



**UNION TECHNIQUE DE LA MUTUALITE MALIENNE (UTM)**

Version finale

# **ETUDE DE CAPITALISATION**

Expériences réussies en matière de  
Couverture Maladie Universelle par  
l'Union Technique de la mutualité  
Maliennne : Cas de Mopti

Amélioration de l'accessibilité financière  
aux soins de santé

## Table des matières

---

TABLE DES MATIERES .....	2
I. INTRODUCTION .....	4
<b>a) CONTEXTE DU PADSS II.....</b>	<b>4</b>
II. DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE MUTUALISTE .....	7
<b>1. Cadre de référence .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Zone d'intervention.....</b>	<b>7</b>
a) Organisation administrative de la région de Mopti.....	7
b) Situation de l'offre de soins.....	8
c) Situation des mutuelles de santé .....	9
d) Organisation administrative du Cercle de Mopti.....	10
e) Organisation administrative du Cercle de Bandiagara .....	11
f) La composante 2 du PADSS II .....	12
<b>3. Mode opératoire de l'UTM.....</b>	<b>13</b>
a) Restructuration des organisations mutualistes .....	13
b) Le renforcement des mécanismes de financement .....	15
c) Le renforcement des capacités des acteurs .....	16
III. PROCESSUS DE CREATION D'UNE MUTUELLE DE CERCLE .....	18
<b>a) Les étapes du processus .....</b>	<b>18</b>
<b>Président (e).....</b>	<b>27</b>
<b>Rapporteur.....</b>	<b>27</b>
<b>2<sup>ème</sup> Contrôleur .....</b>	<b>27</b>
<b>3<sup>ème</sup> Contrôleur .....</b>	<b>27</b>
<b>b) Points d'attentions .....</b>	<b>44</b>
IV. PROFESSIONNALISATION DE LA GESTION .....	45
<b>a) Fondement.....</b>	<b>45</b>
<b>b) Démarche.....</b>	<b>45</b>
<b>c) Points d'attention .....</b>	<b>46</b>

d)	<b>Ecueils à éviter .....</b>	<b>47</b>
V.	LE SERVICE DE MEDECINS CONSEILS.....	48
a)	<b>Fondement.....</b>	<b>48</b>
b)	<b>Démarche.....</b>	<b>49</b>
c)	<b>Points d'attention .....</b>	<b>51</b>
d)	<b>Ecueils à éviter .....</b>	<b>51</b>
VI.	LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION AVEC L'OFFRE DE SOINS.....	52
a)	<b>Fondement.....</b>	<b>52</b>
b)	<b>Principes.....</b>	<b>52</b>
c)	<b>Suivi et le contrôle.....</b>	<b>53</b>
d)	<b>Points d'attention .....</b>	<b>57</b>
VII.	LA DEFINITION DU PANIER DE PRESTATIONS.....	58
a)	<b>Les considérations majeures .....</b>	<b>58</b>
b)	<b>Processus .....</b>	<b>58</b>
c)	<b>Points t'attention .....</b>	<b>59</b>
VIII.	ADHESION ET COFINANCEMENT DES COTISATIONS .....	59
IX.	ANALYSE S.W.O.T DE L'ASSURANCE MALADIE MUTUALISTE DANS LA REGION DE MOPTI .....	61
X.	CONCLUSION .....	63

## I. Introduction

---

### a) CONTEXTE DU PADSS II

Une part très importante de la population Malienne se trouve dans une situation de vulnérabilité grave face au risque maladie, particulièrement les travailleurs du secteur informel et les populations en milieu rural. La crise socio- politique et sécuritaire que le Mali a connue en 2012 a fragilisé le système de santé du pays en général et celui de la région de Mopti en particulier. Face à cette fragilité, les besoins des populations des autres régions du Nord avaient fait un déplacement important sur la région de Mopti qui a rendu encore difficile l'accès aux soins. Face à ces problèmes auxquels la région de Mopti a été confrontée, l'AFD avait décidé d'assurer la gratuité des soins maternels et infantiles à cette couche de la population. L'arrivée des premiers acteurs de l'AFD a coïncidé juste avec la fin du processus d'élaboration de la politique de financement de la santé au Mali qui vise les mêmes objectifs que l'AFD sauf que le Gouvernement vise à moyen et long terme d'intégrer toutes les gratuités accordées par l'Etat dans le dispositif de financement en injectant les ressources nécessaires aux organismes gestionnaires pour l'achat des prestations. En matière de couverture contre le risque maladie, le Mali a opté pour trois mécanismes à savoir **l'AMO, le RAMED et les mutuelles de santé** pour la grande majorité de la population (celle se retrouvant dans les secteurs de l'économie informelle et du monde rural). Ce qui a amené l'AFD après les études préliminaires à entamer des réunions conjointes entre les ministères du secteur de la santé (MSHP ; MSAHRN, MPFEF) et l'UTM jusqu'à l'aboutissement du projet.

L'Agence Française de Développement dans son volet santé avait inscrit après la crise de 2012 la prise en charge des soins de santé des femmes en âge de procréer et des enfants de moins de 5 ans de la région de Mopti. Le choix de ladite région s'explique d'une part par :

- ✚ **La mise en œuvre de la première phase du projet dont les acquis peuvent être renforcés par la phase II et**
- ✚ **D'autre part, le fait qu'elle ait été une zone de forte concentration des populations déplacées du Nord.**

La logique première du projet (PADSS II) à Mopti était de mettre en place un système de prise en charge gratuite des soins maternels et infantiles des populations de la région de Mopti et notamment dans deux (2) ou trois (3) districts.

Les premières rencontres entre l'AFD et l'Etat Malien à travers les Ministères de la santé et de l'hygiène publique (MSHP), de la solidarité de l'action humanitaire et de la reconstruction du Nord (MSAHRN) ont permis au partenaire de s'inscrire dans une phase pilote de mise en œuvre de la politique de financement de la santé que le pays venait juste d'élaborer.

**Le projet comporte trois composantes à savoir :**

- La composante 1, axée sur le renforcement de l'offre à travers le renforcement de la qualité de l'offre de soins (Infrastructures, équipements, renforcements des capacités du personnel etc.) et,
- La composante 2, qui se focalisera sur l'organisation de la demande à travers le développement des mutuelles de santé.
- La troisième est un appui institutionnel visant le renforcement des capacités du niveau central et déconcentré avec plusieurs thématiques d'intérêts, dont la planification et la supervision, l'appui à la réflexion sur la Couverture Santé Universelle et la capitalisation des expériences innovantes testées dans le cadre du Programme.

En février 2015 une convention de financement entre la République du Mali et l'AFD (***Convention N°CML 13 11 01 N et 02 P du 17 février 2015***) définissant les dispositions de l'utilisation d'un financement de 13 millions d'euros rendus disponibles par l'AFD à partir de deux sources de financement :

- ✓ **Fonds MUSKOKA pour renforcer l'offre de soins de santé maternelle et infantile ;**
- ✓ **Initiative Santé Solidarité Sahel (ISS) pour accompagner les mécanismes solidaires de financement de la santé.**

Prévu pour une durée de 4 ans (2015-2019), le PADSS a connu une prolongation jusqu'au terme de l'année 2022, avec cependant une date limite de versement des fonds fixée au 31/12/2021. La mise en œuvre du programme a impliqué le Ministère de la Santé et du Développement Social et le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille.

Au niveau de la conduite des activités, l'Expertise France, AGETIER et l'Union Technique de la mutualité ont été responsabilisés sur différentes composantes.

Une première étude diagnostique avait permis de choisir les districts de Mopti et de Bankass. Le choix avait été fait en fonction de critères<sup>1</sup> définis avec la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Mopti dont :

- ❖ Le maintien d'une certaine équité entre zones exondées et inondées, et entre le milieu rural et le milieu urbain ;
- ❖ La présence d'un Centre de Santé de Référence (CSRéf) d'ores et déjà fonctionnel ou sur le point de l'être ;
- ❖ La dynamique communautaire et mutualiste préalablement en place ;
- ❖ L'existence d'une agence bancaire au chef-lieu du Cercle ;
- ❖ Le niveau de sécurité acceptable ;
- ❖ L'accessibilité physique raisonnable ;
- ❖ La fonctionnalité de l'Equipe Cadre de cercle.

A ces critères, s'ajoute la taille de la population car les deux cercles couvraient à peu près un tiers de la population totale de la région ce qui donnait une bonne base pour l'expérimentation.

Un atelier avait été organisé par le consultant Docteur Hubert Baliqie afin de déterminer les conditions nécessaires pour mettre en place le processus d'accréditation des structures de Santé de la zone de couverture du projet et qui a regroupé les DRS et DRDSES des deux cercles.

Au même moment, il a été constaté que l'ONG « MUSO » qui depuis sa création était présente uniquement au niveau du quartier Yirimadio de Bamako, a décidé d'élargir son champ d'intervention au district de Bankass sur 15 aires de santé prévues sur 22 au total qui débutait avec 8 aires de santé en 2014. Du coup, ce district n'était plus pertinent dans la mesure où cette ONG offre la gratuité à sa population cible du niveau CSCOM jusqu'à l'Hôpital du niveau régional. Ce qui a permis de remplacer le cercle de Bankass par celui de Bandiagara en concertation entre les DRS et DRDSES de la région de Mopti.

---

<sup>1</sup>Référence : Etude de faisabilité du projet « d'Amélioration de la santé maternelle et infantile au Mali », AEDES, août 2014

## II. Développement de l'Assurance Maladie Mutualiste

---

### 1. Cadre de référence

Ce projet servira à mettre en œuvre la politique de financement de la santé validé sur le plan technique en 2013 en tenant compte des leçons apprises lors de la mise en œuvre de la phase pilote de la Stratégie Nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. Il vise l'amélioration de la couverture santé pour les populations de la région de Mopti et notamment des cercles de Mopti et de Bandiagara. Il expérimentera toutes les fonctions prévues dans la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les mutuelles de santé dont la collecte et le management des ressources, l'achat de services, la régulation, le suivi et l'évaluation du processus.

Cependant, compte tenu des leçons tirées lors de la mise en œuvre de la phase pilote de la SNEM, ce projet va tester la modification de certaines de ces axes :

- ) En termes de structuration des mutuelles, il sera procédé d'abord à la mise en place d'une mutuelle interprofessionnelle par cercle puis ses sections dans chacune des communes des deux cercles ;
- ) La mise en place d'un circuit de financement permettant de collecter aussi bien la contribution de l'Etat, celle des bénéficiaires et de l'AFD sur la base d'un rapport trimestriel qui sera produit par l'UTM et qui sera la base de calcul des subventions pour le trimestre suivant ;
- ) Un service de Médecin-conseil sera déployé dans chacun des deux Cercles afin de contrôler en amont et en aval la qualité des prestations, puis accompagnera le système en place en termes de gestion du risque.

### 2. Zone d'intervention

#### a) Organisation administrative de la région de Mopti

La région de Mopti est la cinquième région administrative du Mali. Elle s'étend sur 79.017 km<sup>2</sup> soit 6,37% du territoire national. Son chef-lieu est la ville de Mopti. Elle est située au centre du Mali et subdivisée en 8 Cercles (Bandiagara, Bankass, Djenné, Douentza, Koro, Mopti, Ténenkou, Youwarou) et 108 communes dont 5

urbaines et 103 communes rurales. La population de la Région est estimée à 2.720.999 habitants en 2018 et 2.999.365 habitants en 2021 soit 37,96 hbts au Km<sup>2</sup>.

Elle est limitée :

- ✚ Au nord par la région de Tombouctou,
- ✚ A l'ouest par la région de Ségou,
- ✚ Au sud-ouest par la région de Sikasso et
- ✚ Au sud-est par le Burkina Faso.

