à 85%, il n'y a pas eu un impact réel dans la contribution des collectivités. On peut dire que la prise en charge des indigents n'est pas aujourd'hui une préoccupation majeure des collectivités. Le RAMED a connu des difficultés de mise en œuvre dès sa création en 2009. Ces difficultés sont imputables à son montage institutionnel, son mode de financement et à sa structuration.

Une étude réalisée en 2019, par Laurence Touré et Valery Ridde, sur le RAMED va dans ce sens. Elle souligne les difficultés auxquelles le RAMED est confronté dans sa mise en œuvre : la complexité du montage institutionnel du RAMED ; l'engagement des acteurs, déficit d'information et de financement ; la prise en compte de la perception et des contraintes des personnes très vulnérables.

La convention signée entre la CANAM et les formations sanitaires implique la prise en charge des personnes immatriculées au niveau de l'ANAM. Il y a un écart entre les textes et la prise en charge des indigents sur le terrain, notamment les CSCoM qui constituent le premier niveau d'accès aux soins de santé au Mali.

Il est important dans le contexte actuel de procéder à un toilettage des textes et circonscrire le champ d'action de l'ANAM. La structure a connu un élargissement de son public cible au-delà de ces bénéficiaires initiaux comme prévu par les textes. Le contexte actuel du pays, avec son lot de crises contribue à augmenter de manière significative les cibles du RAMED (PDI, blessés de guerres, victimes de catastrophes...).

La structure vise, d'ici la fin de l'année 2022, à enrôler 3 millions de personnes. L'atteinte de cet objectif implique le renforcement de la capacité des structures pour l'identification et l'accroissement du budget alloué à l'ANAM.

Malgré tout, l'importance et la pertinence du RAMED font qu'il doit être maintenu comme un des principaux piliers dans la mise en œuvre du RAMU.

RECOMMANDATIONS

A la base des constats, l'évaluation formule les recommandations suivantes :

Législatif

- Procéder à la refonte des textes pour faire face aux divergences des paramètres entre régimes ;
- Remettre l'ANAM dans ses prérogatives comme stipulé dans l'article 2 de la loi N°09031 du 27 juillet 2009.
- Réfléchir sur la participation ou l'implication de l'ANAM au relèvement économique des indigents.
- Réfléchir sur une plus grande implication de l'ANAM au processus d'identification des indigents ;
- Procéder à une harmonisation des textes et lois et circonscrire le champ d'action du RAMED ;
- Réfléchir sur la durée de validité du récépissé (RAMED) et de son renouvellement sur la base d'une évaluation du statut économique de l'indigent,
- Créer des passerelles entre régimes dans le cadre de la mise en place prochaine du RAMU ;

Gouvernance

- ✓ Repenser le leadership, le lobbying, et diversifier le partenariat pour plus de financement et d'efficacité ;
- ✓ Mettre en place une stratégie de mobilisation de ressources ;
- ✓ Elaborer un document de planification stratégique.

Organisationnel

- Procéder à l'implémentation d'un système d'information intégrant la santé, le développement social et collectivités territoriales ;
- Mettre en place un parcours coordonné des soins ;
- Étendre la liste des médicaments RAMED aux spécialités pour une meilleure prise en charge des malades et ne de pas les conditionner à la non-disponibilité du DCI.

Financier :

- Mettre en place une nouvelle stratégie de remboursement des prestations : fixation des prix, remboursement, médicaments ;
- Adopter le modèle de budget normé en tenant compte des besoins réels de l'ANAM.
- Mettre en place un mécanisme contraignant qui incite les collectivités à payer leur quote-part.

Suivi-évaluation

- Elaborer un plan de Suivi Evaluation pour le RAMED ;
- Procéder à l'évaluation du panier de soins actuel ;
- Renforcer le système de Suivi et Evaluation des bénéficiaires et des prestataires ;

- Mettre en place un mécanisme de formation continue des acteurs de mise en œuvre du RAMED pour mieux comprendre le fonctionnement du système, les procédures, l'évolution du contexte et des droits.

Communication et partenariat

- Renforcer l'impliquer les leaders communautaires et religieux dans l'identification des indigents ;
- Mettre en place une stratégie de communication à l'endroit des prestataires et des collectivités territoriales ;
- Renforcer l'information et la sensibilisation auprès des cibles à travers des stratégies de communication de proximité ;
- Renforcer la communication sur le RAMED au niveau des formations sanitaires à travers des aides visuelles ;
- Redynamiser le partenariat entre l'ANAM et les partenaires notamment les prestataires de proximité (CSCoM, pharmacies privées etc.) à travers un remboursement diligent en vue de rapprocher les services aux cibles ;
- Redynamiser le cadre de concertation entre l'ANAM et les différents acteurs (Santé, Développement Social, Collectivités Territoriales ...).

