

Ministère du Développement Social, de la  
Solidarité et des Personnes Agées



République du Mali  
Un Peuple-Un But-Une Foi



# Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali

## Rapport final

Octobre 2011

## Table des matières

I.	Introduction .....	8
II.	Justification de l'étude.....	9
III.	Objectifs.....	10
IV.	Méthodologie .....	10
V.	Résultats.....	11
A.	Le système de santé du Mali .....	11
1)	Offre des services de santé .....	11
a)	Organisation et fondements de la politique de santé .....	11
i.	Les Centres de Santé Communautaire .....	11
ii.	Les Centres de Santé de Référence CSRéf.....	12
iii.	Les Etablissements Hospitaliers.....	13
b)	La qualité des services offerts.....	13
c)	Les Ressources humaines .....	17
d)	La gouvernance du système de santé .....	19
i.	Les organes existants.....	19
ii.	Le fonctionnement des organes .....	20
iii.	Le recours pour les usagers .....	21
2)	Demande des services de santé .....	22
a)	Utilisation des services préventifs .....	22
b)	Utilisation des services curatifs .....	22
3)	Impact du système de santé.....	23
B.	Financement de la santé au Mali .....	24
1)	Ordre de grandeur actuel et tendance du financement de la santé.....	24
2)	Mécanismes de mobilisation des fonds .....	25
3)	Allocation des ressources du système de santé.....	26
4)	Contrôle du Ministère de la Santé sur les ressources .....	26
5)	Perspectives .....	27
C.	Dispositif pour la couverture universelle .....	27
1)	Orientations de la politique de protection sociale .....	27
2)	Différents instruments de financement de la santé par la demande.....	29
a)	L'assurance maladie obligatoire AMO.....	30
i.	Adhésion à l'AMO.....	31
ii.	Mise en commun des ressources .....	32
iii.	Prestations.....	32

iv.	Points forts.....	34
v.	Points faibles .....	34
b)	Le Régime d'assistance médicale RAMED.....	35
i.	Adhésion au RAMED.....	36
ii.	Mise en commun des ressources .....	36
iii.	Prestations.....	36
iv.	Points forts.....	36
v.	Points faibles .....	37
c)	Les mutuelles de santé .....	37
i.	Adhésion aux mutuelles.....	38
ii.	Mise en commun des ressources .....	40
iii.	Prestations.....	41
iv.	Points forts.....	42
v.	Points faibles .....	43
d)	Les caisses de solidarité pour la référence-évacuation .....	43
i.	Adhésion aux caisses de solidarité pour la référence-évacuation.....	43
ii.	Mise en commun des ressources .....	44
iii.	Prestations.....	44
iv.	Points forts.....	44
v.	Points faibles .....	45
e)	Les caisses villageoises de solidarité santé.....	45
i.	Adhésion aux caisses villageoise de solidarité santé .....	46
ii.	Mise en commun des ressources .....	46
iii.	Prestations.....	46
iv.	Points forts.....	46
v.	Points faibles .....	46
f)	Les gratuités.....	47
i.	Césarienne .....	47
ii.	Vaccination et « maladies sociales ».....	47
iii.	Soins de paludisme et antirétroviraux.....	48
iv.	Travailleurs du secteur formel, fonctionnaires,.....	49
VI.	Réflexions .....	49
VII.	Conclusion.....	52
VIII.	Annexes.....	54

## Table des illustrations

### Tableaux

Tableau 1: Répartition des CSCom par région .....	12
Tableau 2 : Tendances de quelques indicateurs des services préventifs de la santé de la mère et de l'enfant.....	22
Tableau 3 : Tendances de quelques indicateurs d'utilisation des soins curatifs.....	23
Tableau 4 : Comparaison des causes de mortalité entre 1998 et 2003.....	23
Tableau 5 : Ordre de grandeur du financement de la santé en 2008 et 2009 du Mali en FCFA.....	24
Tableau 7 : Dépenses de santé totale par habitant et par zone, et dépense de santé financée par l'Etat par habitant et par zone.....	26
Tableau 8 : Structure du contrôle des fonds (en milliards de FCFA) injectés dans le système de santé par le Ministère de la santé (MdS) .....	27
Tableau 9 : Pénétration de la mutualité dans la population générale de 2004 à 2010 .....	39
Tableau 10 : Tarifs de cotisations observées par les mutuelles.....	40
Tableau 11 : Moyenne et médiane des tarifs de cotisations observées par les mutuelles.....	41
Tableau 12 : Paquets de bénéficiaires accordés par les mutuelles enquêtées.....	42

### Graphiques

Figure 1 : Effectifs mutualistes par région en 2010 .....	39
---	----

## Liste des abréviations

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMV	Assurance Maladie Volontaire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ASACO	Association de santé communautaire
ASCOMA	Association des Consommateurs du Mali
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CIPRESS	Conférence Internationale de la Prévoyance Sociale
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CPN	Consultation Pré natale
CPS	Cellule de Planification et de statistique
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSREF	Centre de santé de référence
CSTM	Confédération Nationale des Travailleurs du Mali
CVSS	Caisse villageoise de solidarité santé
DNDS	Direction Nationale du développement Social
DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
ECV	Enfant complètement vacciné
EDS	Enquête démographique et de la Santé
FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire
FS	Source de financement
HF	Agent de financement
IHP	partenariat International pour la santé
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP	Institut national de recherche en Santé Publique
IRA	Infection respiratoire aigue
MDSSPA	Ministère du développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées
MS	Ministère de la Santé
ND	Non disponible
OASIS	Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing
ODHD	Observatoire du développement humain durable
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
P4H	Provider for Health
PDSC	Plan de développement sanitaire de cercle
PFT	Partenaires techniques et Financiers
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
P-RM	Primature, République du mali
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SG	secrétariat Général
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africain
UNTM	Union Nationale des Travailleurs du Mali
UTM	Union Technique de la Mutualité
VIH/SIDA	Virus d'immunodéficience humaine/ Syndrome d'immunodéficience acquise

## RESUME

Le Mali essaie depuis quelques années de développer des mécanismes de protection sociale dans le but de réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé. Car même si le pays a enregistré des progrès réels en terme de réalisation d'infrastructures de santé depuis environ deux décennies de mise en œuvre de l'approche programme, il n'en reste pas moins que les indices d'utilisation des services de santé demeurent très faibles. Conscientes du fardeau important des dépenses de santé que supportent les ménages, les autorités ont initié un certain nombre de réformes (gratuités, assurance maladie obligatoire, régime d'assistance médicale aux indigents, etc.) tendant à jeter les bases d'une couverture maladie universelle. L'objectif du présent travail était de faire un diagnostic de ces mécanismes alternatifs de financement.

Pour atteindre les objectifs assignés au travail, une collecte des données a été organisée en utilisant l'outil OASIS de l'OMS (guide) auprès des services du Ministère de la santé et du Développement social intervenant dans la mise en œuvre des mécanismes alternatifs de financement de la santé.

L'analyse montre que le déploiement de l'assurance maladie obligatoire (qui couvre les salariés du secteur privé, les retraités, les fonctionnaires de l'Etat et des Collectivités territoriales, les pensionnés et les parlementaires ) connaît des difficultés de démarrage liées à la réticence d'une partie des personnes assujetties qui ne souhaite pas adhérer au dispositif peut être par manque de confiance et par méconnaissance des avantages que leur procure ce nouveau régime d'assurance maladie.

Le régime d'assistance médicale dénommé RAMED, qui vise à procurer une assurance maladie aux personnes indigentes, exclues du système de santé à cause de leur incapacité à payer les services de santé, se met progressivement en place et travaille actuellement à mobiliser la contribution des collectivités territoriales à la suite de celle de l'Etat.

A côté de ces deux régimes ci-dessus mentionnés, le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées de concert avec celui de la Santé, a élaboré en 2010, une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. La stratégie ambitionne de donner une assurance maladie aux populations du secteur informel et agricole. Elle sera mise en œuvre pendant une phase pilote de trois ans qui devrait conduire à sa généralisation. Pour ce faire, l'Etat entend apporter une contribution financière à quiconque choisira d'adhérer à une mutuelle de santé. Ce mécanisme incitatif devrait permettre aux mutuelles d'augmenter sensiblement leurs effectifs.

Parallèlement à ces dispositifs, d'autres mécanismes de financement de la santé comme la caisse de solidarité, la caisse villageoise de solidarité santé, le programme de gratuité de la césarienne, pour ne citer que ceux-ci, sont mis en œuvre.

Ces différents instruments qui répondent à une logique de segmentation de la population, mis bout à bout devrait permettre au Mali de réaliser à terme la couverture maladie universelle.

Néanmoins le chemin pour y parvenir est long et difficile ; le timing choisi pour l'introduction de toutes ces réformes n'a pas été forcément judicieux. Pour l'instant, les limites entre les différents dispositifs semblent très rigides ; il n'est pas prévu de financement croisé qui permettrait une solidarité d'ensemble du dispositif. Il faut comprendre que le Mali est à ses débuts. Toutefois, dans les années à venir, il serait important de mettre en place un financement croisé entre les différents mécanismes dans le but d'assurer la viabilité de l'ensemble du système. D'ici là aussi, le Ministère du développement social et le Ministère de la santé devraient réfléchir à des alternatives de réduction des coûts des dépenses de santé

des ménages qui ne bénéficient pas à l'heure actuelle d'une couverture d'assurance maladie en attendant que les mécanismes actuels soient véritablement mis en place et se développent judicieusement. Ce processus s'étendra certainement sur des années. Une solution pour les ménages non couverts par l'assurance maladie serait la rationalisation de la prescription des médicaments et la mise en œuvre efficace de la politique de généralisation des médicaments essentiels. Cette mesure permettrait de réduire considérablement les dépenses de santé des ménages car les dépenses en médicaments constituent le poste le plus important de l'ensemble des dépenses de santé des ménages. Un autre avantage de cette mesure est qu'elle permettrait de contenir les dépenses des mécanismes actuels de couverture universelle, et donc de maintenir le montant des cotisations à un nouveau raisonnable.

# I. Introduction

Situé au cœur de l'Afrique Occidentale, le Mali est un pays vaste de 1 241 238 Km<sup>2</sup> et compte 14,5 millions d'habitants selon le dernier recensement général de la population de 2009<sup>1</sup> dont 50,4% de femmes et 49,6% d'hommes. La population malienne croît au taux annuel de 3,6%. Le Mali est très peu urbanisé : 26,2 % de la population vivent en milieu urbain contre 73,8 % en milieu rural. Le district de Bamako, la plus grande agglomération renferme 10,7 % de la population totale soit un peu plus de deux cinquième de la population urbaine<sup>2</sup>. Le Mali est classé en 2010 au rang de 160<sup>ème</sup> pays sur 169 avec un indice de développement humain de 0,309<sup>3</sup>.

Le pays est découpé en huit régions administratives et le district de Bamako, la capitale (cf. carte ci-dessous). Le Mali s'est engagé dans la décentralisation depuis une vingtaine ; ce processus a abouti à la création de plus de 760 collectivités territoriales à différents niveaux (communes, cercles, régions, district). Le décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences et ressources transférées de l'Etat aux collectivités territoriales (Commune et Cercle) indique le transfert des compétences suivantes au niveau commune : l'élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement sanitaire ; la signature de la convention d'assistance mutuelle avec les associations de sante communautaires (ASACO) ; l'allocation de subventions pour le financement des activités de sante selon les critères définis annuellement (contrat de performance); la mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels) ; la contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents de santé ; la subventions financières aux travaux de construction et à l'équipement des CSCOM ; la lutte contre la vente illicite des médicaments ; le suivi et le contrôle de la gestion des ASACO ; la lutte contre les épidémies et catastrophes ; le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux médecins chefs des services de sante de cercles.

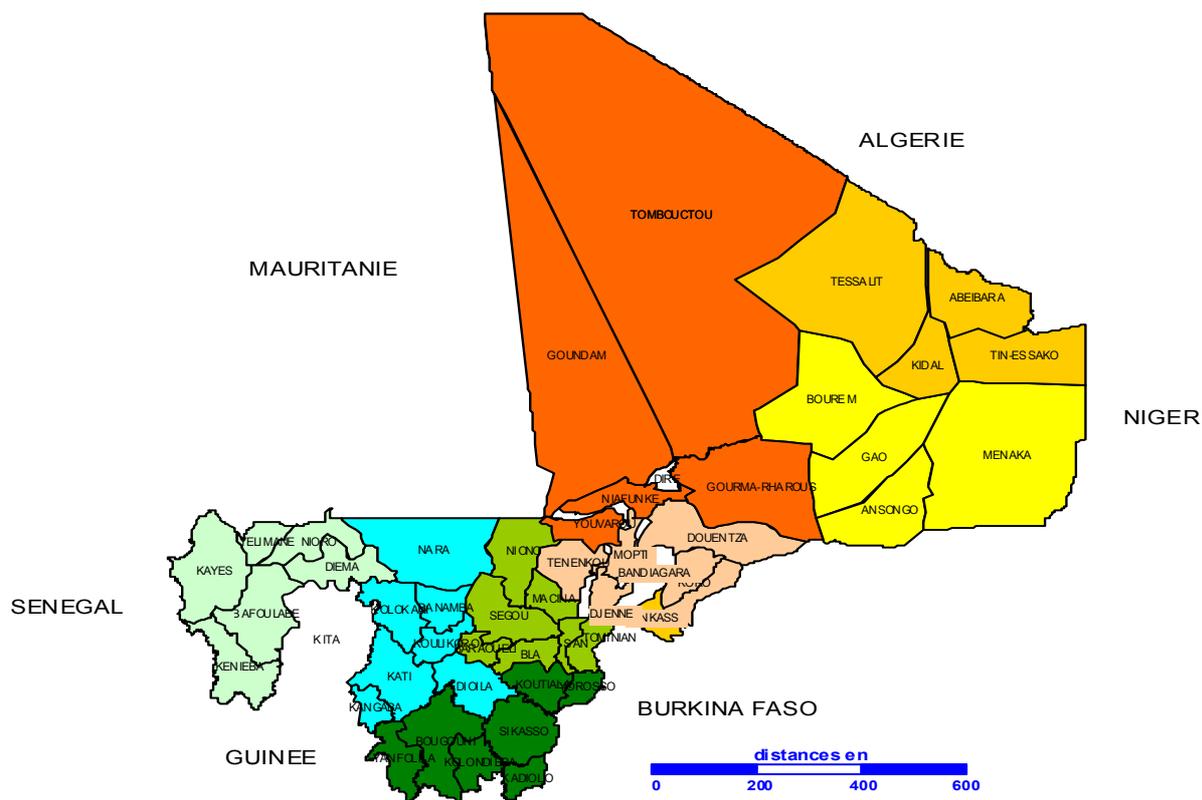
Au niveau cercle les compétences transférées de l'Etat sont les suivantes : l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement sanitaire (PDSC) ; le recrutement du personnel ; la construction/réhabilitation et l'équipement des CSREF ; la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies ; la lutte contre la vente illicite des médicaments ; l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments ; l'élaboration et la révision de la carte sanitaire ; l'allocation de subventions aux centres de sante de référence ; le contrôle du respect des engagements des ASACO du cercle ; le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux directeurs régionaux de la santé.

---

<sup>1</sup> Résultats provisoires RGPH 2009

<sup>2</sup> Profil de pauvreté du Mali 2001, ODHD, PNUD février 2006

<sup>3</sup> Site PNUD, Indicateurs internationaux de développement humain



## II. Justification de l'étude

Depuis l'adoption de la politique sectorielle de santé en 1990, les efforts du Gouvernement et des partenaires au développement ont porté sur l'amélioration de l'offre des services de santé. A cet effet, l'infrastructure sanitaire a été améliorée à travers la construction et ou la revitalisation de centres de santé communautaires, l'équipement des hôpitaux, et la dotation en personnel de santé des formations sanitaires de tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les résultats probants de cette stratégie sont l'amélioration de l'accessibilité géographique aux formations sanitaires, l'amélioration de la couverture vaccinale et la réduction des mortalités maternelles et infantiles. D'autres résultats probants, et non les moindres, sont l'élaboration de documents de politiques, de normes et standards pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Des efforts sont aussi en cours pour rapprocher davantage les soins de santé aux populations vivant à plus de 5 km d'une formation sanitaire à travers la politique des soins essentiels dans la communauté.

En dépit de ces efforts très louables du Gouvernement, la demande des services de santé de façon générale reste faible. Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer les facteurs socioculturels, le sous-financement des services de santé et le faible pouvoir d'achat de la population.

Ces problèmes ont été perçus très tôt par le Gouvernement, et dès la moitié des années 1990, le secteur de la santé a commencé à réfléchir à des mécanismes qui permettraient non seulement de sécuriser des fonds au système de santé, mais aussi de relancer la demande des services de santé. Les réflexions sont aussi en cours pour trouver de nouveaux mécanismes pérennes de financement de la santé. Il existe une abondante

littérature sur ces mécanismes, mais à notre connaissance, une revue de littérature n'a pas été conduite pour faire le point, en particulier sur ce qui marche et ce qui ne l'est pas. Le présent travail s'inscrit dans cette perspective. On espère qu'il sera utile aux personnes et institutions travaillant sur les mécanismes alternatifs de financement, et à Provider for Health (P4H), consortium de partenaires travaillant sur la couverture universelle, qui fera prochainement une visite d'appui au Gouvernement malien.

### **III. Objectifs**

L'objectif général de ce travail est de réaliser un état des lieux de l'ensemble du dispositif mis en place dans le cadre de la couverture universelle en matière de santé au Mali en vue de permettre à P4H de mieux cibler son appui.

#### **Objectifs spécifiques:**

- Analyser le système de financement de santé pour identifier les causes principales des défis de ce système;
- Analyser les forces et déficits dans les arrangements institutionnels du système de financement de santé (les règlements et lois) et la pratique organisationnelle (l'implémentation de ces lois et règlements).
- Explorer des options / mesures pour améliorer la performance du système pour atteindre la couverture universelle.

### **IV. Méthodologie**

Le présent travail a été fait en deux étapes. Dans la première étape, nous avons procédé à une collecte et exploitation de la documentation existante sur le financement de la santé, les politiques, stratégies et instruments pour réaliser la couverture universelle des soins de santé au Mali.

Dans la seconde étape, nous avons eu des entretiens et discussions avec les acteurs clés du système de financement de la santé au Mali. Les structures concernées ont été la Direction Nationale de la Santé, la Direction nationale de la protection sociale et de l'économie solidaire, la Caisse nationale d'assurance maladie obligatoire, la Caisse nationale d'assistance médicale, l'Union technique de la mutualité et la Fédération nationale des associations de santé communautaire.

L'outil OASIS a été utilisé pour l'analyse des données collectées. C'est une grille conçue par l'OMS permettant de faire une revue du système de santé et de ses mécanismes alternatifs de financement. Les thématiques abordées dans l'outil OASIS concerne entre autres le financement de la santé, la gouvernance du système de santé, la mobilisation et le partage des fonds des mécanismes alternatifs de financement. Les thématiques sont classées par feuillet Excel, et chaque feuillet donne la liste de questions ou directives pour documenter les aspects de chaque thématique. Pour documenter chaque thématique, nous avons procédé par élimination de la documentation y afférente ; finalement la documentation qui paraissait crédible a été retenue.