Cercles	Habitants	Communes urbaines	Communes rurales
<b>Mopti</b>	492 970	1	14
<b>Bandiagara</b>	418 873	1	20
<b>Bankass</b>	353 822	0	12
<b>Djenné</b>	278 504	1	11
<b>Douentza</b>	329 567	1	14
<b>Koro</b>	484 527	0	16
<b>Téenkou</b>	217 716	1	9
<b>Youwarou</b>	145 020	0	7
<b>TOTAL</b>	<b>2 720 999</b>	<b>5</b>	<b>103</b>

#### b) Situation de l'offre de soins

L'offre de soins est constituée de :

- ) 1 Etablissement Public Hospitalier (Hôpital Sominé DOLO)
- ) 8 Centres de Référence de cercle (Districts sanitaires)
- ) 174 CSCom fonctionnels,
- ) Des structures parapubliques constituées essentiellement par les dispensaires de l'INPS, de la garnison militaire à Sévaré, des structures privées et confessionnelles.



**c) Situation des mutuelles de santé**

La région de Mopti, en fin 2014, comptait **19 mutuelles agréées avec 1 925 adhérents pour 2 753<sup>2</sup> bénéficiaires à jour de leurs cotisations**. Les mutuelles étaient réparties dans les Cercles comme suit :

<b>Cercles</b>	<b>Nombre de mutuelles agréées</b>	<b>Noms de mutuelles agréées</b>
Mopti	6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. MUDEC Mopti,</li> <li>2. Kènèya SO",</li> <li>3. MIPROMO,</li> <li>4. Koloni,</li> <li>5. Hinne Dow Cell de Konna,</li> <li>6. Cellal wari de Socoura</li> </ol>
Bandiagara	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. KU-GALA de Bandiagara central,</li> <li>2. Djamdjéré de Sangha,</li> <li>3. Djoorou Nanou de Dourou,</li> </ol>
Bankass	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seno Cellal" de Diallassagou,</li> <li>2. Gatere Kamonu de Bankass et</li> <li>3. « Jecele » de Dimbal-habé</li> </ol>
Djenné	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SUMA" de Djenné,</li> <li>2. Kénéya Nisigi Ton de Sofara,</li> </ol>
Douentza	0	-
Koro	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Djan Monu" de Dangatènè,</li> <li>2. Doumnokene de Bargou</li> </ol>
Téenkou	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Holan KIEME de Dia,</li> <li>2. Kénéya Gnesigui Ton de Diafarabé</li> </ol>
Youwarou	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nuygal Cellal de Youwarou</li> </ol>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	

<sup>2</sup> Source : Base de données DNPSES (situation des mutuelles de la région de Mopti en décembre 2014)

#### d) Organisation administrative du Cercle de Mopti

Au démarrage de l'expérimentation en 2016, le cercle de Mopti était subdivisé en 15 communes dont une (1) urbaine, de 9 quartiers et de 252 villages soit un total de 261 quartiers/Villages.

<b>Cercle de Mopti</b>				
<b>N°</b>	<b>Nom Communes</b>	<b>Population 2015</b>	<b>Nbre de Villages/ Quartiers</b>	<b>Couverture en mutuelles de santé</b>
1	Mopti	149 340	9	3 petites mutuelles sur la commune
2	Bassirou	2 124	5	Pas de mutuelle
3	Borondougou	9 978	5	Pas de mutuelle
4	Dialloubé	38 264	21	Pas de mutuelle
5	Fatoma	18 435	24	Pas de mutuelle
6	Konna	45 487	28	Mutuelle sur une aire de santé
7	Korombana	36 772	32	Pas de mutuelle
8	Koubaye	8 124	8	Pas de mutuelle
9	Kounari	19 148	33	Pas de mutuelle
10	Ouro-Modi	4 115	4	Pas de mutuelle
11	Ouroubé-Doudé	15 114	9	Pas de mutuelle
12	Sasalbé	7 413	9	Pas de mutuelle
13	Sio	29 834	20	Mutuelle sur une aire de santé
14	Socoura	45 726	28	Mutuelle sur une aire de santé
15	Soye	26 240	26	Pas de mutuelle
<b>Total Cercle-Mopti</b>		<b>456 114</b>	<b>261</b>	<b>4 communes pourvues de mutuelles sur les 15 du cercle</b>

### e) Organisation administrative du Cercle de Bandiagara

Au démarrage de l'expérimentation en 2016, le Cercle de Bandiagara comptait 21 communes dont une (1) urbaine, de 8 quartiers et 407 villages soit un total de 415 quartiers/Villages.

<b>Cercle de Bandiagara</b>				
N°	Nom Communes	Population 2015	Nbre de Villages/Quartiers	Couverture en mutuelles de santé
1	Bandiagara	21 224	8	Mutuelle sur une aire de santé
2	Bara Sara	18 587	23	Pas de mutuelle
3	Borko	8 693	5	Pas de mutuelle
4	Dandoli	11 843	14	Pas de mutuelle
5	Diamnati	16 256	10	Pas de mutuelle
6	Dogani-Béré	5 464	5	Pas de mutuelle
7	Doucombo	25 760	24	Pas de mutuelle
8	Dourou	24 139	29	Mutuelle sur une aire de santé
9	Kendé	4 607	5	Pas de mutuelle
10	Kendié	31 506	35	Pas de mutuelle
11	Lowol-Gueou	11 074	20	Pas de mutuelle
12	Metoumou	17 329	23	Pas de mutuelle
13	Ondougou	6 994	9	Pas de mutuelle
14	Pélou	5 375	4	Pas de mutuelle
15	Pignari	19 860	20	Pas de mutuelle
16	Pignari Bana	37 190	23	Pas de mutuelle
17	Sangha	38 079	57	Mutuelle sur une aire de santé
18	Segué-Iré	18 374	17	Pas de mutuelle
19	Soroly	9 021	9	Pas de mutuelle
20	Timniri	21 736	27	Pas de mutuelle
21	Wadouba	34 445	48	Pas de mutuelle
<b>Total Cercle-Bandiagara</b>		<b>387 556</b>	<b>415</b>	<b>3 communes pourvues de mutuelles sur les 21 du cercle</b>

## **f) La composante 2 du PADSS II**

L'objectif général du PADSS Mopti II est d'améliorer la santé maternelle, infanto-juvénile et les services de planification familiale, dans la région de Mopti.

La mise en œuvre de la composante 2 du programme à savoir « l'accessibilité financière aux soins de santé » vise à tester les mécanismes proposés dans le document de politique de financement de la santé au Mali. Il s'agira d'améliorer la couverture du risque santé pour les populations cibles.

Les objectifs spécifiques du projet seront de :

- )] Renforcer la disponibilité et la qualité de l'offre de soins (inciter les structures de santé vers une démarche qualité en allant progressivement vers une accréditation), en particulier au niveau des Centres de santé communautaire (CSCOM) et de l'hôpital régional ;
- )] Améliorer l'accessibilité financière aux soins, en étendant la couverture du risque maladie (CRM) pour les secteurs rural et de l'économie informelle à travers le développement des mutuelles ;
- )] Renforcer les capacités des ministères impliqués (MSHP, MSAHRN, MPFEF) au niveau central et déconcentré, dans leurs missions de planification et de supervision.

Pour la composante 2, il s'agira pour l'UTM de :

- Renforcer la structuration des mutuelles et de leurs structures faîtières afin qu'elles remplissent efficacement leurs rôles ;
- Déterminer les critères de subventionnement par l'Etat (50%) et l'AFD (30%) de la cotisation ;
- Définir un paquet harmonisé de prestations de base pour la CMU ;
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication visant à améliorer les connaissances et compréhension de la couverture mutualiste et devant permettre une appropriation et adhésion de la population ;
- Élaborer des mécanismes pertinents d'évaluation des performances des mutuelles ;
- Renforcer la synergie d'actions entre les acteurs clés pour une mise en cohérence de leurs interventions et une conformité avec la CMU.

La phase pilote de cette politique de financement de la santé au Mali ici proposée à une durée de cinq (5) ans, pour un montant total de **huit milliards cinq cent vingt-sept millions quatre cent quarante un mille (8 527 441 000) francs CFA soit 13 millions d’euros** dont 35% environ pour la composante 2 soit **2 984 604 350 francs CFA**.

### 3. Mode opératoire de l’UTM

Le cadre logique du projet constituera le tableau de bord de la présente intervention. Il s’articule autour des interventions suivantes :

- ) La création de nouvelles mutuelles de District au niveau des deux (2) cercles ;
- ) La restructuration des mutuelles de santé existantes en sections communales
- ) La mise en place des sections dans les autres communes des 2 cercles ;
- ) Le renforcement des mécanismes de financement des mutuelles ;
- ) Le renforcement des capacités des acteurs ;
- ) Le renforcement de la communication ;
- ) Le renforcement du partenariat ;
- ) Le suivi-évaluation des mutuelles.

#### a) Restructuration des organisations mutualistes

Dans chacun des deux cercles d’intervention, une mutuelle interprofessionnelle de cercle a été créée sur la deuxième année du PADSS II. Plus précisément le 21 mars 2017 pour le Cercle de Mopti et le 23 mars 2017 pour celui de Bandiagara.

Dix (10) communes soit cinq (5) à Mopti et cinq (5) à Bandiagara ont été choisies selon les critères dans un premier temps pour déployer les animateurs gestionnaires en vue d’assurer la sensibilisation, l’adhésion et la collecte des cotisations dans les différents villages.

Les Mutuelles des Cercles de Mopti & de Bandiagara et leurs sections dans les différentes communes ont été mises en place suivant le calendrier ci-dessous :

Nom Cercle	Nombre de Mutuelles et de sections communales mises en place par an										Total	
	2016		2017		2018		2019		2020			
<b>Cercle de Mopti</b>	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com
<b>Total-Mopti</b>	0	0	1	5	0	0	0	10	0	0	1	15
<b>Cercle de Bandiagara</b>	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com	Mut Cercle	Secti com
<b>Total-Bandiagara</b>	0	0	1	5	0	0	0	16	0	0	1	21
<b>Total Mopti &amp;</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>36</b>

NB : Mut Cercle = mutuelle de Cercle ; Secti- com = sections communales ; Bgara : Bandiagara.

Au cours de la mise en œuvre du PADSS II Mopti, Deux (2) Mutuelles interprofessionnelles de Cercles et trente-six (36) sections de communes ont été mises en place dans les 2 Cercles d'intervention du programme sur la base de critères relatifs entre autres :

- ) A la dynamique communautaire,
- ) Au renforcement de l'offre de soins qui constitue la composante 1 du programme et
- ) À la taille de la population.

Ces Mutuelles et sections communales de mutuelles ont été créées au terme de la 1<sup>ère</sup> année, en raison de 15 sections dans le cercle de Mopti et 21 sections dans le cercle de Bandiagara.

Les actions suivantes ont été réalisées sur les cinq (5) années du PADSS II en termes de création de mutuelles de Cercle et de restructuration de mutuelles existantes ou de la mise en place de sections communales dans les Communes non pourvues de mutuelles.

#### District sanitaire de Mopti

N°	Commune d'implantation	Mutuelles restructurées en sections communales	Sections communales mises en place
1	Commune de Mopti	X	
2	Bassirou		X
3	Borondougou		X
4	Dialloubé		X
5	Fatoma		X
6	Konna	X	
7	Korombana		X
8	Koubaye		X
9	Kounari		X
10	Ouro-Modi		X
11	Ouroubé-Doudé		X
12	Sasalbé		X
13	Sio	X	
14	Socoura	X	
15	Soye		X

<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>11</b>
--------------	----------	-----------

**District sanitaire de Bandiagara**

<b>N°</b>	<b>Commune d'implantation</b>	<b>Mutuelles restructurées en sections communales</b>	<b>Sections communales mises en place</b>
1	Bandiagara	X	
2	Bara Sara		X
3	Borko		X
4	Dandoli		X
5	Diamnati		X
6	Dogani-Béré		X
7	Doucombo		X
8	Dourou	X	
9	Kendé		X
10	Kendié		X
11	Lowol Gueou		X
12	Metoumou		X
13	Ondougou		X
14	Pélou		X
15	Pignari		X
16	Pignari Bana		X
17	Sangha	X	
18	Segué-Iré		X
19	Soroly		X
21	Tinniri		X
21	Wadouba		X
<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>18</b>

**b) Le renforcement des mécanismes de financement**

Les ressources financières des deux (2) mutuelles de Cercles et des 36 sections communales proviennent prioritairement des cotisations de leurs membres.

