ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/318469187

Potentiel des mutuelles de santé à la mise en oeuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal

Book · June 2017

CITATIONS
0

READS
14

2 authors:

Oumar Ouattara

4 PUBLICATIONS **16** CITATIONS

SEE PROFILE

Pascal Ndiaye

Institute of Tropical Medicine

14 PUBLICATIONS **80** CITATIONS

SEE PROFILE

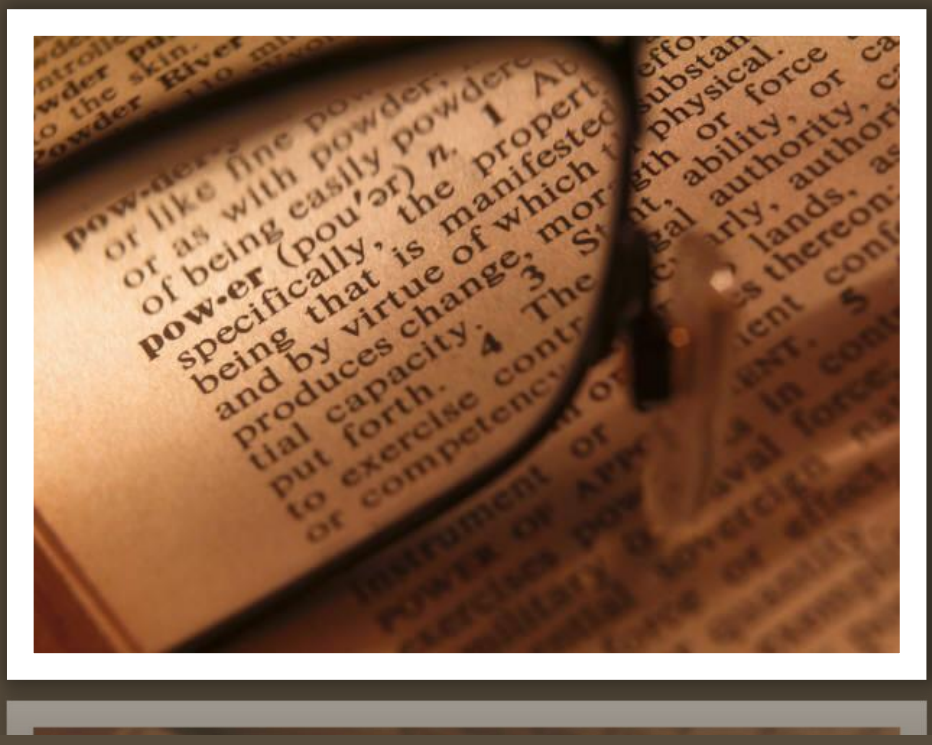
All content following this page was uploaded by Pascal Ndiaye on 17 July 2017.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Coordination MASMUT zone UEMOA

2017

Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal



Oumar Ouattara et Pascal Ndiaye, Consultants

Table des matières

Table des matières **2**
Remerciements **5**
Sigles et abréviations **6**
Résumé **8**

Partie I. Introduction **9**
I. Contexte **9**
II. Objectifs et résultats attendus de l'étude **10**
III. Méthodologie **10**
1. Champ de l'étude *10*
2. Cadres d'analyse utilisés dans l'étude *10*
3. Approche méthodologique et phasage *11*
a. Phase de préparation 11
b. Phase de collecte et d'analyse 12
c. Phase de rédaction 13
4. L'équipe de recherche *13*

Partie II. Résultats **15**
I. Sources d'information **15**
II. Description du cas du Mali **16**
1. Evolution du mouvement mutualiste *16*
2. Les organisations mutualistes *18*
a. Typologie des mutuelles de santé et situation actuelle 18
b. Les réseaux et structures faîtières : l'Union Technique de la Mutualité Malienne 19
c. L'appui technique et financier pour le développement de la mutualité au Mali ... 20
3. Le développement de la CMU au Mali *21*
a. Assurance Maladie Obligatoire (AMO) 21
b. Régime d'Assistance Médicale (RAMED) 21
c. Stratégie pour l'extension de la couverture maladie pour le secteur informel et agricole par les mutuelles 21
d. Plan quinquennal 2011- 2015 et phase pilote 2011-2013 de la SNEM 22
e. Politique Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle 27
f. Les structures de pilotages de la mise en œuvre de la CMU 29
g. Fonctions et instance de mise en œuvre de l'AMU (architectures) 30
4. Rôle actuel des mutuelles *33*
h. Missions de la future Fédération Nationale des Mutuelles de Santé 34
i. Missions type des fédérations régionales 34
j. Missions types des Unions locales des Mutuelles de Santé 35
5. Présentation de la situation des MS dans les deux sites d'enquête au Mali *35*
a. La Mutuelle Interprofessionnelle de Ségou -MUTISE-Kénéyaton 35
Relation avec les structures de santé conventionnées 37
La Mutuelle de Santé de la Commune de Markala : MUSCOMA 38
b. Région de Koulikoro 40
Cercle de Koulikoro 40
Mutuelle de santé DJIGYA de Koulikoro 41
Relations avec les structures de santé conventionnée 42
c. Forces et faiblesses de la dynamique dans les deux régions 44
III. Cas du Sénégal **45**
1. Evolution du mouvement mutualiste *45*
2. Lois et règlements en vigueur *46*
3. Les organisations mutualistes au Sénégal *47*

a. Typologie des mutuelles de santé au Sénégal et situation actuelle 47
b. Les réseaux et structures faîtières 48
c. L'Unité Technique de Gestion 51
4. Le développement de la CMU au Sénégal 51
a. La stratégie nationale de protection sociale 52
b. Le Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle 53
c. Paramètres fondamentaux de l'assurance maladie dans le cadre de la CMU 54
d. Fonctions et instances de mise en œuvre de la CSU (architecture) 54
5. Rôle actuelle des mutuelles de santé dans la CMU 56
a. Les missions de l'union départementale des mutuelles de santé 56
b. Les unions régionales de mutuelles de santé 57
c. L'Union nationale des mutuelles de santé communautaires du Sénégal (UNAMUSC) 58
6. Présentation de la situation des MS dans les deux zones d'enquête au Sénégal 59
a. Région de Kaolack 59
b. Région de Saint-Louis 60
c. Potentiel des MS ciblées de Saint-Louis et Kaolack 61
d. Processus de mise en place de MS et réseaux 61
e. Caractéristiques et processus de mise en place des MS cibles 63
f. Fonctionnalité des mutuelles de santé 65
g. Système de collecte mis en place 65
h. Collecte des cotisations 66
i. Type et niveau des prestations 66
Le paquet de base 66
Le paquet complémentaire 67
j. Modalités de règlement des prestations 67
k. Relations avec les prestataires 68
La Gestion des Prestations de Soins de la Mutuelle Sociale 68
Les modalités de recours aux services de santé 68
Statut des prestataires conventionnés 68
Mise en œuvre des conventions 69

Partie III. Conclusion et discussion 70
I. Evolution du mouvement mutualiste 70
1. Au départ était … 70
2. Appuis techniques et stratégiques préparant les mutuelles 70
3. L'état et l'approche mutualiste 72
4. Cadre législatif et réglementaire 72
5. Prémisses de la CMU et le renforcement des capacités des cadres africains 73
II. Les mutuelles sont-elles prêtes ? 75
1. L'opportunité stratégique 75
2. Extension de la couverture 75
3. Elargissement du paquet et du niveau de protection : paquet de base et options complémentaires 76
4. Ingénierie assurantielle, contractualisation et redevabilité sociale 78
5. Réformes organisationnelles (Gouvernance) 80
6. Communication, lobbying et plaidoyer 82
7. Financement conditionnel 83

Partie IV. Annexes 85
I. Liste des personnes rencontrées 85
II. Modèle de convention de financement 87
III. Bibliographie 93

Liste des tableaux

Tableau 1 – Situation des mutuelles agréées par région au 31 décembre 2014 18
Tableau 2 – Phases de restructuration des mutuelles rurales 23
Tableau 3 – Phases de restructuration des mutuelles urbaines 24
Tableau 4 – Budget de la phase pilote de la SNEM 25
Tableau 5 – Evaluation de la phase pilote de la SNEM 25
Tableau 6 – Exécution budgétaire sur la partie subvention de la phase pilote de la SNEM . 26
Tableau 7 – Résultats de la stratégie d'extension 26
Tableau 8 – Performances de mutuelles du projet PKS 26
Tableau 9 - Dispositifs d'exemption relevant du Ministère de la Santé 27
Tableau 10 – Progression de la couverture maladie et besoin de subvention par l'Etat 28
Tableau 11 – Résultats techniques des mutuelles de la région de Ségou (MUTSIE) 36
Tableau 12 – Liste des mutuelles agréées de la région de Koulikoro 40
Tableau 13 – Organisation des mutuelles de santé communautaires et réseaux au Sénégal 48
Tableau 14 – Schéma d'organisation des MS/UD/UR/UN 49
Tableau 15 – Modalités de mise en place de l'union départementale 50
Tableau 16 – Répartition de l'effectif des MS de la région de Kaolack 60
Tableau 17 – Présentation de l'effectif des MS de la région de Saint-Louis 60
Tableau 18 - Situation des quatre mutuelles de santé cible 2016 61
Tableau 19 – Synthèse des caractéristiques de MS cibles 64
Tableau 20 – Degré de fonctionnalité des MS cibles 65
Tableau 21 – Situation des quatre mutuelles de santé cible 2016 80

Liste des graphiques

Graphique 1 – Répartition des mutuelles agrées par types de risques couverts 18
Graphique 2 – Evolution du taux de couverture des mutuelles de santé 19
Graphique 3 – Circuit financier et gestion des risques par les mutuelles 77

Liste des figures

Figure 1 – Typologie des acteurs contactés 12
Figure 2 – Schéma d'architecture de l'AMU au Mali en 2023 30
Figure 3 – Schéma organisationnel des réseaux de mutuelles au Mali 32
Figure 4 – Schéma organisationnel des mutuelles dans la région de Ségou 39
Figure 5 – Schéma récapitulatif de l'extension de la couverture maladie 43

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier le programme MASMUT - UEMOA et son coordinateur UEMOA M. Valère PIHOUN-KOFFI pour la confiance démontrée en lui confiant la documentation de ce sujet passionnant.

Le recueil des informations des deux sites n'aurait pas pu se faire sans l'engagement de l'équipe terrain constituée par Abdoulaye Boré pour le Mali et Aliou Niasse pour le Sénégal. Leur disponibilité et leur capacité d'analyse ont été des ressources précieuses pour assurer la mise à jour des données et informations. Ils ont appliqué les guides d'entretien auprès des acteurs.

Tous les acteurs de terrains qui se sont prêtés volontiers à fournir des informations clés dont les équipes dirigeantes de la CMU au Sénégal et au Mali, les responsables des mouvements mutualistes et les gestionnaires des formations sanitaires conventionnées.

Nous ne saurions terminer sans faire une mention spéciale pour les personnes ressources qui ont contribué à enrichir la méthodologie, notamment Pape Senghane Gningue.

Sigles et abréviations

Abt	Abt Associates
ACAM	l'Agence Communale de l'Assurance Maladie
AGC	Assemblée Générale Constitutive
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ASACO	Association de Santé Communautaire
BE	Bureau exécutif
BIT	Bureau international du Travail
BN	Bureau National
CA	Conseil d'administration
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CANAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CAPSU	Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CIM	Comité d'Initiative Mutualiste
CL	Collectivité Locale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNC	Cadre National de Concertation
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DECAM	Décentralisation et Extension de la Couverture de l'Assurance Maladie
DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
DS	District sanitaire
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
GAF	Gestion Administrative et Financière
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
MASMUT	plateforme micro assurance santé et mutuelles de santé
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de région
MSAHRN	Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
ORTM	Office de Radio et Télévision du Mali
PKS	Projet Kénéya Sabatili
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire

PRODESS	Programme de développement Socio-Sanitaire
PSD-CMU	Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie
PSE	Plan Sénégal Emergent
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
SNEM	Stratégie Nationale d'Extension de la couverture maladie, à travers les mutuelles de santé
UDAM	Unité Départementale d'Assurance Maladie
UDMS	Union Départementale des Mutuelles de Santé
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNAMUSC	Union Nationale des Mutuelles de Santé Communautaires
USAID	United States Agency for International Development
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
WSM	Wereldsolidariteit / Solidarité Mondiale

Résumé

Les mutuelles de santé de santé sont des organisations communautaires mises en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies. Elles reposent sur les principes de gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, d'épanouissement de la personne, de non-lucrativité, de solidarité et de responsabilité dans la gestion. Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elle veut donc, avant tout, supprimer les barrières financières et, si nécessaires, les barrières géographiques à l'accès à ces soins.

Au milieu des années 90 le développement des mutuelles de santé a connu un essor particulier en Afrique de l'Ouest et du Centre. Au Mali, l'UTM est très vite devenue un acteur majeur de la société civile au Mali et de la sous-région ouest africaine dans le cadre du développement de l'assurance maladie. La gestion de l'AMV a amené l'UTM à développer une technostructure avec les capacités et compétences requises pour gérer une assurance maladie.

Avant la généralisation de la couverture maladie universelle, les mutuelles de santé n'intégraient pas les prestations privées dans le paquet de services du fait de la faiblesse des taux de cotisations. Seules certaines mutuelles de santé de Kaolack et de Thiès offraient les médicaments de spécialité à leurs adhérents dans le cadre d'un pool géré au niveau des unions régionales des mutuelles de santé. Cette amélioration du paquet de services a rendu plus attractive l'offre des mutuelles de santé.

Plusieurs avantages comparatifs liés aux mutuelles et qui tiennent compte de la proximité, l'ancrage aux valeurs de solidarités communautaires, les coûts relativement accessibles des services offerts, etc., font de ces acteurs un partenaire incontournable dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Toutefois, il faut reconnaître qu'il leur reste encore beaucoup de défis à relever pour assumer la place prépondérante qu'on leur confère dans les dispositifs stratégiques d'extension de la couverture maladie. En effet dans les deux pays étudiés le mouvement mutualiste est désigné pour couvrir la couverture maladie des populations du secteur agricole et de l'économie informelle. Il s'agit donc de presque 80% des personnes à couvrir par les mutuelles et leurs structures faitières. Les deux pays ont des approches superposables à bien des égards mais aussi des spécificités qui méritent un suivi en vue d'en tirer les leçons. Dans le présent rapport nous apportons un certain nombre de recommandations, en lien avec les trois fonctions du financement de la santé, à savoir (i) la mise en commun des ressources et des risques (ii) l'achat stratégique et (iii) la collecte des cotisations/enrôlement, afin que le mouvement mutualiste puisse jouer pleinement cette mission.

Partie I. Introduction

I. Contexte

En réponse aux demandes grandissantes pour plus de solidarité et d'équité dans le secteur de la santé, la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) apparaît comme un mécanisme salvateur pour l'atteinte des soins de santé de qualité sans que la barrière financière soit un obstacle. Les défis pour parvenir à une CSU sont multiples et complexes. En effet, tendre vers la CSU implique tellement de réformes dans le secteur de la santé qu'il n'est pas évident que les gouvernements soient prêt à s'y engager[1]. Pourtant, tous les pays de la Communauté de l'UEMOA endossent la perspective de parvenir à une couverture universelle pour l'ensemble de leur population[2].

La stratégie visant la CSU se présente ainsi comme un objectif 'ambitieux' des pays en voie de développement. Elle se développe dans un contexte où l'accès aux soins est particulièrement difficile dans la quasi-totalité des pays africains, faisant l'objet de plusieurs stratégies pour réduire les différentes barrières. L'accès financer est une des principales barrières, du fait du niveau de pauvreté élevé pour la majorité des populations, combiné à l'extrême faiblesse de mécanismes de prévoyance, le niveau de financement de la santé par les gouvernements.

Devant les difficultés d'accès, les communautés ont commencé à s'organiser sous différentes formes associatives. Une des formes d'association assez aboutie du point de vue organisationnel pour faciliter cet accès aux soins de santé concerne les mutuelles de santé. Leur pleine expansion dans les pays de l'Afrique de l'Ouest a démarré dans les années 70, comme réponse à la fin de la gratuité et les limites du mécanisme de prépaiement[3] initié par les prestataires.

Les mutuelles de santé constituent donc un mécanisme de financement de la santé. Pendant de longues années, elles se sont développées à partir d'initiatives communautaires, ensuite appuyées techniquement et financièrement par plusieurs partenaires, y compris de niveau international[4]. Les paramètres techniques et financiers de telles initiatives étaient établis par et pour les populations concernées. Elles s'entouraient de valeurs allant au-delà de la simple prise en charge médicale. Cependant, les mutuelles de santé avaient des capacités limitées en termes d'extension, de gestion, etc.

Parallèlement, au niveau des pays, la protection en matière de santé était limitée à quelques personnes travaillant pour l'Etat ou le secteur privé. Aujourd'hui, plusieurs pays souhaitent avancer vers une couverture sanitaire universelle (CSU) et comptent sur les mutuelles pour contribuer effectivement dans cette stratégie. La mutualité connaît ainsi un regain d'attention des partenaires qui soutiennent le secteur de la santé, notamment au regard de sa contribution potentielle dans le cadre de la CSU qui implique pour l'Etat de mettre en œuvre des stratégies pour assurer une *situation dans laquelle toutes les populations peuvent obtenir les services de santé dont elles ont besoin – services de promotion, préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs –, et qui répondent aux normes de qualité et d'efficacité, sans que le coût de ces services n'expose les usagers à des difficultés financières*.

Cette définition opérationnelle de la Couverture sanitaire universelle implique que les pays s'engagent vers des réformes majeures de leur système de santé, dans le cadre d'un mouvement mondial et communautaire qui accompagne cet objectif. Un des principaux aspects nécessitant une réforme est le financement de la santé qui

combine trois principales fonctions : la collecte des fonds, la mise en commun des risques et des ressources et l'achat de services.

C'est dans le cadre de ce contexte décrit ci-dessus que le Programme MASMUT a opté pour le renforcement des organisations mutualistes de certains pays en Afrique de l'Ouest (*Burkina Faso, Mali, Sénégal et Togo*) et Centrale (*Burundi et RDC*), à travers les plateformes nationales, sur les plans institutionnel, technique, thématique et politique, afin qu'elles comptent parmi les acteurs impliqués dans les processus de CMU.

C'est en vue d'accompagner ce processus que le programme souhaite analyser le potentiel des mutuelles de santé, pour la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dans deux pays de la zone UEMOA : Mali et Sénégal. Le Programme MASMUT se propose de réaliser cette étude qui permettra de comprendre les prédispositions des mutuelles de santé à contribuer à cette importante réforme dans laquelle les gouvernements de ces deux pays se sont engagés.

II. Objectifs et résultats attendus de l'étude

L'objectif de l'étude est d'analyser le potentiel des mutuelles de santé dans la mise en œuvre de la CMU au Mali et au Sénégal. Plus spécifiquement, l'étude vise à :

- Présenter la situation actuelle du développement des mutuelles de santé,
- Étudier les avantages comparatifs des mutuelles de santé pour la mise en œuvre de la CMU, par rapport à d'autres acteurs ou d'autres alternatives,
- Analyser la capacité et le niveau de contribution des mutuelles de santé au système de financement de la santé,
- Faire la situation des populations susceptibles d'être couvertes par les mutuelles de santé dans le cadre de la CMU et présenter leurs caractéristiques socio-économiques,
- Faire des recommandations pour que les mutuelles de santé exploitent pleinement leur potentiel dans la mise en œuvre de la CMU.

III. Méthodologie

1. Champ de l'étude

L'étude couvre principalement deux pays : le Mali et le Sénégal choisi par le commanditaire pour leur expérience dans le développement des mutuelles de santé. Dans chaque pays, deux régions ont été choisies comme cas d'étude : une région assez avancée en termes du niveau de développement des mutuelles (couverture, organisation, niveau de structuration, etc.) et une région moins avancée.

2. Cadres d'analyse utilisés dans l'étude

Couverture Maladie Universelle. Dans tous les documents stratégiques pour la couverture sanitaire universelle, les mutuelles sont dans le dispositif. Ces documents mentionnent 'Couverture Maladie Universelle' (CMU). Bien que différent, la CMU utilise les mêmes outils et perspectives que la CSU. Il utilise également le cadre d'analyse qui été développé par l'OMS[5] et qui présente la CSU sous trois dimensions i) la population couverte, ii) les services couverts et iii) le niveau de couverture pour visualiser les gaps de couverture.

Financement de la santé. Le financement étant une dimension centrale de la CMU, il est analysé dans le cadre de cette étude par rapport à ses fonctions que sont la collecte, la mise en commun des ressources et l'achat de services.

Pour mieux capter le cadre d'évolution des mutuelles et leurs interactions avec l'environnement et ses acteurs, deux autres concepts ont été manipulés :

- **L'analyse organisationnelle**. Il s'est agi d'analyser dans un premier temps le cadre législatif et réglementaire dans les deux pays couverts. Ensuite, l'organisation interne et externe des mutuelles a été analysée pour apprécier dans quelle mesure elles peuvent assurer les fonctions qui leur sont dévolues : définition des différentes tâches, capacité gestionnaire et performance actuelle et nécessaire dans la perspective de la CMU. De même, l'analyse de l'organisation s'est intéressée aux interactions et proximité avec les communautés, dans leur rôle d'éducation, d'information et de communication utiles pour assurer l'acceptabilité sociale de la CMU. Les niveaux de regroupement et leurs performances seront également analysés.
- **La décentralisation**. Les deux pays concernés sont également connus pour leur niveau de décentralisation. La CMU à l'échelle d'un pays doit se faire en rapport avec cette politique, mais aussi dans le secteur de la santé. Cela signifie que les mutuelles assurent avec les autorités locales un partenariat. Au-delà du cadre d'analyse du design institutionnel et des pratiques organisationnelles construits autour des fonctions du financement de la santé (collecte, mise en commun et achat de services)[6] une attention particulière a été portée à la dimension politique et stratégique afin de voir le potentiel de l'offre de soins et la gouvernance du système de santé, de même que les autres effets sur la communauté.

L'équité et la qualité des soins. Le cadre d'analyse de la CSU a été augmenté pour mieux analyser ces deux dimensions. Elles constituent des composantes essentielles dans l'analyse de l'étude sur le potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la CMU. La qualité des services reçus et le niveau de protection restent des motifs de satisfaction des bénéficiaires et doivent dans ce sens être analysés dans le cadre de l'évaluation de la perception des bénéfices attendus du projet par le bénéficiaire. L'offre de soins a été également investiguée dans une moindre mesure, de même que les relations contractuelles.

3. Approche méthodologique et phasage

L'étude s'est réalisée en trois étapes :

- Préparation de l'étude
- Collecte des informations et analyse documentaire
- Rédaction du rapport

a. Phase de préparation

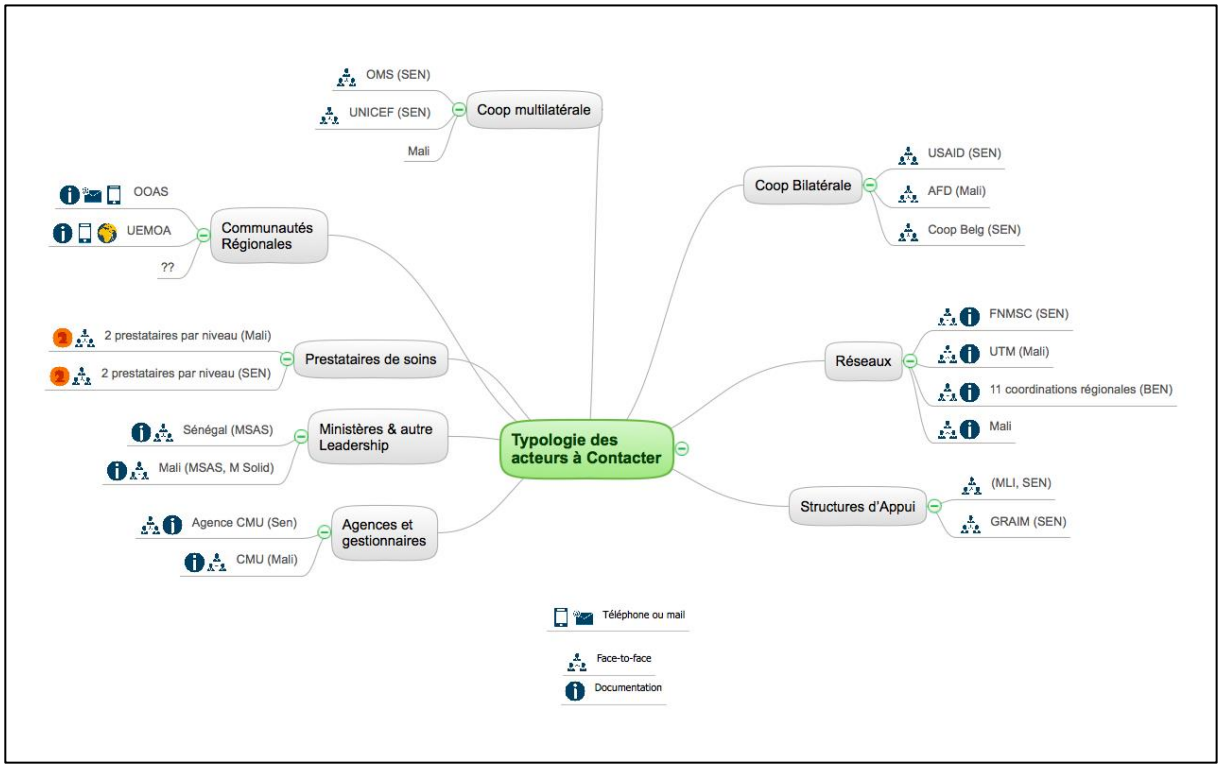
Dans la période de préparation, l'accent a été mis sur la préparation des différents cadres d'analyse et des outils de collecte des informations. Les différents rapports et documents du projet ont été exploités, de même que les résultats d'une recherche bibliographique en ligne. Ensuite, des réunions, discussions et échanges par courrier électronique ou en ligne ont été organisées avec l'équipe de recherche. Cette phase a permis d'avoir la même lecture des termes de référence, de développer une méthodologie consensuelle et d'adopter le planning des activités. Enfin, elle a permis de recueillir l'avis du commanditaire sur le cadre d'analyse développé.

b. Phase de collecte et d'analyse

En plus de l'analyse documentaire sur l'organisation de l'assurance maladie et du système de santé dans les deux pays, des données ont été collectées auprès des acteurs et structures impliqués dans la mise en place de le CMU. Trois sources d'information ont été mises à contribution :

- La documentation du programme MASMUT, de même que les différents rapports d'ateliers de partage.
- L'entretien avec un échantillon d'acteurs clés. Un processus d'investigation systématique a été élaboré. Les différents acteurs devant être rencontrés ont été pré-identifiés puis sélectionnés en rapport avec leur position et leur aptitude à renseigner les informations à rechercher (voir répartition des acteurs contactés ci-dessous et la liste des contacts en annexe). Un guide d'entretien a été utilisé pour chaque catégorie d'acteur. Sur le terrain, les guides ont été ajustés pour prendre en compte de nouvelles pistes de recherche. Le contact s'est fait en face-à-face (entretien direct), par email ou appel téléphonique (Skype) ;
- La documentation sur la CMU disponible dans les pays de l'étude. C'est sur cette documentation que s'est principalement basée l'étude ;
- La documentation scientifique, en nous basant sur les dimensions des cadres d'analyse choisis pour chercher des pratiques prometteuses dans d'autres pays.