Le travail de rédaction s'est fait en consultant, chaque fois que possible, l'avis de certains responsables des services centraux du Ministère du développement social et de l'OMS sur les différents brouillons du rapport. Aussi, dans le but de valider le rapport, un atelier restreint a été organisé avec les services techniques visités lors la phase de collecte d'information. Cet atelier qui s'est déroulé le 28 septembre 2011 a été l'occasion pour prendre les remarques et propositions d'amélioration. Toutes les observations pertinentes ont été intégrées avant la production de la version définitive du présent rapport d'étude.

## V. Résultats

Dans ce qui suit, nous présentons les résultats de l'analyse. Le premier chapitre présente le système de santé du Mali en faisant ressortir quelques caractéristiques essentielles de l'offre et de la demande des services de santé. Le second chapitre porte sur le financement de la santé. Le troisième fait une revue des mécanismes alternatifs de financement mis en place : assurance maladie obligatoire, régime d'assistance médicale, etc. en y faisant ressortir les points forts et les points faibles de chaque mécanisme. Le quatrième chapitre passe en revue les mécanismes de gratuité en cours. Les résultats de ces différents chapitres font l'objet d'une discussion dans le cinquième chapitre.

### A. Le système de santé du Mali

#### 1) Offre des services de santé

##### a) Organisation et fondements de la politique de santé

La politique de santé repose sur la Déclaration de soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako, la Déclaration de Ouagadougou sur la relance des soins de santé ainsi que d'autres initiatives internationales auxquelles le pays a souscrites. L'unité opérationnelle de la politique de santé est le district sanitaire qui comprend les services de santé de première ligne (centre de santé communautaire) et l'hôpital de district (centre de santé référence). L'aire d'attraction de l'hôpital de district est répartie en plusieurs zones ou aires de santé. Dans chaque aire, la politique de santé ambitionne d'implanter un centre de santé communautaire offrant un paquet minimum d'activités comprenant les soins curatifs, préventifs et promotionnels. L'aire de santé comprend plusieurs villages ou fractions nomades. Les soins au niveau village sont assurés par les agents de santé communautaires : relais, accoucheuses traditionnelles recyclées, etc.

Les structures de prestation de soins au Mali peuvent être classées dans les trois secteurs suivants : le public / communautaire, le privé et le confessionnel. En matière de soins curatifs, le Mali disposait en 2010 de :

- 12 établissements publics hospitaliers et 1 établissement hospitalier privé participant à la mission du service public hospitalier,
- 60 centres de santé de référence (CSRéf),
- 1050 centres de santé communautaire (CSCoM),
- 755 établissements sanitaires privés (y compris pharmacie et laboratoire).

##### *i. Les Centres de Santé Communautaire*

Depuis la fin des années 1990, le Mali a procédé à la mise en place d'un nombre important de centre de santé communautaire. En 2009, on estimait que plus de 88% de la population malienne est située dans un rayon de moins de 15 km d'un CSCoM. Cette démarche de création de CSCoM entre dans le cadre de la politique du gouvernement de la République du Mali de rapprocher les services de santé des utilisateurs et d'en faciliter l'accessibilité au plus grand nombre de la population. Les CSCoM sont administrés par les associations de santé communautaire (ASACO) dont les membres sont les personnes physiques vivant dans l'aire de santé. Les membres paient une cotisation à l'ASACO et bénéficient en retour d'un rabais (en général de 50%) sur les tarifs publics des actes dispensés au niveau du CSCoM. Ils élisent parmi eux en assemblée générale, d'une part un Conseil d'administration de 11 membres et d'autre part, un Comité de surveillance de 5 membres.

Pour la gestion quotidienne des activités, le Conseil d'administration élit parmi ses membres, un comité de gestion animé par 4 à 5 personnes. Quant au Comité de surveillance, il se dote d'un Président assisté par quatre membres.

Le CSCom constitue l'entité sanitaire périphérique la plus proche des populations. C'est la base de la pyramide où s'exécutent les programmes de façon intégrée et où s'applique la médecine dans ses aspects curatif, préventif et promotionnel. Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale, la consultation pré et post natale, l'accouchement eutocique ou simple, les soins infirmiers, les conseils sur la nutrition, l'hygiène, etc. En général, l'équipe technique du CSCom est composée d'un médecin, d'une sage-femme, d'un infirmier. Cette équipe s'occupe des consultations et de la maternité. Le CSCom dispose d'un dépôt de médicaments essentiels, d'une maternité et d'une infirmerie.

Au cours des cinq dernières années, les efforts du gouvernement ont été maintenus pour accroître la disponibilité des services de santé. De 2005 à 2010, l'offre de services de santé primaires a augmenté d'au moins 40%. Le tableau suivant donne la répartition des CSCom fonctionnels par région.

**Tableau 1: Répartition des CSCom par région**

Région	2005	2010
<b>Kayes</b>	115	185
<b>Koulikoro</b>	103	161
<b>Sikasso</b>	152	191
<b>Ségou</b>	134	173
<b>Mopti</b>	109	142
<b>Tombouctou</b>	41	70
<b>Gao</b>	40	62
<b>Kidal</b>	7	11
<b>Bamako</b>	52	55
<b>TOTAL</b>	<b>753</b>	<b>1 050</b>

Source SLIS : Rapport d'évaluation 2010 et de programmation 2012, DNS, Comité Technique PRODESS Juin 2011

#### **ii. Les Centres de Santé de Référence CSRéf**

Ils constituent le 2<sup>ème</sup> niveau de contact, il reçoit les références du CSCom. Actuellement le Mali dispose de soixante (60) CSRéf répartis équitablement sur l'ensemble du territoire national. Chaque cercle administratif en dispose d'au moins un. Les CSRéf sont administrés par un Conseil de gestion dont les membres sont les représentants des pouvoirs publics, des usagers, des collectivités territoriales. Le Président de la collectivité territoriale de ressort (conseil de cercle ou commune du district de Bamako) ou son représentant est de droit le Président du Conseil de gestion du CSRéf.

Le plateau technique du CSRéf est naturellement plus étoffé que celui du CSCom. L'on y dispense des services de médecine générale et spécialisée selon les cas. Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale surtout les méthodes longue durée, la consultation pré et post natale, le suivi de la grossesse, les accouchements dystociques, la consultation spécialisée (dentaire, ophtalmologique), les interventions chirurgicales, la supervision et la formation du personnel des CSCom. Le personnel requis du CSRéf est composé de 3 médecins dont 1 à compétence chirurgicale, 1 en santé publique et 1 généraliste, 2 à 3 sages femmes, 1

laborantin, 3 assistants médicaux dont 1 en réanimation, 1 pour les soins dentaires et 1 pour les soins ophtalmologiques, 1 infirmière obstétricienne.

### **iii. Les Etablissements Hospitaliers**

La réforme hospitalière de 2002, a consacré l'autonomie des hôpitaux qui sont depuis lors, dotés de la personnalité morale. La loi dite hospitalière qui est la cheville ouvrière de la réforme, distingue deux types d'hôpitaux :

- les établissements publics hospitaliers,
- les établissements hospitaliers privés.

Les établissements publics hospitaliers rendent le service public hospitalier. Sous certaines conditions, les établissements hospitaliers privés peuvent participer à la réalisation de la mission du service public hospitalier. Dans ce cas, ils reçoivent des subventions publiques.

Actuellement il existe douze (13) établissements hospitaliers dont douze publics et un privé qui participe d'ailleurs à la mission du service public.

Les établissements publics hospitaliers sont classés en deux catégories sur la pyramide sanitaire à savoir les hôpitaux dits régionaux qui sont implantés dans chacune des régions administratives sauf à Kidal et Koulikoro et les hôpitaux dits nationaux, structures de dernière référence, qui sont implantés dans la capitale et ses environs.

Les hôpitaux régionaux ont un plateau technique plus performant que celui des CSRéf dont ils reçoivent les patients référés.

Les hôpitaux nationaux reçoivent les malades des hôpitaux régionaux ou des centres de santé de référence. Ils participent à la formation des agents de santé et fournissent plus de soins avec des spécialités diversifiées. Ils mènent également la recherche.

Quant au réseau de la médecine traditionnelle, il comprend les tradithérapeutes, les herboristes, les associations ou groupements de tradithérapeutes. La médecine traditionnelle travaille en collaboration avec le secteur privé, le secteur public et communautaire.]

## **b) La qualité des services offerts**

La littérature disponible permet d'après la qualité des services offerts dans les centres de santé communautaires (Cscm), dans les centres de santé de référence (Csref, ou hôpitaux de district), dans les officines pharmaceutiques et dans les établissements hospitaliers. Dans les centres de santé communautaires et dans les hôpitaux de district, la qualité est appréciée à travers la prescription des médicaments ; dans les officines pharmaceutiques, la qualité est appréciée à travers le nombre d'ordonnances servis par les pharmaciens ; et dans les établissements hospitaliers, la qualité est appréciée à travers un indicateur composite qui tient compte à la fois de la dimension technique et de la dimension sociale de la qualité des soins (satisfaction de l'utilisateur). Dans ce qui suit, examinons ensemble la qualité des soins à chacun des niveaux de la pyramide sanitaire.

### **i) La qualité des soins dans les Cscm et les Csref**

L'étude de Maïga M et alii (2006)<sup>4</sup> montre que la mauvaise prescription médicamenteuse a des répercussions pour les ménages. En effet, cette étude, à partir d'un échantillon aléatoire de Cscm et de Csref de Bamako, permet de comparer le coût de l'ordonnance prescrite à ce qu'elle coûterait si l'on suit les normes thérapeutiques nationales (les auteurs ont appelé

---

<sup>4</sup> MAIGA M et alii (2006). Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali, Direction de la Pharmacie et du Médicament

ce coût « coût moyen théorique nécessaire au traitement »), et de s'en faire une idée sur les dépenses inutiles de médicaments que les prescripteurs font supporter par les malades. L'étude a porté sur les 5 pathologies dominantes qui sont le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës hautes, les infections respiratoires aiguës basses et les infections sexuellement transmissibles. Le tableau ci-dessous, établi à partir des différents tableaux de l'étude (op. cit. pp.12-17), permet de faire les constats suivants :

- que ce soit dans les Cscm ou dans les Csréf, il y a des prescriptions inutiles de médicaments qui renchérissent le coût de l'ordonnance des malades ;
- l'ampleur de la prescription inutile, mesurée par le rapport entre les coûts des prescriptions inadaptées et le coût théorique de l'ordonnance, est dans l'ensemble plus élevée dans les Csréf que dans les Cscm. Ici donc, au lieu que le coût des prescriptions inutiles soient plus faibles dans les Csréf que dans les Cscm, parce que les Csréf sont censés apporter un appui technique aux Cscm, on assiste au contraire. L'ampleur de la prescription inutile va de 1 à 20 aux Cscm contre 1 à 76 dans les Csréf ;
- le coût des médicaments prescrits et celui des prescriptions inadéquates sont presque les mêmes ou évoluent dans un rapport de moitié ;
- le coût élevé des ordonnances prescrites ; le Mali étant l'un des pays les plus pauvres au monde, on se demande si les médicaments sont effectivement accessibles aux malades.

Pathologies	Indicateurs	Cscm	Csréf
Paludisme	Coût moyen théorique [a]	150	60
	Coût de l'ordonnance prescrite [b]	2920	4890
	Coûts prescriptions inadéquates [c]	2450	4565
	Rapport [c]/[a]	16	76
Diarrhée	Coût moyen théorique [a]	100	100
	Coût de l'ordonnance prescrite [b]	2100	7000
	Coûts prescriptions inadéquates [c]	2000	6900
	Rapport [c]/[a]	20	69
IRA hautes	Coût moyen théorique [a]	650	440
	Coût de l'ordonnance prescrite [b]	2700	6573
	Coûts prescriptions inadéquates [c]	2065	6093
	Rapport [c]/[a]	3	14
IRA basses	Coût moyen théorique [a]	490	180
	Coût de l'ordonnance prescrite [b]	2503	3918
	Coûts prescriptions inadéquates [c]	1980	3440
	Rapport [c]/[a]	4	19
IST	Coût moyen théorique [a]	3440	1275
	Coût de l'ordonnance prescrite [b]	3640	3430
	Coûts prescriptions inadéquates [c]	480	1517
	Rapport [c]/[a]	1	1

Source : d'après Maïga M et alii, 2006

## ii) La qualité des soins dans les officines pharmaceutiques

Ici aussi la qualité des services est déplorable. Comme l'indique le tableau ci-dessous, l'absence des pharmaciens est fréquente dans les officines, et l'on y procède que très faiblement à des substitutions en cas de prescription de spécialités. La gestion des officines, notamment la vente des médicaments au public, est confiée à des non professionnels. Cette situation rime t-elle avec la déontologie de la profession et les bonnes pratiques de santé publique ? Banalise t-on les officines de pharmacie comme des épiceries où nul n'ait besoin de qualification pour y assurer la vente des produits ? Que font les autorités sanitaires ?

	1998	1999	2000	2001	2004
% d'ordonnances servies en présence d'un pharmacien	29	49	70	34	43
% de substitution en cas de prescription de spécialités	0,7	2,1	2,1	1,2	3,3

Source : d'après Maïga M et al. (2005), p. 16, tableaux 4 et 8

## iii) La qualité des soins dans les hôpitaux

Dans la littérature disponible, la qualité des soins dans les hôpitaux est évaluée à partir d'un indicateur composite (ou score de qualité) combinant les normes professionnelles et la satisfaction des usagers des formations hospitalières. Les normes professionnelles comprennent les facteurs de production (équipements, médicaments, consommables, etc.) le processus de production (gestion, motivation du personnel, maintenance, hygiène, etc.) et les résultats des soins (létaleté intra-hospitalière, etc.). La qualité des soins telle que ainsi déterminée cerne donc à la fois la dimension technique de la qualité (normes professionnelles) et la dimension sociale de la qualité (satisfaction des usagers). Chaque composante de la qualité des soins, sur la base de ce qui a été observée sur le terrain, est évaluée en utilisant une grille de scores. Le total de points ainsi obtenus est comparé au score maximum attendu pour chaque composante. La qualité est dite satisfaisante si son score composite atteint ou dépasse le cap des 80%.

Le tableau ci-dessous, construit à partir des différents rapports de l'ANEH, permet de constater qu'il y a encore des efforts considérables à faire en matière de qualité des soins dans les formations hospitalières : aucune n'atteint le score de 80%. Les efforts concernent à la fois les normes professionnelles ainsi que la satisfaction des clients.

Les normes professionnelles ne sont pas atteintes pour entre autres raisons suivantes : vétusté, insuffisance numérique ou pannes des équipements ; pauvre hygiène (par ex. à HGT, « les déchets biomédicaux (aiguilles, perfuseurs, poches à urines, flacons de sérum, etc.) ne font pas l'objet de tri à la production, si bien que ces déchets sont acheminés en même temps que les déchets ménagers dans les décharges publiques ; les toiles d'araignée existent dans les salles d'hospitalisation, de consultation et dans les bureaux ; la plupart des matériels, équipements ou mobiliers (tables de consultation, armoires métalliques, potences, chariots, lits d'hospitalisation, boîtes à instruments) sont obsolètes et souvent enrouillés ; les salles de pansement ne sont pas nettoyées après l'acte : les morceaux de sparadrap, de compresses imbibées de sang, de bandes déjà utilisées et des aiguilles couvrent le sol de la salle de pansement ; utilisation du flambage comme méthode de stérilisation du matériel au niveau du service de traumatologie ») ; mauvaise allocation du personnel (certains services

en manquent cruellement, alors que les effectifs sont pléthoriques dans d'autres), dysfonctionnement des organes de gestion, etc.

Quant à l'insatisfaction des usagers, les plaintes suivantes parmi tant d'autres sont avancées : « l'absentéisme du personnel ; le personnel est négligent ; le personnel ne respecte pas les malades ; le non respect de l'ordre d'arrivée ; longue attente au niveau du bureau des entrées ; ne sont pas orientés à l'intérieur de l'hôpital ; le laisser-aller du personnel ; les spécialistes ne gardent pas ; la corruption et le racket ; la non uniformité des tarifs pour le même acte ; le mépris envers les pauvres ; le marchandage des tarifs ; les ordonnances kilométriques ; l'orientation vers les cliniques privées, le vol des médicaments et d'autres biens par le personnel médical ; l'incompétence du personnel », etc.

Hôpital	Composantes de la qualité	Points attendus	Points obtenus	%
Sikasso	Normes professionnelles	245	144	59
	Satisfaction des usagers	245	125	51
	<b>Score qualité</b>	<b>490</b>	<b>269</b>	<b>55</b>
HGT	Normes professionnelles	188	110	59
	Satisfaction des usagers	188	78	41
	<b>Score qualité</b>	<b>376</b>	<b>188</b>	<b>50</b>
Mopti	Normes professionnelles	189	85	45
	Satisfaction des usagers	189	115	61
	<b>Score qualité</b>	<b>378</b>	<b>200</b>	<b>53</b>
CNOS	Normes professionnelles	190	93	49
	Satisfaction des usagers	190	109	57
	<b>Score qualité</b>	<b>380</b>	<b>202</b>	<b>53</b>
IOTA	Normes professionnelles	191	132	69
	Satisfaction des usagers	191	127	66
	<b>Score qualité</b>	<b>382</b>	<b>259</b>	<b>68</b>
Tombouctou	Normes professionnelles	190	92	48
	Satisfaction des usagers	190	79	42
	<b>Score qualité</b>	<b>380</b>	<b>171</b>	<b>45</b>
Ségou	Normes professionnelles	190	116	61
	Satisfaction des usagers	190	111	58
	<b>Score qualité</b>	<b>380</b>	<b>227</b>	<b>60</b>
Gao	Normes professionnelles	245	150	61
	Satisfaction des usagers	245	205	84
	<b>Score qualité</b>	<b>490</b>	<b>355</b>	<b>72</b>

Kayes	Normes professionnelles	95	34	36
	Satisfaction des usagers	95	25	26
	<b>Score qualité</b>	<b>190</b>	<b>59</b>	<b>31</b>

Source : d'après les différents rapports de l'ANEH sur l'évaluation de la qualité des soins dans les hôpitaux

### c) Les Ressources humaines

Des efforts ont été faits ces dernières années pour améliorer les indicateurs des ressources humaines de la santé. Pour certaines catégories du personnel tels que les médecins et les infirmiers, le pays a atteint les normes de l'OMS. D'après le rapport du Comité Technique de juin 2011, le pays avait en 2010 : 1 médecin pour 9.792 habitants contre 1 médecin pour 10.000 habitants préconisé par l'OMS ; 1 infirmier ou assistant médical pour 3.794 habitants contre la norme de 1 infirmier pour 5.000 habitants de l'OMS ; et enfin 1 sage femme pour 21.924 habitants contre la norme de 5.000 habitants de l'OMS.