Cependant, en vue d'inciter le développement de l'assurance sociale à travers les mutuelles de santé et de généraliser la couverture du risque maladie au profit de la majorité des populations cibles, le Gouvernement et l'AFD ont apporté une contribution financière respectivement de 50% du taux de cotisations mutualistes (4325 FCFA/bénéficiaires/an) et 30 % soit (2595 FCFA/bénéficiaires/an) en termes de cofinancement de la cotisation, visant à remédier à la faible capacité contributive des populations mutualistes d'une part et a bénéficié des services de prise en charge financière à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ces contributions de l'Etat étaient assurées par le **Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS) à travers la DNPSES.**

#### ) **Processus de déterminations des contributions au titre du cofinancement**

Le mécanisme consiste pour l'UTM de transmettre à la DNPSES à la fin de chaque exercice la situation des effectifs et des cotisations versées par les bénéficiaires (liste exhaustive). La Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DRDSES) procède à un pointage contradictoire sur la base des documents de cotisation des mutuelles et des souches des différents reçus de paiement des cotisations par les bénéficiaires. Cette mission l'a été déléguée par la DNPSES.

Après les vérifications un rapport de pointage contradictoire est établi et signé par le Directeur Régional du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DRDSES) et le Coordinateur UTM/PADSS II Mopti et transmis par la suite à la DNPSES. Ce rapport détermine la part de l'Etat à travers l'application d'un indice de 2,5 au montant payé par les mutualistes et la part de l'AFD avec application d'un indice de 1, 5 sur les montants des cotisations versées par les mutualistes.

#### ) **Processus de mobilisation du cofinancement**

Sur la base du rapport de pointage contradictoire l'appel de cotisation est adressé à l'AFD via la Direction des Finances et des Matériels (DFM) du Ministère de la Santé et du Développement Social, après approbation du MSDS à travers la DNPSES. Le versement est effectué du compte de l'AFD au compte du projet AFD ouvert par l'UTM à l'agence BDM de Mopti.

Pour ce qui de la part de l'Etat elle était mobilisée par la DNPSES à travers la DFM mais depuis la création de l'Agence Nationale de la mutualité Sociale (AMAMUS) c'est elle qui mobilise le cofinancement de l'Etat.

#### **c) Le renforcement des capacités des acteurs**

L'UTM apporte une assistance technique de proximité aux mutuelles et sections communales, à travers le service d'Animateurs gestionnaires pour mettre en œuvre les activités d'information, de sensibilisation, d'adhésion et de suivi des prestations dans tous les villages de leur commune



d'implantation. Une fiche de poste détaillant les tâches et les objectifs assignés sont discutés entre l'UTM et les animateurs recrutés avant leur prise de fonction, et chaque gestionnaire est évalué à la fin de chaque trimestre.

A ce titre, une convention de partenariat a été signée entre l'Etat à travers le MSAHRN et l'UTM. Cette convention précise les responsabilités des différentes parties, les modalités d'utilisation des moyens mis à disposition par l'Etat pour effectuer le travail de développement de l'assurance maladie mutualiste pour la durée du programme (5 ans).

Cette convention a été complétée par un contrat d'objectifs et de moyens d'un an révisable selon les besoins. Ce contrat fixe le contenu et le coût du panier de prestations à diffuser, le ticket modérateur à appliquer et le coût de gestion à mettre à la disposition de l'UTM pour assurer cette mission de service public.

### III. Processus de création d'une mutuelle de cercle

---

Première expérience en République du Mali, la création des mutuelles de cercles était un challenge à plusieurs titres. Aucun exemple n'existait auquel on pouvait se référer tant dans le processus de création, de gestion et de suivi. C'est pour cette raison qu'avant le début du processus que l'équipe du niveau national composé de la DNPSSES et de l'UTM ont rencontré l'ensemble des mutuelles existantes et des structures, les autorités régionales et des cercles d'intervention afin de partager le mode opératoire et solliciter l'ensemble des acteurs pour la réussite de cette expérience dont le modèle avait déjà été recommandé par l'évaluation de la phase pilote d'extension de la couverture du risque maladie au secteur informel et agricole par les mutuelles de santé.

#### *a) Les étapes du processus*

Huit (8) axes de mise en œuvre sont préconisés par **l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM)** dans le cadre de la Création d'une Mutuelle de Cercle et la Mise en place de ses sections dans les différentes communes du Cercle.

#### **AXE 1 : CREATION DE NOUVELLE MUTUELLE A L'ECHELLE DU CERCLE**

La création de la mutuelle du cercle passe forcément par la mise en œuvre de certaines activités préparatoires pour aboutir à la création de la mutuelle du Cercle.

#### **1. Prise de contact avec les autorités administratives, sanitaires et des Responsables des organes des Mutuelles existantes dans le Cercle**

##### **Objectif étape 1/axe 1**

- Informer et Echanger avec les acteurs sur la stratégie de création de la Mutuelle du Cercle et solliciter leur accompagnement pour l'atteinte des objectifs de la Mutuelle du Cercle.

L'initiative de la mutuelle de cercle a été bien accueillie par les différents acteurs de par l'approche préconisée par l'UTM en terme d'implication mais également du besoin réel ressenti pour l'accès financier soins. A la suite des premières rencontres tous les acteurs ont été manifestés leur disponibilité et leurs engagements.

## **2. Mise en place du comité d'initiative mutualiste (CIM) ou groupe des promoteurs du Cercle**

### **Objectifs étape 2/axe 1**

- Disposer d'un groupe de travail qui assistera l'UTM dans le processus de création de la mutuelle du Cercle ;
- Faciliter l'appropriation de la mutuelle par les acteurs locaux et par-delà valoriser les compétences locales.

**A ce niveau l'UTM veille à la prise en compte de l'ensemble des acteurs locaux mais également à la problématique liée au genre et à la jeunesse.**

## ■ **Projet de composition du Comité d'Initiative Mutualise (CIM)**

<b>N°</b>	<b>Structure</b>	<b>Nombre de représentants</b>
1	Collectivité Cercle	Un (1)
2	Collectivité Mairie des communes du Cercle	Un (1)
3	Chefs de quartiers/villages	Un (1)
4	CSRéf	Un (1)
5	FELASCOM	Un (1)
6	ASACO du District sanitaire	Un (1)
7	Mutuelles existantes	Deux (2)
8	CAFO	Une (1)
9	Croix rouge	Un (1)
10	Fédération Locale des personnes handicapées (FELAPH)	Un (1)
11	Fédération Locale des Artisans du Mali (FLAM)	Un (1)
12	Coordination des jeunes du Cercle	Un (1)
13	Chambre d'agriculture (APCAM)	Un (1)
14	ONG locales	Un (1)
15	Chambre de commerce du cercle	Un (1)
16	Association des organisations paysannes	Un (1)
17	Radios libres (URTEL)	Un (1)

A la suite de l'identification des acteurs, l'approche de la composition du CIM veille à l'implication des différents acteurs de la localité pour une appropriation de l'initiative par l'ensembles des parties prenantes.

### **3. Formation des membres du comité d'initiative mutualiste (CIM) du cercle en techniques d'animations de groupe**

#### **Objectifs étape 3/axe 1**

- Renforcer les connaissances des participants sur les différentes étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé ;

- Expliquer les services que peuvent offrir une mutuelle de santé à ses adhérents et les relations avec l'offre de soins ;
- Renforcer les connaissances des participants sur les rôles et responsabilités des organes d'une mutuelle de santé ;
- Expliquer les différentes techniques d'animation ;
- Identifier les différentes étapes d'une animation ;
- Expliquer les différentes méthodes d'animation ;
- Renforcer les membres du comité sur leur rôle dans le processus de mise en place de la mutuelle et
- Doter les participants en guide nécessaire à la mise en œuvre de leur mandat.

Des modules de formation ont été développés par l'UTM autour des différentes préoccupations et ont été dispensés lors des différentes sessions prévues à cet effet.

#### **4. Réalisation des Etudes Socio- économiques dans le cercle**

##### **Objectifs étape 4/axe 1**

- Permettre à l'UTM de disposer des critères d'aide à la décision pour le déploiement progressif de la couverture mutualiste et une meilleure planification des interventions prioritaires dans le cercle notamment :
  - *L'existence de groupements d'entraide dynamiques favorisant la réussite des mutuelles de santé (tontines, coopératives, associations professionnelles, de femmes, de jeunes etc.) ;*
  - *Le niveau d'instruction ou d'alphabétisation dans les zones ;*
  - *L'existence d'activités économiques soutenues dans les zones ;*
  - *Le niveau des revenus au sein de la population, leur répartition et L'évolution du pouvoir d'achat ;*
  - *La volonté de cotiser au sein d'une mutuelle ;*
  - *La taille de la population, sa répartition géographique par sexe et par tranche d'âge ;*
  - *Le nombre et la répartition géographique des formations médicales et autres prestations de soins ;*

- *L'effectif et la qualification du personnel des formations sanitaires ;*
- *La distance entre les différents prestataires de soins, les localités et les lieux de travail ;*
- *La nature des services de santé ;*
- *Les coûts et la qualité des soins ;*
- *Le taux de fréquentation des formations sanitaires ;*
- *Les affections courantes du Cercle ;*
- *Les différents intervenants dans le domaine de la santé etc.*

Le rapport de cette étude est disponible.

## **5. Etude de faisabilité de la mutuelle du Cercle**

### **Objectifs étape 5/axe 1**

- Etudier :
  - La faisabilité sociale et économique de la Mutuelle du Cercle ;
  - La faisabilité économique ;
  - La faisabilité institutionnelle et la structuration de la Mutuelle du Cercle.
- L'étude de faisabilité dans son panier de service devait permettre de tester un panier de soins plus étoffé que celui de l'assurance maladie volontaire (AMV) de la mutualité malienne. Ce panier devait aussi inspirer celui à mettre en place dans le cadre du Régime d'Assurance Maladie Universelle. C'est pour ces raisons que le panier de Mopti comprend en plus du paquet de l'AMV que les mutuelles diffusent d'autres services sont couverts comme le scanner, les médicaments antipaludéens de spécialités. Cette évolution de la liste des médicaments s'expliquant par la prévalence du paludisme dans la région de Mopti mais des fréquentes ruptures constatées en ce qui concerne les antipaludéens de la liste nationale des médicaments essentiels du Mali (Liste de référence de la mutualité.)

## **6. Ateliers de restitution des résultats de l'étude de faisabilité et d'élaboration des projets de statuts et règlement intérieur de la mutuelle du cercle**

### **Objectifs étape 6/axe 1**

- Restituer les résultats de l'étude de faisabilité d'une part :
  - Expliquer la démarche qui a abouti à l'élaboration de l'étude ;
  - Présenter l'organisation socio-économique, la disponibilité de service de santé de qualité ainsi que les hypothèses par rapport à la faisabilité économique ;
  - Présenter l'option de prise en charge de l'étude.

Ainsi dans le panier de Mopti, les taux de prise en charge du panier de services ont été harmonisés avec ceux de l'Assurance Maladie Obligatoire à savoir 70% en ambulatoire et 80% en hospitalisation.