Figure 1 – Typologie des acteurs contactés



c. Phase de rédaction

Le rapport relève les éléments ci-dessous :

- La situation actuelle du développement des mutuelles de santé dans les deux pays;
- Les avantages comparatifs des mutuelles de santé pour la mise en œuvre de la CMU, par rapport à d'autres acteurs ou autres alternatives;
- La capacité et le niveau de contribution des mutuelles de santé au financement de la santé;
- La situation des populations susceptibles d'être couvertes par les mutuelles de santé dans le cadre de la CMU et leurs caractéristiques socio-économiques;
- Des recommandations pour une exploitation effective du potentiel des mutuelles de santé dans la mise en œuvre de la CMU.

4. L'équipe de recherche

L'équipe de recherche est composée de deux experts : un médecin santé public, spécialiste en financement de la santé et un expert en politique et financement de la santé. L'Investigateur Principal est un médecin Malien de Santé Publique dont l'expérience professionnelle internationale et l'exposition depuis plus de 2 décennies aux problématiques du financement de la Santé font de lui, un économiste de la santé avéré. Spécialiste des questions de couverture du risque maladie notamment les mutuelles de santé, les fonds d'achat de service, l'assurance maladie obligatoire, la Couverture sanitaire universelle, Dr Ouattara est une référence internationale en la matière, Membre Fondateur et Membre du Conseil d'Administration de « African Health Economic and Policy Association (AFHEA) » ainsi que des COP : Accès financier, FBP et Prestation des services de santé.

L'expertise, de Dr Ouattara, de la problématique du financement de la santé (voir CV) a rayonné à Madagascar, au Burkina Faso, en Guinée, au Burundi, dans l'ensemble des pays d'Afrique francophone, y compris en RD Congo où il a participé à la mise en place comme Assistant technique Long Terme, des agences pour les fonds d'achats de service pour le démarrage du FBP, dans un projet FED mené par AEDES. Il a également été expert pour la Banque Mondiale, la GTZ, l'AFD, l'USAID etc.

L'expert associé est également spécialisé en santé publique, option management, financement et politiques de santé. Ses compétences s'étendent dans plusieurs domaines de développement socio-sanitaire, de la formulation de programme à l'évaluation de leur impact, en passant par la mise en œuvre de stratégies visant à améliorer la performance des systèmes de santé et la capitalisation des expériences prometteuses. Ses compétences sont particulièrement reconnues dans le financement de la santé et plus spécifiquement, le développement des mutuelles de santé en Afrique, par les partenaires techniques et financiers, de même que par le milieu académique auprès de qui il a obtenu un capital de confiance fourni par son approche rigoureux et son sens du partenariat, de la multidisciplinarité et du réseautage.

Plusieurs travaux de recherche multi pays ont été réalisés dans le domaine de l'accès à des soins de santé de qualité dans les pays en développement. Ils ont notamment porté sur la protection sociale (de façon globale) des groupes vulnérables, des travailleurs du secteur informel et rural, avec une attention

particulière au genre. Ces expériences académiques ont été valorisées par des publications scientifiques, de capitalisation ou de documents de travail.

L'appartenance à des réseaux internationaux et les relations avec des programmes intervenant en Afrique fournissent au soumissionnaire la rare opportunité de maintenir un capital relationnel avec des personnes ressources clé. Pour illustration, les deux derniers travaux d'ampleur ont concerné l'élaboration d'un '*Guide d'orientation pour la conception, la mise en place et le suivi évaluation des politiques de Couverture Sanitaire Universelle dans les pays membres de la CEDEAO* (commandité par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé et exécuté sous l'Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé) et une étude sur '*L'implication des mouvements sociaux dans les politiques de Couverture Sanitaire Universelle'* (commandité par Solidarité Mondiale pour son programme de l'Afrique de l'Ouest en collaboration avec l'UEMOA).

En plus des contacts directs par les investigateurs principaux (par téléphone, Skype et mail) avec des acteurs clés, l'équipe s'attachera les services de personnes ressources (un dans chaque pays d'étude) avec qui ils ont des expériences dans la conduite d'études similaires. Ces personnes basées localement seront chargées de collecter les informations sur orientation de l'équipe d'investigation.

Partie II. Résultats

I. Sources d'information

Dans les deux pays, la recherche s'est déroulée dans deux régions, de janvier à février 2017. Il s'agit des régions de Kaolack et de Saint-Louis au Sénégal et de Ségou et Koulikoro au Mali.

a. Pour le Sénégal

Au total quatre (4) mutuelles de santé et six (6) unions départementales ont été visitées dans les régions ciblées dans le cadre de cette étude. Les données ont été recueillies auprès de différents acteurs, tant au niveau national que régional, en rapport avec la méthodologie définie et à l'aide des guides d'entretien, de Focus Group et l'analyse documentaire. Les acteurs suivants ont été contactés :

- des membres de bureaux des unions régionales (Kaolack et Saint-Louis)
- des membres de bureaux des unions départementales (Kaolack et Saint-Louis) ;
- des membres de bureau exécutif des mutuelles de santé (Kaolack et Saint-Louis) ;
- des membres de l'union nationale des mutuelles de santé communautaires du Sénégal (SG et Trésorière) ;
- chef de bureau régional de la CMU de Kaolack ;
- Infirmiers chef de poste de santé (ICP) dans les communes de Saint-Louis et Kaolack ;
- Médecins chef de district (MCD) dans les régions de Kaolack et Saint-Louis ;
- Partenaire technique et financier (Conseiller de Abt Associates) ;
- Directeur de l'Assurance Maladie de l'agence de la CMU.

En outre, l'exercice s'est élargi à l'exploitation des rapports d'études et d'autres sur les mutuelles de santé, sur les services offerts par les mutuelles de santé.

b. Pour le Mali

Au total quatre (4) mutuelles de santé et le siège de l'UTM et ses structures déconcentrées ont été visitées dans les régions ciblées dans le cadre de cette étude. Les données ont été recueillies auprès de différents acteurs, tant au niveau national que régional, en rapport avec la méthodologie définie et à l'aide des guides d'entretien, de Focus Group et l'analyse documentaire. Les acteurs suivants ont été contactés :

- Le Coordinateur de MASMUT – UEMOA
- L'équipe de la direction de l'UTM
- L'Unop de Ségou
- Les gestionnaires et animateurs de l'AMV
- Les élus des mutuelles
- Les élus des ASACOs
- Les DTC des CSComs
- Les responsables des hôpitaux
- Les responsables de l'élaboration de l'AMU au Mali

En outre, l'exercice s'est élargi à l'exploitation des rapports d'études et d'autres sur les mutuelles de santé, sur les services offerts par les mutuelles de santé dont la base de données de la DNPSES.

Limites et contraintes dans la collecte des données

Au Sénégal, la mise en œuvre de CMU a été effective et la totalité des mutuelles de santé ont appliqué les paramètres fondamentaux de prise en charge des bénéficiaires malades. Ainsi, les mutuelles de santé de la première génération ont été restructurées et intégrées dans un ensemble plus vaste qu'est la commune conformément au DECAM. Ce faisant, les données de référence sont de 2015 et 2016. Cette contrainte majeure ne permet pas de procéder par la suite à une analyse pertinente.

L'UTM est très vite devenue un acteur majeur de la société civile au Mali et de la sous-région ouest africaine dans le cadre du développement de l'assurance maladie. La gestion de l'AMV a amené l'UTM à développer une technostructure avec les capacités et compétences requises pour gérer une assurance maladie.

Avant la généralisation de la couverture maladie universelle, les mutuelles de santé n'intégraient pas les prestations privées dans le paquet de services du fait de la faiblesse des taux de cotisations. Seules certaines mutuelles de santé de Kaolack et de Thiès offraient les médicaments de spécialité à leurs adhérents dans le cadre d'un pool géré au niveau des unions régionales des mutuelles de santé. Cette amélioration du paquet de services a rendu plus attractive l'offre des mutuelles de santé.

Plusieurs avantages comparatifs leur sont associés et qui tiennent compte de la proximité, l'ancrage aux valeurs de solidarités communautaires, les coûts relativement accessibles des services offerts, etc. Toutefois, il faut reconnaître qu'il leur reste encore beaucoup de défis à relever pour assumer la place prépondérante qu'on leur confère dans les dispositifs stratégiques d'extension de la couverture maladie.

II. Description du cas du Mali

1. Evolution du mouvement mutualiste

Au Mali les premières mutuelles ont été créées durant la période coloniale, avec la Mutuelle des Postes et Télécommunications, la Mutuelle des Catholiques et la Mutuelle des Cheminots. A partir des années 80, suite aux problèmes posés par le programme d'ajustement structurel et au retard constaté dans le paiement des salaires, d'autres secteurs de la fonction publique ont perçu la nécessité de la création d'une mutuelle comme moyen de financement alternatif. La Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture MUTEC a alors été créée sur initiative du Syndicat National de l'Education et de la Culture (SNEC), ainsi que la mutuelle de la gendarmerie en 1986.

A partir de 1991, après les évènements de mars, pour plus de démocratie, qui ont favorisé le développement des associations, le mouvement mutualiste a connu un essor particulier. Ainsi, de nouvelles mutuelles ont vu le jour dont la mutuelle des

étudiants en 1993, la mutuelle de l'ORTM en 1995 et celle des artisans du Mali en 1996.

Jusqu'en 1996, ces mutuelles étaient régies par les dispositions de l'ordonnance 41 de 1959 relative aux associations.

Ces premières mutuelles avaient choisi alors d'offrir des prestations qui semblaient répondre aux préoccupations de leurs adhérents. Celles-ci comprenaient entre autres :

- La retraite ;
- Le décès ;
- Les cérémonies funèbres ;
- Des prêts divers ;
- L'accès aux denrées de premières nécessités.

L'évolution des besoins des adhérents a amené la MUTEC à partir de 1989 à élargir le champ de ses prestations, et à créer un centre de santé à Bamako pour faciliter à ses adhérents de la capitale, l'accès à des soins de santé de qualité et à moindre coût sur la même base que les premiers Centre de Santé Communautaires « CSCom ».

Dans le courant des années 90, même si certaines mutuelles accordaient des prêts « maladie » à leurs adhérents, la couverture santé n'était pas pour elles une priorité. Cependant, c'est depuis 1998 et à la faveur de la mise en place d'un projet franco-malien de développement de la mutualité de santé au Mali, que nous avons assisté à la prise en compte de la couverture maladie par les mutuelles existantes, et à l'émergence de nouvelles mutuelles de santé.

Le financement de ce projet par la partie française était conditionné par l'adoption par le Mali d'un véritable code de la mutualité. C'est ainsi qu'en 1996 le Mali a adopté un code de la mutualité, devenant ainsi le premier pays en Afrique de l'Ouest et du Centre a disposé d'un tel arsenal juridique. Les directives de la mutualité de la zone UEMOA se sont d'ailleurs inspirées de ce code qui est composé de :

- La loi 96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali[7] ;
- Le décret 96-136/P.RM du 2 mai 1996 fixant les conditions de placements et de dépôts des fonds des mutuelles ;
- Le décret 96-137 du 2 mai 1996 établissant les statuts types des Mutuelles, Union et Fédérations de mutuelles ;
- L'arrêté interministériel 97-MDSSPA/MATTS-SG du 2 avril 1997 déterminant les procédures d'agréments des mutuelles
- l'Arrêté N° 02-1742/MDSSPA- SG- du 19 août 2002: Portant mécanisme de contrôle administratif et Financier des mutuelles et Organisations mutualistes.

Le projet de développement de la mutualité de santé au Mali financé par la coopération française, qui recevait également un appui technique et financier de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), avait deux composantes :

- Une première composante : appui et organisation de la tutelle au niveau de la Direction Nationale des Affaires Sociales, il s'agit de mettre en place les fonctions de la tutelle (contrôle à priori, délivrance de l'agrément, contrôle à posteriori des exercices, formation des cadres du ministère, communication, etc.).
- Une deuxième composante : appui à la société civile et aux mutuelles existantes pour développer la couverture maladie par les mutuelles au Mali.

Cette composante a nécessité la création d'une structure faîtière des mutuelles « l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) », c'est elle qui a eu la mission de développer la mutualité de santé au Mali.

2. Les organisations mutualistes

a. Typologie des mutuelles de santé et situation actuelle

Un total de 187 mutuelles agrées au Mali sont répertoriées en 2014 (Tableau 1), parmi lesquelles 174 offre une prestation santé soit 93% (Graphique 1). En termes de fonctionnalité, les mutuelles au Nord du Mali connaissent des difficultés de fonctionnement dues à la situation sécuritaire, l'UTM a pratiquement fermé ses bureaux dans ces régions.

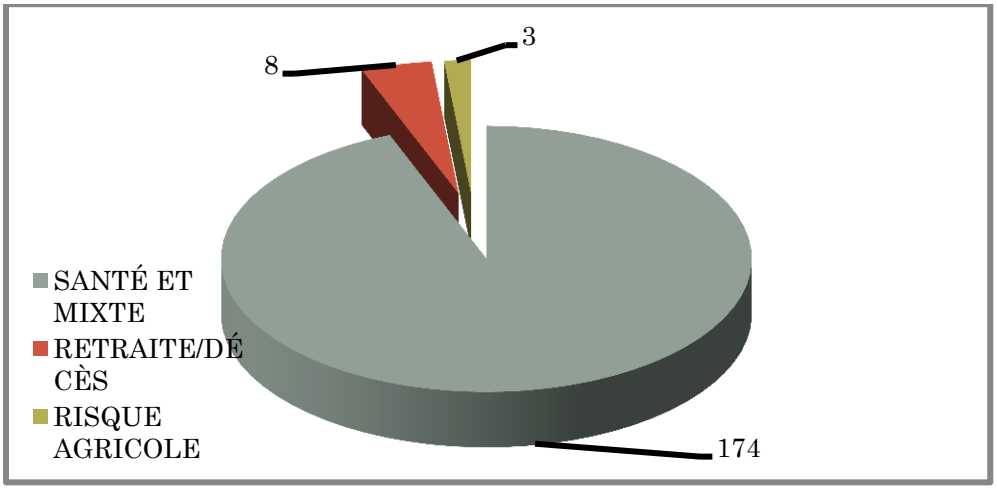
Les mutuelles devront couvrir 78% de la population totale. Ce taux de couverture connaît une croissance régulière, avec une accélération forte entre 2011 et 2012 (Graphique 2), année de validation de la SNEM par le gouvernement, pour atteindre 4,47% au 31 décembre 2014. Ce niveau de couverture reste bien en deçà des espérances et indique le reste du chemin à parcourir vers la couverture universelle.

Tableau 1 – Situation des mutuelles agréées par région au 31 décembre 2014

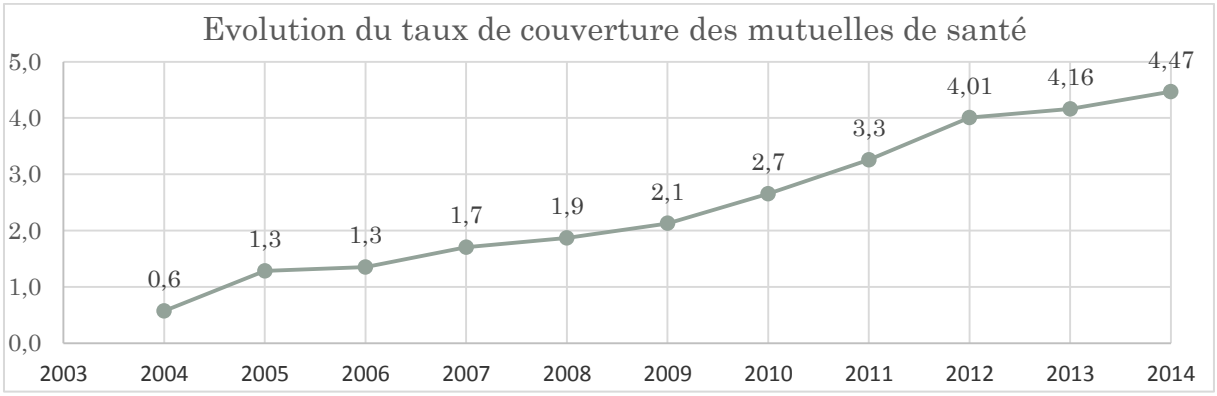
Localités	Nb Mutuelles	Nb Adhérents inscrit	Nb Adhérents à jour	Nb Bénéficiaire inscrit	Nb Bénéficiaires à jour
Bamako	49	211.443	164.868	355.894	218.312
Kayes	15	17.333	3.245	80.252	10.219
Koulikoro	14	8.013	5.420	26.604	7.117
Sikasso	36	28.783	4.996	80.918	18.464
Ségou	28	17.182	6.830	88.858	50.735
Mopti	19	7.908	1.925	17.496	2.753
Tombouctou	15	3.778	-	13.032	-
Gao	9	1.395	624	2.803	754
Kidal	2	372	-	900	-
Total	187	296.207	187.908	666.757	308.354

Source : Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire

Graphique 1 – Répartition des mutuelles agrées par types de risques couverts



Graphique 2 – Evolution du taux de couverture des mutuelles de santé



b. Les réseaux et structures faîtières : l'Union Technique de la Mutualité Malienne

Créée dans le cadre de la mise en œuvre de la convention Mali-France sur la mutualité de santé, l'UTM est très vite devenue un acteur majeur de la société civile au Mali et de la sous-région ouest africaine dans le cadre du développement de l'assurance maladie.

Pour mener à bien sa mission de développement de l'assurance maladie, l'UTM a bâti sa stratégie sur deux approches : une approche urbaine ciblant principalement les travailleurs et une approche rurale s'adressant à une population plus démunie.

Approche du Milieu Urbain: l'Assurance Maladie Volontaire

Sous l'impulsion des mutuelles qui la composent, l'UTM a été amenée à mettre en place un produit santé « *clé en main* », qui a été lancé en 2000. Ce choix de produit et de type de gestion répond à des réalités économiques et sociales propres au milieu urbain et à la structuration de l'époque du mouvement mutualiste malien. Dans ce contexte, le produit apparaît comme facile d'accès pour les populations urbaines et semi-urbaines, mais aussi pour les mutuelles qui sont en mesure de le proposer à leurs adhérents, avec un minimum d'investissement.

La gestion de l'AMV a amené l'UTM à développer une technostructure avec les capacités et compétences requises pour gérer une assurance maladie. Ces compétences recouvrent l'ensemble des fonctions de la gestion d'une assurance maladie :

- Enrôlement : par les mutuelles membres et l'UTM avec délivrance d'une carte individuelle sécurisée avec photo ;
- Gestion des cotisations avec un système de pooling ;
- Gestion du risque avec mise en place d'un fonds de garantie (donné par le projet) ;
- Développement d'un système de gestion informatisée avec un logiciel dédié (développer en interne avec l'appui de la mutualité française) couplé au logiciel comptable ;
- Création d'un réseau de structure conventionnée, dans le cadre du tiers – payant, chaque structure s'engageant à respecter une charte qualité ;
- Développement de la fonction de médecin conseil ;
- Développement d'un service d'information, communication et marketing ;
- …

Approche du milieu rural

En milieu rural, la stratégie déployée jusque-là est d'appuyer à la carte (*selon le besoin*), dans les aires de santé où des initiatives de développement des mutuelles tenant compte des réalités spécifiques des populations cibles, sont en cours. Cette stratégie connait actuellement une évolution, avec l'adoption par le gouvernement de la Stratégie Nationale d'Extension de la couverture maladie, à travers les mutuelles de santé (SNEM) en 2011, dont l'orientation principale est le renforcement du développement de la mutualité, mécanisme destiné à couvrir les populations des secteurs informel et agricole, représentant près de 78% de la population totale.

Dans le cadre de la couverture maladie universelle que vise à instaurer le Gouvernement, la mutualité s'ajoutera aux deux autres mécanismes que sont : l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), déjà en cours de mise en œuvre. C'est dans cet ordre d'idée, que l'UTM est en train d'envisager la refonte de cette approche, afin de l'adapter aux orientations de la SNEM. Elle ne sera en effet plus une approche à la carte, mais une approche harmonisée pour le développement des mutuelles en milieu rural. C'est la raison pour laquelle depuis 2011, dans les régions pilotes de la SNEM (*Mopti, Ségou et Sikasso*), l'UTM travaille à harmoniser les conditions d'adhésion, de prise en charge, bref de développement des mutuelles de santé en milieu rural.

c. L'appui technique et financier pour le développement de la mutualité au Mali

En plus de l'appui du projet franco-malien, l'UTM a bénéficié de plusieurs autres subventions de financement :

Au plan national l'UTM a signé en 2002 une convention d'objectif et de moyen avec le gouvernement du Mali dans le cadre du Programme quinquennal de développement sanitaire et social « PRODESS ». Cette convention a permis à l'UTM d'accéder aux ressources de l'Etat malien mais aussi des autres PTF intervenant dans le domaine de la santé dont la coopération néerlandaise et la Banque mondiale.

La même année, l'UTM a signé une convention avec les mutualités chrétiennes de Belgique au travers de leur représentation régionale d'Anderlues. Cette convention de jumelage – partenariat permettait d'avoir un appui du fonds belge de survie en plus de celui d'Anderlues.

D'autres structures d'appui ont existé au Mali dans des contextes particuliers. Il s'agit entre autres, de ceux des organisations suivantes :

Le projet PHR plus : Son intervention se situait dans le cadre d'une étude sur l'équité dans l'accès aux soins. A la suite de cette étude, les populations ont sollicité la mise en place de mutuelles de santé.

Il intervient dans la région de Sikasso (plus précisément dans la commune de Sikasso) et celle de Ségou dans le Cercle de Bla. Son intervention a concerné le développement de 4 mutuelles à la carte dont deux dans chaque région. Le Choix des différentes zones a été précédé d'une étude qui a permis de mieux cibler les zones. A la fin de cette étape des formations ont été conduites en direction des promoteurs des différentes mutuelles en vue de leur implication dans la conduite des activités de sensibilisation et d'étude de faisabilité économique et sociale.

Le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) est intervenu dans la région de Mopti. Le lancement de la mutuelle de santé dans cette localité par le CIDR s'est opéré à partir des groupements de femmes qui sont

bénéficiaires de son programme de micro crédit. Le programme de micro crédit compte plus de 3000 femmes qui sont les adhérentes potentielles à la mutuelle de santé.

Société de Coopération pour le Développement International (SOCODEVI) : Cette coopérative canadienne est intervenue dans la région de Sikasso et principalement dans la ville, pour développer une mutuelle interprofessionnelle d'envergure régionale.

3. Le développement de la CMU au Mali

Au Mali jusqu'à un passé récent, il n'existait pas de régime obligatoire d'assurance maladie. Les régimes existants étaient tous volontaires soit par les mutuelles soit par les assureurs privés. En 1997, à la faveur de l'élaboration du plan décennal de développement sanitaire et social 1997-2006, l'Etat a marqué sa volonté de mettre en place un régime d'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel et un régime d'assistance pour les personnes démunies[8].

A partir de 2003, le Mali a réalisé une série d'études sur les deux régimes précités, ainsi que le développement d'une stratégie pour l'extension de la couverture maladie pour le secteur informel et agricole par les mutuelles.