En dépit de ces efforts remarquables, le personnel de santé n'est pas bien réparti entre les régions, mais aussi entre le milieu urbain et le milieu rural. L'essentiel du personnel qualifié est concentré dans les milieux urbains et semi-urbains. Le personnel de santé est aussi peu motivé. Les raisons avancées sont le faible niveau de rémunération salariale, l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération, la mauvaise répartition du travail et l'absence de plan de carrière.

Face à la faiblesse des niveaux de rémunération et aux critères flous de nomination, les agents de santé ont adopté de nombreuses attitudes parmi lesquelles on peut citer : le manque de qualité des soins et de productivité dans la réalisation du service public de santé, la recherche systématique d'indemnités quotidiennes (*per diem*), la pratique illégale dans le secteur privé, et la « fuite des cerveaux ». Chacune de ces attitudes est analysée ci-dessous.

En ce qui concerne le manque de qualité et la faible productivité, d'après Hubert Baliq et alii, « la plupart des personnels des formations sanitaires publiques ne s'impliquent pas autant qu'ils le devraient dans la réalisation des objectifs qui ont été assignés à leur établissement. Si certains font preuve d'abnégation dans la conduite de leurs activités en respectant les horaires, en assurant une véritable prise en charge des patients et en faisant preuve de compassion à l'égard de ceux qui souffrent, trop nombreux sont ceux qui font acte de présence dans leur service en ayant pour principal souci de maintenir les apparences vis-à-vis de leur employeur et de leur environnement social, et qui évoquent la moindre difficulté rencontrée pour justifier leurs insuffisances lorsqu'ils sont pris en faute. L'une des conséquences les plus graves de cette situation est le transfert de tâches à des agents subalternes n'ayant pas les qualifications requises : alors que l'établissement dispose des effectifs nécessaires, ce sont les étudiants en médecine ou des infirmiers qui font les consultations de spécialité, des aides soignants qui dispensent des soins infirmiers, des matrones qui font des accouchements... A cela s'ajoutent les nombreuses scènes illicites qui ponctuent la vie quotidienne des établissements publics de soins »<sup>5</sup>.

La recherche systématique des *per diem* « occupe une place croissante dans le fonctionnement du système de soins. On assiste à une multiplication des séminaires ou des stages de formation, qui prive les établissements sanitaires de leur personnel pendant une

<sup>5</sup> Berthé Y A et Baliq H (2004). Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali, Ministère de la Santé de la République du Mali et Ministère des Affaires Etrangères de la République Française, 2004, p.8.

partie excessive de leur temps de travail et dont les effets en termes de formation ne sont pas à la hauteur des résultats attendus. Cette situation résulte de la faiblesse des salaires et de l'importance relative de ces indemnités vis-à-vis du niveau de rémunération des personnels de santé. Certains mois, un agent de santé peut voir en effet doubler ses revenus, grâce à ces fameux *per diem*. Il n'est donc pas surprenant qu'ils soient devenus des objectifs à part entière et que leur attribution n'ait plus aucun rapport avec la fonction première qui n'est pas de rémunérer mais de compenser les frais des séjours en dehors des lieux de résidence »<sup>6</sup>

Quant à la pratique clandestine, «alors qu'ils sont tenus statutairement d'exercer leurs fonctions à plein temps et de façon exclusive à l'hôpital, les médecins hospitaliers consacrent une partie importante de leur temps officiel de travail à des activités qu'ils réalisent dans les cliniques et les cabinets privés de leur ville, afin de compenser la faiblesse des salaires qui leur sont versés par la fonction publique. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement des services hospitaliers sont particulièrement lourdes. Elles ne se limitent pas à l'absentéisme qui en résulte, mais portent également sur l'ensemble du système hospitalier : lorsqu'un chef de service ne respecte pas les règles qui s'imposent à l'ensemble de son équipe, il perd sa crédibilité et ne peut plus jouer correctement son rôle de leader. Cet abandon des exigences du service public et même de la déontologie qui s'imposent à tous les professionnels de santé contribue peu à peu à la désertion de l'hôpital public par les catégories les plus favorisées de la population au profit des cliniques privées où elles retrouvent bien souvent la plupart de ces mêmes praticiens hospitaliers »<sup>7</sup> La recherche du complément de salaire n'est pas particulière au Mali ; elle se rencontre sous d'autres cieux<sup>8</sup>. Mais, comme c'est un problème au Mali, il faut le résoudre au Mali.

Enfin, en ce qui concerne la fuite des cerveaux, «le départ des cadres supérieurs du service de l'Etat ne cesse de croître et prive le pays des experts dont il a de plus en plus besoin, compte tenu de l'augmentation de la demande, de l'extension de l'offre de soins, de la croissance des besoins en compétences hautement qualifiées et de la réduction constante du nombre d'assistants techniques étrangers. C'est notamment le cas des hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé, qui sont de plus en plus sollicités, compte tenu de leur expérience, pour participer à la constitution de l'expertise internationale<sup>9</sup> « Ne restent donc comme acteurs des systèmes publics de santé que quelques héros et les « oubliés », ceux qui viennent de commencer leur carrière, ceux qui par incompetence ou par manque d'appui politique, n'ont pas pu sortir de leur marasme professionnel, ou ceux qui espèrent profiter à mauvais escient de la liberté que leur offre le service public »<sup>10</sup>. La fuite des cerveaux n'est pas un phénomène particulier au contexte malien ; elle se rencontre ailleurs<sup>11</sup>

Parallèlement à ces problèmes du personnel de santé qui est déjà en fonction, il existe aussi de nombreux diplômés de la Faculté de médecine et des autres écoles de santé qui ne sont à la recherche d'emplois.

---

<sup>6</sup> Berthé Y A et Balique H : Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali, Ministère de la Santé de la République du Mali et Ministère des Affaires Etrangères de la République Française, 2004, p.8.

<sup>7</sup> op.cit. p.8

<sup>8</sup> OMS; Rapport sur la santé dans le monde, 2000, p.149

<sup>9</sup> Berthé Y A et Balique H (2004). Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali, Ministère de la Santé de la République du Mali et Ministère des Affaires Etrangères de la République Française, 2004, page 9.

<sup>10</sup> Elizabeth Paul et Bruno Dujardin : L'approche sectorielle santé au Mali, rapport de la seconde mission du GRAP-SWAP au Mali, 6-16 mars 2006, p. 36.

<sup>11</sup> Magda Awases : Migration of skilled health professionals in the African region, an overview, pp28-32, in the African Health Monitor : crisis in human resources for health in the African region, January-June 2007, vol 7, N° 1, 52 pages, an WHO/Afro's magazine; the magazine was also available on WHO's website as of December 9, 2007.

En vue d'assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les zones rurales et éloignées, l'Etat et les partenaires au développement encouragent les jeunes diplômés médecins à s'installer dans les formations sanitaires de première ligne (médicalisation des zones rurales). Aussi, pour une gestion plus rationnelle des ressources humaines, l'Etat et les partenaires au développement sont entrain de mettre en place l'observatoire des ressources humaines. Un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé a été élaboré pour répondre aux préoccupations du personnel de santé. Une direction des ressources humaines de la santé a été créée pour le développement des ressources humaines de la santé. .

## **d) La gouvernance du système de santé**

### ***i. Les organes existants***

Au plan législatif, il existe des cadres organisés pour faciliter le dialogue entre les parties prenantes. Ils sont spécifiés dans le Décret N° 01-115/P-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du programme de développement social et sanitaire et la décision N°10-1359/MS-SG du 16 Août 2010 portant création des groupes thématiques du comité de pilotage. Ce sont :

- *Le Comité de suivi du PRODESS* qui est présidé par le Ministre de la santé, avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers (PTF) et un représentant de la société civile. Il est composé des représentants des services de la superstructure administrative, des services centraux, des services rattachés, des services personnalisés, des représentants des autres départements et des collectivités territoriales et des PTF (au plus haut niveau). Il se réunit une fois par an selon les besoins. Il est l'organe de suivi du PRODESS.
- *Le Comité technique du PRODESS*, présidé par le Secrétaire Général du MS est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS. Il se réunit une fois par semestre. Il est l'organe technique de coordination du programme sectoriel. Dans les faits, souvent il ne se réunit qu'une fois par an.
- *Le Comité de pilotage* également, présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé, regroupe les services techniques centraux des deux départements (santé et développement social) et les représentants des PTF, ainsi que les représentants de la société civile. Il se tient tous les 2 mois, pour suivre la mise en œuvre du programme afin de lever régulièrement les goulots d'étranglements, les contraintes et les obstacles. Dans les faits, il ne se réunit que 3 à 4 fois par an.
- *Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP)* est présidé par le Gouverneur de chaque région. Il est chargé essentiellement d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution. Il regroupe les autorités politiques et administratives de la région, les PTF et les autres acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PRODESS. Il se réunit une fois par an.
- Au niveau du cercle, *le Conseil de gestion* est surtout chargé de l'adoption et de la validation des plans et programmes opérationnels des districts sanitaires. Il est présidé par le Président du Conseil de cercle et il est composé des autorités politiques et administratives locales, des médecins chefs, de la société civile (comprenant les représentants des différentes aires), les PTF locaux et les autres acteurs du PRODESS. Il se réunit deux fois par an.

- Au niveau périphérique, le Comité de gestion des associations de santé communautaire est chargé de l'élaboration et de l'adoption du plan de développement sanitaire local. En principe, il doit se réunir selon le nombre de fois défini dans les statuts et règlement de l'association.
- *La mission conjointe de suivi* : en cas de besoin, le comité de pilotage organise une mission par an pour évaluer et analyser la mise en œuvre du programme aux différents niveaux et fait rapport au comité technique. Dans les faits, tous les ans une équipe constituée de représentants des 2 Ministères, des PTF et de la société civile se rend au niveau central et dans 2 régions pour suivre la mise en œuvre du PRODESS jusqu'au niveau CCom. La mission dure 3 semaines et produit un rapport au Comité Technique, les recommandations sont adoptées au Comité de Suivi.
- *Evaluations à mi-parcours et finale*. Il s'agit de deux évaluations externes. Aussi les thèmes et les termes de référence de ces évaluations sont définis, et les experts choisis, conjointement par le Ministère de la Santé et les partenaires techniques et financiers.

En cas de besoin, chaque cadre de concertation peut se réunir en dehors des rencontres statutaires prévues. Les ordres du jour sont définis par la partie prenante qui en a fait la demande. En principe, toutes les autres parties prenantes participent.

Les représentants de la société civile aux rencontres, normalement sont élus ou désignés par leurs bases pour un mandat déterminé. Ainsi, on ne peut être membre du conseil de cercle par exemple sans être élu ou désigné à la base par le conseil de gestion d'un centre de santé de premier niveau. Aussi, on ne peut être représentant de la société civile au Comité Technique du PRODESS sans être élu ou désigné par la société civile au niveau national.

Les représentants de l'Etat aux différents cadres de concertation sont généralement désignés par les textes. Par exemple, le médecin chef de district est de fait membre du conseil de gestion de cercle et membre du CROCEP. Le Directeur régional de santé est aussi membre de fait du CROCEP et du Comité Technique de Suivi du PRODESS.

Tous les partenaires techniques et financiers de la santé sont également de fait membres des cadres de concertation selon le niveau de la pyramide sanitaire où ils interviennent. Un PTF local (ONG locale) par exemple est de fait membre du conseil de gestion du cercle. Il peut acquérir le rang de PTF national selon l'importance de son financement et selon son influence sur la politique de santé. Les PTF, dans le souci de mieux coordonner leurs actions, désignent généralement un chef de file pour une durée déterminée.

#### **ii. Le fonctionnement des organes**

Au niveau périphérique, la participation et la recherche de consensus ne sont pas tellement à l'ordre du jour. Les centres de santé communautaires ou structures de premier niveau de contact avec le système de santé sont gérés comme des affaires familiales. En effet, «les représentants au conseil de gestion sont souvent choisis parce qu'appartenant à l'entourage des autorités locales plutôt qu'en fonction de leur dévouement. La représentation d'un village ou d'un quartier au sein du conseil de gestion n'est pas toujours faite sur des critères objectifs, mais sur la décision de quelques notables. Des enquêtes ont montré qu'il n'est pas rare, dans ce cas, qu'une grande majorité des habitants ignore le délégué du village »<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Ballo M. B. et alii. Initiative de Bamako, plus de dix ans: 1987-1999, rapport de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, Ministère de la santé, p.27

« En milieu urbain des centres ont été créés alors que l'approche communautaire n'avait pas été faite »<sup>13</sup>.

Quant à la mobilisation des communautés, elle reste faible. En effet, « une fois le centre lancé, les réunions de l'ASACO deviennent moins régulières. De plus en plus, les villages éloignés sont moins représentés aux réunions. Certains villages ne sont plus au courant des informations importantes ou des décisions prises par l'ASACO. Cette situation s'explique entre autres par des problèmes de communication (ASACO – village ; ASACO – personnel ; personnel – village ; circuit interne du village). Le compte rendu des délégués, qui n'est d'ailleurs pas systématique, se limite principalement aux chefs du village ou aux chefs de famille. Il n'y a souvent pas de diffusion large dans le village et en particulier, ce sont les femmes qui sont les moins informées. Les réunions de l'ASACO traitent essentiellement de la gestion de routine du centre de santé et n'impliquent que les membres avec une fonction clé (président, trésorier, secrétaire). La stratégie avancée se limite le plus souvent à la vaccination menée par un aide-soignant. En dehors de la consultation, il n'existe pas de réel cadre de communication entre infirmier et communauté. Les problèmes de santé spécifiques à chaque village ne sont pas suffisamment discutés, comme par exemple l'évacuation des malades d'un village éloigné, le manque d'eau potable, l'inexistence des latrines au niveau d'une école, etc. (...). Les équipes socio-sanitaires de district en général ne disposent pas d'un budget pour des activités d'animation après la création des CSCOM. Leurs contacts avec les communautés sont presque inexistantes, alors que cette dynamique communautaire encore fragile nécessite un accompagnement soutenu »<sup>14</sup>. Il convient de noter que des efforts sont en cours pour redynamiser les associations de santé communautaires à travers l'appui budgétaire sectoriel.

Les femmes, principales utilisatrices des formations sanitaires de premier niveau, sont faiblement représentées au sein des organes de gestion. Le taux moyen de représentativité des femmes dans les ASACO est de 26%, et elles y occupent principalement le poste d'organisatrice (6 cas sur dix). Au niveau des fédérations régionales, le taux de représentativité est encore beaucoup plus faible, de l'ordre de 2%<sup>15</sup>.

Au niveau national, on assiste à la « routinisation et à la technocratisation du processus : le Comité de Suivi est très formaliste, peu de réels débats y sont menés, on y pose toujours les mêmes questions et on y entend toujours les mêmes réponses (floues), sans qu'on s'attaque aux problèmes de fond. Il n'existe pas d'espace pour un vrai débat et des discussions techniques – mais on envisage prochainement de re-créer des comités techniques, moins formels et plus interactifs. L'élaboration du PRODESS II n'a pas été réalisée avec le même processus consensuel que le premier, c'est plutôt le ministère de la santé qui l'a fait en circuit fermé au niveau central (alors que le PRODESS I avait fortement impliqué les régions) »<sup>16</sup>.

### ***iii. Le recours pour les usagers***

En cas de faute d'un professionnel de la santé, les textes auxquels on se réfère sont les sanctions disciplinaires de la fonction publique, le Code pénal, le régime général des obligations, la charte du malade et la jurisprudence française. Le Ministère de la santé a renforcé ces acquis en élaborant la charte du malade, laquelle mériterait encore une large diffusion.

L'implication de la société civile dans la gouvernance de la demande reste très faible. Toutefois, la volonté de défendre les droits des usagers a amené la société civile et le

---

<sup>13</sup> Op. cit, p.29

<sup>14</sup> Op.cit. p33

<sup>15</sup> Diallo OB: participation des femmes à la gestion communautaire, FENASCOM, 2001, 13 pages

<sup>16</sup> Paul Elizabeth et Bruno Dujardin : l'approche sectorielle santé au Mali, rapport de la seconde mission du GRAP-SWAP au Mali, 6- 16 mars 2006

gouvernement à créer l'Association des consommateurs du Mali (ASCOMA) ainsi que d'autres organisations poursuivant le même but. Ces associations défendent le droit des consommateurs de façon générale. Aussi, pour booster la demande des services de santé, le gouvernement a mis en place plusieurs mécanismes alternatifs de financement de la santé. Nous reviendrons plus loin sur ces mécanismes.

## 2) Demande des services de santé

### a) Utilisation des services préventifs

Contrairement aux services curatifs, les services préventifs de façon générale sont utilisés. Comme l'indique le tableau ci-dessous, la fréquentation des consultations prénatales effectuées par le personnel qualifié passe de 47% en 1996 (dans EDS II) à 70% en 2007 (dans EDS IV). De même, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés passe de 21 à 48% entre 1996 et 2007. Les services préventifs sont offerts à domicile (par exemple au cours de la stratégie avancée des centres de santé ou au cours des campagnes de vaccination) ; ceci pourrait expliquer leur grande utilisation.

**Tableau 2 : Tendances de quelques indicateurs des services préventifs de la santé de la mère et de l'enfant**

Sources	CPN par personnel qualifié*	Accouchement dans un établissement sanitaire	DTCP3	Enfant complètement vacciné (ECV)
EDS II (1991-1996) <sup>17</sup>	47%	30%	29%	21%
EDSIII (1997-2002) <sup>18</sup>	57%	38%	40%	29%
EDS IV (2003-2007) <sup>19</sup>	70%	45%	68%	48%

\* y compris les matrones et les accoucheuses traditionnelles recyclées et supervisées.

### b) Utilisation des services curatifs

L'utilisation des services curatifs est appréciée ici à travers le taux de fréquentation, le taux d'hospitalisation et le taux d'occupation des lits. Le tableau ci-dessous donne l'évolution de ces différents indicateurs entre 2006 et 2010. Comme le montre le tableau ci-dessous, l'utilisation des services curatifs de façon générale est faible. En effet, le taux de fréquentation de 32% en 2010 signifie que 68% des malades cherchent les soins de santé du système de santé. On sait aussi que d'après les normes de l'OMS, lorsque le taux d'occupation des lits n'atteint pas 80%, les services hospitaliers sont sous-fréquentés.

<sup>17</sup> Deuxième Enquête Démographique et de Santé du Mali, Ministère de la santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro-International.