- Et élaborer un Projet de Statuts et de Règlement Intérieur (RI) conformément à la loi N° 96-022 du 21 février 1996, régissant la mutualité en République du Mali et au Décret N° 96-137/P-RM du 02 mai 1996 établissant les statuts types des mutuelles, des unions et fédérations de mutuelles d'autre part : Déterminer les éléments constitutifs des Projets de textes (Statuts et Règlement Intérieur).

## **7. Mission d'Identification des délégués des différentes communes du Cercle**

### **Objectifs étape 7/axe 1**

- Elire trois (3) délégués titulaires et deux (2) délégués suppléants parmi les habitants de la commune au cours d'une Assemblée Générale Extraordinaire de la Commune en vue de prendre part à l'AGC de la Mutuelle du Cercle (Pour le 1<sup>er</sup> mandat des organes de la Mutuelle du Cercle).
- Elire trois (3) délégués titulaires et deux (2) délégués suppléants parmi les membres du bureau de la section communale au cours d'une Assemblée Générale Extraordinaire de la section en vue de prendre part aux AGO et Extraordinaires de la Mutuelle du Cercle (Pour les autres mandats des organes de la Mutuelle du Cercle).

***NB : au premier mandat des organes, la section n'était pas encore mise en place ce qui ne permettait pas de prendre en compte la dimension membre du bureau de la section dans la représentation de la Commune.***

Nous avons joué à l'inclusivité dans le processus en permettant à chaque commune d'envoyer ses délégués afin de permettre à toutes les communes du Cercle de concourir à chaque égale

mais aussi d'élargir la base de choix des compétences pour porter le Développement de la mutuelle sur toute l'étendue du Cercle.

Les délégués titulaires aussi bien que les suppléants participent à l'AGC de la Mutuelle du Cercle mais seuls les titulaires sont éligibles. En cas d'impossibilité de participer à l'assemblée Générale, le délégué titulaire est remplacé dans ses fonctions par l'un des délégués suppléants.

## **8. Rencontre préparatoire de l'Assemblée Générale Constitutive de la Mutuelle du Cercle avec les membres du CIM du Cercle**

### **Objectifs étape 8/axe 1**

- Organiser la tenue de l'AGC de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle ;
- Elaborer les Termes de Référence (TDR) de l'AGC en définissant les points de l'ordre du jour ;
- Etablir la liste des invités et des délégués par commune du Cercle de Mopti ;
- Choisir les trois (3) membres du CIM qui accompagneront la mission d'identification des délégués par commune ;
- Fixer la date et l'ordre du jour de l'AGC ;
- Etablir le programme de l'AGC.

Cette étape a permis au CIM de bénéficier non seulement de l'expertise de l'UTM dans l'organisation des AGC mais aussi de gagner le pari de l'inclusivité des autorités à travers l'invitation notamment de tous les sous-préfets au niveau de chaque cercle mais également des mairies des différentes communes pour prendre part à l'AGC de la Mutuelle du Cercle pour être témoins de la naissance des deux (2) premières mutuelles de Cercles en République du Mali.

## **9. Assemblée Générale Constitutive de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle**

### **Objectifs étape 9/axe 1**

- Mettre en place la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle ;
- Présenter, amender et approuver les projets de statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle de Mopti conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur ;



- Mettre en place les organes de gestion et de contrôle (Conseil d'Administration et Commission de Contrôle) de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle de Mopti ;
- Etablir et présenter le Procès-verbal (PV) de l'Assemblée Générale Constitutive.

Les Mutuelles des cercles de Mopti et de Bandiagara ont été créées respectivement les 21 et 23 mars 2021. Nous avons été honorés par la présence Du Directeur de cabinet du Gouverneur de la Région de Mopti et de l'ensemble des Sous-préfets des arrondissements des Cercles de Mopti & de Bandiagara pour être témoins de cet évènement heureux.

L'étape de la mise en place des organes (Conseil d'Administration et Commission de Contrôle) des Mutuelles des Cercles à été très difficile du fait que toutes les Communes voulaient être représentées au sein des organes de leur Mutuelle de Cercle. Il a fallu l'intervention notamment du Point focal PADSS II du Développement social, du Directeur Régional du Développement Social et de l'Economie Solidaire de Mopti, du Directeur Général de l'UTM pour que les délégués puissent s'écouter afin d'avance dans le processus. C'est à la suite des gros efforts déployés par ces Responsables que les organes des Mutuelles ont été mise en place à la satisfaction de tous et de toutes.

**Projet de composition des organes (CA & CC) de la Mutuelle Interprofessionnelle  
du Cercle**

**1- Conseil d'Administration (C.A)**

N°	Poste	Prénoms	Nom	Commune	Contact
1	Président (e)				
2	Vice-président (e)				
3	Secrétaire Général (e)				
4	Secrétaire Général (e) adjoint (e)				
5	Trésorier-ère Général (e)				
6	Trésorier (ère) Général (e) adjoint (e)				
7	Secrétaire à l'Organisation				
8	Secrétaire à l'Organisation adjoint (e)				
9	Secrétaire à la formation, à l'animation et à l'éducation pour la Santé				
10	Adjoint (e) au Secrétaire à la formation, à l'animation et à l'éducation pour la Santé adjoint				
11	Secrétaire aux relations extérieures				
12	Secrétaire aux relations extérieures adjoint (e)				
13	Secrétaire aux Conflits				
14	Secrétaire aux Conflits adjoint (e)				
15	Secrétaire à l'Action Sociale				

## 2- Commission de Contrôle (C.C)

N°	Poste	Prénoms	Nom	Commune	Contact
1	Président (e)				
2	Rapporteur				
3	1 <sup>er</sup> Contrôleur				
4	2 <sup>ème</sup> Contrôleur				
5	3 <sup>ème</sup> Contrôleur				

NB : L'accent est mis sur certains critères pour la mise en place des organes (présence de femmes, niveau d'alphabétisation pour certains postes...).

### 10. Dotation initiale en outils de gestion de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle

#### Objectifs étape 10/axe 1

- Explorer les supports de gestion déjà existants dans les mutuelles de santé ;
- Identifier les supports de gestion des mutuelles de santé à maintenir, à adapter et à concevoir ;
- Tracer les supports de gestion des mutuelles de santé à maintenir, à adapter et à concevoir ;
- Valider les supports de gestion à mettre en place dans les mutuelles de cercle et les sections communales de mutuelle ;
- Doter la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle en outils de gestion.

Des rencontres à la Direction Générale de l'UTM et à l'UTM/PADSS II Mopti ont permis d'identifier les outils à mettre en place et d'harmoniser certains d'entre eux avec certains outils de la CANAM, notamment les ordonnanciers et bulletins d'examen mutualistes afin de liquider les prestations conformément aux procédures de contrôle médical de la CANAM conformément à la convention de partenariat entre MSAHRN et l'UTM.

Des carnets de reçus à trois (3) volets ont également été mis en place à savoir : Le premier volet pour l'assuré, le second pour la section communale et le 3<sup>ème</sup> et dernier volet pour la mutuelle du cercle.

## AXE 2 : RESTRUCTURATION DES MUTUELLES DE SANTE EXISTANTES EN SECTIONS COMMUNALES DE LA MUTUELLE DU CERCLE

### 1. Identification des délégués des différents villages de la Commune

#### Objectifs étape 1/axe 2

- ▮ Elire trois (3) délégués parmi les habitants du village au cours d'une Assemblée Générale Extraordinaire du village en vue de prendre part à l'Atelier de la Mise en place du Bureau de la section communale de la Mutuelle du Cercle (Pour le 1<sup>er</sup> mandat du Bureau de la section). Une fois leur mandat terminé, le même exercice sera fait où seuls les adhérents à jour de leurs cotisations seront éligibles.

***NB : au premier mandat des organes, la mutuelle n'était pas encore créée ce qui ne permettait pas de prendre en compte la dimension adhérente dans la représentation du village.***

Les délégués des villages ont été choisis sous le leadership des chefs de villages. Ce sont eux qui avaient le choix de la date et du lieu de l'activité. C'est à la suite de cette activité que le tableau ci-dessous est renseigné par les Chefs de villages.

### Projet de composition du comité de village de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle

N°	Prénoms & Nom	Référence bénéficiaire	Sexe	Poste Occupé	Niveau d'étude	Alphabétisé		Contact
						Oui	Non	
<b>Village :</b>								
1				Président (e)				
2				Secrétaire				
3				Trésorier (e)				
<b>Village :</b>								
4				Président (e)				
5				Secrétaire				
6				Trésorier (e)				
<b>Village :</b>								

7				Président (e)			
8				Secrétaire			
9				Trésorier (e)			
<b>Village :</b>							
10				Président (e)			
11				Secrétaire			
12				Trésorier (e)			
<b>Village :</b>							
13				Président (e)			
14				Secrétaire			
15				Trésorier (e)			
<b>Village :</b>							
16				Président (e)			
17				Secrétaire			
18				Trésorier (e)			
<b>Village :</b>							
19				Président (e)			
20				Secrétaire			
21				Trésorier (e)			
<b>Village :</b>							
22				Président (e)			
23				Secrétaire			
24				Trésorier (e)			
<b>Village :</b>							
25				Président (e)			
26				Secrétaire			
27				Trésorier (e)			

## **2. Atelier de Mise en place du Bureau de la Section, Restitution des Résultats de l'Etude de Faisabilité Economique et Sociale et des Textes de la Mutuelle du Cercle dans les différentes communes du Cercle**

### **Objectifs étape 2/axe 2**

- Présenter les résultats de l'étude de faisabilité économique et sociale de la mutuelle interprofessionnelle du cercle ;
- Présenter les textes adoptés de la mutuelle interprofessionnelle du cercle (statuts et règlement intérieur) ;
- Mettre en place le bureau de la section communale de la mutuelle du Cercle ;
- Etablir et présenter le Procès-verbal (PV) de la mise en place de la section communale de la mutuelle du Cercle.

La Mutuelle du Cercle est l'entité juridique de l'Assurance Maladie Mutualiste, Elle doit à ce titre naitre avant ses représentations dans les différents niveaux (Commune, quartier/Villages).

C'est dans ce cadre que nous avons utilisé un processus de type descendant (du sommet à la base) pour la création des Mutuelles des Cercles de Mopti & de Bandiagara.

Ainsi, nous avons procédé d'abord à la création des mutuelles à l'échelle des deux (2) Cercles puis la mise en place de ses sections dans les différentes communes (36 Communes dont 21 à Bandiagara) et enfin des comités dans les différents quartiers et villages (676 quartiers/villages dont 415 à Bandiagara).

Il donc nécessaire de présenter le panier de services, les taux de prise en charge du panier de services (70% en ambulatoire et 80% en hospitalisation) ainsi que les textes adoptés à l'AGC de la Mutuelle du Cercle à ses futurs représentants au niveau des Communes pour une meilleure compréhension de ces documents dans le souci de faciliter de leurs applications dans la gestion quotidienne de la Mutuelle.

Nous préconisons le nom bureau de la section pour qu'il n'y a pas deux (2) conseils d'administration au sein d'une même mutuelle (souci de compréhension et d'interprétation par les uns et les autres).

Ci-dessous le projet de composition du bureau de la Section communale.