BIBLIOGRAPHIE

1. Alain Tournmy et Birama Djan Diakité, Etude pour la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire et du Fonds d'ASSISTANCE Médicale, Rapport du Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes âgées, Avril 2013 ;
2. ANAM, Compte Rendu, 19^{ème} Session Ordinaire du Conseil d'Administration, Janvier 2022 ;
3. ANAM, Rapport Financier, Stratégie de Communication 2022-2024 ;
4. Birama Djan Diakité et al pour l'International Health Economics Association (IHEA) intitulé ; La Protection Financière en Santé au Mali, faible, source d'iniquité et d'inefficience ; en 2018.
5. Cellule de planification et de statistique (CPS) secteur santé, développement social et promotion de la famille, Comptes de la santé du Mali, édition 2018, Décembre 2020
6. Comptes de la santé édition 2013.
7. Diakité et al, La Protection Financière en Santé au Mali, faible, source d'iniquité et d'inefficience ; 2018
8. Enquête Démographique et de Santé-Mali, 2018.
9. https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/eq/ranuel20_eq.pdf
10. L'Etat des lieux du Système de financement de la santé 2011.
11. Laurence Touré & Valéry Ridde, Au Mali, la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est confrontée à des difficultés largement imputables à son montage institutionnel et technique initial, 2019
12. Laurence Touré, Une nouvelle politique publique de financement de la Santé dans le cadre de la couverture universelle au Mali, Bamako, juin 2019
13. Les Comptes Nationaux de la Santé éditait 1992, 2006 et 2013.
14. Manuel de procédures administratives, opérationnelles, financières et comptables, Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) ;
15. Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées, Rapport National Sur Le Développement Humain Durable, Edition 2012
16. Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord République du Mali, Politique Nationale de Protection Sociale, 2015
17. Patrick Pascal Saint Firming et Birama Djan Diakité, Mali Health Financing, Juin 2019.
18. Références- Coûts récurrents des dépenses de santé 1987.
19. Seriba Traoré, Le régime d'Assurance Maladie Universelle au Mali et la délégation de gestion, CANAM.
20. Système Local d'Information Sanitaire, 2018.
21. Valéry Ridde et Jean Pierre Jacob, les indigents et les politiques de santé en Afrique, expériences et enjeux conceptuels, Academia l'Harmattan, 2016
22. World Food Programme, Mali, Mise en place d'une protection sociale efficace pour les zones touchées par le conflit chocs, juin 2019,

ANNEXES

LOI N°09-030/DU 27 JUILLET 2009 PORTANT INSTITUTION DU RÉGIME D'ASSISTANCE MÉDICALE

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté en sa séance du 23 juillet 2009 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I : DES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I : DE L'OBJET

Article 1^{er} : Il est institué, conformément aux dispositions de la présente loi, un Régime d'Assistance Médicale, en abrégé RAMED, au profit des personnes visées aux articles 5 et 6 ci-dessous pour la prise en charge des frais de soins de santé qui leur sont dispensés dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé, les centres de santé de référence, les centres de santé communautaires, les établissements publics d'analyses médicales et les services de santé relevant de l'Etat ou ayant signé une convention avec le Ministère de la santé.

CHAPITRE I : DES DÉFINITIONS

Article 2 : Pour l'application des dispositions de la présente loi, il faut entendre par :

- **Conventionnement :** acte consistant à établir un contrat entre le Régime d'Assistance Médicale et les Prestataires des soins de santé.
- **Indigent :** toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale.
- **Maladie :** toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
- **Médecin Conseil :** praticien exerçant un contrôle médical pour le compte d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire ou complémentaire.
- **Régime d'Assistance Médicale :** dispositif public non contributif qui assure la couverture du risque maladie des personnes indigentes.
- **Risque :** événement susceptible de supprimer ou de diminuer la capacité de gain d'un assuré social (maladie), ou encore d'augmenter ses charges (maternité).
- **Système de tiers payant :** mécanisme de facilité de paiement dans lequel le Régime d'Assistance Médicale paye directement aux prestataires de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire.

CHAPITRE III : DES PRINCIPES

Article 3 : Le Régime d'Assistance Médicale est fondé sur les principes de la solidarité nationale et du tiers payant au profit des indigents.

Les personnes éligibles au Régime d'Assistance Médicale doivent être couvertes sans discrimination aucune due à l'âge, au sexe, leurs antécédents pathologiques ou à leurs zones de résidence.

TITRE III : DE L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 4 : La gestion du Régime d'Assistance Médicale est assurée par un organisme public.

TITRE III : DES BÉNÉFICIAIRES

Article 5 : Bénéficient des prestations du Régime d'Assistance Médicale dans les conditions fixées par décret pris en Conseil des Ministres les personnes qui ne sont pas couvertes par tout autre système d'assurance et qui sont reconnues indigentes et leurs ayants droit à charge.

Sont considérées comme ayants droit à charge :

- le (s) conjoint (s) ;
 - les enfants âgés de moins de 14 ans ;
 - les enfants âgés de 14 ans à 21 ans s'ils poursuivent des études ;
 - les enfants handicapés, quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée.
- Article 6 :** Sont admis de droit au bénéfice de l'assistance médicale :
- les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelins, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille ;
 - les pensionnaires des établissements pénitentiaires ;
 - les personnes sans domicile fixe.

Article 7 : La qualité de bénéficiaire de l'assistance médicale est prononcée à la demande de l'intéressé par le Maire après avis des services techniques en charge de la solidarité dans les conditions et selon les modalités fixées par arrêté conjoint du Ministre en charge de la protection sociale et du Ministère chargé de l'Administration Territoriale.

L'octroi de cette qualité donne droit à la prise en charge totale des frais inhérents aux prestations couvertes par le Régime d'Assistance Médicale.