En 2009, le Mali a créé deux régimes de couverture maladie : l'assurance maladie obligatoire « AMO »[7,9–11] pour le secteur formel et le régime d'assistance médicale « RAMED » pour les indigents.

a. Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Il s'agit d'un régime contributif obligatoire pour le secteur formel avec une répartition de la cotisation entre l'employeur (3.5%) et l'employé 3.06%. Les cibles de l'AMO sont :

- Les fonctionnaires actifs ou retraités et leurs ayants-droits ;
- Les salariés régis par le code du travail en activité ou à la retraite et leurs ayants-droits ;
- Les parlementaires en activité ou à la retraite et leurs ayants-droits.

La population totale à couvrir à terme est estimée à 17%.

b. Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Le RAMED est un régime non-contributif, financé par le budget d'Etat 65%, les collectivités territoriales à hauteur de 35%

Les cibles sont les indigents, dont la population totale à couvrir est estimée à 5%.

c. Stratégie pour l'extension de la couverture maladie pour le secteur informel et agricole par les mutuelles

Les deux premiers régimes précités couvriront à terme environ 22% de la population malienne. Face à cette situation et en marge des festivités du 10ème anniversaire de l'UTM, le mouvement mutualiste, le Gouvernement, les PTF se sont accordés pour développer une stratégie nationale pour la couverture de la très grande majorité de la population malienne par les mutuelles.

Cette stratégie a été validée en 2010[12]. Elle a été assortie d'un plan quinquennal de mise en œuvre 2011 – 2015 ainsi que d'une phase pilote 2011-2013 dans les régions de Ségou, Sikasso et Mopti.

Objectif de la SNEM

L'objectif général de la stratégie nationale d'extension des mutuelles de santé est d'améliorer significativement l'accessibilité financière des populations employées dans les secteurs informels et ruraux aux soins de santé de qualité au Mali.

Pour atteindre cet objectif général, la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé vise les objectifs spécifiques suivants :

1. Accroître l'adhésion aux mutuelles de santé parmi les secteurs informel et agricole,
2. Améliorer la qualité des prestations offertes par les mutuelles de santé,
3. Renforcer la mobilisation des ressources nationales dans le secteur de la santé.

Résultats attendus de la stratégie

La mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension des mutuelles de santé devra permettre d'arriver aux résultats suivants :

- L'ensemble des populations non couvertes par l'AMO et le RAMED ont souscrit à une assurance santé à travers les mutuelles,
- La généralisation de l'assurance maladie mutualiste a permis de relever significativement l'accès des populations aux services de santé,
- Les dépenses de santé des populations sont majoritairement payées par les mutuelles.

Pour atteindre ces résultats la SNEM a prévu, la mise en place :

- D'une mutuelle par commune,
- D'une union des mutuelles par District Sanitaire,
- D'une fédération des mutuelles par Région,
- D'une fédération nationale de la mutualité.

d. Plan quinquennal 2011- 2015 et phase pilote 2011-2013 de la SNEM

La SNEM a été assortie d'un plan quinquennal ainsi que d'une phase pilote de 3 ans dans les trois régions citées plus haut. Ces régions ont été sélectionnées au regard de leur potentiel en terme de développement :

- Sikasso a bénéficié d'un projet dénommé Keneya Sabatili (PKS) financé en partie par le BIT ;
- Ségou dispose d'un financement dans le cadre du jumelage avec la représentation régionale de l'ANMC (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) ainsi que du Gouvernement belge, d'une intervention de Lux-development, du Projet Village du Millénaire (PVM) et de l'UNFPA ;
- Mopti bénéficie d'un soutien de l'AFD.

Les résultats attendus de ces phases (en termes de créations des mutuelles) sont :

Type de mutuelle	Objectif quinquennal	Objectif phase pilote
MS communale	351	150
Union DS	60	20
Fédération Régionale	9	3
Fédération nationale	1	

Pour atteindre ces résultats une série d'activités en lien avec le renforcement de capacités, l'approche communautaire, les études de faisabilités, la communication, la levée des fonds seront menées. Ces activités ont été conduites par l'ensemble des acteurs, chacun dans ses missions et prérogatives, tel que le décrit la SNEM.
Les actions prioritaires pour la restructuration et la création des mutuelles de santé de communes, unions de mutuelles de district et fédérations régionales se feront à travers les activités suivantes :

- La mise en place des comités d'initiative mutualiste (CIM);
- La mise en place du comité de suivi communal (CSC);
- La mise en place du comité de suivi local (CSL) au niveau du district sanitaire;
- La réalisation d'études de faisabilité aux niveaux commune et district;
- La tenue d'ateliers d'élaboration des projets de paramètres des systèmes mutualistes;
- La tenue d'ateliers d'élaboration des projets de statuts et règlement intérieur;
- Le recrutement des membres (Salaire Gestionnaire);
- La tenue d'assemblées générales constitutives des mutuelles de communes, unions des mutuelles de district et fédérations régionales de mutuelles;
- L'équipement informatique des mutuelles de communes, unions des mutuelles de district et fédérations régionales de mutuelles;
- La dotation initiale en outils de gestion des mutuelles de communes, unions des mutuelles de district et fédérations régionales de mutuelles.

Un des enjeux majeurs de la SNEM était de redimensionner les mutuelles existantes pour les rendre conformes à la nouvelle structuration. Pour cela, le PKS de Sikasso a développé une stratégie de restructuration aussi bien pour les mutuelles en milieu rural, que celles en milieu urbain pour en faire des mutuelles communales.

Tableau 2 – Phases de restructuration des mutuelles rurales

Activités	Cibles	Objectifs	Résultats attendus
Prise de contact[1]	-Responsables des mutuelles -Conseils communaux	-Informer sur la SNEM, le projet et les étapes de la restructuration -solliciter l'adhésion des acteurs et leur expliquer leurs rôles ainsi que leurs responsabilités dans le processus	Le contenu de la SNEM et du projet est compris. L'autorisation est obtenue pour continuer le processus dans la commune
Information et sensibilisation	-Les adhérents -Tous les villages de la commune	Faire comprendre la nécessité d'une couverture communale, présenter les avantages de la restructuration (*possibilité d'accéder aux soins au niveau supérieur de la pyramide sanitaire, le renforcement mutuelle des mutuelles, etc.*), mettre l'accent sur le cofinancement du gouvernement	La SNEM est bien compris et le projet et ses avantages sont bien perçus sont par les populations
Assemblée générale des membres de la mutuelle	Tous les adhérents de la mutuelle	Prendre la décision de restructuration de la mutuelle et d'être partie prenante du PKS	Les adhérents actuels de la mutuelle acceptent que leur mutuelle soit restructurée et participe à la mise en œuvre du PKS

[1] Cette prise de contact se fera dans les communes des deux (2) mutuelles de santé

Activités	Cibles	Objectifs	Résultats attendus
Séance de travail avec tous les acteurs œuvrant dans les activités de développement de la commune	Les responsables de la mutuelle, le conseil communal, l'ASACO, prestataires de soins, les organisations de la SC intervenant dans la commune, etc.	Constituer un groupe de travail avec tous les acteurs pour la relecture des textes de la mutuelle, afin de les adapter à la restructuration	Un groupe de travail est mis en place dans la commune
Réunions du groupe de travail	Les membres du groupe de travail	Elaborer les projets de textes devant régir la mutuelle et préparer la tenue de l'assemblée générale de la mutuelle	Les projets de texte sont élaborés et l'AG préparée
Intensification de l'Information et de la sensibilisation	Les populations de la commune	Faire mieux comprendre la nécessité d'une couverture communale, présenter les avantages de la restructuration (*possibilité d'accéder aux soins au niveau supérieur de la pyramide sanitaire, le renforcement mutuelle des mutuelles, etc.*), mettre l'accent sur le cofinancement du gouvernement	L'idée de mise en place de la mutuelle communale est bien comprise par les populations
Tenue de l'AG de la mutuelle	Les délégués des villages de la commune	Adopter les textes et mettre en place des instances de la mutuelle	La mutuelle est restructurée.
Intensification des activités d'information et de sensibilisation	Les populations des villages de la commune	Faire comprendre au mieux la mutuelle avec le fonctionnement de ses instances et son articulation avec le niveau cercle. Inciter les populations à adhérer à la mutuelle. Inciter sur le cofinancement du gouvernement	Les adhésions sont ouvertes
Formation en GAF	Les responsables (*CA, CC*) des mutuelles	Doter les administrateurs et contrôleurs de capacités de gestion de leur mutuelle	Les responsables des mutuelles sont en mesure de suivre la gestion de leur mutuelle

Tableau 3 – Phases de restructuration des mutuelles urbaines

Activités	Cibles	Objectifs	Résultats attendus
Prises de contact (*Séparément dans un 1er temps et ensemble dans un 2nd temps*)	-Responsables des mutuelles	Proposer aux responsables des deux mutuelles, le processus devant aboutir à la fusion	Consensus obtenu
Prise de contact avec les autres mutuelles de santé de la commune	Les responsables des mutuelles Le conseil communal	Informer sur la SNEM, le projet et les étapes de la restructuration des mutuelles	Le contenu de la SNEM et du projet est compris.
Réunions du groupe de travail	Les membres du groupe de travail	Elaborer les projets de textes devant régir la mutuelle et préparer la tenue de son l'AG	Les projets de texte sont élaborés et l'AG préparée
Tenue de l'AG de la mutuelle	Les délégués des mutuelles	Adopter des textes, mise en place des instances de la mutuelle	Les deux mutuelles de santé ont fusionné
Formation en GAF	Les responsables (CA, CC) de la mutuelle	Doter les administrateurs et contrôleurs de capacités de gestion de leur mutuelle	Les responsables de la mutuelle sont en mesure de suivre la gestion de la mutuelle

L'exécution d'une telle stratégie de restructuration nécessite des ressources humaines et budgétaires conséquentes. D'ailleurs le budget prévisionnel de la SNEM était assez conséquent. Il était composé comme suit :

Tableau 4 – Budget de la phase pilote de la SNEM

Axes d'intervention	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Mise en place/Animation des Mutuelles de Santé	434 342 650	609 127 920	496 260 130	1 539 730 700
Dépenses Récurrentes des Mutuelles de Santé	921 535 971	3 118 492 098	4 311 279 398	8 351 307 468
Communication	38 400 000	86 940 000	112 200 000	237 540 000
Capacités de Gestion [2]	637 683 000	592 414 200	569 878 100	1 799 975 300
Partenariats	47 650 000	100 590 000	149 050 000	297 290 000
Suivi et Evaluation	49 310 000	261 920 000	272 600 000	583 830 000
Total General	2 128 921 621	4 769 484 218	5 911 267 628	**12.809.673.468**

Il s'agissait donc de mobiliser près de 13 milliards de FCFA sur 3 ans, ce qui constituait un engagement fort et une grande première au Mali. Ce budget inclus une subvention de la cotisation des mutualistes à hauteur de 50% (3 000) pour un panier de soins du PMA et du PCA au niveau des CSRéf. Il faut signaler que la subvention de la cotisation des MS a existé bien avant la SNEM. Cette subvention était en rapport avec le paquet de soins offert par les mutuelles (et non celui de la SNEM).

La phase pilote de la SNEM a fait l'objet d'une évaluation au mois de mai 2015. Les principales conclusions de cette évaluation sont :

Tableau 5 – Evaluation de la phase pilote de la SNEM

Indicateurs	Prévisions	Réalisations	Taux de réalisation (%)
Nombre de Mutuelles de Sante de Commune	150	30	20
Nombre d'union de Mutuelles de Santé de District	20	9*	45
Nombre de fédérations Régionales de Mutuelles de Santé	3	0	0
Nombre Total de Bénéficiaires	1 200 000	54 236**	4,52
Nombre de Bénéficiaires Cotisants (à jour)	1 200 000	26 476 **	2,21
Taux de pénétration de la population des communes couvertes	39,70%	16%	

Sources : DRDESES / rapport évaluation phase pilote
** sur les 9 seulement deux sont fonctionnelles à Sikasso*
*** Ces chiffres n'intègrent pas les données de Mopti*

[2] (Agence d'Exécution Déléguée <AED> et Services de Tutelle <DNPSES; DRDSES; SDSES et CAMASC>)

Tableau 6 – Exécution budgétaire sur la partie subvention de la phase pilote de la SNEM

ANNEE	Prévisions Subventions générales Etat (1)	Réalisations (2)	Ecarts (2)-(1)
2012	487 350 000	195 998 573	- 291 351 427
2013	1 649 200 000	257 995 979	- 1 391 204 021
2014	2 280 000 000	389 979 259	- 1 890 020 741
TOTAL	**4 416 550 000**	**843 973 811**	- 3 572 576 189

Tableau 7 – Résultats de la stratégie d'extension

Mutuelles	Année de restructuration	Année de démarrage activités	Nombre d'adhérents (2010)	Nombre d'adhérents (janvier 2014	Nombre de bénéficiaires	Taux de pénétration
MUSCUS	2011	2012	ND	1 512	5 825	2,73%
MUSCKO	2012	2014	ND	360	1 521	1.91%
NONGON	2011	2011	107	281	1 864	16%
KAFANA	2011	2011	47	142	1 044	7%
KLELA	2013		ND	165	616	1,87%
MPESSOBA	2013		ND	91	378	0,89%

Au regard de ces tableaux, on peut constater que le niveau d'atteinte des résultats reste faible. Cette faiblesse de l'atteinte des résultats est en lien avec la faiblesse du niveau des subventions par l'Etat, qui n'a mobilisé qu'environ 19% des subventions promises. Un des acteurs majeurs de la CMU nous dira durant cette évaluation, qu'il faut reconnaitre que la SNEM n'a pas bénéficié de l'appui financier qu'il fallait pour atteindre les résultats escomptés or, sans cet appui, il est illusoire de vouloir obtenir un résultat tangible pour les 78% de maliens visés par cette stratégie. D'ailleurs, le plan de communication pour la phase pilote n'a commencé qu'un an après sa clôture et cela faute de financement.

Le projet devait à terme couvrir 25 000 bénéficiaires. L'évaluation externe du projet Kénéya Sabatili (PKS)[13] a permis de constater que ce résultat n'a pas été atteint, malgré les subventions accordées par le Gouvernement. On peut noter les indicateurs clés ci-dessous.

Tableau 8 – Performances de mutuelles du projet PKS

Indicateurs	2010	2011	2012	2013
Nombre de personnes couvertes	6065	7427	8446	10892
Ratio de sinistres encourus (Ratio de sinistralité)	0,97	0,89	0,8	0,48
Taux de fidélisation	53%	59%	79%	73%
Ratio de croissance	0,03	0,22	0,14	0,29
Taux de pénétration	1,97%	2,39%	2,69%	2,80%

Etat des mutuelles restructurées au 31/12/2013

Mutuelles	Année de restructuration	Année de démarrage des activités	Nombre d'adhérents (2010)	Nombre d'adhérents (janvier 2014)	Nombre de bénéficiaires	
MUSCUS	2011	2012	ND	1 512	5 825	2,73%
MUSCKO	2012	2014	ND	360	1 521	1.91%
NONGON	2011	2011	107	281	1 864	16%
KAFANA	2011	2011	47	142	1 044	7%
KLELA	2013		ND	165	616	1,87%
MPESSOBA	2013		ND	91	378	0,89%

Etat de viabilité économique et financière des mutuelles restructurées au 31/12/2013

Mutuelles	Taux de recouvrement	Taux de sinistralité	Ratio de liquidité immédiate
MUSCUS	82%	85,66%	Pas de dette à court terme
MUSCKO	82,46%	70,04%	Pas de dette à court terme
NONGON	100%	70,70%	Pas de dette à court terme
KAFANA	100%	66,13%	ND
KLELA	57,96%	54,89%	Pas de dette à court terme
MPESSOBA	ND	ND	ND

Source : Antenne opérationnelle UTM de Sikasso et projet PKS et Impact Insurance[14]

Le taux de pénétration reste globalement faible sauf pour Nongon et Kafana qui réalisent les meilleurs scores. Les raisons évoquées par le rapport d'évaluation sont :

- La faiblesse de la communication autour du projet ;
- Le processus de restructuration des mutuelles qui a été long et fastidieux ;
- Une crise de confiance entre les populations et les structures sanitaires ;
- Le panier de soins de l'AMO qui est plus attrayant.

e. Politique Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle

En 2014 avec l'appui de l'OMS et d'autres PTFs, le Gouvernement de la République du Mali a élaboré une Politique Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle. Cette politique, validée au plan technique, attend son adoption par le Gouvernement. Selon les responsables en charges de la question, le Gouvernement a demandé des études complémentaires dont (i) l'étude sur les mécanismes de financement innovants de la santé et (ii) celle sur les passerelles entre les différents régimes existants pour réduire la fragmentation, afin de pouvoir procéder à l'adoption politique.

En effet, la situation actuelle de la couverture du risque maladie au Mali se caractérise par une extrême fragmentation, une incohérence avec divers régimes qui ne se complètent pas. Il s'agit des régimes mis en œuvre par le Ministère en charge de la protection sociale (l'AMO) pour le secteur formel et les régimes mis en œuvre par le ministère en charge de la santé (AMV) pour le secteur non formel.

Tableau 9 - Dispositifs d'exemption relevant du Ministère de la Santé

Dispositifs	Paquet de services	Cibles
Césarienne	Examen pré et post opératoire, kits médicament, hospitalisation, acte	Femmes enceintes
Paludisme	CTA, kit médicaments, MII, TDR, SP	Enfants de 0-5 ans, femmes enceintes
VIH / SIDA	ARV, examens et autres médicaments	Tout âge
Vaccination	Vaccins contre les maladies du PEV	Enfants de moins d'un an, femmes 15-49 ans
Tuberculose	Examen, médicaments	Tout âge
Lèpre	Examen, médicaments	Tout âge
Cécité	Médicament contre le trachome, intrant pour la chirurgie du trichiasis et de la cataracte	Tout âge (pendant campagne)
Fistule	Examen pré et post opératoire, hospitalisation, médicament et acte	Femme en âge de procréer
Ver de guinée	Médicaments, filtres et tamis	Tout âge

Dispositifs	Paquet de services	Cibles
Maladie tropicales négligées (filariose, onchocercose, schistosomiase et géo helminthiase)	Médicaments	Tout âge pendant la campagne
Malnutrition	Farines enrichies, aliments thérapeutiques, micronutriments, Médicaments	Enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes
Epidémie et catastrophe	Médicaments, vaccins, intrants	Tout âge pendant la crise
Prise en charge de certaines catégories socioprofessionnelles	Examen, acte, hospitalisation	Agents socio sanitaire Élèves et étudiants Enfants de 0-14 ans Soldats en formation Personnes âgées
Cancer	Examens, chimiothérapie et médicaments	Tout âge

Source : Étude de la faisabilité de l'établissement de passerelles entre l'AMO, le RAMED et l'Assurance mutualiste d'une part et les autres dispositifs de couverture sanitaire instaurés par l'État[15]

L'objet de la politique de financement est de « Définir les orientations du système de financement de la santé pour le développement de la couverture universelle ».

La politique de financement de la santé est bâtie autour de 4 objectifs stratégiques :

OS 1 : Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle ;

OS 2 : Garantir une meilleure allocation des ressources ;

OS 3 : Mettre en place 'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet ;

OS 4 : Améliorer la gouvernance financière.

Un panier de soins de base de l'AMU a été défini, résultat d'une étude réalisée par M. Alain LETOURMY[16]. La cotisation requise pour ce paquet est estimée à 6 600 FCFA par adhérent. Aujourd'hui l'Etat a accepté le principe de subventionner la cotisation pour le secteur agricole et rural à hauteur de 50%. Si l'Etat continue de subventionner les cotisations des mutualistes à hauteur de 50%, il devra bien se résoudre à supporter le coût du développement, car sans le développement des mutuelles, il sera difficile d'arriver à un niveau de couverture des 80% du secteur informel et agricole. D'ailleurs cette insuffisance de financement est en grande partie liée à l'échec de la phase pilote de la SNEM.

La politique de financement de la santé envisage d'atteindre une couverture par l'AMU de 45% de la population malienne en 2023. Pour cela, l'Etat devra débourser une subvention de 83 milliards d'ici 2023. Ce montant servira à subventionner totalement le paquet de soins de base pour 5% de la population considérée comme démunie et à 80%, ce même paquet pour 30% de la population issue du secteur informel non pauvre, donc essentiellement pour les cibles potentielles des mutuelles de santé.

Tableau 10 – Progression de la couverture maladie et besoin de subvention par l'Etat

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total couverture	7%	12%	16%	28%	31%	33%	36%	39%	41%	43%	45%
Subvention en milliards FCFA	1,98	5,46	9,69	16,63	23,04	30,88	39,42	49,94	59,60	71,65	84,11

Sources : Politique nationale de financement de la santé vers la CSU (page 23)

f. Les structures de pilotages de la mise en œuvre de la CMU

Pour conduire le processus de mise en place de la CMU, le Ministre en charge de la protection sociale a mis en place deux organes : (i) le Comité de réflexion et de suivi de la mise en place des dispositifs de protection sociale pour l'opérationnalisation de la Couverture Mali Universelle au Mali et (ii) un Groupe d'Experts pour conduire les différents travaux.

Le Comité de Réflexion et de Suivi

Il a été créé par arrêté N°2016-0338 / MSAHRN – SG[17] du 04 mars 2016. Le comité est chargé :

- De l'élaboration d'une feuille de route pour l'opérationnalisation de la CMU au Mali d'ici 2018 ;
- Du pilotage et de la validation des études et autres travaux réalisés…
- De la préparation et de la validation technique des projets de textes juridiques…
- De la préparation et de la validation technique de l'architecture institutionnelle ;
- De la capitalisation des expériences et pratique en matière de CMU à travers les systèmes de tiers payant ;
- De la préparation et de la validation des options d'intégration progressive de certains programmes de gratuité dans le RAMU ;
- De la définition des modalités de prise en charge des accidents de travail et maladies professionnelles dans le cadre de l'AMU
- Du partage avec les autres commissions du PRODESS des étapes et résultats du processus d'opérationnalisation de la CMU à travers les dispositifs de protection sociale.

Le Comité de Réflexion et de Suivi est placé sous la Présidence du Secrétaire Général du Ministère en charge de la protection sociale. Elle comprend les représentants des ministères sectoriels concernés, les partenaires sociaux (syndicat et patronat), les organismes de protection sociale dont la mutualité, la société civile et les PTF.

Le Groupe d'Experts[18,19]

Mis en place par le même arrêté[20], le Groupe d'Experts est chargé :

- De réaliser les études nécessaires et les faire valider par le Comité de Réflexion ;
- De préparer l'organisation matérielle des différentes concertations avec les partenaires sociaux dans une démarche de dialogue sociale ainsi qu'avec les PTF ;
- D'élaborer les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à la CMU en veillant à l'optimisation des objectifs de l'AMO, du RAMED et des Mutuelles de santé dans le cadre de la réflexion sur l'AMU ;
- D'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de communication, de plaidoyer et de mobilisation sociale autour de la CMU.

La coordination et l'animation du Groupe d'Experts est assuré par le DG de la CANAM. Le Groupe d'Experts est composé de 5 sous-groupes thématiques :

- Le sous-groupe aspects médico-chirurgicaux ;
- Le sous-groupe aspects pharmaceutiques et biomédicaux ;
- Le sous-groupe aspects juridiques, organisationnels et institutionnels ;
- Le sous-groupe aspects techniques et financements
- Le sous-groupe aspects communication et dialogue sociale.

Les différents sous-groupes sont composés de six à sept experts compétents dans leurs domaines. Ces experts sont des fonctionnaires, des agents des organisations sociales et de la société civile ainsi que des contractants privés individuels. Les sous-groupes travaillent trois jours par semaine.