**Projet de composition du bureau de la section communale de la mutuelle du Cercle**

N°	Poste	Prénoms	Nom	Quartier/village	Sexe	Contact
1	Président(e)					
2	Vice-Président(e)					
3	Secrétaire Général					
4	Secrétaire Général adjoint					
5	Trésorier Général					
6	Trésorier Général adjoint					
7	Secrétaire à la formation, à l'animation et à l'éducation pour la Santé					
8	Secrétaire à la formation, à l'animation et à l'éducation pour la Santé adjoint					
9	Secrétaire aux Conflits					
10	Secrétaire à l'organisation					
11	Secrétaire à l'organisation adjoint					
12	Secrétaire aux relations extérieures					
13	Secrétaire à l'action sociale					

**Nombre total de membres : \_\_\_\_/ Homme : \_\_\_\_/ Femme : \_\_\_\_/**

**Date de mise en place : \_\_\_\_\_**

**Signature du Président du Bureau de la Section**

## **1. Identification des délégués des différents villages de la Commune**

### **Objectifs étape 1/axe 3**

- Elire trois (3) délégués parmi les habitants du village au cours d'une Assemblée Générale Extraordinaire du village en vue de prendre part à l'Atelier de la Mise en place du Bureau de la section communale de la Mutuelle du Cercle (Pour le 1<sup>er</sup> mandat du Bureau de la section). Une fois leur mandat terminé, le même exercice sera fait sauf seuls les adhérents à jour de cotisation seront éligibles.

***NB : au premier mandat des organes, la mutuelle n'était pas encore créée ce qui ne permettait pas de prendre en compte la dimension adhérente dans la représentation du village.***

Les délégués des villages ont été choisis sous le leadership des chefs de villages. Ce sont eux qui avaient le choix de la date et du lieu de l'activité. C'est à la suite de cette activité que le tableau ci-dessous est renseigné par les Chefs de villages.



**Projet de composition du comité de village de la Mutuelle  
Interprofessionnelle du Cercle**

N°	Prénoms & Nom	Référence bénéficiaire	Sexe	Poste Occupé	Niveau d'étude	Alphabétisé		Contact
						Oui	Non	
<b>Village :</b>								
1				Président(e)				
2				Secrétaire				
3				Trésorier(e)				
<b>Village :</b>								
4				Président(e)				
5				Secrétaire				
6				Trésorier(e)				
<b>Village :</b>								
7				Président(e)				
8				Secrétaire				
9				Trésorier(e)				
<b>Village :</b>								
10				Président(e)				
11				Secrétaire				
12				Trésorier(e)				
<b>Village :</b>								
13				Président(e)				
14				Secrétaire				
15				Trésorier(e)				
<b>Village :</b>								
16				Président(e)				
17				Secrétaire				
18				Trésorier(e)				
<b>Village :</b>								

19				Président(e)			
20				Secrétaire			
21				Trésorier(e)			
<b>Village :</b>							
22				Président(e)			
23				Secrétaire			
24				Trésorier(e)			
<b>Village :</b>							
25				Président(e)			
26				Secrétaire			
27				Trésorier(e)			

## **2. Atelier de Mise en place du Bureau de la Section, Restitution des Résultats de l'Etude de Faisabilité Economique et Sociale et des Textes de la Mutuelle du Cercle dans les différentes communes du Cercle**

### **Objectifs étape 2/axe 3**

- Présenter les résultats de l'étude de faisabilité économique et sociale de la mutuelle interprofessionnelle du cercle ;
- Présenter les textes adoptés de la mutuelle interprofessionnelle du cercle (statuts et règlement intérieur) ;
- Mettre en place le bureau de la section communale de la mutuelle du Cercle ;
- Etablir et présenter le Procès-verbal (PV) de la mise en place de la section communale de la mutuelle du Cercle.

La Mutuelle du Cercle est l'entité juridique de l'Assurance Maladie Mutualiste, Elle doit à ce titre naitre avant ses représentations dans les différents niveaux (Commune, quartier/Villages).

C'est dans ce cadre que nous avons utilisé un processus de type descendant (du sommet à la base) pour la création des Mutuelles des Cercles de Mopti & de Bandiagara.

Ainsi, nous avons procédé d'abord à la création des mutuelles à l'échelle des deux (2) Cercles puis la mise en place de ses sections dans les différentes communes (36 Communes dont 21 à

Bandiagara) et enfin des comités dans les différents quartiers et villages (676 quartiers/villages dont 415 à Bandiagara).

Il donc nécessaire de présenter le panier de services, les taux de prise en charge du panier de services (70% en ambulatoire et 80% en hospitalisation) ainsi que les textes adoptés à l'AGC de la Mutuelle du Cercle à ses futurs représentants au niveau des Communes pour une meilleure compréhension de ces documents dans le souci de faciliter de leurs applications dans la gestion quotidienne de la Mutuelle.

Nous préconisons le nom bureau de la section pour qu'il n'y a pas deux (2) conseils d'administration au sein d'une même mutuelle (souci de compréhension et d'interprétation par les uns et les autres).

Ci-dessous le projet de composition du bureau de la Section communale.

**Projet de composition du bureau de la section communale de la mutuelle du Cercle**

N°	Poste	Prénoms	Nom	Quartier/village	Sexe	Contact
1	Président(e)					
2	Vice-Président(e)					
3	Secrétaire Général					
4	Secrétaire Général adjoint					
5	Trésorier Général					
6	Trésorier Général adjoint					
7	Secrétaire à la formation, à l'animation et à l'éducation pour la Santé					
8	Secrétaire à la formation, à l'animation et à l'éducation pour la Santé adjoint					

9	Secrétaire aux Conflits					
10	Secrétaire à l'organisation					
11	Secrétaire à l'organisation adjoint					
12	Secrétaire aux relations extérieures					
13	Secrétaire à l'action sociale					

**Nombre total de membres : \_\_\_\_\_/ Homme : \_\_\_\_\_/ Femme : \_\_\_\_\_/**

**Date de mise en place : \_\_\_\_\_**

**Signature du Président du Bureau de la Section**

## **1. Cofinancement des cotisations mutualistes à hauteur de 80% par l'Etat malien (50%) et son partenaire AFD (30%) et 20% par les mutualistes**

### **Objectifs étape 1/axe 4**

- Repartir le taux de cotisation annuelle de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle qui est fixé à **huit mille six cent cinquante francs CFA (8.650F CFA) par personne et par an** entre **l'Etat malien 50% ; AFD 30% et le mutualiste 20%** ;
- Mobiliser à la fin de chaque année, les 50% des cotisations mutualistes auprès de l'Etat malien (4.325 FCFA/personne/an) ;
- Mobiliser à la fin de chaque année, les 30% des cotisations mutualistes auprès de l'Agence Française de Développement (2.595 FCFA/personne/an).
- Recouvrer les 20% des cotisations mutualistes auprès des mutualistes (1.730 FCFA/personne/an).

Une grille de pointage contradictoire à été développée par la Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DRDSES) de Mopti et l'UTM pour la mobilisation des cofinancements des cotisations mutualistes. Elle comporte entre autres, un listing des bénéficiaires des cofinancements, la situation des effectifs, des prestations etc.

## **2. Financement des activités de déploiement de la mutuelle du Cercle par l'Agence Française de Développement (AFD)**

### **Objectifs étape 2/axe 4**

- Améliorer l'accessibilité financière aux soins, en étendant la couverture du risque maladie (CRM) pour le secteur informel à travers le développement des mutuelles :
  - Créer les mutuelles de cercles ;
  - Restructurer les mutuelles existantes en section communale de la mutuelle de cercle ;
  - Mettre en place les sections dans les communes non pourvues de mutuelles.

## **1. Formation des membres des organes de gestion (CA et CC) de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle en techniques d'animation de groupe, en mobilisation sociale, en techniques de conduite de réunions et sur la tenue des outils de gestion**

### **Objectifs étape 1/axe 5**

- Connaître les notions de base sur une mutuelle de santé ;
- Savoir gérer les adhésions, les cotisations ainsi que les prestations ;
- Connaître les relations avec l'offre de soins ;
- Maîtriser les notions de gestion comptable et financière ;
- Pouvoir gérer administrativement une mutuelle de santé ;
- Connaître les relations existantes entre la mutuelle et ses partenaires ;
- Pouvoir organiser les réunions ;
- Pouvoir animer sur la mutuelle et tenir les outils de gestion ;
- Doter les participants en guide, outil nécessaire à la gestion des activités quotidiennes telles que confiées par l'instance et les différents organes de la mutuelle.

Les capacités des membres des organes des deux (2) mutuelles de Cercles ont été renforcées afin de leur permettre de mieux jouer leur rôle entre autres :

- *L'information de leurs propres populations cibles,*
- *Le transfert des cotisations perçues à l'UTM,*
- *La mise en œuvre des activités contenues dans leur plan d'actions annuel,*
- *La dynamisation de ses sections communales,*
- *La tenue des Assemblées Générales (ordinaire et extraordinaire) de la mutuelle qui regroupent les délégués des différentes Communes du Cercle.*

## **2. Formation des Responsables élus des sections communales de la Mutuelle du Cercle en techniques d'animation de groupe, en mobilisation sociale,**

## **en techniques de conduite de réunions et sur la tenue des outils de gestion**

### **Objectifs étape 2/axe 5**

- ▮ Connaître les notions de base sur une mutuelle de santé ;
- ▮ Savoir gérer les adhésions, les cotisations ainsi que les prestations ;
- ▮ Connaître les relations avec l'offre de soins ;
- ▮ Maîtriser les notions de gestion comptable et financière ;
- ▮ Pouvoir gérer administrativement une mutuelle de santé ;
- ▮ Connaître les relations existantes entre la mutuelle et ses partenaires ;
- ▮ Pouvoir organiser les réunions ;
- ▮ Pouvoir animer sur la mutuelle et tenir les outils de gestion ;
- ▮ Doter les participants en guide, outil nécessaire à la gestion des activités quotidiennes telles que confiées par l'instance et les différents organes de la mutuelle.

Les capacités des Responsables élus des sections communales ont été renforcées afin de leur permettre de mieux jouer leur rôle entre autres :

- *L'information des populations cibles de la Commune,*
- *Le transfert des cotisations perçues à l'UTM,*
- *La mise en œuvre des activités contenues dans le plan d'actions annuel de la Mutuelle du cercle,*
- *La dynamisation de ses comités de quartiers/villages,*
- *La tenue des Assemblées Générales (ordinaire et extraordinaire) de la section qui regroupent les délégués des différents quartiers/villages de la Commune.*

### **3. Formation des responsables élus des collectivités Cercles/Communes et autres acteurs en Découverte et connaissance de la Mutualité au Mali**

#### **Objectifs étape 3/axe 5**

- Renforcer les compétences des participants sur le cadre législatif et réglementaire de la mutualité sociale au Mali et dans l'espace UEMOA ;
- Renforcer les connaissances des participants sur les origines, fondements et caractéristiques d'une mutuelle de santé, les principes de base de la mutualité ;
- Expliquer aux participants les services offerts par la mutuelle du Cercle ;
- Renforcer les connaissances des participants sur la Stratégie Nationale d'Extension de la couverture Maladie par les Mutuelles de santé (SNEM) ;
- Présenter aux participants l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) : ses objectifs, ses missions, sa structuration ;
- Expliquer le mode opératoire de l'UTM dans le cadre de la mise en œuvre du PADSS II Mopti ;
- Doter les participants en guide sur la découverte et connaissance de la mutualité au Mali.

Le développement de l'Assurance Maladie Mutualiste est une activité pluridisciplinaire et multi acteurs. Elle pourra se faire difficilement sans l'accompagnement des responsables élus des collectivités Cercles/Communes ainsi que des autres acteurs. C'est l'une des raisons qui nous a amené à former ces responsables pour leur permettre de mieux soutenir les actions de développement de cette Assurance Maladie Mutualiste dans leurs localités respectives pour le bien-être des communautés pour lesquelles nous œuvrons tous.

## AXE 6 : RENFORCEMENT DE LA COMMUNICATION

- 1. Sensibilisation de la population à travers les radios locales sur la Mutuelle et les avantages d'adhérer à une Mutuelle de santé**
- 2. Tournées de sensibilisation par les sections communales de mutuelles**
- 3. Organisation de rencontres avec les autres acteurs (*Collectivités cercles/Communes, Chefs de villages, ASACO, ASC et relais communautaire etc.*)**
- 4. Confection de panneaux de visibilité**
- 5. Conception et impression d'affiches de sensibilisation.**



Il est difficile de communiquer à fortiori changer des comportements. Selon Philippe Mérieux « *Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis en réalité, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez en comprendre, ce que vous voulez comprendre, et ce que vous comprenez réellement, il y a au moins 9 possibilités de ne pas se comprendre.* ».