<sup>18</sup> Troisième Enquête Démographique et de Santé du Mali, Ministère de la santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro-International

<sup>19</sup> Quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali, Ministère de la santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro-International, rapport préliminaire

**Tableau 3 : Tendances de quelques indicateurs d'utilisation des soins curatifs**

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Taux de fréquentation	29%	33%	32%
Taux d'hospitalisation dans les hôpitaux	13%	13%	14%
Taux d'occupation des lits	56%	52%	54%

Sources : SNIS de la DNS ; SIH de la CPS/Santé

### 3) Impact du système de santé

L'impact du système de santé sur la santé de la population est apprécié ici à travers les causes de mortalité. Le tableau ci-dessous donne une comparaison des 10 principales causes de mortalité entre 1998 et 2003. Comme le montre le tableau il y a un changement. En effet, alors que la méningite était la première cause de mortalité en 1998, elle recule à la 8<sup>ème</sup> place en 2003. De même, la rougeole et le tétanos qui figuraient parmi les principales causes de mortalité en 1998, ne le sont plus en 2003. Ceci peut s'expliquer par une amélioration de la couverture vaccinale contre ces maladies. Toutefois, on note l'émergence de nouvelles maladies comme le choléra et les traumatismes. En 2010, les maladies évitables par la vaccination n'apparaissent plus causes de mortalité. Les maladies non transmissibles (malnutrition, traumatismes, hypertension artérielle) qui ne figuraient pas parmi les dix principales causes de mortalité en 2003 apparaissent avec force comme causes de mortalité en 2009. Est-ce le début d'une transition épidémiologique ?

**Tableau 4 : Comparaison des causes de mortalité entre 1998 et 2003**

<b>Causes de mortalité en 1998</b>	<b>Causes de mortalité en 2003</b>	<b>Causes de mortalité en 2009</b>
Méningite	Fièvre, paludisme (paludisme présumé)	Paludisme grave
Paludisme (confirmé et présumé)	Toux < 15 jours, IRA basses (pneumonies)	Malnutrition grave
Diarrhées	Diarrhée présumée infectieuse en dehors du choléra	Hypertension artérielle
Infections respiratoires aiguës basses	Choléra	Traumatismes (plaies, brûlures, fractures) liés aux accidents
Rougeole	Troubles liés à l'accouchement	SIDA présumé
Hématuries	Malnutrition protéino-calorique	Anémie
Malnutrition	Ulcération génitale	Toux < 15 jours, IRA basses, pneumonie
Troubles liés à l'accouchement	Méningite cérébro-spinale	Troubles liés à l'accouchement et au post partum
Tétanos	SIDA	Troubles liés à la grossesse
Toux chronique (> 15 jours)	Plaies, traumatismes, brûlures	Diarrhée présumée infectieuse en dehors du cholera

Sources : DNS, SLIS 1998, SLIS 2003 et SLIS 2009.

## B. Financement de la santé au Mali

L'objectif essentiel de ce chapitre est double ; il s'agit d'une part de présenter quelques caractéristiques essentielles du financement de la santé et d'autre part de dégager les perspectives. Les caractéristiques concernent l'ordre de grandeur actuel des dépenses de santé, les mécanismes de mobilisation des ressources, l'allocation des ressources et le contrôle exercé sur l'ensemble des ressources injectées dans le système de santé. Un point sur les perspectives clôt ce chapitre.

### 1) Ordre de grandeur actuel et tendance du financement de la santé

Les derniers comptes nationaux de la santé couvrent la période 1999 à 2004. Dans la tentative de mettre à jour les comptes nationaux de la santé, le Ministère de la santé et l'OMS/Mali ont réalisé une étude<sup>20</sup> sur les dépenses de santé des ménages à partir d'une exploitation de la base de données de la 4<sup>ème</sup> enquête démographique et de santé du Mali (EDSM4). Les dépenses de santé des ménages ont été mises à jour parce que toutes les éditions des comptes nationaux de la santé ont montré que ce sont les ménages qui financent la santé au Mali. La base de données d'EDSM4 a été choisie parce qu'elle est représentative de l'ensemble des régions du Mali, et parce que, de l'ensemble de toutes les bases existantes sur les dépenses de santé des ménages, elle est celle qui a échantillonné le plus grand nombre de ménages.

Les ordres de grandeur issue de l'exploitation de la base de données EDSM4 pour les dépenses de santé des ménages, les ordres de grandeur sur les dépenses de santé de l'Etat présentées dans l'étude conjointe Ministère de la santé et OMS/Mali, et les dépenses extrapolées des autres sources de financement à partir des données des derniers comptes nationaux de la santé permettent d'arriver à des ordres de grandeur actualisés des dépenses totales de santé au Mali. Voici ces ordres de grandeur :

**Tableau 5 : Ordre de grandeur du financement de la santé en 2008 et 2009 du Mali en FCFA**

	Financement en 2008	%	Financement en 2009	%
<b>Etat</b>	122 693 454 000	33	133 294 385 000	31
<b>Ménages</b>	139 925 389 075	37	155 523 447 862	36
<b>Collectivités</b>	22 200 000 000	6	23 900 000 000	6
<b>Entreprises</b>	7 600 000 000	2	7 640 000 000	2
<b>ONG</b>	400 000 000	0	425 000 000	0
<b>Extérieur</b>	84 000 000 000	22	110 000 000 000	26
<b>Total</b>	376 818 843 075	100	430 782 832 862	100

Source : estimation à partir des comptes nationaux de la santé 1999-2004 et de l'exploitation de la base de données EDSM4 2006

Comme le montre le tableau, les dépenses de santé ont augmenté régulièrement sur la période. Cette tendance apparaît aussi dans les estimations de routine faites par l'OMS/HQ. Toutefois, les ordres de grandeur actuels sont plus importants que ceux de l'OMS/HQ. Il est probable que l'OMS/HQ ait sous-estimé ses ordres de grandeur parce qu'elle a fait ses estimations à partir des données des comptes nationaux 1999-2004 alors que les comptes nationaux de la santé, comme déjà indiqué, ne sont pas à jour depuis un certain temps. Quoiqu'il en soit, et pour couper court à des estimations multiples et divergentes des

<sup>20</sup> Les dépenses privées de santé des ménages et leur financement Dr Aly Landouré et Prof Massa Coulibaly Groupe de Recherche en Economie Appliquée et Théorique (GREAT) décembre 2010

dépenses totales de santé, il est indispensable que le ministère de la santé entreprenne une nouvelle édition des comptes nationaux. Le Mali étant actuellement dans le processus d'élaboration du nouveau plan décennal, la nouvelle édition des comptes nationaux de la santé permettrait, d'une part, de connaître le niveau actuel exact des dépenses avec laquelle le nouveau plan démarre, et d'autre part, de comparer, de juger des tendances et de l'efficacité de l'utilisation des ressources qui seraient mobilisés au cours des dix années à venir.

## **2) Mécanismes de mobilisation des fonds**

Il existe plusieurs mécanismes de mobilisation des fonds par le système de santé. Nous ne mentionnons ici que les mécanismes publics de mobilisation des fonds. Ce sont :

- les fonds publics pour la santé : ces ressources proviennent du Ministère des Finances qui les met à la disposition du Ministère de la santé. Il s'agit du financement des salaires du personnel de santé, des crédits de fonctionnement et d'autres dépenses des services de santé. Les services bénéficiaires mobilisent les fonds en les décaissant auprès du service chargé de la gestion des fonds. Le niveau du financement mis à la disposition de chaque service se fait sur la base de la budgétisation historique. C'est-à-dire que l'on prend le budget de l'année précédente auquel on fait une augmentation, le plus souvent pas sur la base des besoins réels du service bénéficiaire. Pour les services qui font le recouvrement des coûts, les tarifs des actes sont fixés par arrêté/décret. Le niveau des tarifs permet d'assurer la couverture de certaines dépenses courantes de fonctionnement, mais pas de couvrir toutes les dépenses (fonctionnement et investissement) ;
- l'appui budgétaire sectoriel : c'est une convention ou accord entre un donateur et le ministère de la santé dans laquelle le donateur paie le ministère sur services rendus ; une sorte de contractualisation. Les services à produire (généralement des indicateurs) sont convenus à l'avance ainsi que les échéances de paiement. Le paiement d'une nouvelle tranche est conditionné à une réalisation satisfaisante des services prévus sur la tranche précédente de financement. Le mécanisme est mis en œuvre au Mali par un nombre réduit de partenaires au développement ;
- les fonds projets d'appui au programme de développement socio-sanitaire (PRODESS) : ce sont des fonds qui font aussi l'objet d'accord avec le gouvernement, mais il n'y a pas forcément l'obligation de résultats. Les fonds servent à financer les activités prévues dans le plan opérationnel du PRODESS. Les structures du ministère de la santé adressent leurs requêtes aux partenaires, et ces derniers leur mettent les fonds à la disposition pour la mise en œuvre des activités opérationnelles. C'est le cas par exemple des fonds des coopérations multilatérales ;
- les fonds projets : de tels fonds peuvent échapper très souvent au contrôle du ministère de la santé. Les activités sont menées sur le terrain par des agents de financement du partenaire au développement. Les services déconcentrés du ministère à la base peuvent être associées à la mise en œuvre des activités, mais leur contrôle sur la gestion des fonds reste faible ;
- les fonds des programmes verticaux : ce sont des fonds donnés au pays pour lutter contre une maladie spécifique. Les fonds peuvent être acquis suite par exemple à une compétition ou suite à une proposition de financement soumise (par ex, fonds GAVI) par le pays aux donateurs. Les procédures de décaissement des fonds sont celles du donateur ;

- les prêts : il s'agit de l'endettement de l'Etat auprès de partenaires financiers à des conditions souvent plus avantageuses que celles du marché financiers.

### 3) Allocation des ressources du système de santé

Au Mali, l'Etat a arrêté sa stratégie de lutte contre la pauvreté en considérant une division du pays en trois zones, définies par la DNSI à partir des données de ses enquêtes, et en fonction de la proportion de la population qui est capable de payer une ration alimentaire de 2450 kcal par jour et par adulte bien portant (ou son équivalent-riz). La zone la plus pauvre (zone 1) regroupe les régions administratives de Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti, soit les deux tiers de la population malienne ; elle contient les 4/5 des pauvres du Mali. La zone 2 regroupe les régions de Kayes, Tombouctou et Gao, est beaucoup moins pauvre que la précédente et contient 21 % de la population totale du Mali. La zone 3 se réduit au district de Bamako, elle contient 13 % de la population du pays, mais seulement 4 % de ses pauvres.<sup>21</sup>

Les comptes nationaux de la santé ont été exploités pour fournir des données synthétiques par zone. Dans le tableau ci-dessous, on considère les dépenses de santé totales (investissement et fonctionnement confondus) de l'année 2004, par zone et par habitant, ainsi que les dépenses financées par le ministère de la santé sur affectation de crédits publics par le ministère des finances. Les chiffres sont les suivants :

**Tableau 6 : Dépenses de santé totale par habitant et par zone, et dépense de santé financée par l'Etat par habitant et par zone**

	Dépenses de santé totales par habitant (en FCFA)	Dépenses de santé provenant du Ministère des Finances (en FCFA)
<b>Zone 1</b>	5 501	621
<b>Zone 2</b>	15 995	1 293
<b>Zone 3</b>	71 588	24 523

Source : comptes nationaux de la santé 1999-2004

Ainsi, en 2004, les dépenses de santé par habitant, toutes sources et toutes formes confondues, varient dans le rapport de 1 à 3 entre la zone la plus pauvre et la zone intermédiaire, dans le rapport de 1 à 13 entre la zone la plus pauvre et le district de Bamako. Le chantier de la réduction de la pauvreté est donc immense, parce que les écarts sont colossaux. Et, si on s'en tient à ce que l'Etat lui-même fait des moyens dont il dispose, la situation est encore préoccupante : ici les dépenses publiques de santé par tête varient entre les zones 1 et 2 dans le rapport de 1 à 2, mais entre la zone 1, la plus pauvre et le district de Bamako, les dépenses sont dans le rapport de 1 à 39. Il doit être clair que la lutte contre la pauvreté passe par une réduction des écarts, et que cette réduction ne peut pas ne pas reposer d'abord sur l'Etat.

### 4) Contrôle du Ministère de la Santé sur les ressources

Ici encore, nous exploitons les comptes nationaux de la santé 1999-2004, notamment les tableaux FS x HF (sources de financement x agents de financement). Comme on peut le constater dans le tableau ci-dessous, construit en calculant la moyenne des fonds brassés par agent sur la période de l'étude et en excluant du total des « fonds privés » les dépenses des ménages car difficile à contrôler en raison de l'automédication et du choix des ménages,

<sup>21</sup> Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, op. cit. p. 6-7

les fonds des collectivités décentralisées et des privés sont injectés dans le système de santé sans quasi maîtrise par le Ministère de la santé.

**Tableau 7 : Structure du contrôle des fonds (en milliards de FCFA) injectés dans le système de santé par le Ministère de la santé (MdS)**

	Fonds gérés par le MdS		Fonds gérés hors MdS		Ensemble	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
<b>Fonds publics</b>	22,7	94,2	1,4	5,8	24,1	100
<b>Collectivités</b>	0,0	0,0	8,3	100,0	8,3	100
<b>Fonds privés (sans les ménages)</b>	0,0	0,0	7,2	100,0	7,2	100
<b>Reste du monde</b>	9,0	51,4	8,5	48,6	17,5	100
<b>Total</b>	<b>31,7</b>	<b>55,5</b>	<b>25,4</b>	<b>44,5</b>	<b>57,1</b>	<b>100</b>

NB : les montants représentent la moyenne sur la période des comptes nationaux de la santé

L'analyse du tableau permet aussi de constater qu'une part non négligeable des fonds provenant du « reste du monde » ne passe pas par le Ministère de la santé. Du reste, pour le « reste du monde », sur chaque 100 francs qui entrent dans le système de santé, environ 50 francs (ou la moitié) échappent à tout contrôle du Ministère de la santé.

Globalement, pour l'ensemble des agents de financement, le Ministère de la santé a un faible pouvoir de contrôle : en moyenne sur chaque 100 francs des agents de financement, 45 francs passent en dehors du Ministère de la santé.

## 5) Perspectives

Afin de mieux répondre aux insuffisances ci-dessus mentionnées, le pays a souscrit à la Déclaration de Paris, au Partenariat International pour la santé (IHP+) et a entrepris des réformes des finances publiques. Dans le secteur de la santé, l'IHP+ s'est concrétisé par la signature du Compact par l'Etat et les partenaires essentiels du secteur. Le Compact ambitionne entre autres d'aligner les partenaires au développement sur les procédures de l'Etat. Une revue à mi-parcours du Compact-IHP+ (présentation faite par la CPS au Comité de suivi du PRODESS de 2010) montre que des progrès importants ont été faits : renforcement du leadership de l'Etat, réduction des évaluations parallèles, etc.

Quant à la réforme des finances publiques, elle vise surtout l'allocation des ressources entre les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle ambitionne que 60% des financements atteignent les régions.

## C. Dispositif pour la couverture universelle

### 1) Orientations de la politique de protection sociale

Au Mali, comme dans bon nombre de pays, la question du financement de la santé est indubitablement liée à celle de la protection sociale. En effet, l'un des résultats attendus du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II) à l'horizon 2011, était l'extension progressive la couverture des risques sociaux à l'ensemble de la population et l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé.

La problématique du renforcement de la protection sociale constitue de nos jours une préoccupation incontournable dans le domaine du développement social au regard de la faiblesse notoire du taux de couverture de la population contre les risques sociaux parmi lesquels la maladie et la vieillesse occupent une place de choix. La protection sociale vise, à terme, à étendre progressivement la couverture collective des risques sociaux à l'ensemble de la population par divers mécanismes. Ces mécanismes sont soit de type public, privé lucratif, communautaire ou mutualiste. Les risques sociaux concernés sont : la vieillesse, le décès, la maladie, les accidents de travail, les maladies professionnelles, les charges familiales, l'invalidité, la maternité. Les mécanismes et mesures préconisés dans le cadre du PRODESS II sont inspirés de la Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale et du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Les interventions prévues dans ce volet s'opèrent à travers le Plan d'Action National d'Extension de la Protection Sociale. La stratégie globale est la promotion de mécanismes de financement alternatif pour la prise en charge du risque maladie. La protection sociale dans le contexte malien met en coexistence de multiples options institutionnelles en terme d'organisation de l'offre de couverture des risques sociaux (établissements personnalisés, mutualité, aide sociale publique).

Les régimes d'assurance sociale visent à réduire la vulnérabilité notamment des pauvres vis-à-vis de la maladie et donc à améliorer leur accessibilité financière aux soins. Le choix fait par le pays porte :

- (i) sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) de certaines catégories de population ;
- (ii) sur l'élargissement de la couverture par les mutuelles ;
- (iii) sur un mécanisme de prépaiement dans le cadre de la référence ;
- (iv) sur le développement des caisses de solidarité ;
- (v) sur le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents.

Les stratégies retenues dans la Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale sont les suivantes :

- une extension progressive des champs d'application matérielle et personnelle<sup>22</sup> du système de sécurité sociale ;
- l'amélioration des capacités de gestion des institutions de sécurité sociale ;
- le développement des mécanismes spécifiques de protection sociale ;
- et le développement des mutuelles et autres formes d'organisations de protection sociale basées sur la solidarité.

### **Stratégie 1 : Extension des champs d'application matérielle et personnelle de la sécurité sociale**

Concernant le champ d'application personnelle, la très grande majorité de la population est exclue du système. L'enjeu majeur au cours du PRODESS II consistait à couvrir de nouveaux champs d'application matérielle comme l'assurance maladie. Il s'agissait également d'améliorer la qualité et le niveau des prestations actuellement offertes par les institutions de sécurité sociale. En ce qui concerne l'assurance maladie, il s'agissait de mettre en œuvre un régime obligatoire (AMO) à vocation universelle sans exclusive aucune pour les salariés, les fonctionnaires et les retraités.

Pour l'extension du champ d'application personnelle, l'ouverture des régimes volontaires de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) par l'application de la loi n° 99 – 0047 par l'adoption de son décret a constitué un des préalables. A ce dispositif, devrait s'ajouter, au cours des cinq années du programme, les réflexions sur la mise en place de mécanismes

---

<sup>22</sup> On entend par champ d'application matérielle : l'ensemble des régimes à ouvrir et par champ d'application personnelles les personnes bénéficiaires qui seront couvertes.

pour la couverture des risques des maliens de l'extérieur et des risques liés à la précarité des revenus dans le secteur agricole.

### **Stratégie 2 : Améliorer les capacités de gestion des institutions de sécurité sociale**

Cette stratégie visait à améliorer le fonctionnement des institutions de sécurité sociale existantes (l'INPS, la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et de l'Union Technique de la Mutualité (UTM). Le processus visait à atteindre les normes fixées par la Conférence Internationale de la Prévoyance Sociale (CIPRES) en vue d'améliorer les prestations. Il s'agissait :

- de rétablir l'équilibre des différents régimes ;
- d'achever la déconcentration des activités de ces institutions pour rendre le service le plus proche possible des bénéficiaires ;
- d'améliorer le niveau des prestations de façon significative ;
- de respecter les ratios de gestion fixés par la CIPRES ;
- d'améliorer les capacités d'interventions de ces institutions ;
- de moderniser l'outil de gestion pour améliorer la production et la productivité.

Le processus devait commencer par l'élaboration des textes et l'organisation de concertations.