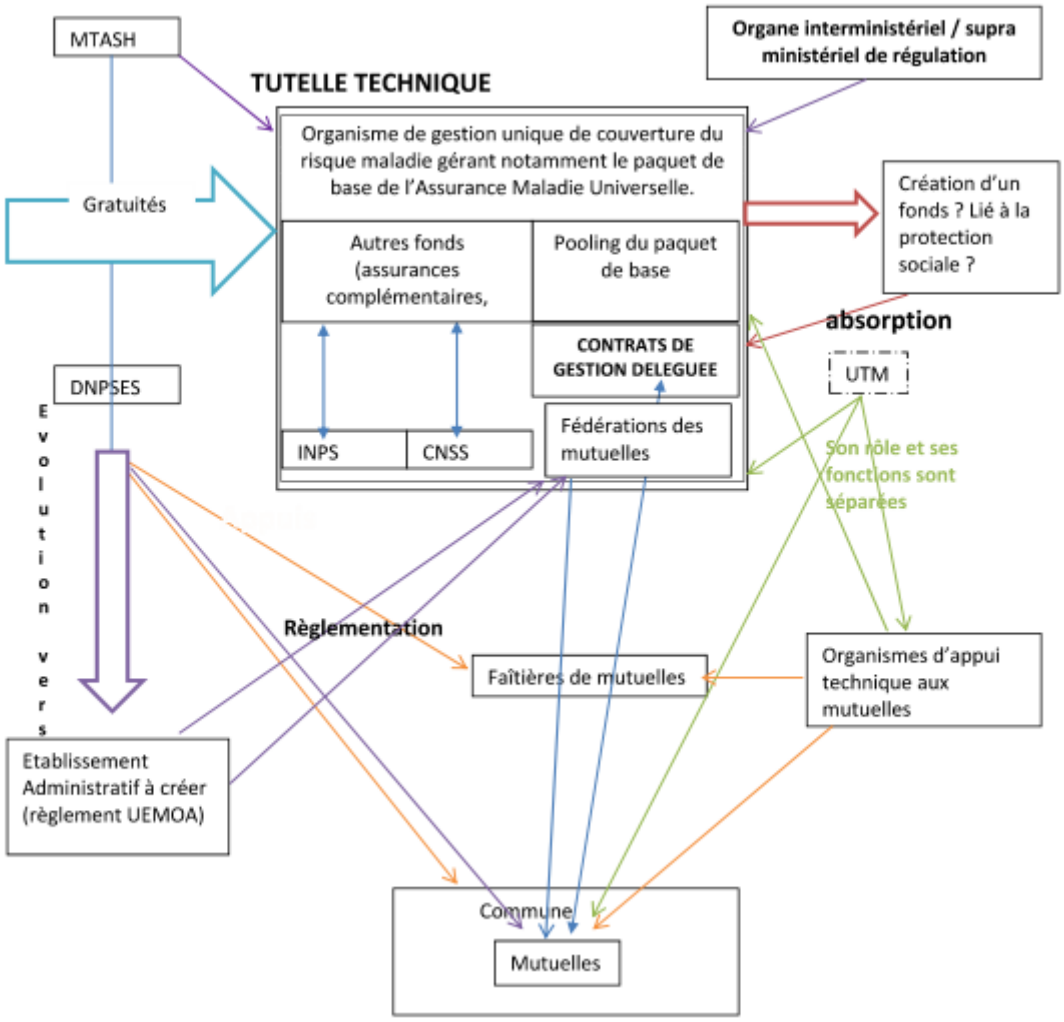
Du démarrage de leurs activités à ce jour, le Groupe d'experts a élaboré une analyse de situation dans les différents domaines cités dans sa mission. A partir de cette analyse de situation, une feuille de route a été élaborée. Ces deux documents ont été validés par le Comité de Réflexion et de Suivi.

g. Fonctions et instances de mise en œuvre de l'AMU (architectures)

A terme, il s'agira dans le cadre de l'AMU de mettre en place un régime unique qui intègre tous les régimes existants y compris les gratuités.

L'architecture finale se présentera donc ainsi :

Figure 2 – Schéma d'architecture de l'AMU au Mali en 2023



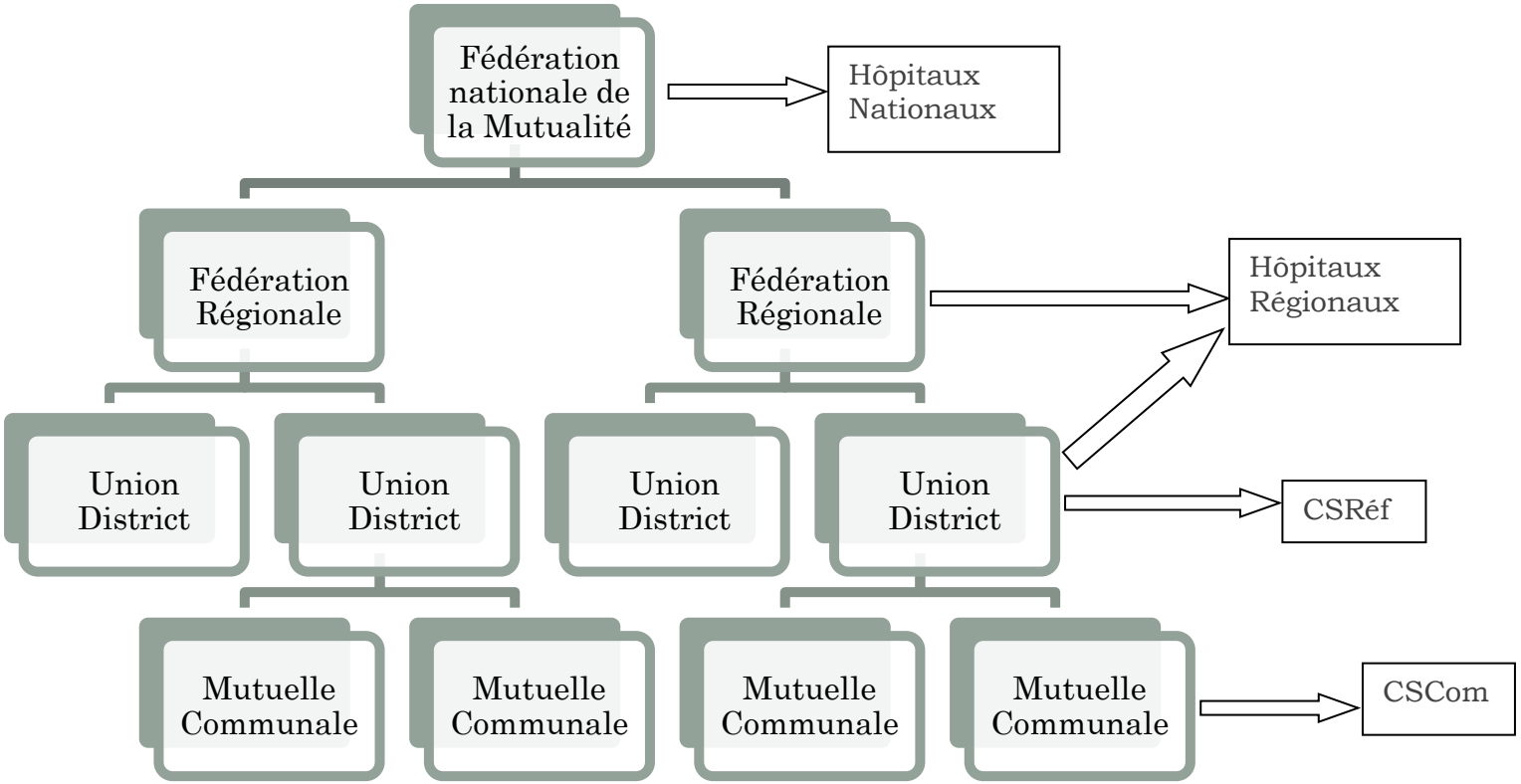
Source : Politique nationale de financement de la santé vers la CSU[21]

Il y aura donc à terme :

- Une caisse centrale unique issu de la transformation de l'actuelle CANAM[22,23] : ses fonctions seront la mise en commun des ressources, la contractualisation des formations sanitaires jumelées au contrôle médical, la gestion de l'enrôlement et le système d'information, l'actuariat ;
- Les organismes de gestion déléguée (OGD) (i) INPS pour les salariés, (ii) CNSS pour les fonctionnaires et assimilés et (iii) la mutualité pour le secteur agricole et informel voir les indigents : les OGD auront pour mission de collecte des cotisations, de pré-enrôlement et de l'achat des services.

Il préfigure donc au regard de tout ce qui précède que le mouvement mutualiste aura une place centrale dans la mise en œuvre du RAMU au Mali. En effet à terme la Fédération Nationale de la Mutualité sera un Organisme Gestionnaire du RAMU avec un portefeuille de 78 à 83% (si on inclut les indigents ce qui est une des hypothèses en discussion actuellement) de la population malienne. Pour arriver à cela la structure envisagée est la suivante :

Figure 3 – Schéma organisationnel des réseaux de mutuelles au Mali



Cette construction idéale n'est pas en phase avec la structuration actuelle du mouvement mutualiste malien. En effet la typologie actuelle du mouvement mutualiste malienne se compose comme suit :

- Des mutuelles communautaires : de village, d'aires de santé et plus récemment de commune ;
- Des mutuelles interprofessionnelles : dans les capitales régionales et certaines villes secondaires ;
- Des mutuelles professionnelles, corporatistes d'envergure nationale dont certaines relèves du secteur informel comme la mutuelle des artisans ;
- L'Union Technique de la mutualité avec ses services déconcentrés régionaux.

La restructuration des mutuelles dans le cadre de la phase pilote a été conduite dans 3 régions. C'est seulement à Sikasso que nous avons eu un document décrivant de façon claire la démarche consistant à transformer les mutuelles communautaires existantes en mutuelles communales de façon à être en phase avec la stratégie de la SNEM. Nous n'avons pas pu objectiver la validation de cette stratégie par l'UTM au niveau national.

La deuxième problématique qui est posée c'est la situation de l'UTM elle-même. La SNEM et la politique de financement de la santé parle d'une fédération qui sera l'OGD. Aujourd'hui pour le mouvement mutualiste l'UTM joue ce rôle, mais cette compréhension n'est pas partagée par tous. Dans certains documents, l'UTM est positionnée comme étant une structure d'appui transversal étant doté d'une technostructure avec une expérience de gestion de l'assurance maladie. Le mouvement mutualiste a intérêt à vider cette question au plus vite, au risque d'être pris de court, des velléités de dernières minutes pouvant apparaître y compris au sein de la société civile.

Pour répondre pleinement à l'architecture proposée (quoi que provisoire), au regard du règlement de l'UEMOA, le mouvement mutualiste devra :

- Développer une stratégie claire pour passer des mutuelles communautaires vers des mutuelles communales : cela suppose de la sensibilisation / négociation (les mutuelles existantes ont des patrimoines), des études de faisabilités, un nouveau dossier d'agrément, etc.
- Pour les mutuelles du secteur informel d'envergure national développer une stratégie pour la prise en charge de ces mutualistes au niveau des différentes plates formes de gestion ;
- Transformer l'UTM en fédération nationale des mutuelles dès que 4 fédérations régionales seront opérationnelles : dans la situation difficile des ressources financières, il ne sied pas d'avoir deux structures fédérales et en plus, cela permettra de clore le débat actuel.

4. Rôle actuel des mutuelles

Le rôle du mouvement mutualiste se décline en deux parties : la phase intérimaire actuelle et la phase du RAMU avec un organe central unique.

- Dans la phase intérimaire actuelle : les mutuelles communales et les unions de districts assurent la prise en charge des mutualistes au premier franc. La cotisation du panier de soins est payée à part égal entre l'adhérent mutualiste et l'Etat (qui est sensé subventionner à 50%). Dans ce contexte, les mutuelles assurent toutes les fonctions d'un organisme d'assurance maladie sociale : enrôlement, contractualisation - achat des soins dans le cadre du tiers payant, contrôle médicale, gestion du risque,… Cependant dans cette phase intérimaire la prise en charge des soins de deuxième et

troisième références n'est pas clairement établie or le niveau de cotisation est suffisant pour permettre cela pour les mutuelles qui sont éligibles à la subvention du paquet de soins AMU ;

- La phase de RAMU instituée : la fédération nationale de la mutualité devient un OGD au même titre que les autres. En tant qu'OGD, la fédération et ses membres auront en charge :
    - Le pré-enrôlement des personnes couvertes : l'enrôlement final revenant la caisse centrale ;
    - La collecte des cotisations et leur versement à la caisse centrale qui joue le rôle de mise en commun des ressources et des risques, de gestion des risques ;
    - L'achat des services dans le cadre des contrats passés par la caisse centrale avec les formations sanitaires, caisse centrale qui mettra à disposition, le service de contrôle médicale.

h. Missions de la future Fédération Nationale des Mutuelles de Santé

La Fédération Nationale des Mutuelles de santé a pour objet de :

- Animer la plate-forme de gestion nationale au profit de ses membres notamment les services communs de gestion, d'appui conseil et d'assistance technique ;
- Assurer le remboursement partiel auprès des hôpitaux nationaux, centres spécialisés conventionnés des dépenses de santé (soins infirmiers, médicaux et chirurgicaux, médicaments essentiels génériques en vigueur, etc.) nécessaires aux patients mutualistes, dont les mutuelles sont issus des unions locales de mutuelles membres des fédérations régionales, des mutuelles nationales dans les conditions déterminées ;
- Développer des produits d'assurance maladie complémentaires au profit de ses membres et en assurer la gestion du risque ;
- Développer et mettre en œuvre un programme de communication sur la mutualité ;
- Organiser, mettre en œuvre et suivre l'inter - mutualité;
- Assurer la représentation des mutuelles de santé membres aux niveaux national et régional;
- Promouvoir le développement des mutuelles de santé membres, afin de les rendre viables et performantes ;
- Renforcer les capacités des acteurs mutualistes et des autres intervenants.

i. Missions types des fédérations régionales

La Fédération Régionale des Mutuelles de santé a pour objet de :

- Animer la plate-forme de gestion pour les Unions locales de mutuelles de santé membres, notamment les services communs de gestion, d'appui conseil et d'assistance technique ;
- Assurer le remboursement partiel auprès de l'hôpital conventionné de la région des dépenses de santé (soins infirmiers, médicaux et chirurgicaux, médicaments essentiels génériques en vigueur, etc.) nécessaires aux patients mutualistes dont les mutuelles sont issus des Unions locales de mutuelles membres de la Fédération régionale, dans les conditions déterminées ;
- Organiser, mettre en œuvre et suivre l'inter - mutualité locale dans la région ;

- Assurer la représentation des mutuelles de santé membres aux différents niveaux (régional, national) ;
- Promouvoir le développement des mutuelles de santé membres afin de les rendre viables et performantes.

j. Missions types des Unions locales des Mutuelles de Santé

L'Union Locale des Mutuelles de Santé a pour objet de :

- Animer la plate-forme de gestion pour les mutuelles de santé membres, notamment les services communs de gestion, d'appui conseil et d'assistance technique ;
- Assurer le remboursement partiel auprès du centre de santé de référence conventionné, des dépenses de santé (soins infirmiers, médicaux et chirurgicaux, médicaments essentiels génériques en vigueur, etc.) nécessaires aux membres participants malades issus des mutuelles de santé membres, dans les conditions déterminées ;
- Organiser, mettre en œuvre et suivre l'inter - mutualité communale dans le district sanitaire ;
- Assurer la représentation des mutuelles de santé membres aux différents niveaux (local, régional, national) ;
- Promouvoir le développement des mutuelles de santé membres afin de les rendre viable et performante.

5. Présentation de la situation des MS dans les deux sites d'enquête au Mali

Dans le cadre de la coopération décentralisée, l'Union Technique de la Mutualité (UTM) et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) ont lancé en février 2002, la représentation régionale de Ségou. C'est le fruit d'un partenariat négocié pour favoriser et faciliter l'accès de population de la 4ème région du Mali aux soins de santé, au travers du développement des mutuelles de santé. De ce partenariat est né le jumelage Mutualité Chrétienne du Hainaut Oriental (MCHO).

La région de Ségou compte 26 mutuelles. Elle a 7 unions locales. Au cours de l'enquête les présidents de la MUTISE-Ségou et la MUSCOMA de Markala ont été rencontrés.

a. La Mutuelle Interprofessionnelle de Ségou -MUTISE-Kénéyaton

Dans la région de Ségou, la Mutuelle Interprofessionnelle de Ségou -MUTISE-Kénéyaton a été créée en 2002, sous l'impulsion de l'UOP et la conduite d'un leader local. Il est enseignant à la retraite. Il est en même le président de la MUTISE et la Fédération Régionale des Mutuelles de Ségou.

Le Conseil d'administration est composé de 13 membres. Le Commission de contrôle est de 3 membres.

Sur le plan administratif, les organes fonctionnent correctement. Tous les procès-verbaux (PV) des trois dernières années sont disponibles. La mutuelle a un gestionnaire animateur qui s'occupe de la collecte des cotisations.

La MUTISE diffuse l'AMV dans la ville de Ségou. Nombre d'adhérents est 1492 et Nombre de bénéficiaires est 4601. Les cotisations dues sont estimées à 29.425.859 FCFA. Les taux de recouvrement est de 83,53% (Unop Ségou décembre 2016).

Le montant total des prestations est 12.448.625 FCFA. Taux d'utilisation des services estimé à 27%. Le taux de sinistralité est 51%. Les réserves cumulées sont de l'ordre de 3.390.288F.

L'ensemble des mutuelles de santé encadrées par l'UTM sont crées entre 2002 et 2014.

La mutuelles de Dioro a le nombre d'adhérents le plus élevé avec 2.465 adhérents pour 19.420 bénéficiaires. Cela s'explique par le fait du co-financement, qui. s'est installé dans la région. Le Projet Village du Millénaire (PVM) est intervenu dans la commune de Dioro. Il a pris en charge toute la popution à 100% au lieu 50% comme prévu. La mutuelle de Dioro est suivie de la MUTISE de Ségou qui a 1.492 adhérents pour bénéficiaires 4.601. La mutuelle de San a le taux de pénétration le plus faible de la région. A la date du 31 décembre 2016, les mutuelles encadrées par l'UTM comptaient 8 763 adhérents et 44.636 bénéficiaires.

Tableau 11 – Résultats techniques des mutuelles de la région de Ségou

	Taux recouvrement	Taux d'utilisation des services	Taux Sinistralité %
MUTISE - Ségou	83.53%	27%	51%
MUSADEN_B - Boidié	61.67%	40%	33%
MUSACORS - SANANDO	100.00%	37%	35%
MUSAJIGI - Togou	58.01%	42%	20%
MUSAJIF - Farakou-Massa	15.80%	41%	83%
MUSADIO - Dioro	15.11%	45%	169%
MUSCOMA- Markala	100.00%	0%	0%
MUSADOU- Dougabougou	100.00%	0%	0%
KALAMUT - Siribala	56.15%	34%	61%
MUSASAS - Sansanding	87.46%	45%	31%
KOMUS - Kokry	84.59%	43%	68%
MUSCORSA - Sana	59.10%	52%	51%
MUSAS - San	100.00%	0%	0%

	Taux recouvrement	Taux d'utilisation des services	Taux Sinistralité %
MUSENIWE - Somo	62.16%	32%	27%
SEMUSY - Yasso	19.06%	2%	3%
HEMUSAM - Mandiakuy	81.65%	54%	48%
MUSASIB-Sirifila Boundy	100.00%	8%	16%
MUSCOYA - Yangasso	38.89%	14%	9%
MUSADIA - Diaramana	96.31%	15%	32%
MUSAD - Dougouolo	100.00%	0%	0%
MUSADAK - Kémeni	81.56%	54%	100%
MUSALAB - Bla	72.38%	1%	3%
MUSABENTO - Touna	80.27%	5%	8%
MUSAC - Cinzana	40.78%	0%	0%
TOTAL	**41,78%**	32%	63%

Source : Tableau de bord Unité Opérationnelle Ségou décembre 2016

L'observation du tableau montre :

- 6 mutuelles ont un taux de recouvrement supérieur à 100% ;
- 13 mutuelles ont un taux de recouvrement supérieur à plus 50% ;
- 5 mutuelles ont moins de 50% de recouvrement des cotisations.

Quant au taux d'utilisation de services :

- 3 mutuelles ont un taux supérieur à 50% ;
- 17 mutuelles ont un taux d'utilisation inférieur à 50%
- 4 mutuelles ont un taux d'utilisation de 0%.

Le taux d'utilisation nul s'explique par des raisons diverses : Markala et Dougabougou sont en pleine restructuration ; la mutuelle de San traverse une crise et celle de Cinzana ne cotise pas.

PERIODES	Nombre moyen de médicament par ordonnance

2013	Mutualistes	Non mutualistes
Janvier	4,3	4,1
Février	4,1	3
Mars	3,7	4
Avril	4	2,9
Mai	3,5	3,1
Moyenne	3,9	3,4

Source : Unité Opérationnelle-Ségou, juin 2013

Le nombre moyen de médicament par ordonnance des mutualistes est supérieur à celui des non mutualistes durant toute la période considérée, sauf au mois de mars, avec une moyenne de 3,9 médicaments par ordonnance chez les mutualistes contre 3,4 chez les non mutualistes.
Tous ces nombres sont supérieurs à la norme de l'OMS (2,8 médicaments par ordonnance).

Relation avec les structures de santé conventionnées

Les mutualistes fréquentent l'ensemble des structures de soins conventionnées : le centre de santé communautaires et l'hôpital Régional.

Les relations sont bonnes selon les personnes rencontrées au cours de notre passage sur le terrain. La MUTISE a remboursé l'ASACO pendant l'année les montants suivant, voir tableau récapitulatif.

Remboursement prestations/ASACO Darsalam-Ségou/ An 2016				
Période	1er Trimestre	2ème Trimestre	3ème Trimestre	4ème Trimestre
Montant	765 419	584 815	745 405	0

Constat : la MUTISE a remboursé au CSCOM de Darsalam au titre de l'année 2016 au moins 2 095 639 FCA. Lors de l'enquête, le 4ème Trimestre n'a pas été remboursé. Selon, le trésorier de l'ASACO, la faute est empilable (ou imputable) au gestionnaire du CSCom qui n'a pas établi la facture pour le remboursement. Il estime que le bureau de l'ASACO n'a aucun reproche envers la mutuelle. Les membres de l'ASACO rencontrés pensent que la mutuelle est une source sûre de financement des activités de la santé.

Les appréciations ci-dessus sont reprises par le président de l'ASACO de Pelengana Sud. Les deux ASACO de Ségou conventionnées affirment avoir reçu de la mutualité des outils informatiques pour rendre la gestion performante.

Cependant au Centre de Santé de Référence, le suivi de la convention n'est pas strict de la part des soignants. Ils prescrivent des médicaments en spécialité à la maternité. Il existe aussi des cas d'arnaque à la maternité des CSCom. Les mutualistes paient et le ticket modérateur et des dessous de table.

La Mutuelle de Santé de la Commune de Markala : MUSCOMA

Markala est situé à 35 km de Ségou. C'est l'une des grandes villes de la région. Elle abrite le barrage Hydro agricole du Mali[3] et constitue la porte d'entrée de l'Office du Niger.

La mutuelle de Markala est créée en 2007. L'Initiative de création de la mutuelle émane de l'effort de sensibilisation introduit par l'UTM. Elle est relayée par des leaders communautaires, à la tête desquels se trouve un enseignant sexagénaire à la retraite. Homme politique et élu plusieurs fois conseiller communal. Il est devenu par la suite Maire de la Commune. Le Conseil d'administration de la mutuelle est composé de 15 membres dont 4 femmes. La Commission de contrôle a un effectif de 4 personnes dont une femme. La mutuelle a 40 adhérents et 70 bénéficiaires dont 49 personnes sont à jour de leur cotisation.

La mutuelle de Markala diffuse ses propres produits :

- Les frais d'adhésion font 1000F ;
- La cotisation fait 6000Fpar personne et par an soit 500F par mois.

Les risques couverts par la MUSCOMA concernent trois types de structures (CSCom ; CSRef et hôpitaux). Au niveau CSCOM, les risques pris en charge sont : les Consultations (curative, prénatale et poste natal), les Médicaments essentiels de la liste nationale en vigueur au Mali ; les Accouchements simples ; les Analyses de laboratoire et les soins infirmiers (injections, pansements, perfusions,…). Au niveau du Centre de Santé de Référence et de l'Hôpital, les risques couverts sont : les Consultations curatives, les actes chirurgicaux ; les médicaments essentiels de la liste nationale en vigueur au Mali ; les analyses de laboratoires, les accouchements dystociques (Compliqué) ; les frais de la chambre (séjour) ; les soins ophtalmologiques ; les soins dentaires ; les soins d'imagerie médicale et le Transport (forfait).

La mutuelle dispose d'un animateur gestionnaire. Il n'est pas officiellement engagé comme employé et n'est inscrit pas à l'INPS. Il n'a aucun contrat. Il est sortant de la Faculté de Droit Privé de Bamako. La mutuelle dépense environ 30000F de carburant par mois pour les sorties mensuelles. Selon l'animateur, la cotisation récupérée par mois varie entre 100000 et 150000F.

La mutuelle dispose d'un local de 3m[2]. Elle a reçu un lot d'équipement (ordinateur, imprimante, chaises,…) de la part de l'UTM.

Les gérants de la mutuelle estiment que cette dernière rencontre des difficultés liées aux adhésions. En effet, le taux d'adhésion est de moins de 2% de la population de la commune. Ce taux s'explique par les rivalités politiques entre leaders, l'absence de confiance aux organisations mutualistes se fondant sur l'exemple de la « tontine de Ba Diallo[4]» et la situation de pauvreté des populations. L'animateur gestionnaire joue le rôle de collecteur des cotisations.