La communication est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour le changement de comportement souhaité.

Ainsi pour la définition de notre stratégie et la mise en œuvre de nos activités de communication dans le cadre de cette expérimentation, nous avons avec l'expert perlé du PADSS II impliqués et consultés les cibles. Ce qui nous a permis de retenir 3 langues (Bamanankan, Dogon et peulh) et contractualisé avec 9 radios dont 5 à Mopti pour sensibiliser la population sur la Mutuelle et les avantages d'adhérer à une Mutuelle de santé.

Nous avons aussi amené les membres des bureaux des sections communales à mener des activités de sensibilisation dans les quartiers et villages.

Nous avons également institué des **Semaines d'Intensifications des Activités de Sensibilisation et d'Enrôlement aux Mutuelles « SIASEMUT »**.

## **1. Accompagnement des responsables de la mutuelle à négocier avec les prestataires de soins (CSCOM, CSREF etc.) dans le Cercle**

### **Objectifs étape 1/axe 7**

- Impliquer les agents des établissements sanitaires dans la signature de la convention ;
- Etablir le dialogue en vue d'une négociation dans une stratégie « gagnant-gagnant » bien comprise des parties ;
- Négocier un accord pouvant servir à court terme de support de formalisation du contrat entre la mutuelle de santé et les Administrateurs des établissements sanitaires ;
- Négocier les tarifications et coûts des prestations ;
- Valider le Projet de convention devant lier la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle aux établissements sanitaires ;
- Signer les conventions avec l'ensemble des établissements sanitaires du Cercle (Tous les CSCOM fonctionnels ; le CSRéf et l'Hôpital de la Région).

Cette étape a été réalisée de bout à bout par les Médecins conseils auprès des mutuelles de cercles. Des entretiens confraternels ont été réalisés avec les prestataires de soins de santé in-situ sur le projet de convention type UTM-Prestataires de soins de santé. Ces échanges ont permis de valider le projet de convention avec les prestataires de soins de santé à travers la mention lu et approuvé du Responsable de l'établissement sanitaire avant de passer à sa signature.

Avec les mutuelles communales, les soins se limitent aux CSCOM de la Commune.

Dans le cadre de cette expérience des Mutuelles de Cercles, nous avons mis à l'accent sur la portabilité de l'assurance maladie mutualiste, à travers la généralisation des conventions à l'ensemble des établissements sanitaires publics des deux cercles soit soixante-onze (71) au

total : 57 CSCOM, 2 CSRéf, 2 hôpitaux et 10 Officines privées pour palier aux éventuelles ruptures en médicaments dans les structures publics.

Ainsi, les mutualistes ont droit aux services de leur mutuelle sur l'étendue des deux cercles, des régions UTM et même à Bamako.

## **2. Formation des professionnels de santé en technique d'application de la convention de tiers-payant (CSCOM/ASACO, CSRéf etc.)**

### **Objectifs étape 2/axe 7**

- Renforcer les connaissances des participants en mutualité ;
- Asseoir les bases d'une meilleure application des termes de la convention ;
- Expliquer les relations entre les prestataires de soins et la mutuelle de santé ;
- Expliquer le rôle des prestataires de soins dans le développement des mutuelles de santé ;
- Rappeler les principes de la charte de qualité de l'OMS aux prestataires de soins pour une amélioration de la qualité des services.

La formation des prestataires de soins de santé en mutualité et aux procédures d'application de la convention était une étape essentielle pour passer de la signature des conventions à la prise en charge effective des assurés mutualistes dont les 1<sup>er</sup> ont bénéficié des services de leur mutuelle exactement le 1<sup>er</sup> juillet 2017 soit 3 mois après l'AGC.

## **AXE 8 : SUIVI-EVALUATION DES MUTUELLES**

- 1. Suivi mensuel des Gestionnaires communaux auprès du bureau de la Section Communale**
- 2. Suivi trimestriel des Assistants au Développement auprès des Gestionnaires et des sections communales de mutuelle**
- 3. Suivi semestriel conjoint du Coordinateur UTM/PADSS II Mopti/Conseil d'Administration auprès des mutuelles et des Sections Communales**

4. **Suivi semestriel de la Direction Générale de l'UTM auprès du bureau de Mopti et des Mutuelles**
5. **Supervision conjointe annuelle UTM/Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire de Mopti**
6. **Suivi annuel conjoint UTM/Point focal Développement social du PADSS II**
7. **Rencontre semestrielle d'évaluation avec les prestataires de soins de santé du District sanitaire**
8. **Rencontre annuelle avec l'ensemble des acteurs de Développement du Mouvement mutualiste dans les 2 Cercles (Mopti et Bandiagara).**

Ces suivis ont permis d'échanger sur l'évolution de la Mutuelle et de ses sections communales par rapport aux objectifs de couverture de la population. Toutes choses qui ont permis d'identifier : les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de l'Assurance Maladie Mutualiste (AMM).

**b) Points d'attentions**

- ✓ Ne condamnez pas l'antipathie des acteurs dans l'approche de création de la Mutuelle du Cercle ;
- ✓ Soyez attentionné aux préoccupations des responsables élus des mutuelles existantes ;
- ✓ Chercher à avoir l'adhésion de la majorité des acteurs aux processus de création de la Mutuelle notamment les Responsables élus des collectivités Cercles/Communes, des mutuelles existantes et les prestataires de soins de santé ;
- ✓ Soyez flexible dans la conduite du processus tant que l'essentiel n'est pas remis en cause.

**c) Écueils à éviter**

- ✓ Ne pas faire l'effort d'argumenter l'approche de création de la Mutuelle à l'échelle Cercle ;

- ✓ S'enfermer dans ses certitudes ;
- ✓ La conduite du processus en solo ;
- ✓ Le manque de communication entre les acteurs de la mise en œuvre du processus.

## **IV. Professionnalisation de la gestion**

---

### **a) Fondement**

En raison entre autres des limites du bénévolat (Insuffisances dans le choix, peu d'intérêt pour la cause, faible disponibilité, insuffisance de compétence, insuffisance d'engagement etc.), de la faible-maîtrise de la gestion d'une mutuelle sociale par la plupart des élus mutualistes, le développement des mutuelles sociales peine à atteindre le niveau tant souhaité par les acteurs de développement du mouvement mutualiste.

Afin de juguler ces insuffisances relevées et rendre plus performantes les mutuelles, il y'a une nécessité d'une professionnalisation de leur gestion afin de ne plus faire cinq (5) pas en avant et cinq (5) pas en arrières.

### **b) Démarche**

La professionnalisation de la gestion des mutuelles sociales : c'est donner le statut ou le caractère d'un métier à leur gestion, ce qui n'est pas le cas avec le bénévolat. La démarche pour y arriver passe par plusieurs étapes qui sont entre autres :

#### **1. Mise en place des outils appropriés**

Il s'agit de mettre en place des outils qui répondent aux exigences du métier de gestion des mutuelles sociales telle que recommandé par les réglementations en vigueur.

L'expérience des mutuelles de cercle à Mopti a obéi à ce point à travers :

- ) La mise en place d'un logiciel de gestion informatisé des mutuelles appelé « SYSGIMUT » ;
- ) La dotation de tout le personnel en outils informatisé ;
- ) L'interconnexion des sites de l'UTM ;
- ) L'élaboration de plan de développement des mutuelles etc.

## **2. Formation des employés**

Il s'agit de développer les compétences des employés pour le poste par la formation.

L'expérience des mutuelles de cercle à Mopti a également obéi à ce point à travers des sessions de formation du personnel de l'UTM/PADSS II Mopti en « Connaissance de la Mutualité et d'une Mutuelle de santé ». Formation sur le plan comptable des mutuelles sociale

## **3. Signature de contrat de travail (CDD ou CDI)**

Il s'agit de donner un caractère de métier à la gestion des mutuelles sociales.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'expérience des mutuelles de cercle à Mopti, tout le personnel a bénéficié un contrat de travail. Ci-dessous la composition du personnel

- Un (1) Coordinateur ;
- Deux (2) Médecins conseil ;
- Un (1) Comptable ;
- Une (1) secrétaire ;
- Six (6) Assistants au Développement ;
- Vingt (21) Gestionnaires de mutuelles sociales ;
- Deux (2) Chauffeurs et
- Trois (3) gardiens.

## **4. Formation continue du personnel**

Il s'agit de mettre en place un système de formation continue adapté au poste.

L'expérience des mutuelles de cercle à Mopti a obéi à ce point à travers la formation du personnel par la Direction Générale de l'UTM sur différentes thématiques.

### ***c) Points d'attention***

Les points d'attention dans le cadre de la professionnalisation de la gestion des mutuelles sociales sont entre autres :

- Eviter de mettre en place des outils ne permettant de calculer les indicateurs de la mutuelle notamment : Indicateurs et ratios de performance, Indicateurs et ratios de viabilité, Indicateurs et ratios de pérennité, Indicateurs d'impact etc. ;
- Eviter toute prise de fonction sans une formation au préalable ;

- Accorder une attention particulière aux candidatures locales dans le recrutement des gestionnaires de mutuelles sociales ;
- Apporter un soutien sans condition aux besoins spécifiques de formation continue du personnel.

**d)     *Écueils à éviter***

Les écueils à éviter dans la professionnalisation de la gestion des mutuelles sociales sont entre autres :

- ✓ La mise en place des outils inappropriés ou insuffisamment adoptés aux besoins ;
- ✓ La mise en place des outils dont la validité et la fiabilité n'a pas été testé ;
- ✓ L'absence de caractère obligatoire dans les champs qui interviennent dans le calcul des indicateurs dans le logiciel ;
- ✓ L'absence de conditionnalité entre le paiement des droits d'adhésion en même temps que les premières cotisations et la validation des adhésions par le logiciel de gestion ;
- ✓ L'absence de restrictions des doubles saisies dans le logiciel de gestion ;
- ✓ La non prise en compte des candidatures locales dans le recrutement des gestionnaires de mutuelles sociales.

## V. Le service de médecins Conseils

---

### a) *Fondement*

Le 15 décembre 1990 le Gouvernement de la République du Mali fit une déclaration de politique sectorielle de santé et de population prévoyant notamment la prise en charge par la population de ses problèmes de santé.

Plus de 1.335 établissements sanitaires (publics et privés) sont actuellement fonctionnels en République du Mali. Malgré cette floraison d'établissements sanitaires, les indices d'utilisation des services de santé n'ont pas beaucoup évolué, c'est la raison pour laquelle le Mali s'est résolument engagé à promouvoir les organismes de financement de la santé notamment les mutuelles comme mécanisme alternatif pour relever substantiellement le niveau des indicateurs de santé.

Ces mutuelles dans leur relation partenariale avec les établissements sanitaires sont confrontées à d'énormes problèmes notamment :

) **La prescription des molécules non remboursables par la mutuelle,**

) **L'insuffisance de la qualité des soins notamment :**

- L'insuffisance dans l'accueil,
- La faible disponibilité du personnel,
- La compétence par rapport au poste,
- La faible disponibilité des médicaments,
- La rupture dans la continuité des soins,
- Les prescriptions peu rationnelles,
- Les insuffisances du plateau technique,
- Le coût élevé des prestations de soins santé.

) **Les fraudes ou abus**

Ces situations rendent difficiles :

- ☞ **Le développement des mutuelles de santé,**
- ☞ **Leur autonomisation,**
- ☞ **Leurs pérennisations,**
- ☞ **Leurs efficacités économiques et**



### ☞ **Leurs légitimités vis-à-vis des groupes extérieurs.**

D'où la nécessité de leurs accompagnements par les médecins conseil en raison de leur expertise dans le domaine.