### **Stratégie 3 : Développement des mécanismes spécifiques de protection sociale**

Le RAMED est destiné aux personnes indigentes. La prise en charge effective des indigents n'est envisageable que par l'opérationnalisation du RAMED car : (i) les hôpitaux ne sont actuellement pas en mesure de financer cette prise en charge sur leurs recettes ; (ii) les ASACO ne disposent pas de ressources suffisantes ; (iii) les mutuelles sont peu nombreuses et ne disposent pas d'assise financière suffisante ; (iv) les collectivités territoriales n'ont pas encore défini leurs priorités dans ce domaine.

Pour constituer le fonds nécessaire à la mise en route du dispositif, l'Etat devait faire appel aux partenaires au développement, aux collectivités territoriales et aux donateurs privés. Sa gestion du RAMED devait reposer sur des principes de transparence avec des organes de gestion représentatifs. L'identification des bénéficiaires devrait se faire avec l'implication des communautés du ressort géographique.

### **Stratégie 4 : Développement des mutuelles et autres formes d'organisations de protection sociale basées sur la solidarité**

L'enjeu de cette stratégie est lié à l'importance de la population qui est à couvrir soit près de 80% de la population totale c'est-à-dire le monde rural, le secteur artisanal, le secteur informel. Ces secteurs ne bénéficiant pas du régime d'assurance maladie obligatoire, un effort considérable devrait être entrepris pour étendre la couverture sanitaire par les mutuelles de santé. Le modèle développé par les premières mutuelles rurales et l'assurance maladie volontaire gérée par l'UTM avait été retenu comme une piste intéressante à étendre.

## **2) Différents instruments de financement de la santé par la demande**

Ici, nous essayons d'appréhender les différents instruments d'assurance santé suivant quatre axes portant sur l'adhésion, la mise en commun des ressources, le service de prestations et la gouvernance.

## **a) L'assurance maladie obligatoire AMO**

### ***Législation.***

Les textes relatifs à la législation sont :

- la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire ;
- le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités d'application de la loi instituant l'AMO ;
- la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;
- le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ;
- le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil d'administration de la CANAM.

Il importe de noter que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire est une réforme fondamentale en matière de protection sociale au Mali. Il s'agit de mettre en place ou améliorer au profit de tous les travailleurs les mesures visant à : i) garantir la sécurité du revenu : revenu minimum, revenu de remplacement en cas d'interruption ou de réduction des revenus (suite à une maladie, maternité, accident du travail, chômage, invalidité, vieillesse, décès du chef de famille); et ii) garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable.

La mise en place de l'assurance maladie procède du souci des plus hautes Autorités d'étendre les champs d'application matériel et personnel de la protection sociale. Elle est une avancée de taille pour l'aboutissement des nombreuses concertations et dialogues tripartites Gouvernement, Patronat et Organisations syndicales menées depuis une dizaine d'années dans ce cadre.

Les personnes assurées et les bénéficiaires sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence.

En effet, l'assurance maladie regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics.

Elle est fondée sur l'affiliation obligatoire et s'écarte des pièges de l'assurance maladie sur la base d'une libre adhésion. D'abord, elle évite que certains groupes de la population cible, comme les plus pauvres et les plus vulnérables, ne soient exclus du système. Dans un régime volontaire, il peut y avoir exclusion en raison du manque d'intérêt politique à inclure les groupes vulnérables. L'exclusion peut aussi résulter du fait que les plus pauvres sont tout simplement dépourvus de la capacité ou de la volonté de payer les cotisations d'assurance maladie proposées.

Ensuite, de par sa nature, l'assurance obligatoire interdit la « sélection adverse ». Celle-ci se produit dans un cadre volontaire quand des gens en bonne santé considèrent que les cotisations d'assurance maladie sont trop chères et choisissent de ne pas s'assurer. L'assurance volontaire peut, de ce fait, se retrouver surchargée d'assurés présentant des risques sanitaires moyens ou élevés.

### ***Gouvernance.***

La gestion de l'assurance maladie a été confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public à caractère administratif créé à cet effet. Elle est chargée, entre autres, de l'encaissement des cotisations du régime de l'assurance maladie obligatoire,

de l'immatriculation des employeurs et des assurés, de l'allocation aux organismes gestionnaires délégués que sont l'Institut National de Prévoyance Sociale et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale des dotations de gestion, de la passation de conventions avec les prestataires de soins de santé et le suivi de leur déroulement.

Les organes d'administration et de gestion de la CANAM sont le Conseil d'Administration, la Direction Générale et le Comité de Gestion.

Conformément aux dispositions du Décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, le conseil d'administration est composé de 18 membres dont les sièges sont répartis ainsi qu'il suit :

**au titre des pouvoirs publics**

- un représentant du Ministre chargé de la Protection Sociale ;
- un représentant du Ministre chargé des Finances ;
- un représentant du Ministre chargé de la Fonction Publique ;
- un représentant du Ministre chargé de la Santé ;
- un représentant du Ministre chargé de la Défense.

**au titre des usagers de l'établissement**

- cinq représentants des employeurs ;
- quatre représentants des travailleurs ;
- deux représentants des pensionnés ;
- un représentant des députés.

**au titre du personnel de l'établissement**

- un représentant du personnel de la Caisse.

La présidence du Conseil d'Administration est assurée alternativement par le représentant des organisations syndicales des employeurs et le représentant des organisations syndicales des travailleurs.

Le contrôle du dispositif est assuré :

**au niveau interne, à travers**

- le contrôle des opérations d'immatriculation et de liquidation ;
- le contrôle médical ;
- l'audit et le contrôle de gestion.

**au niveau externe, à travers**

- l'Inspection des Affaires Sociales ;
- le Contrôle Général des Services Publics ;
- le Bureau du Vérificateur Général ;
- la CIPRESS.

***i. Adhésion à l'AMO***

Conformément aux dispositions de la loi N°09-015 du 26 juin 2009 portant institution de l'Assurance Maladie Obligatoire, le champ d'application de l'AMO concerne les assujettis et les bénéficiaires.

Les personnes assujetties à l'AMO sont :

- les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires et les députés ;
- les travailleurs au sens du Code du Travail ;
- les titulaires de pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires ;

- les employeurs des secteurs public et privé ;
- les organismes gérant des régimes publics de pension.

Les bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leur famille à charge, à savoir :

- le (s) conjoint (s) ;
- les ascendants directs de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré ceux âgés de 14 ans au plus, ceux âgés de 21 ans au plus poursuivant des études scolaires ou universitaires et ceux atteints d'un handicap) ;
- les enfants que la femme de l'assuré a eus d'un précédent mariage lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré à l'état civil ou divorce judiciairement prononcé ; toutefois dans ce dernier cas les enfants n'ouvrent pas droit aux prestations lorsqu'ils sont restés à la charge du premier mari ou que celui-ci contribue à leur entretien ;
- les enfants ayant fait l'objet d'une adoption ou d'une légitimation adoptive conformément aux dispositions du code de la parenté ;
- les enfants légalement reconnus par l'assuré.

En Juin 2011, 149 233 personnes étaient déjà immatriculées à l'AMO dont 100 126 fonctionnaires civils, parlementaires, retraités publics et ayants droit et 49 107 travailleurs salariés et ayants droit. Le nombre de demandes d'immatriculation reçues est de 695 426.

#### **ii. Mise en commun des ressources**

Conformément à l'article 5 de la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie CANAM, les ressources de la caisse sont constituées par :

- les cotisations assises sur les traitements des fonctionnaires civils et militaires, les salaires des travailleurs et les indemnités des députés ;
- les cotisations assises sur les pensions et allocations de retraite ;
- les subventions de l'Etat ;
- les revenus des placements et investissements ;
- les dons, legs et libéralités de toute nature ;
- les produits d'aliénation des biens meubles et immeubles ;
- les revenus du patrimoine ;
- les recettes diverses ;
- toutes autres ressources attribuées par un texte législatif et réglementaire.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit :

- 3,06 % à la charge des personnels salariés en activité ;
- 4,48 % à la charge de l'Etat ou de la collectivité territoriale en qualité d'employeur ;
- 3,50% à la charge des employeurs du secteur privé. Ce taux intègre les 2 % versés par les employeurs au titre de la branche servie par l'INPS avant l'instauration de l'AMO ;
- 0,75 % à la charge des pensionnés ;
- 6,56 % à la charge des assurés volontaires.

Les cotisations recouvrées du 1<sup>er</sup> Novembre 2010 au 30 juin 2011 s'élèvent à 5,6 milliards F CFA.

#### **iii. Prestations**

Les prestations prises en charge sont :

- les soins préventifs et curatifs ;
- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;

- les analyses de biologie médicale ;
- la radiologie et l'imagerie médicale
- les médicaments ;
- les soins bucco-dentaires.

Les prestations exclues sont :

- les interventions de chirurgie esthétique ;
- les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;
- la lunetterie ;
- les prothèses dentaires ;
- et toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et les médicaments établie par les Ministres chargés de la Santé et de la protection sociale.

Les prestations de l'AMO sont accessibles uniquement auprès d'un réseau de prestataires de santé conventionnés par la CANAM. Les conventions sont conclues de manière sectorielle entre la CANAM et les prestataires suivants :

- les pharmacies d'officine ;
- les structures sanitaires publiques, communautaires et privées ;
- les dentistes ;
- les médecins libéraux ;
- les laboratoires d'analyses médicales ;
- les professions infirmières, de sages femmes et autres spécialités paramédicales.

La situation des structures conventionnées à la date du 24 juin 2011 se présente comme suit :

- 11 établissements publics hospitaliers à Bamako, Kati et dans chacune des capitales régionales excepté Kidal ;
- 4 établissements publics de recherche et de traitement (INRSP, CNTS, CANAM, CNLD);
- 1 hôpital privé « Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg »;
- 53 CSRéf dans les districts sanitaires du pays ;
- 160 officines de pharmacie dont 91 à Bamako et 69 en dehors de la capitale
- 1 laboratoire d'analyses médicales à Bamako.

La CANAM est en discussion avec la FENASCOM afin de conventionner les CSCom. Parallèlement les négociations se poursuivent avec les autres structures privées en vue de la signature de conventions.

Du 1<sup>er</sup> Mai (date de début des prestations de l'AMO) au mois de Juillet 2011, le nombre de bénéficiaires des prestations est de 2442 réparti comme suit :

- 591 hôpitaux de Bamako (non compris HPG);
- 1007 CSRéf de Bamako (5 communes);
- 74 Région de Kayes;
- 261 Région de Koulikoro;
- 302 Région de Sikasso;
- 225 Région de Ségou;
- 183 Région de Mopti;
- 166 Région de Tombouctou;
- 179 Région de Gao;
- 45 Région de Kidal ;

soit 964 au niveau des hôpitaux et 1478 au niveau des CSRéf.

La prise en charge se fait par le système du tiers payant qui est un mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire ; celui-ci paye un ticket modérateur au centre de santé qui l'a reçu. Le niveau de prise en charge est de : i) 80% des frais de soins pour l'hospitalisation (tous les soins effectués alors que le bénéficiaire est hospitalisé) ; ii) 70% des frais de soins en ambulatoire (tous les soins effectués hors hospitalisation). L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restants à sa charge c'est-à-dire le ticket modérateur

#### **iv. Points forts**

Ils sont surtout relatifs :

- au soutien politique au plus haut niveau de l'Etat. L'assurance maladie obligatoire (AMO) a officiellement démarré le 1<sup>er</sup> mai 2011. Le Président de la République a procédé symboliquement à la remise des premières cartes de membres. Les plus hautes autorités du pays l'ont reconnu comme étant l'une des plus grandes réformes engagées au Mali. Elle est l'aboutissement d'un long processus entamé depuis les années 2003 avec la participation effective des partenaires sociaux, de la société civile, des structures publiques, du patronat et des organisations professionnelles du secteur de la santé ;
- au soutien de certaines organisations patronales et syndicales. L'adoption des taux de cotisation résulte d'une concertation entre toutes les parties prenantes. C'est ainsi que les partenaires sociaux ont marqué leur accord par lettres N° 318/BEN/UNTM du 07 juillet 2008, N°08-0132/CEN-CSTM du 22 avril 2008, N°008/CNRC du 10 juin 2008, N°0094/CNPM du 30 juin 2008, N°014/BEN-UNTRC-INPS du 2 juin 2008 respectivement de l'UNTM, de la CSTM, de la Coordination Nationale des Retraités de la Convention, du Conseil National du Patronat du Mali, de l'Union Nationale des Travailleurs Retraités de la Convention INPS ;
- à l'existence de cadre institutionnel (textes législatifs et réglementaires...).

#### **v. Points faibles**

Ils ont trait à :

- l'insuffisance de préparation de la mise en œuvre des activités de l'AMO (déficit de communication, le retard dans la signature des conventions avec les formations sanitaires et les officines pharmaceutiques, la lenteur dans la remise des cartes aux membres). Dans les faits, cela s'est traduit par des manifestations de certains travailleurs marquant leur désapprobation à l'AMO. Les associations de santé communautaire qui gèrent les CSCOM, premiers niveau de contact avec la pyramide sanitaire, n'ont pas pu être conventionnées par la CANAM avant le démarrage le 1<sup>er</sup> mai. C'est seulement deux mois après que des actions sont menées de concert avec la FENASCOM pour intégrer à brève échéance les Centres de Santé Communautaires (CSCOM) dans le dispositif de conventionnement et élargir du coup les possibilités pour les assurés, surtout ceux qui résident dans les zones reculées ;
- retrait de certains assurés. Devant la pression de la rue, le Gouvernement à travers le Ministre du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées a pris acte, lors de la session du Conseil des Ministres du 20 avril 2011, du désir de certains travailleurs de ne pas adhérer au régime de l'assurance maladie obligatoire. Ainsi des dispositions ont été prises pour arrêter les prélèvements sur les salaires des travailleurs non désireux d'adhérer et de rembourser les cotisations déjà prélevées sur les salaires de ceux-ci. La réception des demandes de retrait a pris fin le 31 juillet 2011. Les conséquences prévisibles de cette situation est la mise en cause, d'une part, de l'équilibre financier du régime en le privant d'une source de financement et, d'autre part, le fondement (système de répartition) de l'assurance

maladie au Mali. L'impact de cette décision sur le plan financier n'est pas encore évalué. Ainsi, le montant des cotisations recouvrées du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 15 juin 2011 est de 7 783 508 865 FCFA sur une prévision, au titre de 2011, de 29 565 959 688 FCFA soit un taux de recouvrement de 26,32 %. Il est indispensable que le Gouvernement prenne des dispositions favorisant l'unité autour de la CANAM pour préserver son avenir.

## **b) Le Régime d'assistance médicale RAMED**

### **Législation.**

La mise en œuvre du régime d'assistance médicale est récente (environ un an et demi). Les textes disponibles et le régissant sont :

- la loi N°09-031 du 27 juillet 2009 portant création de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) ; et,
- le décret N°09-554/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'ANAM.

### **Gouvernance.**

L'ANAM est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ses organes d'administration et de gestion sont le Conseil d'Administration, la Direction Générale et le Comité de Gestion.

Conformément aux dispositions du décret N°09-554/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Agence Nationale d'assistance Médicale, le Conseil d'Administration est composé de 10 membres dont les sièges sont répartis ainsi qu'il suit :

#### **au titre des pouvoirs publics :**

- un représentant du Ministre chargé de la Protection Sociale ;
- un représentant du Ministre chargé des Finances ;
- un représentant du Ministre chargé de la Santé ;
- un représentant du Ministre chargé de l'Administration Territoriale ;

#### **au titre des collectivités territoriales :**

- un représentant du Haut Conseil des Collectivités Territoriales ;
- deux représentants de l'Association des Cercles et Régions du Mali ;
- un représentant de l'Association des Municipalités du Mali ;

#### **au titre de la société civile :**

- un représentant de la Fédération Nationale des Association de Santé Communautaire (FENASCOM) ;

#### **au titre du personnel :**

- un représentant du personnel de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale.

Au niveau périphérique, l'ANAM s'appuiera sur des structures locales (Cercles et communes du District de Bamako) chargée de gérer le Fonds constitué par la contribution de l'Etat, des Collectivités Territoriales, des Partenaires techniques et financiers et des personnes physiques et morales. Les critères d'éligibilité et de paiement s'appliqueront par les comités locaux de gestion comprenant un Conseil d'orientation et une unité de gestion collégiale (maire, médecin chef, chef du service de développement social).

La stratégie préconisée pour mettre en place le régime d'assistance médicale est d'aller graduellement, en choisissant des communes tests. A l'issue des différentes concertations avec le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, la Direction Nationale des Collectivités territoriales, le Haut Conseil des Collectivités, l'Association des

Municipalités du Mali (AMM), après avoir analysé les différentes propositions, les critères suivants ont été retenus pour choisir ces communes test :

- toutes les communes qui étaient des chefs lieux de cercle et toutes les communes du District de Bamako ;
- critère démographique : toutes les communes rurales d'au moins 10.000 habitants ;
- existence d'un centre de santé (CSCOM ou CSREF) dans la commune et que ce centre de santé soit fréquenté par la population;
- critère de capacité de mobilisation des ressources : en programmation budgétaire (dans le budget de la commune).

#### ***i. Adhésion au RAMED***

Le RAMED est un dispositif non contributif devant assurer la prise en charge des indigents, qui, par définition n'ont aucune ressource susceptible de leur permettre de s'affilier à un quelconque régime contributif. Le régime concerne 5% de la population du Mali (soit environ 597.835 personnes). L'identification des indigents est faite sous la responsabilité des autorités communales par les services techniques du MDSSPA. Aujourd'hui, l'ANAM est en négociation avec ces autorités communales sur les modalités d'identification et d'immatriculation des indigents.

#### ***ii. Mise en commun des ressources***

Le Régime d'Assistance Médicale est financé par l'Etat et les collectivités territoriales respectivement 65% et 35%. Ces taux proposés dans le rapport d'étape ont été retenus à l'issue des différentes concertations. Mais la sensibilisation doit appuyer cette volonté politique et aussi la commune aura la charge du recouvrement des 35% qui sont repartis entre les cercles, les ASACO et les communes.

Les ressources de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale sont :

- les ressources du régime d'assistance médicale;
- les subventions de l'Etat ;
- les revenus des placements et investissements ;
- les dons, legs et libéralités de toute nature ;
- toutes autres ressources attribuées par un texte législatif ou réglementaire.
- les ressources collectées des collectivités territoriales.

Dans le cadre du financement des prestations, l'ANAM a reçu de la part de l'Etat au titre de l'année 2011 la somme de 1.047.301.000 FCFA, et au titre du fonds de la privatisation de la Société de Télécommunication du Mali la somme de 799.742.000 FCFA.

#### ***iii. Prestations***

Le panier de soins concerne les hospitalisations (avec intervention chirurgicale ou non) et les soins ambulatoires. Pour la prise en charge de leurs problèmes de santé, les indigents doivent s'adresser aux structures conventionnées par l'ANAM. On estime les dépenses techniques de l'ANAM à 2.932.380.675 CFA (y compris d'éventuelles réserves techniques), soit 4.905 CFA par personne indigente.