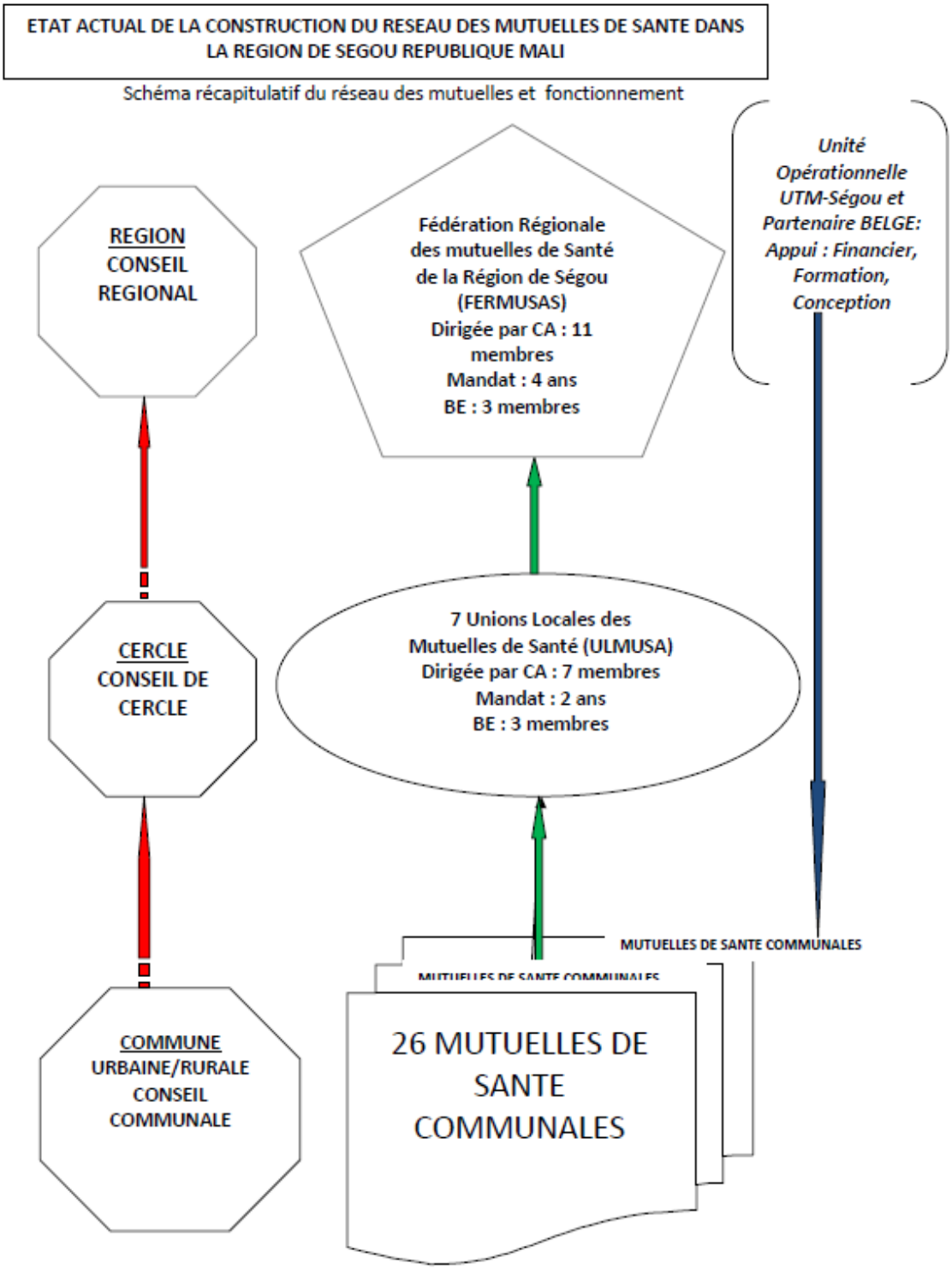
---

[3] Sa construction a débuté en 1934 et s'est achevée le 30 juin 1947

[4] Cette tontine, du début des années 1990 s'est bâtie sur une bulle spéculative, type Madov, et cette bulle a fini par exploser. Beaucoup de maliens y compris des campagnes y ont perdus leurs maigres économies.

Les besoins de la mutuelle sont entre autres une moto pour la sensibilisation, un équipement adéquat du siège et le recrutement d'un animateur gestionnaire.

Figure 4 – Schéma organisationnel des mutuelles dans la région de Ségou



b. Région de Koulikoro

La région de Koulikoro, située au centre ouest du Mali. Elle couvre une superficie de 90.210 km2 avec une population estimée à 1.815.892 habitants soit une densité de 20,12 habitants par km2 (2004)

Elle s'allonge du nord au sud sur 445 km et d'ouest en Est sur 340 km. La Région de Koulikoro est limitée :

- ✓ au Nord par la Mauritanie,
- ✓ à l'Est par la Région de Ségou et de celle de Kayes à l'Ouest,
- ✓ au Sud-Ouest par la Guinée et au Sud par la Région de Sikasso.

Elle compte sept (7) Cercles (Banamba, Dioïla, Kangaba, Kati, Kolokani et Nara) et 108 Communes dont trois urbaines (Koulikoro, Kati et Karan). L'agriculture constitue l'activité principale de la région. La capitale régionale est le siège de l'industrie navale du pays.

Cercle de Koulikoro

La population est de 226 577 habitants dont 115 554 femmes et 111 023 hommes. A l'instar des autres cercles du Mali. Le taux de mortalité maternelle est de 464 /100 000 naissances vivantes (EDS M- IV Mali). L'indice synthétique de fécondité est de 6,6. Le nombre d'enfants moyen par femme est de 7. Taux d'accroissement naturel du Cercle de Koulikoro est de 2,20%.

La région compte dix (10) districts sanitaires, 214 aires de santé et 1.903 villages.

Toutes les ethnies du Mali se trouvent dans la population du Cercle de Koulikoro. Les ethnies majoritaires sont les bamanans, les bozos, les somonos, les sonrhaïs et les dogons, etc.

L'exode temporaire est le mouvement migratoire le plus répandu et se fait le plus souvent vers Bamako et Ségou. Il concerne principalement la main d'œuvre féminine et se fait en groupes organisés. Pendant la saison sèche, les villages Tlomadio, Massala et la ville de Koulikoro reçoivent beaucoup de migrants du fait de l'exploitation de sable et de la pêche. A Tienfala, la situation est dominée par les exploitants de fermes et les pêcheurs.

Aujourd'hui, dans la région on signale 14 mutuelles (voir ci-dessous tableau récapitulatif).

Tableau 12 – Liste des mutuelles agréées de la région de Koulikoro

Dénomination de l'organisme	Adresse		Immatriculation UEMOA	Date de reconnaissance
	Cercle/ Com.	Siège		
Mutuelle Interprofessionnelle de la Santé JIGIYA	Koulikoro	Koulikoro (Kôlebougou)	1/S/2000.00009/MLI	17.5.2000
Mutuelle de Santé de NIONA "MUSAN JIGIYA - TON"	Fana	Commune urbaine (Niono)	1/S/2004.000040 /MLI	8.9.2004
Mutuelle de Santé de Kati	Kati	Kati (CS Réf)	1/S/2005.000047 /MLI	27.1.2005

Dénomination de l'organisme	**Adresse**		**Immatriculation UEMOA**	**Date de reconnaissance**
	Cercle/ Com.	**Siège**		
Mutuelle de santé Kényaton "MU.SA.K"	Kati	Ecole Fondamentale de Kalaban bougou porte 01	1/S/2005.000053/MLI	12.7.2005
Mutuelle de Sante "Varinun "	Kati	Ferme Famille Mounkoro (Kanadjiguila)	1/S/2005.000055/MLI	12.7.2005
Mutuelle du Service de Santé des Armées	Kati	Kati Direction Centrale du Centre de Santé de l'Armée	1/RD/2008.000099/MLI	24.1.2008
Mutuelle de santé "Guémin Tongué" de Boudjiguiré Nara	Nara	Boudjiguiré	1/S/2008.000109/MLI	6.8.2008
Mutuelle de santé "Kelen-ya" de Samaya (Commune du Mandé)	Kati	Samaya commune de Mandé	1/S/2009.0000124/MLI	1.6.2009
Mutuelle de santé Communale "Jamajigi" de Ouéléssébougou	Ouélésséb ougou	Ouéléssébougou cercle de Kati	1/S/2010.000130/MLI	30.3.2010
Mutuelle de santé "Djiguiya" de la commune de Niantjila	Dioïla	Commune rurale Niantjila cercle de Diola	1/S/2010.000136/MLI	16.9.2010
Mutuelle de santé "Jiguisèmè" de Nyamina	Kouliloro	Commune rurale de Nyamina	1/S/2010.000145/MLI	25.1.2011
Mutuelle de la commune rurale de Sirakorola	Koulikoro	Sirikorola commune rurale de Sirakorola	1/S/2010.000146/MLI	25.1.2011
Mutuelle de santé Néguessé COULIBALY de la commune rurale de Gouana	Kati	Gouana commune rurale d Kalaban coro	1/S/2010.000147/MLI	25.1.2010
Mutuelle de santé de la Commune Rurale de Banamba	Banamba	Commune rurale de Banamba	1/S/2012.000174/MLI	27.2.2012

Mutuelle de santé DJIGYA de Koulikoro

Depuis les années 90 des initiatives communautaires se développent. Des populations de la ville de Koulikoro se sont constituées en groupement d'intérêt économique (GIE), les femmes ont constitué le premier mouvement ou groupement qui s'est focalisé sur le recyclage des résidus de l'huilerie pour faire du savon. Elles vendaient ces produits qui leur permettaient de subvenir à la fois aux problèmes de santé de leur famille respective et aux frais de scolarisation des enfants.

Ainsi, par l'intermédiaire d'un notable de la ville, le GIE a constitué une mutuelle de santé. Elle est dénommée Mutuelle Djiguiya (Espoir) ou MUDJIGUYA de Koulikoro.

Selon les personnes rencontrées, entre 2000-2012 le partenaire français (la FNMF) a pris en charge le salaire du gestionnaire et la location du siège de la mutuelle Djiguiya (40 000 FCFA). La mutuelle compte 2000 adhérents pour 3000 bénéficiaires[5]. Selon, les représentants de la mutuelle, le démarrage de l'AMO a négativement influencé sur le taux de pénétration de la mutuelle. Car, Koulikoro est une « ville ouvrière», où sont fonctionnelles des entreprises comme : l'Industrie navale de la construction métallique (INACOM), la Compagnie Malienne de Navigation (COMANAV), l'Huilerie de Cotonnière Malienne (HUICOMA). Le personnel de ces différentes structures précitées a quitté la mutuelle DJIGUIYA de Koulikoro. La mutuelle compte aujourd'hui (en fin 2016) 912 adhérents et 2 880 bénéficiaires[6].

Relations avec les structures de santé conventionnée

Les mutualistes fréquentent l'ensemble des structures de soins conventionnées : les deux centres de santé communautaires et le Centre de référence de Koulikoro.

Les relations sont bonnes seulement dans 30% des cas selon les personnes rencontrées au cours de notre passage sur le terrain. Les relations entre la MUDJIGUYA et l'ASACO de Koulikoroba se sont estompées depuis 2014. La mutuelle a remboursée seulement 14 719 F au 3ème trimestre 2014. C'est l'unique remboursement depuis la signature de la convention entre les deux structures.

Quant au Centre de santé de référence, la mutuelle a remboursé au 2ème trimestre 2014, 79 034 FCFA. C'est aussi l'unique remboursement depuis la signature de la convention.

Cependant l'ASACO Benkady de Kolèbougou nourrit une très bonne relation avec la MUDJIGUIYA. En 2015, la mutuelle a remboursé 303 065 FCFA à l'ASACO de Kolèboubou. Ci-dessous, on a le tableau récapitulatif de l'an 2015.

Remboursement prestations/ASACO-Benkady Kolèbougou/ An 2015				
Période	1er Trimestre	2ème Trimestre	3ème Trimestre	4ème Trimestre
Montant XOF	35 063	86 344	125 940	55 718

[5] *Fin 2012, ces chiffres ont été donnés de mémoire par nos interlocuteurs.*

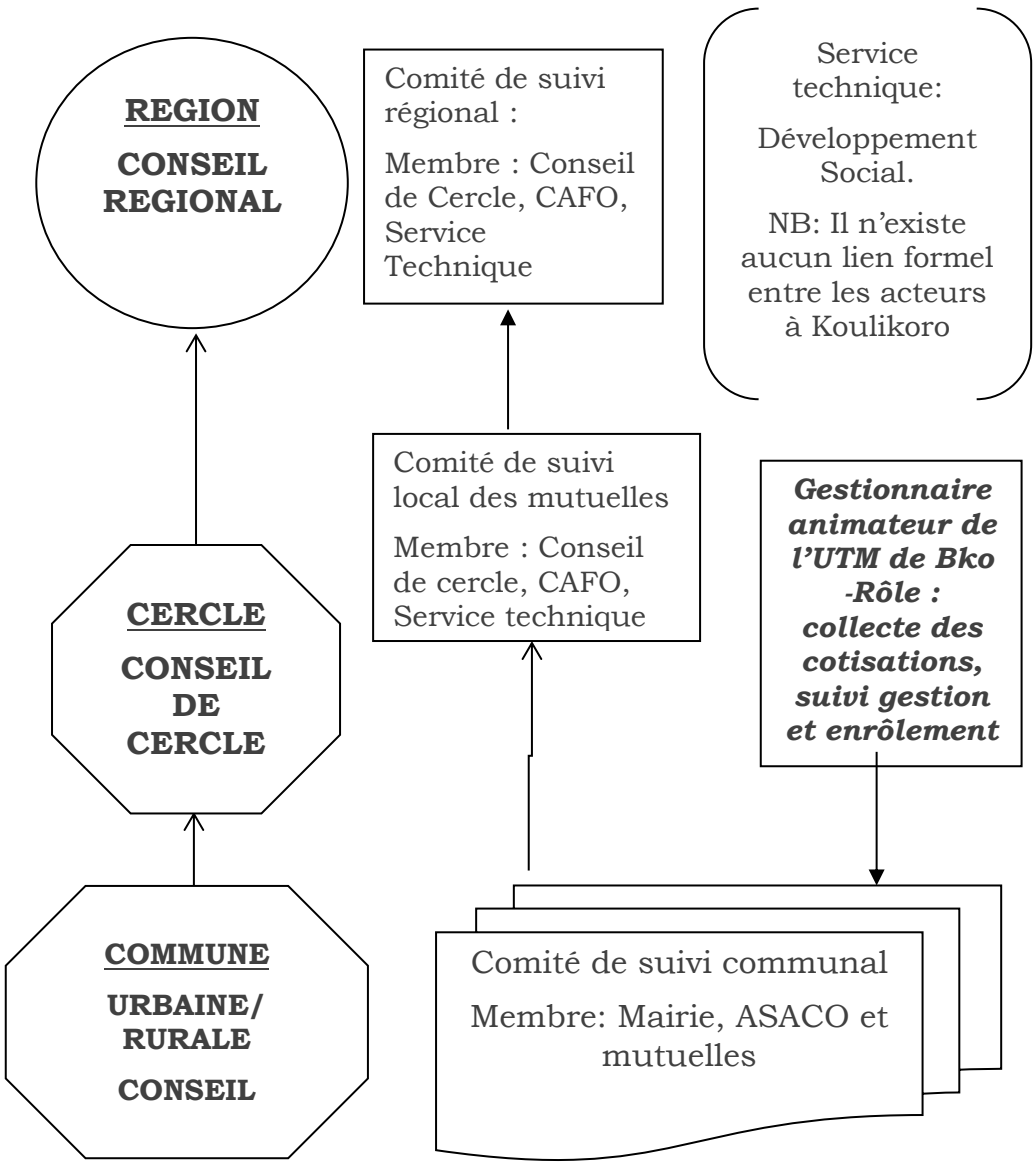
[6] *RA gestionnaire Koulikoro, décembre 2016*

Pour l'exercice 2016 la mutuelle a remboursé 451 235F l'ASACO de Benkadi de Kolèbougou, ci-dessous le tableau récapitulatif par trimestre.

Remboursement prestations/ASACO-Benkady Kolèbougou/ An 2016				
Période	1er Trimestre	2ème Trimestre	3ème Trimestre	4ème Trimestre
Montant XOF	75 353	122 869	151 129	101 884

En somme, à Koulikoro, les relations entre la mutuelle et les structures de soins conventionnées ne sont pas des meilleures. La mise en œuvre des prestations de l'AMO a eu une conséquence négative sur le taux d'adhésion de la mutuelle. Aujourd'hui, le secteur de l'exploitation du sable reste une opportunité pour la MUDJIGUYA. Il faut souligner que cette population est flottante ou saisonnière.

Figure 5 – Schéma récapitulatif de l'extension de la couverture maladie



c. Forces et faiblesses de la dynamique dans les deux régions

Le support assuré par l'unité technique opérationnelle constitue un avantage pour la région. Cet organe intervient dans la sensibilisation, la formation, la réalisation d'études faisabilité et la mise en place des mutuelles.

La région est économiquement bien pourvue, comparée aux régions désertiques du nord. La population agricole exploite les riches terres du fleuve Niger, sous l'encadrement de l'Office du Niger. Cette base populationnelle constitue donc un vivier pour une bonne organisation de la mutualité.

Cependant, malgré ces atouts, on note quelques limites :

- Les actions de sensibilisation à l'endroit des secteurs informel et agricole sur les alternatives possibles (notamment la mutualité), ne sont pas suffisantes. Par exemple, les spots sur la mutualité ne sont pas suffisamment diffusés sur le réseau ORTM.
- Non prise en compte des fonctionnaires qui servent dans les communes et village par les mutuelles. Selon un Médecin du CSRef de Ségou : « *Par exemple, la commune de Farako se trouve sur la rive gauche du Niger. Si les salariés sont malades, ils pèsent le pour le contre. Si la maladie est un simple paludisme, ils préfèrent se traiter au CSCom de la localité. Ce choix est fait pour éviter une double peine : il évite le risque de naufrage lors de la traversée du fleuve et les dépenses des frais de transport et des médicaments. Ils préfèrent le paiement total des frais de soins que de venir utiliser leur carte AMO au CSRef de Ségou. Ils traversent le fleuve en une seule condition quand le mal nécessite une analyse biomédicale*».
- L'opportunité que constituent les pôles de production n'est pas exploitée pour la mise en place des mutuelles de santé dans le secteur agricole et ainsi étendre la couverture.

III. Cas du Sénégal

1. Evolution du mouvement mutualiste

L'émergence des mutuelles de santé au Sénégal remonte à la fin des années 60, suite au retrait progressif de la puissance coloniale du système de santé. On analyse généralement leur développement en 4 phases : une phase de naissance des premières expériences mutualistes avant 1994, une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998, et une phase d'engagement entre 1998 et 2012 qui a vu l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté nationale et de la communauté internationale, dans la promotion et le développement des mutuelles de santé, puis la phase de mise en œuvre de la CMU à partir de 2012, qui voit un engagement fort de l'Etat sénégalais.

La phase de naissance des premières expériences mutualistes est initiée en milieu urbain sénégalais avec la création en 1973 d'une mutuelle de santé par les travailleurs de la SOCOCIM. Celle-ci sera dissoute avec l'avènement des IPM en 1975 : elle est en train d'être réactivée en 2003 avec l'appui de la Mutualité Française. La seconde initiative en milieu urbain viendra des corps constitués avec la création en 1985 de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise. Il faudra attendre cinq ans après pour voir la naissance d'une mutuelle de santé en milieu rural avec la création de la mutuelle de santé de Fandène, appuyé par le Diocèse de Thiès et l'hôpital St Jean de Dieu. Celle-ci sera suivie entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de Fandène, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propre mutuelle de santé *(effet de démonstration par les paires*)

La deuxième phase, entre 1994 et 1998, marque la diffusion de la mutualité vers les autres régions du pays où commencent à naître des mutuelles et où également d'anciens systèmes de type communautaire et fonctionnant sur des principes d'entraide et de solidarité commencent à être codifiés, pour se transformer en mutuelles de santé. Cette phase est surtout marquée par les actions du programme ACOPAM/BIT qui s'investit pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste. Durant cette période, le CESAG commence à développer des études pour analyser ces systèmes afin de mieux faire connaître leur fonctionnement et leur portée. Dans la région de Dakar, l'appropriation progressive du principe de la mutualité se traduit par la mise en place de mutuelles en s'appuyant sur le capital social et les capacités d'organisation du mouvement associatif : enseignants, associations communautaires, groupement féminins, groupements d'épargne et de crédit (*schéma de micro-finance*). Les mutuelles d'enseignants ont joué le rôle de locomotive du développement mutualiste dans la région de Dakar.

La troisième phase faisant suite à la plate-forme d'Abidjan à partir de 1998. Cette phase est marquée par un fort engouement des populations et des organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes, appuyé par une volonté politique de l'Etat, qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé, la CAMICS. Depuis 1998, les programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF, GTZ et ENDA-GRAFF ont fortement contribué à la diffusion des connaissances en matière de mutualité à travers la publication de brochures d'information, de manuels, l'organisation d'ateliers de formation et de journées de sensibilisation, en appui à la politique définie par le Gouvernement du Sénégal. Cette phase marque le début d'un processus de structuration du mouvement

mutualiste au Sénégal, avec le développement de systèmes de support pour appuyer la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé. Elle s'est traduite par l'accélération du développement des mutuelles de santé : par exemple, dans la région de Dakar, le nombre de mutuelles passant de 12 en 1999 à 52 en 2003, soit une multiplication par 4 en quatre ans ; dans la région de Thiès, 20 des 39 mutuelles de santé que compte la région ont été mises en place entre 2000 et 2003.

Enfin la quatrième phase constituée par un engagement fort de l'Etat sénégalais avec l'objectif de la Couverture Maladie Universelle. Cette phase a vu la mise en place du cadre juridique des mutuelles de santé qui est défini par la Loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 et le règlement n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Union économique et monétaire ouest-africain (UEMOA). Elles concernent tous ceux qui ne sont pas éligibles aux régimes obligatoires d'assurance maladie, soit près de 80% de la population sénégalaise.

Ainsi, au cours de l'évolution du processus du développement des mutuelles de santé au Sénégal, on peut tirer quelques enseignements :

- La légitimité des promoteurs des mutuelles de santé est importante pour l'acceptabilité et le développement des mutuelles de santé (actions de l'hôpital St Jean de Dieu et du Diocèse de Thiès) ;
- L'effet de démonstration par les paires peut servir de mécanisme efficace d'apprentissage pour la fondation de nouvelles mutuelles de santé et l'extension des mutuelles de santé (essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès se fondant sous le modèle de Fandène);
- Le leadership du développement des mutuelles peut émerger des organisations du mouvement associatif local (rôle de locomotive des mutuelles d'enseignants dans la région de Dakar) ;
- Les études, la recherche et l'assistance technique peuvent jouer un rôle catalyseur dans la promotion et le développement des mutuelles de santé ;
- L'implication progressive de l'Etat.

2. Lois et règlements en vigueur

Avant la loi sénégalaise du 04 juin 2003 relative aux mutuelles de santé et son décret d'application n°423 du 27 avril 2009, les mutuelles de santé confectionnaient des textes statutaires et leur règlement intérieur grâce à l'appui des partenaires techniques (BIT/Coopération Belge). En effet, plusieurs ateliers ont été tenus entre 1998 et 2003 pour aider les acteurs dans l'acquisition des connaissances. La loi 2003 a permis de mettre en place un cadre juridique adéquat par la codification des modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles de santé et de leurs regroupements. En effet, le statut associatif classique ne convenait pas à la mutuelle de santé qui, tant du point de vue de ces principes de base, de ses valeurs que de son mode de fonctionnement, se différencie de ces associations. Ainsi, l'identité mutualiste a pu trouver une traduction juridique spécifique et la loi 2003 apparaît par excellence comme l'instrument et l'acte qu'il faut pour consacrer cette nouvelle catégorie.

L'harmonisation des textes dans l'espace UEMOA visant à rationaliser le système de protection sociale en expansion par la mise en place d'un cadre juridique spécifique, est apparu avec le Règlement N°07/2009/CM/UEMOA, qui fixe les principes fondamentaux régissant la mutualité sociale. Ce Règlement fixe la date

d'application à compter du 1er juillet 2011, à l'exception de certaines dispositions portant sur la création d'un **organe administratif**, un **registre national d'immatriculation** et un **fonds de garantie**. Plusieurs dispositions du règlement ont été adoptés et mises en œuvres portant sur :

- Les modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutualités sociales et de leurs structures faitières ;
- Les règles prudentielles portant sur les risques courts, aux mécanismes de garantie et au contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faitières ;
- Le plan comptable des mutuelles sociales.

Cependant, par rapport aux dispositifs prévus dans le cadre d'une harmonisation de l'architecture institutionnelle des Etats membres, certains n'ont pas encore été adoptés. Il s'agit de l'organe administratif de la mutualité, le fonds national de garantie et le registre d'immatriculation des mutuelles de santé. Certes, les travaux sur le registre d'immatriculations ont été bouclés, il reste à être adopté.

3. Les organisations mutualistes au Sénégal

a. Typologie des mutuelles de santé au Sénégal et situation actuelle

Dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle, **on décompte 673 mutuelles de santé au Sénégal au 31 décembre 2016**. Cette situation a été facilitée par l'exécution du plan stratégique nationale avec l'extension de la couverture maladie universelle à travers la mise en œuvre du projet de décentralisation de la couverture assurance maladie (DECAM), au niveau de chaque région sur base d'une étude de faisabilité[24]. A la suite de la création des mutuelles de santé, **quarante-cinq (45) unions départementales** ont été créées grâce à l'appui de l'Agence de la couverture maladie universelle.