Ainsi le Médecin conseil intervient aux côtés des mutuelles de santé d'une part pour :

- ) Les conseiller ;
- ) La réalisation du contrôle médical ;
- ) Le suivi et évaluation des conventions ;
- ) Le renforcement des capacités des mutuelles et des prestataires ;
- ) La réalisation des études et Recherche et

D'autre part aux cotés des prestataires de soins de santé pour les accompagner dans l'application de la convention notamment la sensibilisation au respect des normes de qualité de prescriptions, les recommandations édictées par les autorités sanitaires et la structure pour laquelle ils travaillent, la facilitation de l'application du tiers payant et ceux à travers des entretiens confraternels mais surtout la détection des cas de fraudes ou d'abus etc.

Bien qu'ayant des limites, le Médecin conseil est l'un des acteurs incontournables aujourd'hui dans la professionnalisation de la gestion des mutuelles sociales.

### **b) Démarche**

#### **1. Mise en place des outils de travail du Médecin conseil**

Il s'agit de mettre en place des outils permettant au Médecin conseil de remplir de façon convenable ses missions notamment : conseiller la mutuelle de santé ; accompagner les prestataires de soins de santé etc.

Ces outils sont entre autres :

- ) **Le document de la convention du tiers payant** en vue de vérifier le respect des tarifs arrêtés de commun accord avec les prestataires conventionnés ;
- ) **La liste des bénéficiaires dont les droits sont ouverts** pour la période de facturation afin d'éviter la prise en charge des mutualistes en cours de droit ;
- ) **Les bordereaux de demande de remboursement et les pièces justificatives** pour vérifier la conformité des coûts des prestataires offertes aux assurés mutualistes ;

- ) **Le formulaire thérapeutique national** pour s’assurer du respect des schémas thérapeutiques en vigueur ;
- ) **La base des données** pour la saisie et l’analyse des données en lien avec l’offre de soins (fréquence, coût etc.) ;
- ) **Le tableau de bord en fichier EXCEL** pour le suivi des indicateurs de santé de la mutuelle après saisie et analyse dans la base des données notamment le coût et le nombre de chaque acte, le montant total, la part mutuelle, le taux d’utilisation des services, le ratio d’utilisation des services (en termes d’actes ou de cas prise en charge), le taux de sinistralité, la dépense par mutualiste, les normes de qualité de prescription de l’OMS etc.
- ) **La fiche de validation des états de remboursement** comportant : la référence de la liquidation, le détail de la liquidation (montant réclamé, rejets et motifs de rejets, montant accordé, montant à justifier), le récapitulatif. Cette fiche, intervient dans le cadre du traitement des factures de demande de remboursement ;
- ) **Un état de remboursement du tiers-payant** pour le remboursement des sommes nécessaires à la couverture des droits acquis par les membres participants. Après liquidation de la facture par virement bancaire ou par chèque, cet état est émargé par trois (03) personnes à savoir le responsable de la mutuelle (UTM en cas de délégation de gestion), le gestionnaire de la mutuelle et le responsable de l’établissement sanitaire conventionné ;
- ) **Un registre de prestations** à remplir conformément aux remboursements accordés par type d’établissements sanitaires conventionnés.

## 2. Formation du Médecin conseil (MC)

Il s’agit de développer les compétences des employés pour le poste par la formation, des stages pratiques.

L’expérience des mutuelles de cercle à Mopti a obéi à ce point à travers une session de formation des Médecins conseils et du Coordinateur de l’UTM/PADSS II Mopti d’abord à la Direction Générale de l’UTM

sur la Mutualité puis à la Direction de l'organisation et du Contrôle Qualité des Soins (DOCQS) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) sur les procédures de liquidation des prestations.

### **3. Signature de contrat de travail (CDD ou CDI)**

Il s'agit de créer le poste de Médecin conseil au sein des mutuelles sociales.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'expérience des mutuelles de cercle à Mopti, le dispositif comporte deux (2) Médecins conseil sous un contrat de travail à durée déterminée (CDD) à savoir l'un au niveau du Cercle de Mopti et l'autre au niveau du Cercle de Bandiagara.

### **4. Formation continue du Médecin conseil (MC)**

Il s'agit de mettre en place un système de formation continue adapté au poste.

L'expérience des mutuelles de cercle à Mopti a obéi à ce point à travers la formation du personnel par la Direction Générale de l'UTM.

#### ***c) Points d'attention***

Les points d'attention en lien avec le service de Médecin conseil sont entre autres :

- Eviter de mettre en place des outils ne permettant de calculer les indicateurs de qualité de prescription notamment : le coût moyen de l'ordonnance, le nombre de médicaments par ordonnance, le taux de prescription d'antibiotiques, d'injectables, des médicaments essentiels génériques etc. ;
- Eviter toute prise de fonction sans une formation au préalable ;
- Accorder une attention particulière à la maîtrise de l'outil informatique ;
- Apporter un soutien sans condition aux besoins spécifiques de formation continue du Médecin conseil.

#### ***d) Ecueils à éviter***

Les écueils à éviter dans le travail de Médecin conseil sont entre autres :

- ✓ La mise en place des outils inappropriés ou insuffisamment adoptés au poste ;
- ✓ La mise en place des outils dont la validité et la fiabilité n'a pas été testé ;
- ✓ L'absence de caractère obligatoire dans les champs qui interviennent dans le calcul des indicateurs de qualité de prescription dans le logiciel ;
- ✓ L'absence de supports de collaborations spécifiques pour la mutuelle ;

- ✓ La non prise en compte de la maîtrise de l'outil informatique dans le recrutement du Médecin conseil.

## **VI. La démarche de contractualisation avec l'offre de soins**

---

### **a) Fondement**

Un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.

Ne disposant pas de structures sanitaires, les mutuelles de santé en diffusant leur produit santé font recours aux professionnels de soins dans le but ultime de les conventionner. Ce faisant, elles font bénéficier leurs membres des conventions de prestations ou des services qu'elles décideront de mettre en place.

Dans le cadre de cette alliance volontaire ou chacun des partenaires est indépendant, autonome et s'engage avec des droits et des obligations réciproques tout en espérant tirer chacun des bénéfices de leur relation.

Ainsi il est nécessaire de définir de façon formelle le type de relation entre la mutuelle de santé et la formation sanitaire en vue d'une meilleure organisation des systèmes de santé, pour améliorer la performance des systèmes de santé en vue d'une amélioration de la santé ; d'où la démarche de contractualisation avec l'offre de soins.

### **b) Principes**

Les principes de la relation contractuelle avec l'offre de soins sont entre autres :

- ☞ L'application du tiers payant sur les frais inhérents à la prise en charge de l'assuré mutualiste conformément aux dispositions de la convention ;
- ☞ Le versement par la mutuelle à l'établissement sanitaire le montant des prestations délivrées aux mutualistes selon la périodicité contractuelle ;
- ☞ La fourniture à l'établissement sanitaire les raisons pour lesquelles il existerait un écart entre les montants payés et ceux attendus lors de la liquidation des prestations ;
- ☞ La fourniture à l'établissement sanitaire des informations nécessaires à la prise en charge des mutualistes dont les droits sont ouverts ;

- ☞ La formation du personnel de l'établissement sanitaire aux procédures de facturation des prestations à rembourser ;
- ☞ L'établissement doit être autorisé par son autorité de tutelle ;
- ☞ L'établissement doit garantir un égal accès de tous à des soins de qualité ;
- ☞ L'établissement doit respecter les normes de qualité de service reconnu.

**c) Suivi et le contrôle**

Dans le cadre du développement de l'assurance maladie mutualiste, le suivi et le contrôle réalisé par le Médecin conseil des mutuelles porte sur plusieurs aspects entre autres :

**) La conformité de la pathologie par rapport au type de soins et de prestations**

Tableau I : Conformité de la pathologie par rapport au type de soins et de prestations

N°	Adéquation pathologie/Type de soins et de prestations	Définition des paramètres	Critères d'appréciation	Prise de décision
1	Quantité/ Code CIM 10 des Pathologies	- CIM-10 : permet de faire le rapprochement entre la maladie et les prescriptions médicales - Quantité : permet l'appréciation de la pathologie en conformité avec l'indication des médicaments, des actes médicaux et de biologies.	- Oui /existe - Non/n'existe pas	- Prescription adéquate - Prescription inadéquate
2	Posologie/ Code CIM 10 des Pathologies	Permet l'appréciation de la nature de la pathologie en conformité avec l'observance et la dispensation des médicaments prescrits	- Oui /existe - Non/n'existe pas	- Prescription adéquate - Prescription inadéquate
3	Médicaments/ Code CIM 10 des Pathologies	Permet l'appréciation du rapport entre la pathologie et les molécules prescrites	- Oui /existe - Non/n'existe pas	- Prescription adéquate - Prescription inadéquate

)] **La cohérence entre les prestations et le panier de soins conformément à la convention de tiers payant, contribuant à la maîtrise des dépenses de santé**

Tableau II : Cohérence entre les prestations et le panier de soins

Code prestations	Type de Prestations	Nbre Cohérences	Nbre d'incohérences	Total prestations	Critères d'appréciation	Prise de décision
100	Tous les actes de l'ambulatorie				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
200	Liste nationale des médicament (s) essentiel (s)				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
300	Examens analyses au laboratoire				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
400	Hospitalisation médical et chirurgical				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
500	Actes accouchement de consultation pré ou post natale				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
510	Urgence actes Obstétricaux				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
520	Urgence actes néonataux				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
600	Soins ophtalmologique dentaire hors Prothèse				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
710	Frais de transport intra-urbain				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
720	Frais de transport interurbain				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
800	Actes imagerie médical y compris le scanner				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
900	Autres soins non catégorisés				- Cohérence/accord - Incohérence/ Rejet	
<b>Total</b>						

**La régularité des ordonnances, des bulletins d'examens mutualistes, des pièces justificatives et des bordereaux de demande de remboursement**

Tableau III : Régularité des ordonnances et des bulletins d'examens mutualistes

N°	Paramètres	Critères d'appréciation	Prise de décision
1	Contact bénéficiaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
2	Accord préalable	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
3	Nom ou code de l'établissement	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
4	Nom et prénoms du bénéficiaire	- Oui/existe	- Accord

		- Non/n'existe pas	- Rejet
5	Référence bénéficiaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
6	Activité du bénéficiaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
7	Sexe	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
8	Age du bénéficiaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
9	Code du praticien	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
10	CIM-10	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
11	ALD	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
12	Hospitalisation	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
13	Ambulatoire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
14	Urgence obstétricale et néonatale	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
15	Renseignements cliniques	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
16	Date	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
17	Libellé acte	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
18	Quantité	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
19	Prix	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
20	Signature et cachet du prescripteur	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
21	Montant total de la dépense	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
22	Part Mutuelle	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
23	Part Assuré	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
24	Signature et cachet de l'établissement sanitaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
25	Cachet de validation	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet

Tableau IV : Régularité des bordereaux de demande de remboursement et des pièces justificatives

N°	Paramètres	Critères d'appréciation	Prise de décision
1	N° bordereau de demande de remboursement	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
2	N° téléphone	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet/facultatif
3	Nom ou code de l'établissement sanitaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
4	Nom et prénom du bénéficiaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
5	Référence du bénéficiaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
6	Type de prestations	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
7	Période de facturation	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
8	Nombre de prestations (actes)	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
9	Montant total de la dépense	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
10	Part Mutuelle	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
11	Part Assuré	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
12	Autres prestations	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
13	Pièces justificatives des prestations	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet
14	Signature et cachet de l'établissement sanitaire	- Oui/existe - Non/n'existe pas	- Accord - Rejet