#### ***iv. Points forts***

Il est difficile de relever d'émettre un avis sur le RAMED car le dispositif est en cours d'installation. Néanmoins le grand mérite de ce dispositif trouve son essence dans la volonté des pouvoirs publics d'assurer l'accès aux soins de santé de qualité pour les couches extrêmement défavorisées de la population et dont on sait qu'elles sont aujourd'hui exclues du système de santé. Cette volonté politique se traduit concrètement par la contribution de l'Etat qui a fait une dotation à l'ANAM au titre de 2011 pour la somme de 1,8 milliard F CFA environ soit 4 millions \$. Et selon les informations que nous avons recueillies, quelques rares

communes ont fait une contribution au RAMED même si les montants sont assez symboliques.

#### **v. Points faibles**

De même qu'il est trop tôt pour décrire tous les points faibles d'un dispositif de protection en construction. Cependant nous pouvons noter que le RAMED a été officiellement lancé sans que les communes tests soient formellement identifiés, que les critères d'indigence soient validés définitivement entre les différentes parties prenantes et que les procédures de gestions soient clairement édictées.

### **c) Les mutuelles de santé**

#### **Législation.**

Les mutuelles sont régies et réglementées par les textes suivants :

- la Loi n° 96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité au Mali en relecture ;
- le Décret n°96-136 du 2 mai 1996 déterminant les conditions de placement et de dépôt des fonds des mutuelles ;
- le Décret n° 96-137 du 2 mai 1996 établissant les statuts-types des mutuelles, des unions et fédérations de mutuelles ;
- l'Arrêté interministériel n° 97-0477 du 2 avril 1977 des ministres chargés de la solidarité et de l'administration territoriale fixant les conditions d'agrément des mutuelles.
- l'Arrêté n° 02-1742/MDSSPA-SG du 19 août 2002 portant mécanismes de contrôle administratif et financier des mutuelles et organisations mutualistes.

L'existence de ce dispositif législatif et réglementaire offre l'avantage de traduire la volonté politique en faveur d'un développement de plus en plus effectif de cette forme d'organisation pour une prise en charge collective des risques individuels.

#### **Gouvernance.**

Il faut savoir que le Mali a été le premier pays en Afrique subsaharienne à avoir légiférer sur l'exercice de la mutualité. Déjà en 1996, le pays s'est doté de la loi 96-022 régissant la mutualité au Mali complété par deux décrets et deux arrêtés ministériels qui définissent les modalités de création, de fonctionnement et d'extinction des mutuelles et regroupements mutualistes.

La législation malienne a inspiré la réglementation de la mutualité sociale dans l'espace de l'Union Economique et monétaire Ouest-Africaine UEMOA qui est entrée en vigueur en 2009.

La loi dispose que l'administration, la gestion et le contrôle d'une mutuelle soient assurés respectivement par :

- l'assemblée générale ;
- le conseil d'administration ;
- la commission de contrôle.

L'assemblée générale est l'instance suprême de décision. Elle comprend les membres régulièrement inscrits. Le droit de vote appartient à chacun des membres. Toutefois les mutuelles qui, en raison de l'importance de leur effectif ou de l'étendue de leur circonscription, n'ont pas la possibilité de réunir tous les membres en assemblée générale, peuvent organiser des sections locales de vote. Dans ce cas, l'assemblée est composée de délégués élus par ces sections.

L'assemblée générale se réunit en session ordinaire au moins une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration. Elle peut se réunir en session extraordinaire dans les cas de fusion, d'union de fédération, de scission ou de dissolution ou

dans les cas de décision importante nécessitant la convocation d'une réunion extraordinaire dans les conditions prévues par les statuts de chaque mutuelle.

L'assemblée générale se prononce sur le compte rendu de la gestion technique, morale et financière du conseil d'administration. Elle procède à l'élection des administrateurs et des membres de la commission de contrôle dans les conditions prévues par les statuts.

Elle est obligatoirement appelée à se prononcer sans déléguer ses compétences sur :

- les statuts et règlements intérieurs et leurs modifications ;
- les règlements qui déterminent les modalités de gestion administrative et financière des services et établissements gérés par la mutuelle ;
- l'adhésion ou le retrait d'une union ou fédération de mutuelles ;
- la fusion, la scission et la dissolution volontaire ;
- les emprunts relevant de sa compétence.

Le conseil d'administration est élu au sein de l'assemblée générale. Il est l'organe d'administration et de gestion et est chargé d'appliquer les délibérations de l'assemblée générale.

Le conseil d'administration dispose pour l'administration et la gestion de la mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par la présente loi et les statuts de la mutuelle.

Le conseil d'administration est chargé de l'élaboration du rapport technique, moral et financier qu'il doit présenter à l'assemblée générale.

Lorsque les dimensions et les activités de la mutuelle le requièrent, le conseil d'administration peut déléguer les pouvoirs nécessaires à un directeur en vue d'assurer sous son contrôle le fonctionnement de la mutuelle.

La commission de contrôle est élue au sein de l'assemblée générale. Elle est composée de membres n'appartenant pas au personnel salarié de la mutuelle, n'ayant pas la qualité d'administrateur et n'ayant pas participé à la gestion de la mutuelle au cours de l'exercice précédent leur élection.

La commission de contrôle est l'organe de contrôle des activités de la mutuelle.

Elle vérifie la régularité des opérations comptables, contrôle la tenue de la comptabilité, soumet chaque année à l'assemblée générale un rapport écrit sur la gestion comptable de la mutuelle et signale les inexactitudes éventuelles relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

#### ***i. Adhésion aux mutuelles***

L'adhésion aux mutuelles est libre et volontaire. Lorsqu'on observe les mutuelles suivant cet axe d'analyse, l'on s'aperçoit qu'il y en a trois types.

Tout d'abord, il existe des mutuelles de corporation qui cherchent les adhérents dans une catégorie professionnelle donnée, par exemple les enseignants, les artisans, les huissiers, etc.

Ensuite on retrouve des mutuelles d'entreprise dont les adhérents sont des salariés. Ici l'élément fédérateur est l'identification par rapport à un même employeur ; c'est le cas des mutuelles de la Poste, de la société des Télécommunications, de la Douane, etc..

Enfin on distingue les mutuelles interprofessionnelles qui recrutent dans la population générale sous aucune forme de distinction. Il s'agit particulièrement des mutuelles rurales mais également de certaines mutuelles évoluant en milieu urbain.

Les efforts conjugués des pouvoirs publics, des partenaires et de la société civile ont facilité le développement des mutuelles de santé. Le tableau ci-dessous présente les taux de pénétration des mutuelles de 2004 à 2010.

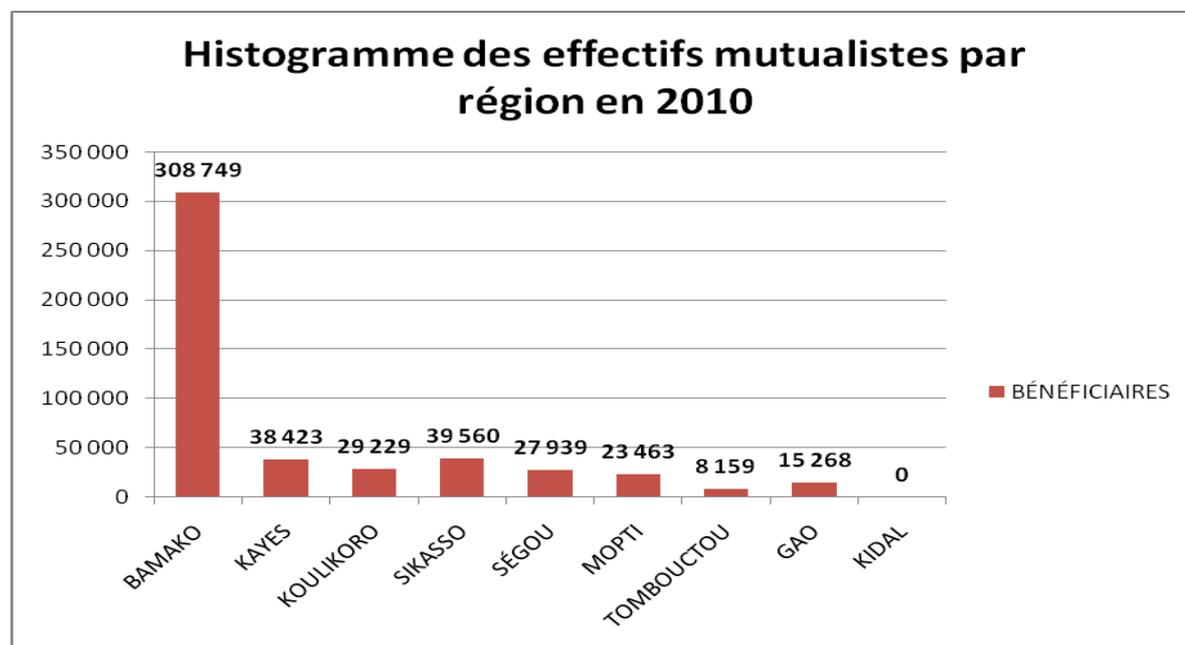
**Tableau 8 : Pénétration de la mutualité dans la population générale de 2004 à 2010**

Années	Taux de population couverte	
	Toutes prestations <sup>23</sup>	Prestations Santé <sup>24</sup>
2004	0,8	0,6
2005	1,4	1,3
2006	2,1	1,4
2007	2,4	1,7
2008	2,6	1,9
2009	2,8	2,1
2010	3,3	2,7

Source : DNPSES

Mais ces effectifs de 490.790 sont repartis de façon très inégale sur le territoire. Le District de Bamako regroupe presque deux tiers des effectifs de l'ensemble du pays suivi des régions de Sikasso et de Ségou avec 8% alors que la région de Kidal n'enregistrait aucun mutualiste inscrit en 2010. Selon la DNPSES, toutes les mutuelles du pays (qu'elles offrent une prestation santé ou autre) avaient mobilisé 1,1 milliards de FCFA en 2010.

**Figure 1 : Effectifs mutualistes par région en 2010**



<sup>23</sup> indique le taux de couverture pour la catégorie de la population affiliée aux mutuelles quelque soient les risques couverts

<sup>24</sup> indique le taux de couverture pour la catégorie de la population affiliée aux mutuelles qui font exclusivement des prestations santé

## **ii. Mise en commun des ressources**

Dans l'écrasante majorité des mutuelles, les cotisations sont fixées individuellement par bénéficiaire même si certaines mutuelles ont à un moment fixé des cotisations proportionnelles au revenu tiré d'une activité économique telle que la culture du coton par exemple. De plus en plus, ces pratiques sont abandonnées au profit d'une cotisation individualisée.

Toutes les mutuelles intéressées par la présente étude indexent la cotisation des adhérents au nombre de bénéficiaires que ces derniers inscrivent c'est-à-dire qu'elles font payer une cotisation individuelle par personne couverte dont le montant est fixé par une étude de faisabilité. Pour toutes ces mutuelles, la cotisation est due annuellement mais le paiement peut être fractionné mensuellement, semestriellement, etc. En règle générale, les adhésions sont familiales; cependant les mutuelles qui diffusent l'assurance maladie volontaire gérée par l'UTM acceptent les cotisations groupées<sup>25</sup>.

Le tableau suivant indique le montant des cotisations pratiquées par un certain nombre de mutuelles qui constitue un échantillon assez représentatif du mouvement mutualiste.<sup>26</sup>

**Tableau 9 : Tarifs de cotisations observées par les mutuelles**

Mutuelle	Montant de cotisation annuelle par personne
MUPOSTE	<b>5 520</b>
MIPROMA	<b>5 520</b>
MEUMA	<b>5 520</b>
MUT-PMU	<b>5 520</b>
VARINUM	<b>5 520</b>
Séro	<b>1 700</b>
MUJIGIYA	<b>5 520</b>
Kafana	<b>2 150</b>
Nongon Souala	<b>2 000</b>
Dioumaténé	<b>1 750</b>
Seribala	<b>2 000</b>
Kokry	<b>1 500</b>
Koloni	<b>1 500</b>
Bourem In aly	<b>1 580</b>
Taboye	<b>2 000</b>

<sup>25</sup> En général, ces cotisations sont payées par une entreprise au profit de ses employés ou un groupe organisé d'adhérents. Il arrive que l'organisation supporte tout ou partie des cotisations dues pour ses membres.

<sup>26</sup> Extrait de l'étude sur la contribution des mutuelles dans l'extension de la protection sociale, Cheickna TOURE, Juin 2010

L'analyse de ce tableau des cotisations permet de s'apercevoir de la nette différence de tarification entre les mutuelles rurales et urbaines. En effet, il existe un écart assez sensible entre la moyenne et la médiane des cotisations. Le tableau 6 montre que le rapport Moyenne/Médiane de cotisations est de 1,6, ce qui signifie qu'un nombre assez restreint de mutuelles adopte des niveaux de cotisations élevés par rapport à l'ensemble de l'échantillon. En réalité, ce groupe homogène est formé par les mutuelles urbaines qui ont un niveau de cotisations équivalent à 2,56 fois la cotisation médiane. Mais cet écart s'explique par la différence de paquets de bénéfice entre mutuelles rurales et mutuelles urbaines. Les premières ont en général un paquet de bénéfice limité aux soins ambulatoires (petit risque) pratiqués au premier niveau de la pyramide alors que les secondes offrent un paquet plus large qui prend en charge les soins ambulatoires et hospitaliers (gros risque) effectués à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

**Tableau 10 : Moyenne et médiane des tarifs de cotisations observées par les mutuelles**

<b>Indicateurs</b>	<b>Indice</b>
Moyenne générale [1]	<b>3 287</b>
Médiane générale [2]	<b>2 000</b>
Moyenne/Médiane [3] = [1]/[2]	<b>1,6</b>
Moyenne des mutuelles rurales	<b>1 804</b>
Médiane des mutuelles rurales	<b>1 750</b>
Moyenne des mutuelles urbaines	<b>5 520</b>
Médiane des mutuelles urbaines	<b>5 520</b>

### **iii. Prestations**

Les mutuelles de santé ont développé des capacités d'autogestion de leurs produits adaptés aux besoins de leur population cible et en rapport avec les capacités contributives de celle-ci. Mais d'autres font le choix de déléguer la gestion de leurs prestations. C'est le cas actuellement d'une trentaine de mutuelles qui ont confié la gestion de leurs prestations santé dénommée « assurance maladie volontaire » (ou AMV) à l'UTM. Celle-ci a développé une plateforme de gestion informatisée à cet effet et sert d'intermédiaire entre les mutuelles et les prestataires de soins. La plateforme de gestion de l'UTM prend en charge toutes les fonctions d'un régime d'assurance maladie.

Les services offerts par les mutuelles de santé concernent la prise en charge partielle ou totale de :

- santé préventive et promotionnelle : consultation pré et postnatale, suivi des nourrissons, vaccination, planification familiale, éducation à la santé, etc.
- soins curatifs : consultations, soins infirmiers, médicaments, analyse de laboratoire, maladies chroniques, malnutrition et récupération nutritionnelle, etc.
- médicaments : médicaments génériques ou ceux inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels du Mali
- soins hospitaliers : hébergement, actes médicaux, chirurgicaux et médicaments
- soins spécialisés : consultation, actes médicaux tels que radiologie, biologie clinique, soins dentaires et ophtalmologiques, etc.
- transport des malades : évacuation, référence.

Aujourd'hui la majorité des mutuelles se limite aux prestations offertes au niveau du premier contact c'est-à-dire le centre de santé communautaire (CSCoM), où sont prodigués les soins

de premier niveau, et ne prennent donc pas en charge les risques les plus chers (ceux qui sont liés à l'hospitalisation par exemple).

Néanmoins pour la trentaine de mutuelles de santé dont les prestations sont gérées par l'UTM, les prestations ont trait à une prise en charge partielle sur les dépenses de santé occasionnées à la fois par les traitements ambulatoires et hospitaliers. Du coup, les mutualistes couverts par ce régime d'assurance bénéficient des prestations à tous les échelons de la pyramide sanitaire, du CScCom jusqu'à l'hôpital de dernière référence.

**Tableau 11 : Paquets de bénéfices accordés par les mutuelles enquêtées**

<b>Mutuelle</b>	<b>Zone de rayonnement de la mutuelle</b>	<b>Taux de prise en charge</b>	<b>Commentaires</b>
MUPOSTE	Urbaine	75%	Prise en charge sur les médicaments essentiels et tous les actes effectués à tous les échelons de la pyramide sanitaire sauf chirurgie esthétique, lunette et prothèse
MIPROMA	Urbaine	75%	
MEUMA	Urbaine	75%	
MUT-PMU	Urbaine	75%	
VARINUM	Urbaine	75%	
MUJIGIYA	Urbaine	75%	
Sero	Rurale	50%	Prise en charge sur les médicaments essentiels et tous les actes effectués au CScCom
Kafana	Rurale	50%	Prise en charge sur les médicaments essentiels et tous les actes effectués au CScCom
Nongon Souala	Rurale	50%	
Dioumaténé	Rurale	65%	
Kokry	Rurale	75%	
Koloni	Rurale	75%	
Bourem In aly	Rurale	75%	
Taboye	Rurale	75%	
Seribala	Rurale	75%	Prise en charge à 100% sur les accouchements, 75% sur les médicaments essentiels et tous les autres actes au niveau du CScCom

#### **iv. Points forts**

Le Mali dispose d'un cadre législatif et réglementaire assez étoffé. Le pays s'est récemment doté d'une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. Ladite stratégie prévoit de procurer une assurance maladie à 28% de la population malienne dans un délai de 5 ans.

Rappelons que les mutuelles existent un peu partout dans les différentes régions du Mali et participent activement à une structuration de la demande de services de santé. Ces mutuelles inscrivent leur politique de prise en charge en cohérence avec les directives nationales notamment en ce qui concerne l'utilisation des médicaments essentiels et la promotion de la santé préventive. Les mutuelles au Mali ont su se regrouper et coordonner leurs interventions au sein d'une structure faitière dénommée l'Union Technique de la Mutualité UTM qui les représente dans les instances du PRODESS.

#### **v. Points faibles**

Malgré la volonté politique exprimée dans les différents documents de politique, il faut relever que les financements de l'Etat et des partenaires demeurent très faibles au regard des enjeux du financement de la santé au Mali. Ceci peut être facilement illustré par les restrictions budgétaires et le retard pris dans la mise à disposition des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie d'extension de la couverture que le gouvernement, lui-même, a adopté.

Par ailleurs, il est indéniable que la couverture de la population reste très faible au regard des besoins de santé et des potentiels mêmes des mutuelles. Du coup, elles ont des difficultés à mobiliser des ressources financières pour la mise en œuvre de véritables plans de développement de ces entreprises sociales. Par ailleurs, les organisations mutualistes sont parfois confrontées à des insuffisances en matière de gestion administrative et financière.