Outre la création des mutuelles de santé, les administrateurs de mutuelles de santé ont bénéficié de formation portant sur la gestion administrative, comptable et financière. Et le cadre de la gestion quotidienne de leurs structures respectives, les outils de gestion de base ont été remis aux mutuelles qui ont participé à ces sessions de formation. Ainsi, toutes les mutuelles du Sénégal disposent d'outils de gestion :

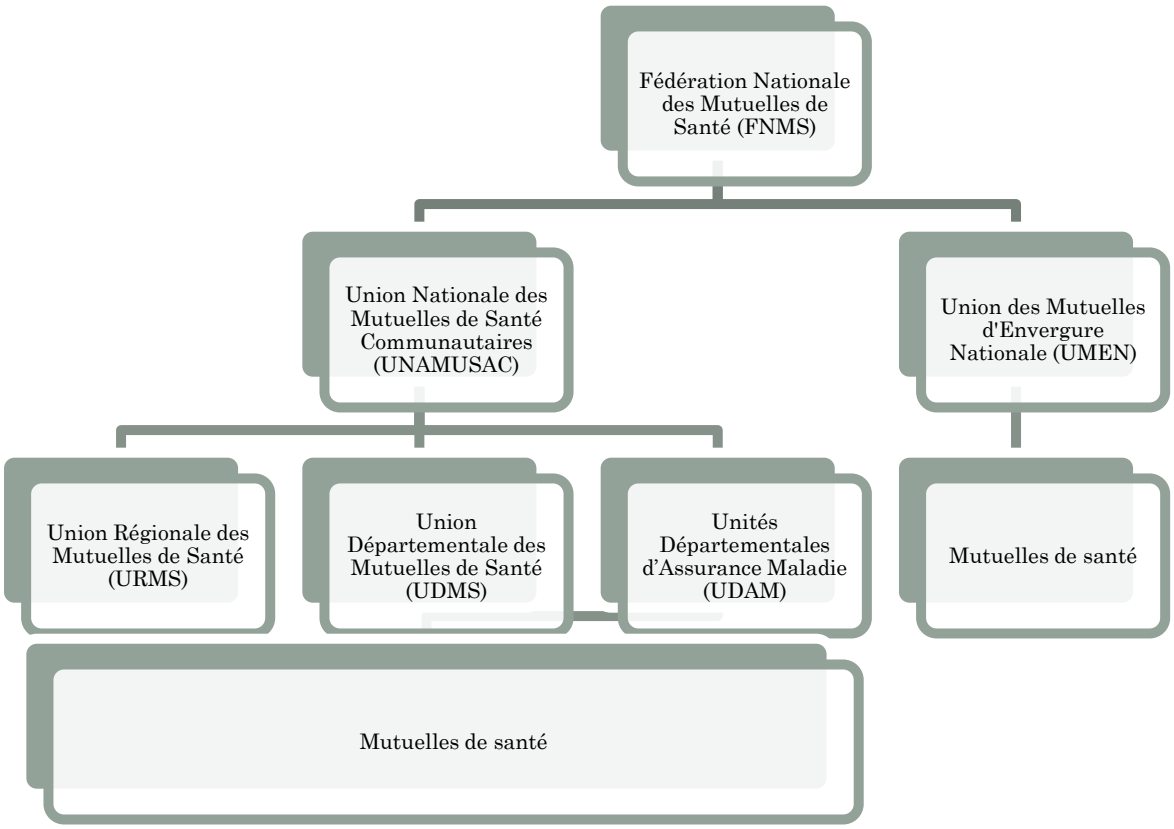
- Registre des adhérents ;
- Registre des bénéficiaires ;
- Registre des prestations ;
- Livre journal de caisse et de banque ;
- Registre de suivi budgétaire ;
- Registre des cotisations.

Dans le dispositif organisationnel, la création des unions régionales et de l'union nationale des mutuelles communautaire, est antérieure à la mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017.

b. Les réseaux et structures faîtières

L'organisation des mutuelles de santé se présente comme suit :

Tableau 13 – Organisation des mutuelles de santé communautaires et réseaux au Sénégal



Les réseaux départementaux ou unions départementales des MS

Le réseau départemental ou union départementale (UDMS) regroupe des mutuelles de santé communautaires implantées dans l'ère géographie d'un département. Elle est une instance importante dans l'architecture de mise en œuvre de la CMU de base, à travers les mutuelles de santé. Il s'agit d'une structure faîtière fédérant les mutuelles de santé communautaires, dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont prévues par la réglementation. Dans sa configuration actuelle, toutes les MS appartiennent à un réseau départemental en conformité avec le découpage administratif. Au Sénégal, on dénombre 45 réseaux départementaux, 14 unions régionales et une union nationale des mutuelles de santé communautaires. L'affiliation à un réseau départemental, en grande partie installé au dernier trimestre 2016, est une condition pour bénéficier de l'aide de l'Etat. C'est l'Agence de la couverture maladie universelle qui en est l'initiateur. Dans la mise en place, des positionnements ont été notés mais le consensus a prévalu. En effet, durant la formation en gestion administrative, comptable et financière qui a précédé l'installation du réseau, des leaders ont émergés, ce qui a facilité le choix des responsables.

Composition de l'Union départementale

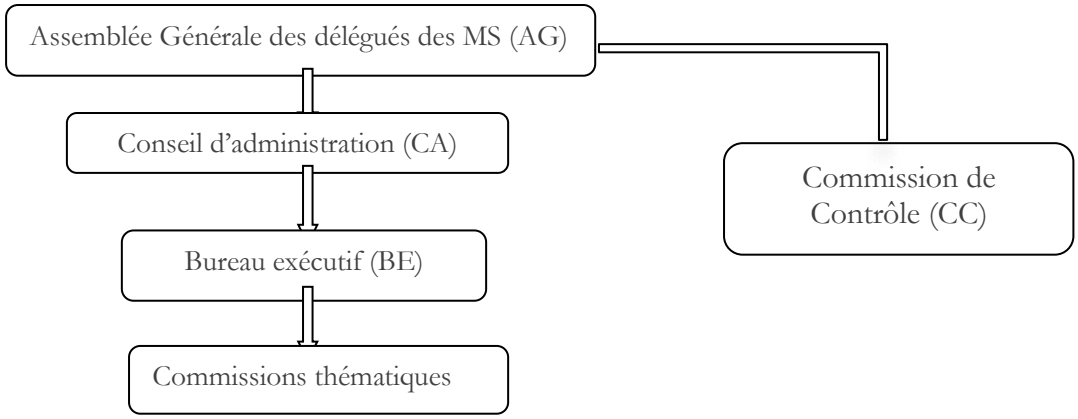
L'Union départementale est composée des représentants de toutes les mutuelles de santé communautaires du département. Les représentations départementales des mutuelles d'envergure nationale peuvent intégrer l'Union départementale. Cependant elles ne sont pas éligibles aux organes de l'union et n'ont pas la qualité d'électeur.

Organisation de l'Union départementale

L'Union Départementale a les mêmes organes qu'une mutuelle de santé, à savoir :

- une Assemblée Générale
- un Conseil d'Administration
- une Commission de contrôle
- un Bureau Exécutif.

Tableau 14 – Schéma d'organisation des MS/UD/UR/UN



Pour mener à bien ses missions, l'Union Départementale va se doter d'une Unité Technique de Gestion composée d'un personnel salarié qui l'appui dans l'exécution de ses missions.

Méthodologie de mise en place d'un réseau départemental des MS

La mise en place du réseau des mutuelles de santé a fait l'objet d'échanges avec les acteurs pour discuter sur les étapes du déroulement de l'AG constitutive. C'est ainsi qu'une journée préparatoire a été proposé par l'Agence de la couverture maladie universelle en vue d'échanger sur les modalités pratiques, les enjeux et surtout les attentes.

Organisation de la journée préparatoire de l'A.G constitutive

Il s'agit de l'organisation d'un atelier d'orientations pour partager la méthodologie de mise en œuvre du processus de désignations des membres des différents organes. Elle est organisée dans chaque département.

Première étape : désignation d'un facilitateur qui doit procéder à :

1) la vérification des accréditations ;
2) l'établissement de la liste par mutuelle de santé :
   - ✓ des membres de l'AG
   - ✓ des membres du CA ;

3) le partage des projets de textes de l'union départementale (en insistant sur les missions, les fonctions, l'unité technique de gestion, les organes de l'union, les modalités de représentation des mutuelles dans les instances de l'union ;
4) la fixation d'une date et du lieu de l'Assemblée générale constitutive ou de renouvellement/réaménagement de l'union départementale ;
5) la définition des modalités d'organisation.

Participants à cet atelier d'orientation :

- Le Préfet (1) qui préside l'atelier d'orientation
- Deux représentants par mutuelle de santé dont le président de la mutuelle
- Le Médecin-Chef de District ou son représentant
- Le Conseil Départemental (1).

Deuxième étape : La tenue de l'Assemblée Générale Constitutive de l'union départementale.

L'Assemblée Générale Constitutive est supervisée par le Préfet du département, appuyé par une équipe technique de l'Agence de la CMU et des PTF.

Tableau 15 – Modalités de mise en place de l'union départementale

ORGANE	TAILLE ET REPRESENTATION PAR MUTUELLE DE SANTE	REGLES DE DESIGNATION
Assemblée Générale	2 délègues par mutuelle de santé	Elus parmi les membres du bureau Exécutif de la mutuelle de santé
Conseil d'Administration	1 membre par mutuelle de santé (taille du CA égal au nombre de mutuelle de santé du département)	Choisi par le Bureau de la mutuelle de santé.
Bureau Exécutif	1 Président, 1 ou 2 vice-présidents, SG et SG adjoint, TG et TG Adjoint si possible, veiller à ce que le nombre choisi ne dépasse la moitié du CA.	Les membres sont élus par CA
Commission de Contrôle	3 ou 5 membres en fonction de la taille de l'Union	Les membres sont élus par l'AG par consensus ou vote.

Recommandations : Avant la date retenue pour l'Assemblée Générale de l'union, chaque mutuelle de santé membres doit tenir une réunion du Bureau Exécutif pour la désignation de ses deux (2) délégués. Les délégués désignés doivent venir à l'Assemblée Générale avec l'accréditation de leur mutuelle de santé.

Condition d'éligibilité des MS au réseau départemental des MS

Les conditions à remplir pour adhérer à une union départementale

- Accepter de se soumettre aux statuts et au règlement intérieur ;
- Disposer d'un agrément délivré par le ministre de la santé et de l'action sociale ;
- Payer les droits d'adhésion dont le montant est fixé par le règlement intérieur.

Les droits d'adhésion sont variables d'une union à une autre et se situent dans une fourchette entre 10 000 CFA et 20 000 FCFA. La cotisation peut être fixe (entre 20 000 FCFA et 50 000 FCFA) ou variable par l'application d'un taux (entre 2% et 5% des recettes de la mutuelle). La cotisation variable est prélevée sur les cotisations perçues et doit être versé selon un échéancier.

Composition du dossier d'adhésion

Au moment de leur adhésion, les mutuelles de santé doivent déposer au siège de l'Union Départementale :

- La fiche d'adhésion dûment remplie ;
- La copie de l'agrément ou le récépissé de dépôt ;
- Le procès-verbal de l'assemblée générale constitutive ou de la dernière assemblée générale accompagné de la liste de présence ;
- Les copies des textes statutaires (statuts et règlement intérieur) ;
- La fiche récapitulative des adhérents et des bénéficiaires à jour;
- Les copies des conventions de prestations de soins ;
- Le relevé d'identité bancaire du compte de la mutuelle de santé.

L'union régionale et ses organes

Les organes de l'union régionale sont identiques à ceux des MS et UD des mutuelles de santé :

- L'assemblée générale des délégués des unions départementales,
- Le conseil d'administration (CA),
- Le bureau exécutif (BE),
- La commission de contrôle (CC).

En cas de besoin, l'Union peut créer des commissions techniques.

c. L'Unité Technique de Gestion

Elle a pour mission de :

- assister l'Union départementale dans la gestion des prestations (conventions avec les prestataires, gestion du paquet complémentaire, suivi des risques) ;
- accompagner l'Union départementale dans la gestion des subventions (constitution des dossiers, modalités de répartition, suivi) ;
- tenir la comptabilité de l'Union départementale sur la base d'une délégation de pouvoirs du trésorier de l'union départementale ;
- établir les rapports techniques et financiers, les propositions de budgets et les états financiers de synthèse, les plans d'action annuels ;
- accompagner l'Union dans le suivi et la supervision des mutuelles de santé membres ;
- assurer la vérification et validation des données.

L'Unité Technique de Gestion Travaille en collaboration avec le Bureau Exécutif sous la supervision du Conseil d'Administration de l'Union départementale et peut employer plusieurs personnes.

4. Le développement de la CMU au Sénégal

Le diagnostic, fait par les acteurs en 2002 durant le processus participatif d'élaboration du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), avait permis d'identifier la faiblesse, voire l'absence de protection sociale comme un des

facteurs de basculement des ménages dans la pauvreté. Ainsi, les chocs qui parfois affectent les ménages, tels que les problèmes de santé, les événements du cycle de vie associés à la naissance, à la vieillesse et à la mort, les risques sociaux associés au crime et les risques économiques tels que les faillites ou la perte des emplois de l'émigration sont souvent durement ressentis par les ménages pauvres.

Les comptes nationaux de la santé de 2013 ont montré que les ménages contribuent au financement du système de santé à hauteur de 43% de la Dépense Nationale de Santé dont 11% seulement sont constituées de cotisations à des systèmes d'assurances et 89% de paiements directs. La part importante des paiements directs constitue un lourd fardeau supporté par les ménages pour faire face à leurs soins de santé. Ainsi, les dépenses de santé peuvent avoir pour les ménages vulnérables et à faible capacité financière, des répercutions sur leur qualité de vie en raison de la perte de revenu qu'entraine la maladie. Aussi certains ménages renoncent à utiliser les services en raison du coût élevé des paiements directs ou des charges y afférentes. C'est pourquoi, le Gouvernement du Sénégal, conscient de cet état de fait, a érigé la Protection Sociale au rang des priorités et a défini des orientations stratégiques pour lutter contre la vulnérabilité des ménages et les inégalités sociales.

a. La stratégie nationale de protection sociale

L'adoption de la stratégie nationale de protection sociale (SNPS) en 2005, traduit la volonté du Gouvernement à réduire l'impact des chocs qui menacent directement la vie des populations, notamment les groupes les plus vulnérables et de favoriser l'accès des couches les plus défavorisées de la population aux services sociaux de base. Et, en 2012 le Gouvernement du Sénégal a créé la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN)[25] qui est un instrument institutionnel pour coordonner le suivi de la mise en œuvre la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS). La DGPSN assure les fonctions de mise en place d'un système de protection sociale intégrée permettant à chaque Sénégalais d'être un véritable acteur du développement économique et social. A ce titre et dans le cadre de ses missions, la DGPSN assure la mise en œuvre des programmes de Bourse de Sécurité.

Articulation de la CMU et la lutte contre la pauvreté

Le Plan Sénégal Emergent (PSE) adopté au mois de février 2014 qui constitue le nouveau cadre de référence du Gouvernement pour accélérer la croissance, a relevé les enjeux de la protection sociale et défini des actions prioritaires en vue d'apporter des réponses rapides et appropriées aux chocs qui fragilisent les ménages et segments les plus vulnérables de la population. Le changement de paradigme dans la mise en œuvre de la politique économique et sociale, appelle à une réactualisation de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS), pour permettre une meilleure articulation avec les orientations du PSE. En effet, le paiement direct des prestations entraine les ménages vulnérables dans ***un cercle vicieux Pauvreté et Santé***. C'est pourquoi, une articulation Couverture Maladie Universelle et Bourse de Sécurité Familiale, a été faite.

b. Le Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle

D'abord, la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie adoptée en 2008, s'était fixée comme objectif de porter le taux de couverture de 20% à 50%[12]. Ainsi, en septembre 2013, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a adopté un Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie (PSD-CMU) 2013-2017 conformément à la volonté du gouvernement du Sénégal. L'objectif de ce programme est d'atteindre une couverture maladie pour au moins 75% de la population à l'horizon 2017 (et qui sera relevé à au moins à 80% en 2021) avec un accent particulier au secteur informel et au monde rural. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, a été annoncé le démarrage de la phase de démonstration du projet Décentralisation et Assurance Maladie travers le développement des mutuelles de santé (14 départements pilotes en raison d'un département par région). Des innovations majeures sont introduites :

- Subventions de l'Etat,
- Extension du paquet de soins,
- Renforcement de la réglementation.

Ensuite, la couverture maladie universelle initiée en 2013, est une résultante des actions traduisant un processus de maturation des efforts des acteurs dans leur persévérance à faire des problèmes de santé, une préoccupation majeure des populations. Elle vise à réduire les inégalités dans l'accès aux soins de santé à travers une forte implication de l'Etat. Ainsi, le Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle (PSD-CMU) 2013-2017 s'articule autour des axes stratégiques suivants :

- Le développement de la CMU de base **à travers les mutuelles de santé** ;
- La réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)[26] ;
- Le renforcement des politiques de gratuités existantes ;
- La mise en œuvre de la nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (05) ans.

L'objectif de ce programme est d'atteindre une couverture maladie pour au moins 75% de la population à l'horizon 2017, avec un accent particulier au secteur informel et au monde rural. Pour atteindre cet objectif général, un Plan d'Action 2013-2017, avec des objectifs spécifiques sont déclinés :

- Mettre en place un environnement juridique et institutionnel favorable pour stimuler l'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel et le monde rural;
- Renforcer les capacités techniques des acteurs de développement pour soutenir l'extension de la couverture maladie dans le secteur informel et le monde rural dans toutes les régions du pays;
- Etendre progressivement la couverture maladie universelle à travers la mise en œuvre du projet décentralisation de la couverture assurance maladie (DECAM) au niveau de chaque région;
- Renforcer l'interface entre les mutuelles de santé et les filets sociaux pour étendre la couverture maladie aux indigents et aux groupes vulnérables.

Les résultats obtenus dans le cadre de ce plan :

- La généralisation des mutuelles de santé conformément au projet du DECAM est en cours depuis novembre 2016 ;

- Les réseaux départementaux ont été effectivement installés avant décembre 2016.
- Le processus de prise en charge des ménages vulnérables a débuté dans plusieurs départements ;
- L'Etat finance la mise en œuvre du programme ;
- Le paquet de soins a été élargi.

Dans le cadre du déroulement de ce programme, des étapes ont été annoncés. Il s'agit :

- du renforcement des mécanismes de financement pour sa pérennisation à travers la mise en place de la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU) ;
- de la mise en œuvre du plan de communication sur la CMU ;
- du développement d'une approche multisectorielle ;
- du renforcement de l'offre de soins ;
- de l'identification et le ciblage des bénéficiaires de la CMU,
- de la mise en place d'un bon système d'information et de gestion du programme.

c. Paramètres fondamentaux de l'assurance maladie dans le cadre de la CMU

Les paramètres fondamentaux qui sous-tendent l'accès aux soins de santé sont les suivants:

- Une politique d'adhésion ouverte aux familles ou groupes de personnes et exceptionnellement les personnes seules, résidant dans la collectivité de base ;
- L'adhésion est acquise après le versement de droits (variable selon les zones) généralement 1.000 FCFA, et ouvre les droits à la participation à l'AG constitutive ;
- La cotisation annuelle est de 7 000 F CFA par bénéficiaire membre, dont la moitié est supportée par l'Etat ;
- La part du bénéficiaire donne droit au paquet de base qui se limite aux postes de santé, centres de santé et prestataires privés;
- La part de l'Etat, géré par l'Union départementale ou l'union régionale, donne droit au paquet complémentaire (hôpital) ;
- Le malade ne peut se rendre que dans une structure avec laquelle la mutuelle a signé une convention ;
- Le malade se muni d'un carnet de santé, et éventuellement d'une lettre de garantie justifiant le droit aux soins ;
- Les titulaires de bourse de sécurité familiale accèdent à 100% des paquets offerts par les MS, après versement de la contrepartie de l'Etat (10 500 F CFA par bénéficiaire qui couvre les droits d'adhésion et les frais des photos)
- Le respect de la période d'observation ou d'attente (1 mois pour les cotisations annuelles et deux mois pour les cotisations semestrielles).

d. Fonctions et instances de mise en œuvre de la CSU (architecture)

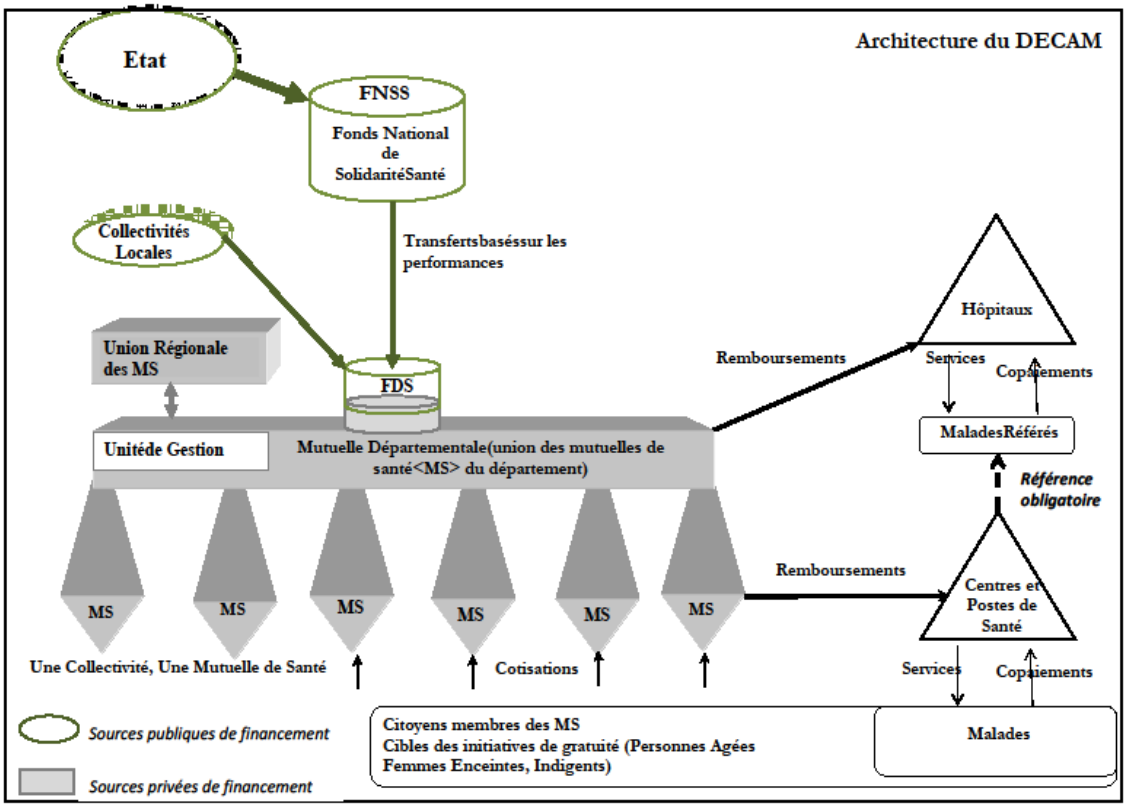
L'architecture de la CMU se compose comme suit :

- une Agence centrale,
- 4 régimes : (i) les fonctionnaires gérés par l'Etat, (ii) les salariés gérés par les IPM, (iii) les mutuelles pour le secteur agricole et l'informel ainsi que (iv) les politiques de gratuités.

Les deux premiers régimes sont des régimes obligatoires et qui ont fait l'objet de restructuration dans le cadre de la CMU.

Le secteur informel et agricole sont couverts par un régime volontaire, mais incitatif car l'Etat couvrant 50% de la cotisation[27]. L'Etat couvre 100% des cotisations des indigents et les affilient aux mutuelles de santé[28]. C'est dire que tout comme au Mali, le mouvement mutualiste occupe une place prépondérante dans le cadre de la CMU. Le Sénégal a développé une approche spécifique pour couvrir le secteur informel et agricole « la stratégie Décentralisation et Extension de la Couverture de l'Assurance Maladie (DECAM) », qui vise l'accessibilité des cotisations pour les ménages bénéficiant des mesures de subventions de l'Etat et l'amélioration de l'attractivité des paquets des services des mutuelles de santé, articulée autour de trois objectifs (extension des paquets de services pour couvrir les soins et services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, inclusion des prestataires privés, augmentation des taux de prise en charge pour réduire les niveaux de contribution des bénéficiaires).

Le dispositif organisationnel de l'initiative DECAM s'articule autour de trois niveaux : une mutuelle de santé communautaire au moins dans chaque commune ; une union départementale des mutuelles de santé dans chaque département et une union régionale dans chaque région. Les mutuelles de santé communautaires et les unions de mutuelles de santé remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions du financement de la santé aux niveaux local, départemental et régional.



L'architecture du développement du mouvement mutualiste pour la couverture maladie universelle est assez superposable à celle du Mali. Cependant, on note les différences suivantes :

- les décisions politiques et juridiques ont déjà été prises au Sénégal,
- un fonds National de Solidarité Santé doit être créé, en attendant le trésor public apporte directement les ressources à l'Agence CMU ;
- La prise en charge des indigents se fait au travers des mutuelles, ce qui a l'avantage de réduire la stigmatisation ;
- La subvention de la cotisation est faite à l'Union et non à la mutuelle puisqu'il s'agit de prendre en charge le PCA au niveau hospitalier, cela paraît mieux indiqué et d'ailleurs le rapport d'évaluation de la phase pilote au Mali a mis l'accent sur le fait que les mutuelles qui reçoivent les subventions se contentent d'utiliser cet argent au lieu de recouvrer les cotisations.

5. Rôle actuelle des mutuelles de santé dans la CMU

L'évolution des missions des mutuelles de santé

La mission des mutuelles sociales consistait à porter le projet sociétal mutualiste fait d'engagements à travers la mise en exergue des valeurs sociétales d'entraide et de solidarité. Ce faisant, elle a en charge la sensibilisation des populations, le plaidoyer auprès des autorités locales, le recrutement des membres et la collecte des cotisations des membres. Elle est responsable de la prise en charge du ***paquet de bénéfices de base***, y inclus les soins offerts au niveau des postes et des centres de santé. Les risques couverts dans le paquet de base sont mis en commun et partagés à l'ensemble des membres de la mutuelle sociale. Les mutuelles entretiennent des relations contractuelles avec les postes de santé et des centres de santé.