)] **La durée de l'hospitalisation (date d'entrée et de sortie)**

Tableau V : Répartition des bénéficiaires selon la durée de leur hospitalisation

Réf bénéficiaire/ Hospitalisations	Date d'entrée	Date de sortie	Durée d'hospitalisation

)] **Exactitude du taux de remboursement**

Tableau VI : Répartition des établissements sanitaires selon l'exactitude du taux de remboursement



Nom établissements sanitaires	Nbre de taux de remboursement exact	Nbre total de demande de remboursement	Pourcentage (%)
<b>Total</b>			

- ) **Le Coût moyen de l'ordonnance de l'établissement sanitaire par rapport à la norme souhaitée**
- ) **Le nombre de médicaments par ordonnance, le taux de prescription d'antibiotiques, d'injections et de Médicaments Essentiels Génériques par rapport aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**
- ) **Le Taux d'Utilisation des Services (TUS)**
- ) **Le Ratio d'utilisation des services de la Mutuelle**
- ) **Le Taux de sinistralité de la Mutuelle**
- ) **Le nombre de prestations remboursées par la mutuelle selon le type de prestation et le montant remboursé**
- ) **Le nombre de personnes prises en charge par la mutuelle par tranche d'âge**
- ) **Les remboursements accordés par type d'établissements sanitaires conventionnés etc.**

**d) Points d'attention**

- ☞ L'absence de loi fixant les modalités et les conditions d'exercice de la fonction de médecin conseil auprès des mutuelles de santé ;
- ☞ Le Médecin conseil n'a pas d'autorité sur les prestataires de soins de santé ;
- ☞ La faible volonté de certains prestataires de soins de santé à remplir correctement les supports de collaboration avec les mutuelles de santé (perçu comme une surcharge de travail) ;
- ☞ L'absence de sanction pour les cas de manquement constatés par les autorités sanitaires ;
- ☞ L'impossibilité pour la mutuelle de prendre des sanctions exemplaires pour les cas de manquement constatés en dehors des remboursements des sommes indues ;

- ☞ La perception erronée de certains prestataires de soins qui considère la mutuelle comme une source d'enrichissement illicite ;
- ☞ La résistance de certains prestataires au système mutualiste qui est perçu comme la cause de la perte de leurs intérêts (vente illicite des médicaments, rançonnement etc.).

## VII. La définition du panier de prestations

---

### a) *Les considérations majeures*

Le panier de soins a été défini en s'appuyant sur les éléments suivants :

- ☞ **Proposer un panier de prestation pouvant servir de panier de base pour l'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ;**
- ☞ **Améliorer le panier de soins de l'Assurance Maladie Volontaire (AMV) de l'UTM pour en faire le panier de prestations de l'expérience des mutuelles de cercle dans la Région de Mopti ;**
- ☞ **Définir un taux de cotisation par personne et par an qui sera légèrement supérieur au taux de cotisation actuel de l'AMV (6900 FCFA/personne/an) ;**
- ☞ **Cofinancement des cotisations : Mutualiste (20%) et l'Etat malien avec son partenaire AFD (50%+30% = 80%) ;**
- ☞ **Définir un panier de prestations adapté à l'offre de soins disponibles, aux pathologies de la Région et à l'objectif du PADSS II Mopti.**

### b) *Processus*

La définition du panier de prestation s'est déroulée à travers une étude de faisabilité et qui permet d'étudier les aspects suivants :

- ❖ **La faisabilité financière à travers l'analyse des éléments ci-dessous :**
  - Les données médicales ;
  - Les coûts des soins observés ;
  - Les données populationnelles ;
  - L'évolution prévisionnelle des adhérents et bénéficiaires ;

- La prévision des actes et
- La variable de prise en charge décidée.
- ❖ **La faisabilité institutionnelle :**
  - L'enrôlement ;
  - Le partenariat.
- ❖ **La structuration de la Mutuelle du Cercle :**
  - Niveau Village : Sous-section/comité de la Mutuelle du Cercle ;
  - Niveau Commune : Section de la Mutuelle du Cercle et
  - Niveau Cercle : La Mutuelle du Cercle.

**c) Points t'attention**

- Le respect des prévisions d'adhésion à la mutuelle du Cercle ;
- La maîtrise des risques majeures de la viabilité d'une mutuelle de santé (sélection adverse » ou présélection spontanée, risque moral, et le risque d'escalade des coûts ;
- La maîtrise des charges techniques par la mutuelle ;
- La fidélisation des membres.

## **VIII. Adhésion et cofinancement des cotisations**

---

L'objectif pour la composante 2 du PADSS II Mopti est d'améliorer l'accessibilité financière aux soins, en étendant la couverture du risque maladie (CRM) pour le secteur informel à travers le développement des mutuelles.

Ainsi les membres participants paient un droit d'admission de **1.000F CFA (mille francs CFA)** non remboursable pour une famille ou un ménage de **quinze (15) personnes**, au-delà le nouveau membre paie un nouveau droit d'admission. Le décompte de la période d'observation ne commençant qu'après le paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

La cotisation annuelle est fixée à **huit mille six cent cinquante francs CFA (8.650F CFA) par personne et par an** dont :

- ▀ **1.730F CFA à la charge de la personne** couverte soit 20% du taux de cotisation ;

- ▀ **2.595F CFA à la charge de l'Agence Française de Développement** soit 30% du taux de cotisation partenaire de l'Etat sur le projet ;
- ▀ **4.325F CFA à la charge de l'Etat malien** soit 50% du taux de cotisation et ce, à travers un abondement dans les cotisations dans le cadre de l'expérimentation de la politique de financement de la santé pour la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans la région de Mopti.

## IX. Analyse S.W.O.T de l'Assurance Maladie Mutualiste dans la Région de Mopti

Facteurs	Origine interne (Organisation)	Origine externe (environnement)
<b>Positifs</b> ( <i>Pour atteindre l'objectif</i> )	<b>Forces (Strengths)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Disponibilité d'un agrément délivré par le Ministre de la Solidarité et de l'Action Humanitaire ;</li> <li>✓ Innovation en matière d'Assurance Maladie Mutualiste ;</li> <li>✓ Taux de cotisation mieux adapté à la capacité contributive de la population cible ;</li> <li>✓ Participation communautaire dans l'organisation de la demande de soins ;</li> <li>✓ Bonne connaissance de la Mutualité et de son fonctionnement par les acteurs de déploiement des mutuelles de cercles ;</li> <li>✓ Gestion de proximité à travers le recrutement et le déploiement des Gestionnaires de Mutuelles sociales dans les Communes (sensibilisation, enrôlement aux Mutuelles et collecte des cotisations) ;</li> <li>✓ Portabilité de l'assurance maladie mutualiste (AMM) donnant droit aux soins sur l'étendue des deux cercles, des régions UTM et du District de Bamako ;</li> <li>✓ Continuité des soins pour les mutualistes donnant droit à l'accès aux soins de santé a tous les niveaux de la pyramide sanitaire (CSCOM, CSRéf, Hôpitaux etc.) ;</li> <li>✓ Simplicité des procédures d'adhésions, de renouvellement des cotisations et de prise en charge en cas de maladie ;</li> <li>✓ Proximité des services de la mutuelle avec les bénéficiaires du fait de la généralisation des conventions a l'ensemble des établissements sanitaires publics des deux cercles et certaines officines privées pour une meilleure</li> </ul>	<b>Opportunités (Opportunities)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cofinancement des Cotisations Mutualistes par l'Etat (50%) et l'Agence Française de Développement-AFD (30%).</li> <li>✓ Acceptation de l'expérimentation des mutuelles de cercle par l'Etat ;</li> <li>✓ Existence d'une réglementation de l'UEMOA sur les mutuelles sociales ;</li> <li>✓ Existence d'un bassin populationnel important (population secteur agricole et informel)</li> <li>✓ Existence d'autres partenaires avec qui des synergies sont possibles (ONG, Association, SFD).</li> </ul>

	<p>disponibilité des médicaments ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Disponibilité d'un système de gestion informatisé des mutuelles « SYSGIMUT » ;</li> <li>✓ Disponibilité de sièges pour l'UTM/Mopti et les deux mutuelles de cercles ;</li> <li>✓ Disponibilité d'équipements et outils de Travail appropriés ;</li> <li>✓ Disponibilité d'un service de Médecin conseil pour améliorer la qualité de la relation entre la mutuelle et les prestations de soins de santé.</li> </ul>	
<p><b>Négatifs</b> (Pour atteindre l'objectif)</p>	<p><b><u>Faiblesses (Weaknesses)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insuffisance des ressources humaines, financières &amp; matérielles ;</li> <li>○ Absence d'un système de gestion informatisé Web des mutuelles (utilisable à partir d'une source de connexion internet) ;</li> <li>○ Ratio Gestionnaires de mutuelles sociales et population cible très élevé (763.369/16 : 47.711 personnes pour un Gestionnaire) ;</li> <li>○ Forte dépendance vis-à-vis du financement extérieur ;</li> <li>○ Faible capacité d'analyse et de définition de stratégie de la majorité des gestionnaires ;</li> <li>○ Faible prise d'initiative de la majorité des élus mutualistes au sein des CA et des bureaux de sections ;</li> <li>○ Faible participation par endroit des membres des bureaux des mutuelles dans la vie de leurs mutuelles (mauvaise compréhension du bénévolat) ;</li> <li>○ Non remboursement des médicaments de spécialités ;</li> <li>○ Insuffisance dans l'identification des bénéficiaires (utilisation carte non biométrique) ;</li> <li>○ Insuffisance dans l'application de la réglementation de l'UEMOA sur les mutuelles sociales ;</li> <li>○ Absence de siège pour les bureaux des sections communales de mutuelles ;</li> <li>○ Tenue irrégulière des réunions statutaires.</li> </ul>	<p><b><u>Menaces (Threats)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insécurité grandissante qui impacte négativement la mise en œuvre des activités ;</li> <li>○ Faible revenu des populations ;</li> <li>○ Caractère volontaire de l'adhésion aux mutuelles ;</li> <li>○ Cohabitation entre les régimes contributifs et non contributifs dans un contexte d'insuffisance de respect des critères d'éligibilité aux régimes non contributifs ;</li> <li>○ Difficultés d'accessibilité géographique à certains établissements sanitaires ;</li> <li>○ Insuffisance de moyens logistiques pour certains établissements sanitaires d'accueil des malades mutualistes (Sources d'énergie continue, matériels informatiques etc.) ;</li> <li>○ Faible condition de travail des prestataires de soins de santé (Logement, Motivation etc.) ;</li> <li>○ Mauvais accueil au niveau de certains établissements sanitaires ;</li> <li>○ Refus de prendre en charge des assurés mutualistes ;</li> <li>○ Prescriptions peu rationnelles dans certains établissements sanitaires ;</li> <li>○ Changement climatique avec ses effets sur les communautés (revenu, exode rural etc.) ;</li> </ul>

## **X. Conclusion**

---

La réalisation du projet PADSS II de Mopti a permis à la mutualité de tester une nouvelle approche de création et d'accompagnement des mutuelles de santé. Les résultats atteints sont assez encourageants ce qui nous conduit aux résolutions suivantes :

- ) Que l'Union Technique de la mutualité bâtit sa stratégie de développement des mutuelles de santé sur le cercle comme niveau minimal de création des mutuelles de santé
- ) Que le panier de soins tel que mis en place à Mopti soit le paquet dont l'UTM assure la diffusion jusqu'à l'avènement du RAMU
- ) Que la professionnalisation des mutuelles se poursuive avec le modèle qui fait des animateurs gestionnaires des agents de l'UTM mis à la disposition des mutuelles
- ) Que la communication et l'information continue et s'intensifie.
- ) Que l'interconnexion entre le siège de l'UTM et les différents sites dans les régions se poursuive