Ainsi, comme nous pouvons le constater, malgré la relative jeunesse de la mutualité malienne, des efforts ont été fournis par les différents acteurs tant sur le plan politique, institutionnel que par la société civile. Ces efforts conjugués ont permis de produire les résultats présentés plus haut se caractérisant par une faible couverture aussi bien spatiale que numérique de la population cible des mutuelles (environ 80% de la population totale du pays) avec comme conséquence la non atteinte des objectifs fixés en matière d'utilisation des services de santé.

#### **d) Les caisses de solidarité pour la référence-évacuation**

##### **Législation.**

Les caisses de solidarité pour la référence-évacuation ont été mises en place pour répondre à des problèmes que les parturientes en difficulté éprouvent : absence ou faible disponibilité des moyens de transport au moment de l'évacuation ; coût élevé des moyens de transport au moment de l'évacuation ; coût élevé des frais d'hospitalisation; etc. C'est un système comprenant : i) une ambulance pour faciliter le transport des femmes en travail entre les formations sanitaires de première ligne et l'hôpital de district ; ii) un système de réseau RAC pour appeler à partir des formations sanitaires de première ligne l'ambulance basée à l'hôpital de district ; et iii) un mécanisme de tiers payant pour la prise en charge des frais de transport et les frais médicaux (kit d'urgence, acte chirurgical, séjour à l'hôpital, etc.). Le système est actuellement mis en place dans 59 des 60 districts sanitaires du pays.

Le document de référence est le cadre conceptuel de l'organisation du système de référence-évacuation au Mali, Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé, Juillet 2005.

**Gouvernance.** Les caisses de solidarité pour la référence-évacuation sont placées sous la tutelle du Ministère de la santé. Plusieurs acteurs interviennent ; ce sont : les collectivités territoriales (conseil de cercle et conseil communal), les associations de santé communautaires (ASACO), les communautés villageoises, les services techniques et autres partenaires. Dans chaque district sanitaire, le système de référence-évacuation est géré par un conseil de gestion dont les membres émanent des différentes parties prenantes mentionnées. Afin de faciliter le travail du conseil de gestion, un comité restreint, élu en assemblée générale par les représentants des parties prenantes, est mis en place. Il existe aussi un comité de surveillance chargé de veiller à la mise en œuvre des recommandations et de l'application des directives de l'assemblée et du conseil de gestion.

##### **i. Adhésion aux caisses de solidarité pour la référence-évacuation**

Les bénéficiaires du système de référence évacuation sont en premier lieu les femmes en état de grossesse, en particulier celles qui auront des difficultés au moment de

l'accouchement. Les femmes qui présenteront des difficultés à l'accouchement représentent 5% des grossesses attendues. En 2009, le système de référence-évacuation a enregistré 35.168 cas et 40.332 cas en 2010.

#### **ii. Mise en commun des ressources**

Les parties prenantes se partagent les coûts. Les coûts sont calculés en tenant compte du nombre de cas attendus, du nombre des actes couverts, du coût moyen par acte et des charges liées à l'évacuation de la parturiente. Les coûts liés à l'évacuation de la parturiente comprennent :

- les frais de transports des malades ;
- les frais de fonctionnement de l'ambulance et de son entretien ;
- les frais de fonctionnement du groupe électrogène et de son entretien ;
- les perdiems des agents ;
- le salaire du chauffeur (déjà pris en charge par le conseil de cercle) ;
- les frais de prise en charge du nouveau né avec ou sans complication.

Il n'y a pas de règle fixe pour la répartition des coûts entre les parties prenantes ; elle est fonction du consensus convenu entre les parties prenantes. L'exemple suivant illustre la clé de répartition en 2008 du district sanitaire de Bankass<sup>27</sup>. Le montant total à répartir entre les partenaires de la caisse s'élevait à 6.913 800FCFA. Selon le scénario retenu, il a été réparti comme suit : 20% du montant pour les Collectivités décentralisées (1 conseil de cercle et 12 communes) soit 103.360 F CFA chacune; 70% pour les villages (au nombre de 281) soit 17.225 F CFA chacun et 10% pour les ASACO (au nombre de 18) soit 38.410 F CFA chacune.

Il n'y a pas aussi de règle fixe pour mobiliser la contribution de chaque partie prenante. Le soin est laissé à chaque acteur de définir les voies et moyens par lesquels il doit mobiliser sa contribution.

#### **iii. Prestations**

Les services assurés dans le cadre de la référence évacuation intègrent en plus du transport de la parturiente le paquet de soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE). Il s'agit de l'accouchement par voie basse (ventouses, forceps), la prise en charge d'un avortement (AMIU), la césarienne/laparotomie, la réanimation de la mère ou du nouveau-né (table, aspirateur, oxygène, ballonnet, embu, etc.) l'hémorragie, la convulsion ou toutes autres maladies graves survenant chez la femme enceinte, en phase d'accouchement ou chez le bébé à naître.

#### **iv. Points forts**

L'évaluation externe du système de référence évacuation des urgences obstétricales en 2004<sup>28</sup> avait déjà relevé que 81% des bénéficiaires connaissaient au moins un signe des dangers d'une grossesse à risque. La douleur abdominale aigüe étant le signe le plus rapporté (53%) suivi des hémorragies (28%). Cependant, une meilleure connaissance de plus d'un signe de danger par les femmes enceintes peut réduire le délai mis par la patiente à se décider de solliciter les soins en cas de besoin. Aussi, l'analyse des critères logistiques a montré que 79% des centres de santé disposaient d'un réseau RAC fonctionnel ou téléphone, 48% d'une ambulance fonctionnelle, 42.4% d'un système de maintenance des appareils biomédicaux et de l'ambulance et 51% d'un système de maintenance des RAC. Toute cette logistique, portant sur le système de transport et la radio communication disponibles de façon presque satisfaisante dans l'ensemble des cercles concernés par

---

<sup>27</sup> La gestion communautaire du système de référence évacuation dans le contexte de la décentralisation « Six ans d'expérience dans le district sanitaire de Bankass janvier 2003 à décembre 2008 » Dr Dramane SAMAKE

<sup>28</sup> L'évaluation externe du système de référence évacuation des urgences obstétricales en cours au Mali

l'évaluation, améliorant ainsi l'accessibilité des populations aux soins en réduisant le retard pour arriver au centre de santé.

Les caisses de solidarité pour la référence-évacuation jouissent d'un engouement certain auprès des populations. De plus, elles représentent une avancée significative en matière d'évacuation et de référence des urgences obstétricales comparée à la situation avant la politique sectorielle où les frais de transport étaient complètement à la charge de la parturiente. De ce point de vue, l'initiative est fort louable.

#### **v. Points faibles**

Le cadre conceptuel du système de référence évacuation ne prend pas en compte le niveau village. Le système de référence évacuation est bien organisé entre le CSCOM et les CSRéf laissant en amont les villages et en aval les hôpitaux qui demeurent encore exclus du système. Aussi, la timidité dans la mobilisation des quotes-parts constitue l'une des grandes difficultés du système malgré l'adhésion expresse de tous les acteurs dans la mise en œuvre du dispositif.

#### **e) Les caisses villageoises de solidarité santé**

La FENASCOM, s'est fixée comme mission fondamentale l'amélioration de la mobilisation des ressources humaines, financières, techniques et matérielle en faveur du système de santé communautaire. L'axe deux (2) de son plan stratégique vise notamment l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité, le soutien à la demande et la participation à la création des caisses villageoises de solidarité santé (CVSS). Cette dernière est un groupement d'entraide et de solidarité dont les membres ont la volonté de faire face ensemble aux problèmes liés à la maladie, en mettant leurs ressources en commun. Les CVSS visent à améliorer l'accessibilité financière aux services de santé des populations desservies par la caisse ; à renforcer les pratiques d'entraide et de solidarité dans les villages et à développer les attitudes de prévoyance face à la maladie.

L'expérimentation des CVSS a effectivement démarré en 2008 avec le choix de quatre cercles tests : Bafoulabé, Kita, dans la région de Kayes, Dioila dans la région de Koulikoro et Baraouéli dans la région de Ségou. La démarche a consisté d'abord en une approche communautaire en vue d'identifier les aires de santé propices. A l'issue de l'approche cercle, les responsables administratifs, politiques et associatifs ont identifié les sites suivants : Drametou dans le cercle de Bafoulabé, Fladougoubangassi dans le cercle de Kita, Seyla dans le cercle de Dioila et Nougoula dans le cercle de Baraoueli.

Dans chacune des aires de santé, deux villages ont été choisis, un pour abriter la caisse et l'autre servant de village témoin dans le cadre d'une évaluation comparative. Des ONG de proximité ont été recrutées. Elles avaient pour mandat d'identifier le village test et village témoin ; d'assurer l'approche communautaire pour une adhésion des populations des aires de santé choisies; de mettre en place les comités de gestion ; de renforcer le cadre de concertation autorités administrative/collectivités/ASACO/CVSS ; d'identifier les CSCOM non fonctionnels du cercle ; d'accompagner les comités de gestion dans l'accomplissement de leur mission ; de fournir des rapports d'étape et des rapports finaux à la FENASCOM.

#### **La gouvernance.**

L'assemblée générale des membres est l'instance suprême de la CVSS. Elle définit la politique générale. Elle est convoquée en session ordinaire deux fois par an par le Conseil d'administration mis en place par ses soins. Le conseil d'administration exerce les pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de la caisse. Il se réunit une fois par trimestre. Les statuts et règlement intérieur adoptés en assemblée définissent la composition du conseil d'administration, les rôles et responsabilités des membres, les règles et modalités de fonctionnement. La caisse doit utiliser un ensemble de supports administratif, financier et

comptable pour la gestion des adhésions, le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations.

#### ***i. Adhésion aux caisses villageoise de solidarité santé***

Le groupement est la structure de base d'une CVSS. Il peut comprend plusieurs ménages ou familles et regrouper les associations visant les mêmes objectifs. Les bénéficiaires des services de la CVSS sont déterminés par les membres en assemblée générale. La priorité est accordée aux femmes en âge de procréer et aux enfants de moins de 5 ans. Les six CVSS installées lors de cette phase test avaient en fin décembre 2009 enregistré 2.752 membres.

#### ***ii. Mise en commun des ressources***

Les ressources de la CVSS proviennent essentiellement des droits d'adhésions (appelés parts sociales), des cotisations périodiques des familles membres, des dons et legs. Une étude de faisabilité permet de fixer les montants et le rythme des cotisations. Les six CVSS installées avaient une cotisation variable entre 50 FCFA mensuelle et 860 FCFA annuelle. Elles ont mobilisé en fin décembre 2009 un montant total annuel de 3.236.700 FCFA. A la même date, elles avaient assuré le transport de 192 malades du village au CSCOM.

#### ***iii. Prestations***

Le paquet minimum d'activité (PMA) disponible au niveau des CSCOM peut être pris en charge par les CVSS sur décision prise en assemblée générale par les membres. Il comprend ainsi :

- la carte de vaccination des femmes en âge de procréer et des enfants de moins de cinq ans ;
- les consultations prénatales ;
- l'accouchement et les soins de la mère et de l'enfant en post-natal ;
- le transport lié à la référence/évacuation du village au CSCOM ;
- la petite chirurgie et le traumatisme nécessitant une évacuation ;
- les soins curatifs sont pris en charge par les CVSS (ticket consultation, médicaments et produits utilisés lors des soins).

A ce stade, seule la CVSS du Fladougoubangassi du cercle de Kita disposait d'une ambulance motorisée, les autres organisaient le transport avec les moyens disponibles.

Une carte d'adhésion est délivrée aux membres ayant rempli les conditions d'adhésion. Elle donne droit à la prise en charge totale ou partielle des services. Sur chaque carte sont inscrits les noms et prénoms de l'adhérent (chef de famille) et de ses ayants droit. Elle a une validité d'un an.

La CVSS doit signer une convention avec l'ASACO pour l'accès aux services de santé du CSCOM. Pour une CVSS performante un système de prise en charge des soins peut être négocié avec le CSREF à condition d'être complémentaire au système de référence/évacuation existant. La CVSS pratique le système du tiers payant, la convention précise les services couverts et les modalités de paiement.

#### ***iv. Points forts***

Les caisses villageoises de solidarité bien qu'au stade d'expérimentation dans seulement quatre cercles démontrent la volonté des communautés concernées de corriger l'omission du niveau village dans le cadre conceptuel du système de référence évacuation.

#### ***v. Points faibles***

Des insuffisances ont été observées dans la mise en œuvre de cette phase expérimentale ; elles portent notamment sur la faible adhésion des communautés aux CVSS ; l'insuffisance de fonctionnement du conseil d'administration ; la faible représentativité des femmes dans

les comités de gestion ; l'inexistence de textes statutaires pour le fonctionnement des caisses ; l'inexistence de protocole d'accord entre les ASACO et les CVSS et l'insuffisance du financement de la stratégie.

La CVSS étant considérée par certains comme une pré mutuelle, mais à la différence de cette dernière elle ne dispose pas d'environnement législatif et réglementaire permettant de régir son fonctionnement.

## **f) Les gratuités**

Bien que considérées comme ne faisant pas partie des mécanismes alternatifs de financement dans la politique de protection sociale du Mali, les gratuités sont considérées comme des mécanismes alternatifs de financement de la santé au sens de l'économie de la santé. Pour cette raison, elles ont l'objet de ce chapitre. On y traite des gratuités décrétées au Mali : gratuité de la césarienne, gratuité de la vaccination, gratuité des soins de paludisme et antirétroviraux, gratuités des maladies dites « sociales », et gratuités de certaines prestations pour les travailleurs salariés, les fonctionnaires, les soldats, les personnes âgées, les élèves et étudiants.

### ***i. Césarienne***

L'initiative a été prise par décret n°05-350/P-RM du 04 août 2005 et par arrêté interministériel N°09-0754 du 3 avril 2009 fixant les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge gratuite de la césarienne. Elle vise à réduire les dépenses de césarienne pour les ménages mais aussi à réduire la mortalité maternelle et infantile en vue d'atteindre les OMD 4 & 5 (objectifs du millénaire pour le développement). La gratuité couvre pour la parturiente les médicaments et consommables, les frais d'hospitalisation, l'acte chirurgical, les examens préparatoires et les soins post opératoires.

L'initiative est gérée par le Ministère de la santé à travers les caisses de solidarité ou système de référence évacuation (cf. plus haut). Les formations sanitaires préfinancent les kits d'intervention et se font payer plus tard par le Ministère de la santé.

Depuis le lancement de l'initiative, les taux d'accouchement assistés et de césarienne ont progressivement augmenté<sup>29</sup>. Le taux de césarienne estimé sur la base de la population totale a plus que doublé, passant de 0,9% de tous les accouchements attendus en 2005 à 2,3% en 2009. La proportion de décès maternel après césarienne a diminué de 2% en 2006 à 1,3% en 2009, et la proportion des décès néonataux après césarienne a baissé de 14% en 2006 à 12% en 2009.

Malgré ces avancées, il y a des retards constatés dans le remboursement des kits. Aussi, l'initiative semble plus favoriser les femmes urbaines que les femmes rurales. En effet, les femmes en milieu urbain ont un accès plus facile aux formations sanitaires (disponibilité des moyens de transport), alors qu'en milieu rural, comme nous l'avons vu plus haut, il n'existe pas de système de transport organisé entre les villages et les formations sanitaires de première ligne. Un autre problème est qu'elle avantage davantage les femmes travailleuses du secteur public et privé au détriment des autres femmes. En effet, les femmes travailleuses bénéficient non seulement de la gratuité de la césarienne mais aussi des avantages de l'assurance maladie obligatoire. Tout se passe comme si elles sont doublement assurées.

### ***ii. Vaccination et « maladies sociales »***

Les gratuités pour la vaccination et les « maladies sociales » (i.e. chroniques) sont stipulées dans le Décret n° 02-311 du 04 juin 2002. La gratuité concerne toute la population pour les maladies « sociales » (analyse et soins) et les enfants de 0-14 ans pour la vaccination et les

---

<sup>29</sup> Rapport d'évaluation 2010 et programmation 2012 (DNS) Point 2.2.6 Principaux résultats

analyses. Ces initiatives sont gérées par les formations sanitaires. L'Etat et les partenaires au développement contribuent au financement de ces initiatives.

Dans le domaine de la vaccination, le pays a enregistré des avancées. En effet, comme indiqué dans le chapitre sur la présentation du système de santé, le nombre d'enfants complètement vaccinés augmente d'année en année, et les maladies évitables par la vaccination ne constituent plus en 2009 l'une des principales causes de mortalité. En outre, depuis 2007, le pays a atteint le statut de pays « libre de polio ».

Néanmoins, il y a des difficultés. La stratégie avancée, organisée à partir des centres fixes vers les villages, dans le cadre de la vaccination de routine n'est pas régulièrement menée en raison des difficultés financières et des problèmes de moyens de déplacement que connaissent certaines formations sanitaires de première ligne. Les vaccinations de masse ainsi que la vaccination de routine n'arrivent pas à atteindre toute la population cible en raison du mouvement de certaines couches de la population.

En ce qui concerne les maladies sociales, on enregistre également des avancées. Des centres de formations ainsi que des unités de prise en charge sont créés. Des efforts sont en cours pour élaborer une politique de prévention et de lutte contre les maladies chroniques. Il existe aussi des associations pour la prévention ou la défense des intérêts des malades chroniques. Toutefois, bien que les soins soient gratuits, les malades dans les faits paient pour une partie de leurs soins.

### ***iii. Soins de paludisme et antirétroviraux***

La gratuité concerne les femmes enceintes et les enfants < 5 ans. Le paquet de prestations comprend les soins préventifs et les soins curatifs. Pour les soins préventifs, il s'agit de la sulfadoxine pyreméthamine pour les femmes enceintes et d'une moustiquaire imprégnée à la première consultation prénatale. Pour les enfants de moins de 5 ans, il s'agit d'une moustiquaire imprégnée à la complétion de tous les antigènes avant un an.

L'initiative est gérée par les formations sanitaires. Les fonds proviennent du gouvernement et des partenaires au développement. On estime à environ 1,5 milliards de FCFA les fonds dédiés à la gratuité du paludisme en 2010 par l'Etat.

Dans la mise en œuvre, l'initiative rencontre des difficultés. Les fonds n'arrivent pas à temps ; les formations sanitaires se voient dans l'obligation de financer sur leurs fonds médicaments la prise en charge des cas de paludisme. Les formations sanitaires qui n'ont pas une situation financière viable n'offrent pas les gratuités ; les malades paient donc pour leur prise en charge.

Un autre problème l'initiative est sa convenance avec la politique de financement des formations sanitaires de première ligne. Le financement des centres de santé communautaires repose sur le recouvrement des coûts (tarification des actes et vente des médicaments essentiels en DCI). Le paludisme étant la première cause d'utilisation des services de santé, on se demande comment les centres de santé communautaires arriveront à équilibrer leurs comptes dans un contexte où les remboursements n'arrivent pas à temps. Aussi se pose la question de la double assurance pour les enfants dont les parents sont affiliés à l'assurance maladie obligatoire. En effet, ils sont couverts par l'assurance maladie obligatoire et bénéficient de la gratuité des soins dans le cadre du paludisme.