Dans le cadre la mise en œuvre de la CMU, la MS collabore avec les responsables des organisations communautaires de base, les chefs de quartier et de village, et les responsables de la collectivité locale à l'identification des indigents et des groupes vulnérables éligibles à une prise en charge gratuite. Elle établit des carnets de membres pour les indigents, les groupes vulnérables et les bénéficiaires de carte d'égalité des chances dont la prise en charge est assurée par la collectivité, l'Etat ou une tierce personne.

Selon la réglementation en vigueur et dans l'optique du DECAM, les mutuelles sociales adhèrent librement à l'union départementale des mutuelles sociales et contribuent proportionnellement à leur nombre de bénéficiaires à jour respectifs, au second niveau de garantie départementale. Une mutuelle sociale peut bénéficier des transferts de l'agence de la CMU à travers l'union départementale des mutuelles de santé communautaires.

a. Les missions de l'union départementale des mutuelles de santé

Dans l'architecture de la CMU, l'Union départementale assure des missions importantes dans le cadre de la prise en charge médicale des bénéficiaires et de l'accompagnement technique des mutuelles de santé membres. Elle joue un rôle assurantiel de second niveau pour l'accès aux prestations hospitalières. Elle exerce les missions suivantes:

- La prise en charge du paquet complémentaire (niveau hôpital) dans le cadre de la mise en commun des gros risques ;

- La gestion des relations contractuelles avec les hôpitaux régionaux ;
- La gestion des subventions allouées aux mutuelles de santé membres;
- La gestion de services communs pour les mutuelles de santé membres à travers l'unité technique de gestion (UTG);
- L'assistance technique aux mutuelles de santé dans la mise en œuvre de certaines missions;
- Le renforcement des systèmes d'administration, de gestion et de suivi-évaluation des mutuelles de santé ;
- La sensibilisation et le plaidoyer sur la mutualité auprès des autorités départementales ;
- La représentation des mutuelles de santé membres dans les instances départementales et la défense de leurs intérêts matériels et moraux ;
- L'intermédiation sociale entre les mutuelles de santé communautaires et les partenaires au niveau du département ;
- L'exercice de toutes les autres missions qui lui seraient confiées par les pouvoirs publics dans le cadre de la politique de couverture maladie universelle.

b. Les unions régionales de mutuelles de santé

Les unions régionales constituent un deuxième maillon de la chaine de solidarité à l'échelle régionale. Seule, l'union régionale de Kaolack dans sa vocation de gestionnaire de risque au deuxième degré en prenant en charge les médicaments de spécialité et les gros risques (hospitalisation) a expérimenté cette fonction bien avant l'événement de la couverture maladie universelle. Cette situation n'a pas évoluée et a été renforcée du fait de son expérience et elle gère le paquet complémentaire. Les missions dévolues aux unions régionales sont les suivantes :

- De regrouper les mutuelles de santé, les autorités locales, les prestataires de soins, les partenaires au développement autour des enjeux de développement de la mutuelle de santé (cadre de concertation et d'écoute) ;
- De susciter et/ou soutenir les initiatives d'auto promotion des mutuelles de santé développées dans la région ;
- De constituer un cadre de concertation, d'échange d'expérience, d'élaboration et de mise en œuvre de plans de développement des mutuelles de santé ;
- De contribuer à la réalisation des projets et initiatives d'appui aux mutuelles et veiller à leur articulation avec les orientations régionale, communale ou rurale (coordination et animation des activités à l'échelle régionale) ;
- De constituer un interlocuteur privilégié pour toute intervention liée à des actions d'appui aux mutuelles dans la région, en relation avec les autorités locales ;
- De relayer l'information et la communication entre l'autorité locale, les prestataires de soins, les partenaires au développement et les mutuelles de santé ;
- De favoriser la création de mutuelles zonales servant de cadre de concertation au niveau local (réseau de district par exemple) ;
- D'aider à la constitution des mutuelles de santé partout où le besoin se fait sentir en mettant à la disposition des promoteurs son expertise ;
- De soutenir les mutuelles dans la mise en œuvre de certaines missions qu'elles n'ont pas les moyens d'assumer individuellement, en organisant à leur intention un service commun ;

- De constituer une interface de négociation avec les partenaires des mutuelles, les prestataires notamment en vue de l'obtention de meilleures conditions de prix et de qualité ;
- De représenter les mutuelles auprès des tiers : collectivités locales, puissance publique, acteurs de développement ;
- D'assurer la défense des intérêts matériels et moraux des mutuelles de santé membres.

Les relations entre mutuelles de santé et l'union régionale
L'Union est une structure d'animation du développement des mutuelles de santé, elle ne doit exister que pour les mutuelles de santé constituantes.

A ce titre, elle doit :
- Assurer le suivi des mutuelles de santé individuellement,
- Faire la situation de la mutualité dans la région au moins tous les semestres,
- Apporter un appui technique aux mutuelles de santé en difficultés,
- Préparer chaque année l'élaboration d'un plan d'action de développement des mutuelles de santé,
- Animer des émissions radiophoniques au niveau régional (communication),
- Produire et publier des articles sur les mutuelles de santé.

Pour la réalisation de ses activités, l'Union régionale peut s'appuyer sur les collectivités locales et les partenaires. Pour ce faire, elle doit envoyer aux collectivités locales, aux districts, à la région médicale et autres partenaires :

- Un procès-verbal de chaque réunion,
- Une situation dressant l'évolution des mutuelles de santé,
- Les PV d'AG des mutuelles de santé individuelle,
- Le plan d'action annuel de développement des mutuelles de santé.

c. L'Union nationale des mutuelles de santé communautaires du Sénégal (UNAMUSC)

Créée en janvier 2014, l'Union nationale des mutuelles est composée de 11 unions régionales en l'absence de trois unions non encore installés, son siège est sis à Kaolack. Les objectifs et missions de l'UNAMUSC sont les suivants :

- Mettre en place un cadre d'échange entre Unions régionales ;
- Promouvoir les Mutuelles de Santé Communautaires ;
- Contribuer à la mise en œuvre et au suivi des politiques nationales de santé ;
- Participer aux activités promotionnelles de santé ;
- Promouvoir la gestion des services communs et des gros risques ;
- Promouvoir un partenariat dynamique avec les acteurs, les PTF et les Collectivités Locales, etc. ;
- Défendre les intérêts matériels et moraux des MSC ;
- Contribuer à la mise en place d'un système de santé performant.

L'UNAMUSC est accompagnée par l'Etat dans les fonctions suivantes :

- La mise en œuvre de la CMU,
- La mise en place des unions départementales,
- La mise en place de plusieurs MS dans les départements pilotes,
- La restructuration de plus de 20 Mutuelles de Santé,

- Le développement d'un partenariat avec : MASMUT, CICODEV, CSF, CONGAD.

6. Présentation de la situation des MS dans les deux zones d'enquête au Sénégal

Dans le cadre de l'étude sur le potentiel des MS, deux régions ont été ont choisies : Saint-Louis et Kaolack. La région de Kaolack est une région pilote de la CMU. Dans chaque région, deux MS ont participé à l'étude et les unions départementales dans chaque région ont été approchées afin de mesurer le potentiel au niveau des départements. En analysant la situation des MS, il est important de tenir compte d'un certain nombre de contraintes dont:

- le démarrage récent de la couverture maladie universelle (2014-2015),
- la mise en place tardive de l'ACMU, organe d'exécution (Décret 2015-21 du 07 Janvier 2015[29]),
- la mise en place des ressources financières pour une exécution rapide des plans d'actions des comités d'initiatives mutualistes pour la sensibilisation et le recrutement des adhérents ;
- l'effectivité de l'installation des MS dans tout le territoire ;
- l'étendue de certaines aires géographiques constituant certains départements ;
- l'accompagnement technique et financier des faîtières des mutuelles.

a. Région de Kaolack

Avec une population estimée à **1 284 548** habitants, la région de Kaolack compte trois départements : (Guinguinéo, Kaoalack et Nioro du Rip) ci-contre sur la carte et 41 communes.

Le DECAM a fait des collectivités les réceptacles des mutuelles de santé et la configuration de couverture maladie dans la région de Kaolack se présente au 31 décembre 2016 comme suit :

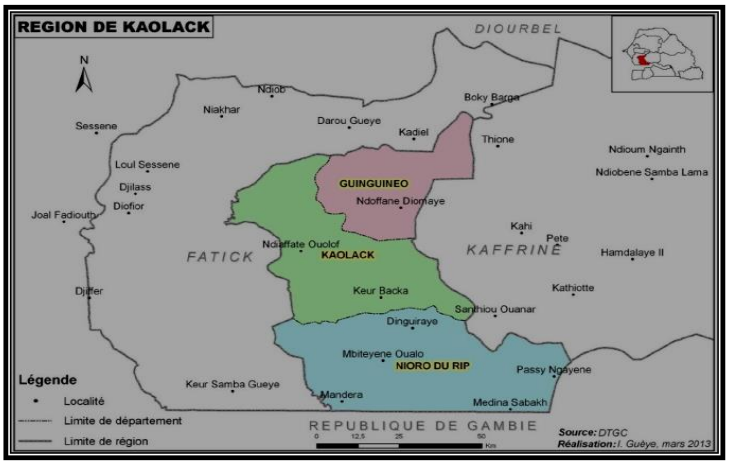


Tableau 16 – Répartition de l'effectif des MS de la région de Kaolack

Union départ.	Population	Nombre de MS	Effectif des cotisants		Bénéficiaires		Total Bénéficiaires	Taux couverture
			Adhérents	Bénéficiaires	BSF	CEC		
Kaolack (1)	779 081	14	11 444	13 055	50 308	0	63 363	8,13
Guinguinéo (2)	126 293	12	3 616	11 276	27 018	0	38 294	30,32%
Nioro du Rip (3)	379 174	15	19 758	100 946	68 983	475	170 404	44,94%
TOTAL	**1 284 548**	**41**	**34 818**	125 277	146 309	475	272 061	**21,17%**

On note que la part des titulaires de bourse de sécurité et de carte d'égalité des chances est de 11,42% de la population totale. Cependant, les 3 mutuelles de santé du département de Nioro participent fortement à l'amélioration de la couverture maladie universelle (44,94%), soit 26,62% de la région.

b. Région de Saint-Louis

Avec une population estimée à 983 032 habitants, la région de Saint-Louis compte trois départements (Saint-Louis, Dagana et Podor) et 48 communes. La mise en œuvre du DECAM fait de la collectivité locale le réceptacle des mutuelles de santé, la configuration de couverture maladie se présente comme suit :

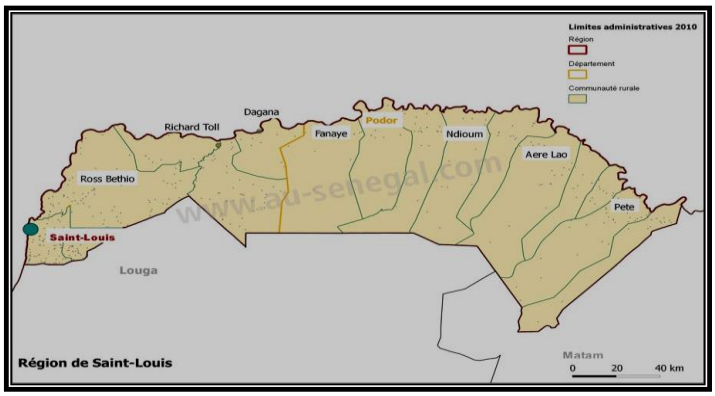


Tableau 17 – Présentation de l'effectif des MS de la région de Saint-Louis

Union départ.	Population	Nombre de	Cotisants		Bénéficiaires		Total Bénéficiaires	Taux couverture
		MS	Adhérents	Bénéficiaires	BSF	CEC		
Saint-Louis	320 664	11	2 694	4 942	12 316	276	17 534	5,4%
Dagana	261 396	12	11 282	2068	26 580	276	28 924	11,06%
Podor	400 972	25	8 032	8 032	34 690	25	42 747	10,06
TOTAL	983 032	48	22 008	15 042	73 586	577	89 205	**9,07%**

NB : Données du département de Saint-Louis sont provisoires

Le taux de couverture ou participation des mutuelles de santé de la région de Saint-Louis est de 9,07% et les titulaires des BSF et CEC participent à hauteur de 7,54%. Les données ont été recueillies au cours des entretiens auprès des acteurs. Cependant, les données du département de Saint-Louis pourraient évoluer et affecter positivement le taux de couverture du département voir de la région. Le tableau fait apparaître un faible taux d'adhésion des populations dans cette région.

c. Potentiel des MS ciblées de Saint-Louis et Kaolack

Les mutuelles retenues dans le cadre de cette étude présentent des caractéristiques différentes avec un dénominateur commun, le faible taux de couverture et plusieurs difficultés, entre autres :

- La faible adhésion des populations malgré plusieurs activités de sensibilisation ;
- Le manque d'outils de gestion au démarrage ;
- Le défaut d'accompagnement après la mise en place dans certaines zones ;
- Le manque de personnel (pas de gérant) ;
- Le coût élevé de la cotisation familiale ;
- Les difficultés pour financer les plans d'action ;
- Etc.

Le tableau ci-dessous montre une faiblesse de la mobilisation des populations.

Tableau 18 - Situation des quatre mutuelles de santé cible 2016

Caractéristiques	**Saint-Louis**		**Kaolack**	
	Mpal	***Gal Gui***	***Latmingué***	***Keur Baka***
Population	8 745	45 000	32 950	24 745
Nombre d'adhérents	233	552	1 229	237
Nombre de bénéficiaires	47	3 735	1 990	804
Montant des cotisations	164 500	635 250	6 965 000	2 814 000
Prestations payées	40 415	826 634	4 019 123	1 599 649
Taux de couverture	2,7%	8,30%	6,03%	3,24%

d. Processus de mise en place des MS et des réseaux

Le processus de mise en place des mutuelles de santé dans le cadre de la CMU a apporté plus d'implication des acteurs locaux au niveau des quartiers qui sont le socle du système mutualiste. La première phase a consisté à la mise en place d'un Comité départemental de suivi présidé par le Préfet associé au Médecin chef de District en charge du secrétariat. Cette cellule de pilotage, composée de plusieurs démembrements de l'Etat et de la société civile avait en charge la conduite des activités du plan d'action dans le département. Sous la supervision de l'Agence de la couverture maladie, il a été élaboré un chronogramme d'exécution du plan d'action. Les étapes successives de la mise en œuvre :

Phase d'information et de sensibilisation des acteurs

Plusieurs catégories d'acteurs sont impliquées dans les activités de sensibilisation, dont les délégués de quartiers, les structures locales de développement (conseils de quartier) et les responsables postes de santé (ICP et comité de santé).

Durant un premier atelier d'échanges, un découpage du territoire communal a été opéré et qui regroupe plusieurs quartiers limitrophes. Les schémas proposés n'ont pas toujours fait l'unanimité, surtout concernant la taille des nouvelles entités ou regroupements de quartiers. Après cela, il a été retenu de désigner des membres des comités devant suivre la formation des CIM sur les caractéristiques et le processus de mise en place d'une mutuelle de santé.

Phase de sélection des membres des comités d'initiative mutualiste (CIM)

En relation avec les délégués de quartier, des CIM ont été constitués et des personnes ont été sélectionnées pour suivre la formation portant sur les caractéristiques et processus de mise en place d'une mutuelle de santé. Seulement, les quotas réservés aux différents CIMs ont été jugés faibles par certains administrateurs de mutuelles.

Formation des membres des CIMs

La formation sur les caractéristiques et le processus de mise en place d'une mutuelle de santé s'est appesantie sur les principaux aspects suivants :

- Les principes de base d'une mutuelle de santé,
- les organes d'une MS et les conditions d'organisation,
- les notions d'adhérent et de personnes à charge,
- l'adhésion et la cotisation,
- les conditions de la prise en charge,
- les paquets de soins.

A la suite de la formation, chaque CIM élabore un plan d'action de recrutement, appuyé par l'agence, les PTF et les collectivités locales.

Phase de recrutement

La politique de recrutement est variable et dépend de plusieurs paramètres, mais de l'engagement des membres du comité d'initiative qui se sont portés volontaires pour mettre en œuvre le plan d'action élaboré à l'issue de la formation. Ici, certains comités n'ont pu bénéficier de moyens pour mener les activités de sensibilisation, ce qui a freiné les dynamiques enclenchées au début.

Phase d'évaluation

Des évaluations ont été menées pour mesurer les performances des CIMs. Ces évaluations ont été réalisées pour la plupart en relation avec les comités de suivi départementaux, dirigés par les préfets dans chaque département. Les mutuelles de santé de Kaolack retenus dans le cadre de l'étude ont été appuyées par Abt USAID.

Organisation de l'Assemblée constitutive

Les AG constitutives ont été organisées sous la présidence des préfets dans chaque département avec une implication des médecins chefs de district. A cet effet, ce sont les préfets qui ont élaborés les procès-verbaux. Des membres de la cellule d'appui à la couverture maladie ont assisté à toutes les AG.

e. Caractéristiques et processus de mise en place des MS cibles

Dans cette partie, il s'agira de décrire les caractéristiques et le processus de mise en place des quatre mutuelles de santé retenues dans le cadre de cette étude :

- Région de Saint-Louis : Mutuelles de santé Gual Gui et de Mpal,
- Région de Kaolack : Mutuelles de santé de Latmingué et de Keur Baka.

Configuration dans le département :

- Saint-Louis
    - Mutuelle de santé Gual-Gui regroupe cinq (5) quartiers de la commune.
    - Mutuelle de santé de la commune rurale de Mpal.
- Kaolack
    - Mutuelle de santé de la commune rurale de Latmingué
    - Mutuelle de santé de la commune rurale de Keur Baka.

Tableau 19 – Synthèse des caractéristiques de MS cibles

	Saint-Louis		Kaolack	
	MS Gual Gui	**MS Mpal**	**MS Latmingué**	**MS Keur Baka**
Caractéristiques de la zone	Activité économique dominante			
	Pêche	Commerce	Agriculture (arachide)	
Composition de la zone géographique	Urbaine 5 quartiers	Rurale 6 quartiers	Rurale 83 villages	Rurale 60 villages
Population	55 000	8 745	32 950	24 745 habitants
Nombre d'adhérents à l'AG	395	45	413	400
Formation CIM Plan d'action	Assuré et financé par l'ACMU		Assuré et financé par Abt USAID	
Partenaires impliqué dans la sensibilisation et le recrutement	Autorités administratives (Préfet et sous-préfet), société civile, ACMU		Infirmier chef de Poste, Union régionale des MS de Kaolack, Abt	
Date AG constitutive	Juin 2015	Juin 2015	22 Février 2013	22 mars 2013
Positionnement pour assurer le leadership	Non, consensus	Non, consensus	Oui, Membres du CIM élus	Oui, Membres du CIM élus
Composition organes	CA:13/CE :6/CS:5	CA:11/CE:8/CS:3	CA:15 CE:6 CS : 7	CA:26 CE : 6 CS: 5
fonctionnement	Justificatifs de la régularité : PV et rapport CC	Défection de plusieurs membres du CA	Justificatifs de la régularité : PV et rapport CC	Justificatifs de la régularité : PV
Disponibilités des outils de gestion	Tous les registres sont disponibles (Financement ACMU)		Tous les registres sont disponibles (Financement Abt USAID)	
Signature de conventions	Avec les postes de la collectivité locales, le centre de santé du district et pharmacies			
Tenue des registres	Registres à jour et bonne tenue des outils	Manque de maîtrise	Registres à jour et bonne tenue des outils	
Acteurs impliqués dans le processus	ACMU, Préfet, MCD	ACMU, Préfet, MCD	Abt, Collectivité locale, ICP	Collectivité locale
Appui technique	ACMU	ACMU	Abt, ICP, ONG Solidarité socialiste	Abt USAID
Appui institutionnel	Pas d'appui institutionnel	Collectivité locale	Réseau Oyafal Paj Collectivité locale	Abt, Collectivité locale
Accompagnement	ACMU	ACMU	Abt USAID	ICP, Abt USAID
Démarrage des prestations	Septembre 2015	Avril 2016	Juillet 2013	Août 2013
Revenus hors activités	Inexistant	Inexistant	Activités économi- ques, Fond rotatif	Inexistant

f. Fonctionnalité des mutuelles de santé

Le tableau ci-dessous décrit le degré de fonctionnalité des mutuelles de santé retenues dans le cadre de cette étude.

Tableau 20 – Degré de fonctionnalité des MS cibles

Critères	**Saint-Louis**		**Kaolack**	
	Gual Gui	Mpal	Latmingué	Keur Baka
Disponibilités des normes et procédures	oui	non	oui	oui
Disponibilité gérant (e)	non	non	oui	oui
Disponibilité outil informatique	Propriété du trésorier	non	2 ordinateurs fonctionnels	non
Siège équipé	non	oui	Très fonctionnel	Peu fonctionnel
Reporting	oui	non	oui	oui
Chaine de reddition des comptes	oui	non	oui	oui
Contrôles de gestion	Régularité des contrôles par le C.C (cf. rapport)	Peu réguliers	Régularité des contrôles par le C.C (cf. rapport)	Pas de trace des contrôles
Viabilité financière	Difficultés à déterminer la viabilité financière du fait de l'absence d'outils de mesure de performance des MS.			

Concernant le référentiel des compétences (organigramme), seules les mutuelles de santé de Latmingué et Keur Baka (Kaolack) possèdent un personnel limité à une gérante recrutée par le CA et qui travaille sous la tutelle du trésorier. Les gérantes ont entre autres tâches :

- La tenue des documents administratifs et comptables,
- L'élaboration des factures,
- La gestion des prestations.

g. Système de collecte mis en place

Le système de collecte le plus répandu est la visite à domicile qui est aussi utilisé dans la sensibilisation. En effet, seule cette démarche informelle est d'usage au Sénégal. C'est le bureau de la section de la mutuelle de santé au niveau local qui regroupe plusieurs quartiers ou villages qui a en charge la collecte des données. Nécessairement, il faut organiser des déplacements pour informer sur les échéances et les rappels de cotisations. Pour les administrateurs de mutuelles de santé, le besoin de couverture sanitaire est réel chez des populations à revenus modestes.

Néanmoins, la prise en charge de tout un ménage constitue un obstacle majeur. Si on prend les cas des communes rurales de Keur Baka et Latmingué, les revenus sont tirés de l'agriculture et plus particulièrement de la culture de l'arachide. A ce titre, les revenus sont disponibles entre le mois de janvier et le mois de mai.

h. Collecte des cotisations

Les mutuelles reçoivent deux types de cotisations, à travers :
- Le paiement direct des adhérents au profit de leurs bénéficiaires,
- La subvention l'Etat pour la prise en charge des BSF et CEC.

Les cotisations des titulaires de BSF font suite à plusieurs phases du processus d'enrôlement des ménages. La cotisation est de 3 500 F CFA pour chaque bénéficiaire. Elle est annuelle ou semestrielle (1 750 F CFA). La période d'observation est d'un mois pour la cotisation annuelle et de deux mois pour la cotisation semestrielle.

i. Type et niveau des prestations

Les prestations offertes se situent aux trois niveaux de la pyramide sanitaire (poste, centre de santé et hôpital). C'est pourquoi, il est conseillé aux membres de suivre la pyramide sanitaire.

Le paquet de base

Le paquet de base est géré par la mutuelle de santé, sauf si la structure conventionnée la plus proche est un centre de santé, auquel cas, le réseau de mutuelle prend le relais.

Paquet de Base (PS et CS)	**Taux de prise en charge**
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80%
Soins ambulatoires (analyses et examens)	80%
Soins ambulatoires (radiographie)	*80%*
Médicaments génériques	**80%**
Médicaments de spécialités	*50%*
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale)	80%
Maternité (accouchement simple)	80%
Hospitalisation	80%
Transport (références)	80%
Soins ambulatoires (secteur privé)	***50%***

Exclusions spécifiques

Tous les frais liés au traitement chronique et au suivi régulier des maladies chroniques restent à 100% à la charge des patients mutualistes, notamment (liste non exhaustive):

- Diabète (insuline, antidiabétiques oraux, etc.),
- Hypertension,
- Insuffisance cardiaque,
- Asthme chronique (exclusion des traitements de fonds),
- Traitement médicamenteux anticancéreux,

- Insuffisance rénale chronique et toute autre complication de maladies cardio-vasculaires,
- Epilepsie,
- Tuberculose
- Maladie mentale chronique,
- Maladies rhumatismales chroniques,
- VIH/SIDA, à l'exclusion des subventions allouées par FHI 360.

L'exclusion des pathologies chroniques est une pratique courante des mutuelles. Elle était appliquée comme règle prudentielle visant à éviter un risque majeur de surconsommation. Elle se justifiait tout à fait et restait logique tant que le niveau de cotisation, le niveau des ressources financières mobilisées et le niveau de partage du risque n'étaient pas suffisamment élevés pour supporter le risque qu'aurait entraîné la prise en charge des maladies chroniques.

Dans le cadre de la CMU, cette approche doit être revue. Le paquet de base de la CMU les inclue. Cependant, dans la Région de Kaolack, ces pathologies restent encore exclues. Cette exclusion n'est donc pas conforme au paquet de base de la CMU, paquet que les mutuelles ont obligation de respecter.