Quant aux antirétroviraux, il s'agit des personnes vivant avec le VIH/SIDA. La gratuité couvre les analyses et les médicaments. L'initiative est gérée par les formations sanitaires. Les fonds proviennent du gouvernement et des partenaires au développement. Toutefois, en raison des difficultés que rencontre le gouvernement dans le financement de cette initiative, les malades paient pour leurs analyses.

#### ***iv. Travailleurs du secteur formel, fonctionnaires,.....***

Les gratuités pour ces catégories socioprofessionnelles sont stipulées dans le décret n°02-311 du 04 juin 2002 et le décret n°95-368. Le premier décret dispose :

- pour les fonctionnaires et travailleurs : réduction de 80 % des frais d'hospitalisation (lit) ;
- pour les élèves, étudiants et soldats : gratuité des examens ;
- pour le personnel socio-sanitaire et leurs familles : gratuité des examens y compris radiologie et scanner ;
- pour les fonctionnaires et travailleurs retraités : gratuité des frais d'hospitalisation (lit).

Le second décret (décret n°95-368) stipule pour les personnes âgées (60 ans et plus ; sans les membres de leurs familles) une réduction de 50% des frais de consultation et d'examens dans les formations publiques.

L'assurance maladie obligatoire avait été instituée dans un souci de fournir une couverture aux travailleurs, aux retraités ainsi qu'aux membres de leurs familles. Le caractère obligatoire de cette assurance n'a pas pu être respecté en raison des protestations. Face à la pression de la rue, l'assurance maladie obligatoire est devenue une assurance volontaire : on n'est plus contraint d'y souscrire. Or, les textes de création de l'assurance maladie obligatoire disposent qu'ils abrogent toutes dispositions antérieures de gratuités. Du coup, on se retrouve devant une double interprétation de la loi ; ce qui est source de confusion.

En effet, l'adhésion étant désormais volontaire à l'assurance maladie obligatoire, les abrogations de gratuités antérieures pourront être supposées ne concerner que ceux-ci qui souscrivent à l'assurance maladie obligatoire. Dans cette logique les dispositions antérieures de gratuités seront supposées encore valables pour ceux qui n'ont pas souscrit, alors que la loi sur l'assurance maladie obligatoire dispose qu'elles sont abrogées. Que faire ?

En tous les cas, il convient de résoudre ce problème de double interprétation des textes.

## **VI. Réflexions**

L'on s'aperçoit que le système de santé du Mali reste confronté à d'énormes défis relatifs à l'amélioration de la qualité des services dont le niveau reste insuffisant tant dans les pratiques professionnelles que dans la perception des usagers. La disponibilité des médicaments n'est pas toujours garantie au niveau des formations sanitaires ; même certains hôpitaux enregistrent des ruptures pour des périodes relativement longues. Par ailleurs, il existe des insuffisances dans la maîtrise des informations financières des établissements sanitaires. La transparence sur les coûts des services n'est pas toujours assurée et il arrive que les usagers paient plus que les tarifs officiels. Tous ces problèmes de gestion expliquent en partie l'exclusion de fait, d'une partie des citoyens à l'accès aux soins de santé.

**Pour améliorer la qualité des services, le Ministère de la Santé devrait envisager la généralisation de l'accréditation des centres de santé dont les résultats seraient la base de sélection pour le conventionnement par les systèmes d'assurance maladie.**

Le Mali a opté pour la mise en place d'un système de protection contre la maladie à vocation universelle et à trois socles. La couverture universelle sera atteinte à terme, par l'affiliation progressive de toutes les catégories de la population aux différents mécanismes mis en place. Les trois dispositifs de protection contre la maladie sont : l'assurance maladie obligatoire, le régime d'assistance médicale et le système de mutuelle de santé.

Parallèlement à ces dispositifs, d'autres mécanismes de financement de la santé comme la caisse de solidarité, la caisse villageoise de solidarité santé, le programme de gratuité de la césarienne, pour ne citer que ceux-ci, sont mis en œuvre sans lien formel entre eux. Ces dispositifs sont fragmentés sous la responsabilité de plusieurs départements ministériels. Cette fragmentation n'est pas particulière au Mali ; elle se rencontre sous d'autres cieux. Cet état de fait traduit un manque de solidarité, une inexistence de redistribution des ressources entre eux et entre les couches sociales<sup>30</sup>. Quant aux caisses villageoises de solidarité santé, elles reposent d'une structuration organisationnelle complètement informelle, ce qui pose des problèmes évidents de contrôle de ce dispositif mais surtout porte la confusion, à bien des égards, avec le système mutualiste dont le gouvernement veut faire la promotion

Par ailleurs, on remarque qu'il n'est pas prévu en l'état actuel du dispositif de protection sociale malien, de modalités de financement croisé entre par exemple les mécanismes contributifs et non contributifs. Ceci jetterait les bases d'une certaine solidarité entre les différents mécanismes dans le but d'assurer la viabilité de l'ensemble du système.

L'on s'aperçoit que les mécanismes qui ciblent la grande majorité de la population (secteur informel, agricole notamment) c'est-à-dire les mutuelles enregistrent des effectifs faibles au regard de leur propre potentiel et du défi à relever. Elles n'ont pas su conquérir une part importante de leur public cible et dont on sait qu'il constitue, avec les indigents, les couches les plus défavorisées quant à l'accessibilité aux soins de santé. Et paradoxalement, l'Etat a fait le choix de démarrer les mécanismes d'extrême c'est-à-dire le RAMED pour les plus pauvres et l'AMO pour les moins pauvres de la population alors que la part de la population qu'ils sont susceptibles de couvrir est relativement réduite (moins de 25% au Mali).

Par ailleurs, on constate une tendance à une exemption totale ou partielle mais généralisée de paiement pour des franges entières de la population (les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les personnes vivant avec le VIH, les fonctionnaires, etc.). La multiplicité des pôles de gestion de ces exemptions crée les conditions d'une duplication de prise en charge pour une même personne et peut être une source d'inéquité (le fonctionnaire comparé au paysan dans le village). Sans discuter le bien fondé de ces formes de « gratuité » que l'on peut comprendre pour des catégories de population spécifiques et bien ciblées, on peut se poser la question si elles ne constituent-elles pas des mesures de non financement de la santé. Et comme ces mesures sont en grande partie financées par des ressources extérieures, le risque de dépouiller le système de santé malien de ressources financières stables et pérennes est bien réel surtout lorsque les bailleurs décideront de se retirer.

**Il est important que l'Etat se dote d'une politique claire et cohérente de financement rationnel de la santé pour éviter les effets de la dispersion des ressources, elle-même source d'inefficience du système.**

Suite aux difficultés de démarrage de l'AMO évoquées plus haut, le gouvernement a pris la décision d'arrêter le prélèvement sur les salaires de travailleurs non désireux d'adhérer et de rembourser les cotisations déjà prélevées. Cette mesure est de nature à remettre en cause, d'une part, l'équilibre financier du régime en le privant d'une source de financement et, d'autre part, son fondement même que constitue l'affiliation obligatoire. L'impact de cette décision sur le plan financier n'est pas encore évalué. Ainsi, le montant des cotisations recouvrées du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 15 juin 2011 est de 7,8 milliards FCFA sur une prévision, au titre de 2011, de 29,6 milliards FCFA soit un taux de recouvrement de **26%**. Si cette tendance se poursuit, l'équilibre financier du régime sera certainement remis en cause.

---

<sup>30</sup> Analyse du financement de la santé et réflexion sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin, Rapport technique d'une mission de l'OMS décembre 2010

**L'Etat doit éviter de prendre des mesures qui fragilisent la position financière des différents dispositifs de protection sociale au risque d'entamer leur capacité à équilibrer leurs comptes et à procurer des services de qualité aux assurés.**

La présente étude a permis de relever la volonté du Mali à développer des mécanismes incitatifs d'assurance maladie volontaire à travers les mutuelles de santé. Le budget indicatif de ce programme d'une durée de 5 ans est estimé à 41,6 milliards F CFA subventionné à hauteur 22,1 milliards F CFA par l'Etat. Cette initiative marque fondamentalement une rupture dans les pratiques antérieures qui consistaient, pour l'Etat, à ne pas intervenir directement sur la demande de soins. La phase pilote de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé sera une période charnière, extrêmement déterminante pour la généralisation de l'assurance maladie au Mali mais elle n'est pas sans conséquence financière.

Lorsqu'on réussira à mettre en place une mutuelle dans chaque espace communal, les coûts de supervision seront une nouvelle charge supplémentaire à prendre en compte. On aura à superviser 703 nouvelles entités car le pays est divisé en 703 communes. Le chapitre sur le système de santé a montré que la supervision des centres de santé communautaires constitue un problème faute de financement. Le coût additionnel de supervision des 703 nouvelles mutuelles communales montre encore une fois combien l'engagement de l'État à étendre la mutualité est ambitieux.

Il convient à ce que le processus soit suffisamment expliqué aux populations avec une stratégie de communication bien élaborée, que sa mise en œuvre consacre l'implication des acteurs habituels de la santé et pas seulement. De telles réformes nécessitent la contribution bien sûr de l'administration sanitaire, sociale, territoriale, des prestataires de santé mais également des autorités locales, traditionnelles, religieuses, des leaders d'opinion, des institutions de micro finance, etc.

**Ce processus justifiable à plus d'un titre et fort ambitieux, doit être maîtrisé et documenté pour expliciter aux populations, les avantages qu'elles pourront tirer de leurs souscriptions massives aux mutuelles de santé.**

En plus de ce travail d'information et de sensibilisation, en attendant que les mécanismes alternatifs soient bien mis en place et qu'ils s'épanouissent-ce qui prendra des années-il faudra trouver des voies et moyens pour soulager les ménages qui ne bénéficient pas encore d'une couverture d'assurance maladie à l'heure actuelle. En effet, ce sont les ménages qui financent la santé au Mali. Que faire donc ?

La section sur la qualité des soins offerts (voir plus haut) montre qu'il existe d'importantes marges de rationalisation des dépenses de santé au Mali, et qu'il est tout à fait possible d'abaisser le niveau des dépenses de médicaments afin de rendre les services de santé financièrement accessibles à la majorité de la population surtout la frange à faible revenu. Cela est possible en agissant sur les dépenses en médicaments des ménages car c'est le poste le plus important de leurs dépenses. D'après l'étude de Dr Aly Landouré et Massa Coulibaly, les dépenses en médicaments représentent 40% de l'ensemble des dépenses des ménages. Suivent ensuite les dépenses d'automédication (36%) et les frais de consultation (12%). Les dépenses d'hospitalisation constituent le poste le plus faible avec 4% de l'ensemble des dépenses de santé des ménages

Ainsi, en utilisant les enseignements de l'étude de Maiga et alii (voir section sur la qualité des soins), c'est-à-dire en prenant un coefficient de passage du coût théorique des traitements aux coûts liés aux prescriptions inadaptées égale à 2 au minimum, les dépenses en médicaments des ménages estimés 62,2 milliards de FCFA en 2009 (c'est-à-dire 155,5 milliards x 40%) se ramènent à 31,1 milliards de FCFA (i.e. 112 milliards divisés par 2). Il est

important de noter que le montant de 155,5 milliards de FCFA provient du tableau N°5 (ordre de grandeur du financement de la santé entre 2008 et 2009 en FCFA).

En outre, comme l'on sait que l'importation des médicaments est dominé par le secteur privé et que les médicaments essentiels en DCI représente le tiers de leurs chiffres d'affaires (Ministère de la santé, politique pharmaceutique nationale, p.13), et par ailleurs comme l'importation des médicaments essentiels en DCI coûte deux fois moins cher au pays (Brunet-Jailly J, 1989), les dépenses inadéquates du fait de l'importation des médicaments en nom de marque (ou spécialités) s'élève à 10,4 milliards de FCFA  $([31,1 \text{ milliards} \times (2/3)]/2)$ .

Sur la base de ces estimations, les prescriptions inadéquates et les importations de médicaments en nom de marque, prises ensemble, coûtent aux ménages du Mali  $31,1 + 10,4 = 41,5$  milliards de FCFA. En d'autres termes, si l'on adoptait une politique d'importation de médicaments centrée sur les DCI, et si l'on amenait les prescripteurs à faire usage des normes thérapeutiques nationales, les ménages dépenseraient 20,7 milliards de FCFA (c'est-à-dire  $62,2 - 41,5$ ) au lieu de 62,2 milliards de FCFA actuellement. Cette baisse profiterait non seulement aux ménages, mais aussi aux mécanismes alternatifs de financement car ils permettraient de contenir leurs dépenses en médicaments, et du coup maintenir leurs primes d'adhésion à des niveaux raisonnables.

**Ainsi, le Ministère de la Santé doit veiller à ce que les prescriptions dans les centres de santé publics et communautaires soient conformes à la réglementation en vigueur (liste nationale des médicaments essentiels). Il doit prendre des mesures volontaristes pour faire appliquer sa propre politique pharmaceutique au bénéfice de tous les secteurs de la santé (public, privé à but lucratif et communautaire).**

## VII. Conclusion

Pour l'essentiel, ce sont les ménages qui sont les premiers contributeurs dans les dépenses de santé. Contrairement aux idées répandues, leur part est plus importante que celle de l'Etat dans le financement de la santé. Cependant le coût individuel reste élevé dans un pays comme le Mali où plus de la moitié de la population est considérée comme pauvre. D'où la nécessité d'inventer de nouveaux modèles de financement de la santé, adaptés aux réalités du système global de la santé.

Les mécanismes de couverture universelle mis en place ne couvrent pas encore toute la population malienne. Les mécanismes, pris ensemble, couvrent moins de 25% de la population totale. D'énormes efforts sont encore à faire pour atteindre la couverture de toute la population du pays.

Pour l'instant, les limites entre les différents dispositifs semblent très rigides ; il n'est pas prévu de financement croisé qui permettrait une solidarité d'ensemble du dispositif. Il faut comprendre que le Mali est à ses débuts. Toutefois, dans les années à venir, il serait important de mettre en place un financement croisé entre les différents mécanismes dans le but d'assurer la viabilité de l'ensemble du système.

Aussi, le Ministère du développement social et le Ministère de la santé devraient réfléchir à des alternatives de réduction des coûts des dépenses de santé des ménages qui ne bénéficient pas à l'heure actuelle de couverture d'assurance maladie en attendant que les mécanismes actuels soient véritablement mis en place et qu'ils atteignent leurs vitesses de croisière. Ce processus prendra certainement sur des années. Une solution pour les

ménages non couverts par l'assurance maladie serait la rationalisation de la prescription des médicaments et la mise en œuvre efficace de la politique de généralisation des médicaments essentiels. Cette mesure permettrait de réduire considérablement les dépenses de santé des ménages car les dépenses en médicaments constituent le poste le plus important de l'ensemble des dépenses de santé des ménages. Un autre avantage de cette mesure est qu'elle permettrait de contenir les dépenses des mécanismes actuels de couverture universelle, et donc de maintenir le montant des cotisations à un nouveau raisonnable.

## VIII. Annexes

- Ballo M. B. et alii. Initiative de Bamako, plus de dix ans: 1987-1999, rapport de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, Ministère de la santé, p.27
- Berthé Y A et Baliqye H (2004). Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali, Ministère de la Santé de la République du Mali et Ministère des Affaires Etrangères de la République Française, 2004 ;
- Birama Djan DIAKITE, Kafing DIARRA, Moussa KEITA, conseiller scientifique : Professeur Joseph Brunet-JAILLY, Les comptes nationaux de la santé du Mali 1999-2004, version finale 7 mars 2007, 92 pages ;
- Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
- Cheickna TOURE, Etude sur la contribution des mutuelles dans l'extension de la protection sociale, Juin 2010, 40 pages;
- Diallo OB: participation des femmes à la gestion communautaire, FENASCOM, 2001, 13 pages
- Dr Aly LANDOURE et Prof Massa COULIBALY Groupe de Recherche en Economie Appliquée et Théorique (GREAT) ; Les dépenses privées de santé des ménages et leur financement décembre 2010, 26 pages ;
- Dr Dramane SAMAKE, La gestion communautaire du système de référence évacuation dans le contexte de la décentralisation « six ans d'expérience dans le district sanitaire de Bankass de janvier 2003 à décembre 2008», 41 pages;
- Dr. Inke MATHAUER, Dr. Alice NTAMWISHIMIRO SOUMARE, Dr. Barthélémy SEMEGAN Analyse du financement de la santé et réflexions sur le régime d'assurance universelle au Bénin Décembre 2010, 24 pages;
- Elizabeth Paul et Bruno Dujardin : L'approche sectorielle santé au Mali, rapport de la seconde mission du GRAP-SWAP au Mali, 6-16 mars 2006,
- Enquête Démographique et de Santé du Mali (2ème, 3ème et 4ème) Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro-International, rapport préliminaire ;
- FENASCOM, La stratégie de caisse villageoise de santé et de solidarité, 22 pages;
- FENASCOM, Modèle de référence pour la création d'une caisse villageoise de solidarité, 6 pages ;

- FENASCOM, Modèle des statuts pour les caisses villageoises de santé et de solidarité, 6 pages;
- FENASCOM, Rapport final du projet pilote des caisses villageoises de santé et de solidarité ;
- Magda Awases : Migration of skilled health professionals in the African region, an overview, pp28-32, in the African Health Monitor : crisis in human resources for health in the African region, January-June 2007, vol 7, N° 1, 52 pages, an WHO/Afro's magazine; the magazine was also available on WHO's website as of December 9, 2007.
- MAIGA M et alii (2006). Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali, Direction de la Pharmacie et du Médicament, 37 pages.
- MDSSPA, Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, Déclaration de politique nationale de protection sociale 2002, 9 pages;
- MDSSPA, Rapport 2010 de mise en œuvre du cadre Stratégique pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2007-2011) ;
- Ministère de la Santé, Direction Financière et du Matériel, Synthèse du bilan 2010 et de la programmation 2012, 53 pages;
- Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé, Compilé national, Bilan Santé 2010,
- Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé, Rapports d'évaluation 2010 et programmation 2012, 34 pages;
- Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé, Cadre Conceptuel de l'Organisation du système de référence évacuation au Mali juin 2005, 70 pages;
- Ministère de la Santé, Système d'information Hospitalier (annuaire statistique 2009), 49 pages ;
- ODHD, PNUD, Profil de pauvreté du Mali 2001,
- OMS (2000), Rapport sur la santé dans le monde ;
- Paul Elizabeth et Bruno Dujardin : l'approche sectorielle santé au Mali, rapport de la seconde mission du GRAP-SWAP au Mali, 6- 16 mars 2006
- PNUD Site web, Indicateurs internationaux de développement humain
- Politique pharmaceutique nationale ;
- Raymond G. DOGORE, MD, MPH, Epidémiologiste et Economiste de la Santé, Consultant OMS, Evaluation externe du système de référence évacuation des urgences obstétricales en cours au Mali, juin 2004, 47 pages.
- RGPH, Résultats provisoire 2009,