Le paquet complémentaire

La mise en commun est une composante intégrale de la CMU. En effet, le paquet complémentaire qui est la contrepartie de l'Etat, est géré par l'union départementale ou l'union régionale. Le système en cours ne prévoit pas une mutualisation au premier degré pour une gestion concertée du paquet de base. Cependant, certaines mutuelles de santé du fait de leur faible taux de couverture trouveraient un avantage en mutualisant leurs ressources surtout au démarrage.

Paquet complémentaire (Centre Hospitalier régional)	**Taux de prise en charge**
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80%
Soins ambulatoires (analyses et examens)	80%
Soins ambulatoires (radiographie)	80%
Médicaments génériques	80%
Interventions chirurgicales	80%
Hospitalisation (lit)	100%
Transport (références)	100%

Les médicaments de spécialité sont pris en charge à 50% dans le paquet complémentaire

j. Modalités de règlement des prestations

Les modalités de règlement des prestations sont décrites dans les conventions entre parties. Dans le cadre du système en vigueur, les mutuelles de santé contractuelle avec les structures de santé à la base et c'est l'union départementale ou à défaut l'union régionale qui gère le paquet complémentaire (soins hospitaliers).

Préalablement à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle, les prestataires exigeaient des mutuelles, un cautionnement. Aujourd'hui, cette pratique a disparue et seuls les hôpitaux réclament une avance à la signature de la convention (Hôpital régional de Saint-Louis : 1.000 000 F CFA ; Hôpital Ibrahima

NIASSE de Kaolack : 2 000 000 F CFA). Ce mécanisme de prépaiement permet à l'hôpital de disposer ressources pour assurer le paiement des médicaments reçus de la pharmacie régionale d'approvisionnement. L'hôpital est obligé de reverser quotidiennement les médicaments consommés.

Globalement les prestataires (pharmacies et les structures publiques de soins) acceptent des retards de paiement des mutuelles de santé. Cependant, les retards de paiement relevés au niveau des mutuelles de santé de Latmingué et Keur Baka (Kaolack) sont le plus souvent dus à la centralisation des factures du fait de la signature de plusieurs conventions. En effet, dans leur souci d'une gestion rigoureuse, les mutuelles de santé évitent de faire des retraits incessants qui entraînent des agios consécutifs.

k. Relations avec les prestataires

La Gestion des Prestations de Soins de la Mutuelle Sociale

La gestion des prestations vise notamment à:

- réaliser un contrôle permanent des droits des adhérents à la prise en charge de leurs dépenses de santé;
- ordonner et exécuter ou le paiement des factures des prestataires de soins et dans certains cas, le remboursement des adhérents;
- enregistrer les informations sur les prestations qui sont nécessaires au suivi et à l'évaluation des activités de la mutuelle sociale.

Avec l'extension de la CMU à toutes les régions, l'agence a convié tous les prestataires y compris l'Ordre des pharmaciens à un atelier d'harmonisation des pratiques dans les relations contractuelles entre les mutuelles et les prestataires. De nouvelles conventions ont été adoptées incluant la prise en charge à 100% pour les indigents.

Les modalités de recours aux services de santé

Les modalités de recours aux services de santé obéissent à plusieurs principes. Le malade est muni d'un livret de santé indiquant qu'il est à jour de ses cotisations et se fait consulter auprès d'une structure conventionnée la plus proche de son domicile. Il paie les 20% des coûts à sa charge et apporte l'ordonnance auprès de sa mutuelle pour la prise en charge des médicaments de spécialité. Après enregistrement des informations produites, une lettre de garantie est délivrée pour la prise des médicaments de spécialité. Le patient paie les 50% paie du montant de la facture au pharmacien.

La prise en charge des bénéficiaires prend en compte les considérations suivantes:

- être bénéficiaire de la mutuelle;
- avoir terminé sa période d'observation;
- être à jour de ses cotisations.

Statut des prestataires conventionnés

Les prestataires publics ou privés signent des conventions avec les MS et les parties contractantes discutent des modalités de prise en charge des maladies. Il existe une certaine souplesse dans les procédures au niveau des structures de base (Poste de santé et Centre de santé). Le processus est plus perçu comme un partenariat dans lequel les responsables sanitaires (Infirmier Chef de poste et

médecin chef de District) s'impliquent dans la promotion des mutuelles de santé de leurs localités respectives, en participant aux activités de sensibilisation.

Mise en œuvre des conventions

La mise en œuvre de la couverture maladie universelle a démontré une forte implication de l'Etat et de la tutelle directe, le Ministère de la santé et de l'Action sociale. Cette nouvelle donne a complètement changé la perception des prestataires surtout en ce qui concerne la garantie et la solvabilité des MS. Ici, c'est la mutuelle de santé qui fixe les modalités de la prise en charge et surtout la date d'effet de la convention. Ici, tous les prestataires ont été formés sur les mécanismes de fonctionnement des mutuelles de santé.

Les acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude connaissent d'une part les clauses des conventions entre les parties et le respect dans le souci de ne pas fragiliser les mutuelles. En effet, les prestataires sont conscients des effets pervers du non-respect des clauses. Dans la région de Kaolack, les prestataires publics et privés sont fortement impliqués dans le processus de mise en œuvre et cette implication stimule la confiance des populations et leur perception s'en trouve modifié.

Partie III. Conclusion et discussion

Cette étude commanditée par MASMUT-UEMOA vise à étudier le « Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Mali. Pour arriver à cette fin nous avons (i) procédé à une analyse documentaire dans les deux pays, mais aussi au niveau régional et international, (ii) réaliser une enquête de terrain à partir d'un questionnaire semi-ouvert auprès des principaux acteurs intervenant dans la mise en place et le développement de la CMU dans les deux pays aussi bien au niveau national, régional, district qu'auprès des mutuelles de base et (iii) enfin nous avons procédé à une analyse des informations recueillies pour en tirer les enseignements les plus pertinents. Au terme de cette étude les principales conclusions ci-dessous peuvent être émises.

I. Evolution du mouvement mutualiste

1. Au départ était ...

Les premières expériences mutualistes dans les deux pays datent de la période coloniale. Elles ont été initiées par des personnes mues par les valeurs défendues par de telle organisation, comme la solidarité, la prévoyance et l'entraide. Ces expériences étaient notamment portées par les travailleurs des entreprises postcoloniales. La prise en charge des soins de santé n'était pas prioritaire dans les services offerts au départ de leur mise en place, mais plutôt les services funéraires, l'achat de denrées alimentaires, le complément à la retraite et des prêts ponctuels.

Dans une deuxième phase, ces initiatives ont organisé leur propre offre de soins (centre de santé d'entreprise).

Pendant longtemps, les mutuelles de santé évoluaient sans reconnaissance juridique propre et tombaient ainsi sous la loi des associations type loi 1901 de la France.

2. Appuis techniques et stratégiques préparant les mutuelles

Au Sénégal, très tôt les partenaires techniques, ont appuyé le développement des mutuelles de santé et cette évolution se résume en trois phases. La première mutuelle de santé, à partir de 1989, est expérimentale (principalement dans la région de Thiès) en dotant les initiateurs de manuels de référence pour l'élaboration des études de faisabilité de même que la formation à la gestion. C'est aussi une phase d'éveil et de sensibilisation et d'éducation à la culture mutualiste. Cette phase est suivie entre 1994 et 1998 d'une période de diffusion de ce système à travers des ateliers de réflexion et d'échanges sur les opportunités de la mutualité et de l'assurance, de même que les expériences plus particulièrement en Belgique.

Dans cette seconde période se développent dans les autres régions des mouvements associatifs divers et des groupements de micro-finance ou de micro-assurance. Les mutuelles d'enseignants de la région de Dakar par exemple montrèrent la voie dans cette région. Enfin, la dernière phase dure depuis 1998, date de la plate-forme d'Abidjan, et est dite d'engagement des acteurs nationaux comme internationaux (programmes STEP/BIT, PHR, et GTZ, par exemple). Ces derniers ont surtout un rôle d'appui technique et de sensibilisation à la mutualité (CAS/PNDS, 2004).

Entre 1989 et 2001, le Programme Mutuelle de santé en Afrique (PROMUSAF) est intervenu dans trois régions du Sénégal (Thiès, Saint-Louis et Diourbel) en accompagnant les localités dans l'extension de l'assurance maladie en s'appuyant sur des structures d'appui locales, GRAIM et ASADEP. L'OMS, la coopération technique belge à travers les Programmes d'Appui à la Micro-Assurance Santé (ASSRMKF, PAMAS 1, PAMAS 2, PAODES) et Abt Associates dans le cadre du Programme Santé USAID ont fortement appuyé le mouvement mutualiste.

Parallèlement, au cours des années 1990, l'Etat du Sénégal et les organismes internationaux devant l'engouement des populations se sont engagés à promouvoir le système mutualiste en créant la cellule d'appui aux mutuelles de santé, aux instituts de prévoyance sociales (IPM) et comités de santé (CAMICS). En effet, une première perception s'est dégagée sur la vocation des mutuelles de santé à promouvoir une source alternative de financement de la santé plus adaptée aux besoins et aux réalités socio-économiques des populations. Aussi, afin d'éviter le manque de coordination sur le terrain, en raison d'intérêts divergents des différents acteurs, un cadre national de concertation (CNC) a été créé en 2001. Le CNC a permis la participation des acteurs non étatiques, de contribuer à la mise en œuvre des politiques de santé.

Le saut qualitatif étant franchi avec le DECAM, socle de la présente politique de la CMU de base à travers les mutuelles, initié par Abt Associates.

En ce qui concerne le Mali comme décrit plus haut, c'est le projet franco-malien de développement de la mutualité de santé qui a été à la base du développement des mutuelles de santé au Mali à partir de 1998. L'UTM occupa très rapidement le terrain par la création progressive de ses représentations régionales ainsi que la diversification de ses sources de financements et de ses partenaires. Cette diversification a été facilitée par la signature d'une convention entre l'UTM et le Gouvernement en 2002 dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS[30], mais aussi par l'inscription au budget d'Etat en 2007 d'une ligne spécifique pour le développement des mutuelles de santé. D'autres partenaires mais également la SNEM, tel que rappelé plus haut ont développé des initiatives propres dans quelques régions comme à Ségou, Sikasso et Mopti.

Les chercheurs ont quant à eux souvent relevé les limites techniques et institutionnelles des mutuelles de santé. Les mutuelles de type communautaires ont eut pendant de nombreuses années, un taux de pénétration assez faible. En effet, plusieurs raisons ont freiné leur croissance :

- le faible niveau des cotisations par bénéficiaire (entre 100 F CFA et 300 F CFA),
- le paquet de services limité à la seule utilisation des postes de santé et centres de santé,
- le faible niveau de participation des populations pour multiples raisons,
- l'absence d'appui des collectivités locales et de reconnaissance dans le dispositif institutionnel de santé communautaire,
- la faible implication des populations et l'appropriation du projet mutualiste,
- le faible ancrage social avec un faible taux de couverture,
- la faiblesse des ressources pour financer le développement des MS.

3. L'Etat et l'approche mutualiste

Acteur institutionnel, l'Etat a accompagné de manière très prudente le processus de développement des mutuelles de santé. Au Mali une des conditionnalités du financement par la partie française du projet suscité, était l'adoption d'un code de la mutualité. Ce code a été adopté en 2006. En 2007, le projet a apporté un appui aux structures de l'Etat pour développer les missions de la tutelle : contrôle à priori la délivrance de l'agrément et le contrôle à postériori le contrôle des activités et l'inspection/audit des comptes des mutuelles. Au Sénégal, il a fallu attendre le plan stratégique de 2013[31] pour faire de la mutualité un secteur autonome avec un budget. Pour réussir ce pari d'accès à des services de santé à moindre coût, l'Etat doit assurer une offre de qualité répondant aux préoccupations des populations. En misant sur une couverture maladie pour tous, l'Etat a invité les partenaires à apporter leur appui au financement des actions prévues dans la mise en œuvre. Le dispositif législatif et réglementaire dans le cadre de l'UEMOA est aussi respecté dans une certaine mesure, notamment par rapport à la structuration du mouvement dans les deux pays.

Au Sénégal, l'implication des prestataires a été progressive ; avant 2000, les gestionnaires des structures, dans leur grande majorité, montraient une certaine méfiance à l'égard des mutuelles qu'elles jugeaient peu solvables. Et la signature de la convention était assujettie d'un cautionnement pour la prise d'effet de toutes prestations. Entre 2003 et 2013, les multiples recommandations du Ministère de la santé par l'entremise de la CAMICS et par la suite CAFSP à l'endroit des prestataires, ont portées leurs fruits. Ainsi, dès l'avènement de la CMU, les prestataires publics et privés ont été associés dans la mise œuvre du plan stratégique de développement des mutuelles de santé, et les responsables des structures (CS, ICP, MCD, MCR) ont assisté aux formations sur les fondamentaux de l'assurance maladie.

La mise en œuvre du DECAM a été le premier acte significatif pour impliquer les collectivités locales dans le processus de mise en œuvre de l'Acte III de la décentralisation qui change la matrice spatiale de gouvernance locale du Sénégal avec la « **collectivisation** » du département. Chaque collectivité locale devient l'espace de paramétrage de la mutuelle de santé avec une forte incitation à soutenir cette dernière dans le cadre de la compétence transférée. Cette nouvelle situation qui doit encourager l'encrage locale est actuellement appréhendée de manière diverse, tantôt par la non implication jusqu'à une forte implication qui se traduit par des appuis multiformes (octroi de siège à la mutuelle, appui institutionnel, enrôlement de bénéficiaires par le versement de leur cotisation, promesse, inscription et même exécution d'une subvention dans le budget de la collectivité locale,…).

4. Cadre législatif et réglementaire

Au plan juridique et Institutionnel, les deux pays sont à des stades différents dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU.

Au Mali, il existe une stratégie de financement de la santé qui a été validée au plan technique mais qui reste à être validée au plan politique. Cette stratégie prévoit à terme la création d'une caisse unique pour gérer les questions de financement de la santé, y compris les mécanismes de gratuité. Cette caisse unique s'appuiera sur des organismes gestionnaires délégués qui auront chacun un secteur à couvrir. Le secteur agricole et celui de l'informel soit environ 80% de la population devra être

confié au mouvement mutualiste, tel que le prévoyait déjà la SNEM qui elle, a été validée y compris au plan politique. C'est dire que si la stratégie est adoptée en l'état la mutualité malienne devra faire face à d'autres défis que de s'atteler à couvrir 80% de la population malienne.

Au Sénégal, la politique de financement de la santé a prévu quatre mécanismes distincts : (i) une couverture des fonctionnaires par l'Etat, (ii) les IPM pour les salariés du secteur privé, (iii) les mutuelles pour le secteur agro-sylvo-pastoral et l'informel et (iv) enfin les régimes des gratuités. On notera cependant que le mouvement mutualiste dans les deux pays s'attèlera à couvrir le même secteur. Le Sénégal a mis en place un fonds de développement de la mutualité pour parvenir à cette fin.

Au niveau communautaire, l'harmonisation des textes dans l'espace UEMOA visant à rationaliser le système de protection sociale en expansion par la mise en place d'un cadre juridique spécifique est apparu avec le Règlement N°07/2009/ /CM/UEMOA qui fixe les principes fondamentaux régissant la mutualité sociale. Ce Règlement fixe la date d'application à compter du 1er juillet 2011, à l'exception de certaines dispositions portant sur la création d'un organe administratif, un registre national d'immatriculation et un fonds de garantie.

Cependant, par rapport aux dispositifs prévus dans le cadre d'une harmonisation de l'architecture institutionnelle des Etats membres, certains instruments n'ont pas encore été adoptés. Il s'agit de l'organe administratif de la mutualité sociale, le fonds national de garantie et le registre national d'immatriculation des mutuelles de santé. Certes, les travaux sur le registre d'immatriculations ont été bouclés, il reste à adopter. Cependant au Mali la DNPSES tient un registre d'immatriculation des mutuelles agrées. Ce registre tient lieu de répertoire et est régulièrement mis à jour.

5. Prémisses de la CMU et le renforcement des capacités des cadres africains

La plus part des pays en voie de développement ont déjà ou sont dans le processus d'élaborer une stratégie de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle. Cette dynamique, au plan mondial, s'inscrit dans un certain nombre d'initiatives parmi lesquelles on peut citer : (i) en 2005 l'adoption par la **58ième Assemblée mondiale de la santé** d'une résolution de la santé pour garantir à leur population un accès équitable à des services de santé de qualité, (ii) en 2012 la **67ième session de l'Assemblée générale des nations unies** a adopté une résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle et enfin (iii) les **Objectifs du Développement Durable** disent au point 3 sur la santé et en ce qui concerne la CSU au point 3.8 : « *faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.* »

Au plan sous régional africain, plusieurs initiatives ont incité les pays, déjà au début des années 2000, à s'inscrire vers la couverture maladie universelle. Dès 1996, un programme conjoint entre le BIT et Solidarité Mondiale créait une dynamique d'un travail collaboratif pour accompagner le mouvement mutualiste. Une plateforme consensuelle 'La plateforme d'Abidjan' jetait les bases pour une stratégie d'appui des mutuelles de santé. A sa suite, un réseau international a été mis en place pour contribuer à la diffusion des connaissances et la production des

premières évidences de la contribution des mutuelles de santé dans le secteur ; c'était la Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique.

Parmi d'autres initiatives, nous pouvons citer le programme de renforcement de capacités des pays africains vers la couverture du risque maladie par la Banque Mondiale, la création et les activités de African Health Economic and policy Association « AfHEA ».

Ce programme de formation conçu par l'Institut de la Banque Mondiale (WBI) a reçu le soutien et la participation de la Banque Africaine de Développement (l'Institut Multilatéral d'Afrique), de l'Organisation Mondiale de la Santé, du Bureau International du Travail et de la Coopération française. Ce programme s'est déroulé de 2001 à 2005. Il a concerné les cadres des gouvernements et de la société civile intervenant dans les programmes et projets d'assurance maladie. Les principales activités ont été :

- L'organisation de session de formation en résidentiel à Abidjan, Accra, Dakar ;
- L'organisation de visioconférences ;
- L'organisation d'un atelier final à Paris suivi d'un colloque international élargit à tous les intervenants dans le domaine de l'assurance maladie ;
- La publication d'un livre : G. Dussault, P. Fournier & A. Letourmy (Eds). *L'Assurance maladie en Afrique francophone: Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* (pp. 229-262). Washington: World Bank (Health, Nutrition & Population Series).

A la suite de cette série la BM a mis en place de nouveaux programmes de formation aussi bien en résidentiel qu'en ligne sur l'assurance maladie universelle.

Africain Health Economic and policy Association « AfHEA »

L'Association Africaine d'Economie et de politique de santé (AfHEA) a été créée en 2009 comme une association non politique et sans but lucratif. AfHEA est affiliée à l'Association Internationale d'Economie de la Santé (IHEA) et aux réseaux ou associations régionales et nationales d'Economie de la santé. La mission de AfHEA est de contribuer à la promotion et au renforcement de l'utilisation de l'économie et l'analyse des politiques de la santé dans la construction de systèmes de santé efficaces et équitables en Afrique. AfHEA accompagne les Gouvernements dans leurs stratégies pour répondre aux besoins de leurs populations et s'aligner dans les objectives communautaires africains et mondiaux.

Dans le domaine de la CSU, AfHEA a élaboré un programme de renforcement des capacités et d'échanges d'expériences. Elle organise des conférences internationales sur ce thème et une série de sessions de formation en Français et en Anglais. AfHEA a également mis en œuvre un programme qui comporte trois volets : le Programme de la Recherche à la Politique (ARP), le Programme des Utilisateurs des Résultats de la Recherche (RUP) et le Programme de la Génération Future (YRP).

Les objectifs spécifiques de AfHEA sont, entre autres, de :

1. Servir de forum pour le partage et l'échange d'informations entre ceux qui travaillent dans l'économie et/ou politique de santé ou des domaines similaires en Afrique ;
2. Promouvoir le développement de la capacité des économistes de la santé dans la région africaine, avec un accent particulier pour la rétention des experts formés ;

3. Promouvoir la production et la diffusion des résultats des recherches de haute qualité par les économistes de la santé Africain et analystes des politiques de santé ;
4. Promouvoir l'utilisation appropriée de l'économie de la santé et des outils d'analyse de la politique, pour produire des données probantes, afin d'aider la prise de décision ;
5. Soutenir le développement de la politique de santé et des conseils aux décideurs et aux partenaires de la santé dans les pays africains sur les options viables pour le financement des soins de santé équitable.

II. Les mutuelles sont-elles prêtes ?

1. L'opportunité stratégique

Dans les deux pays, le paysage mutualiste est encore dominé par des mutuelles de petites tailles, peu viables et incapables de relever le défi de la CMU. Les deux pays réfléchissent quasiment au même modèle de développement : (i) la mise en place de mutuelle de commune par une restructuration, fusion des mutuelles communautaires existantes et la création de nouvelles mutuelles dans les communes non encore pourvues (ii) la création d'union mutualiste de district ou de niveau départemental pour la prise en charge du PMA, (iii) la création d'Union ou de Fédération régionale ainsi que d'une fédération nationale pour la prise en charge des soins secondaires et tertiaires.

Après quatre décennies de mise en œuvre des stratégies de développement de la mutualité, les acteurs mutualistes ont l'occasion avec la CMU/AMU de prouver leur capacité et leur potentiel dans le cadre de la couverture du risque maladie. Au regard des documents juridiques et stratégiques des deux pays, si les cibles confiées au mouvement mutualiste sont identiques, les montages institutionnels et les stratégies pour y parvenir sont différents.

Au Sénégal, les mutuelles ont la responsabilité de gérer la couverture maladie du régime agro-sylvo-pastoral et le secteur informel. Cette gestion se réalise dans le cadre d'une convention avec l'agence de la Couverture Maladie Universelle.

Au Mali les discussions sont en cours, mais il se profile la mise en place d'un régime unique et le mouvement mutualiste au travers de sa représentation sera un organisme gestionnaire délégué pour le secteur agricole et l'informel.

C'est dire que les cibles à couvrir par les mutuelles sont les mêmes pour les deux pays. Dans cette section nous examinerons les rôles transférés/transférables aux mutuelles et comment ces dernières peuvent répondre à ces rôles.

2. Extension de la couverture

Au Sénégal les mutuelles assurant la gestion du risque pour le niveau poste de santé et centre de santé, elles sont responsables de l'enrôlement dans leurs aires de responsabilités. Elles perçoivent les frais d'adhésions ainsi que les cotisations dont elles assurent la gestion.

Le Mali connaît la même situation aujourd'hui mais avec la mise en place de l'AMU, les mutuelles procéderont au pré-enrôlement, l'enrôlement définitif étant une prérogative de la future caisse centrale de l'AMU.

Le challenge pour l'enrôlement c'est comment arriver à améliorer le taux de pénétration actuelle des mutuelles qui reste globalement faible et comment arriver à couvrir l'ensemble du pays. La stratégie proposée une « commune – une mutuelle » peut être payante. Cependant, il faudra plus d'engagement et de volontarisme non seulement au niveau des pouvoirs publics pour un appui conséquent, mais aussi au niveau des collectivités territoriales qui doivent s'engager résolument et de façon stratégique comme au Rwanda. L'engagement des animateurs et gérants de mutuelles est également déterminant pour assurer le succès de l'approche. Par ailleurs, les mutuelles, pour travailler sur l'extension, doivent nouer des alliances stratégiques. Par exemple, la Loi d'orientation agricole du Sénégal[32] et au Mali[33] est un élément important d'appel pour l'extension du fait qu'elle contient un dispositif pour la protection sociale dans le secteur agricole qui constitue, la majorité de la population exclue des mécanismes de classiques.

La professionnalisation de la fonction du gestionnaire de mutuelle est un premier pas, mais ce dernier doit pouvoir s'appuyer sur un réseau de mutualistes volontaires dans chaque village. Ces volontaires peuvent recevoir une certaine motivation à définir. Leur mission sera dans leur village :

- De faire de la sensibilisation,
- D'enrôler les adhérents,
- De récupérer et verser les cotisations,
- D'assurer la veille et le contrôle communautaire (voir plus bas).

Le gestionnaire doit procéder à la supervision de ces activités, réaliser la correction et l'achèvement du processus d'enrôlement. Ces volontaires doivent être formés et équipés d'un kit de communication comprenant les différents documents de la mutuelle « statuts & règlement intérieur, fiche d'enrôlement, carnet reçu, boîte à image… ».

3. Elargissement du paquet et du niveau de protection : paquet de base et options complémentaires

Les deux Etats se sont engagés à subvention à hauteur de 50%, les cotisations des mutualistes pour faire face aux soins de santé de référence ainsi qu'aux soins hospitaliers. Si au Mali cette subvention est remise aux mutuelles de base, par contre au Sénégal elle est remise à l'union départementale qui a en charge la prise en charge des soins de référence.

Avec l'institution des régimes universels, un nouveau champ s'ouvre pour le mouvement mutualiste africain à l'instar de ceux des pays développés. Il s'agit de l'assurance complémentaire. Il y a une vraie opportunité qui s'ouvre non seulement pour le secteur agricole et informel, mais aussi pour le secteur formel, qui peut légitimement aspirer à des compléments essentiels voir de prestige. Chaque pays devra réaliser une étude de marché et proposer des produits qui soient accessibles et attrayants.

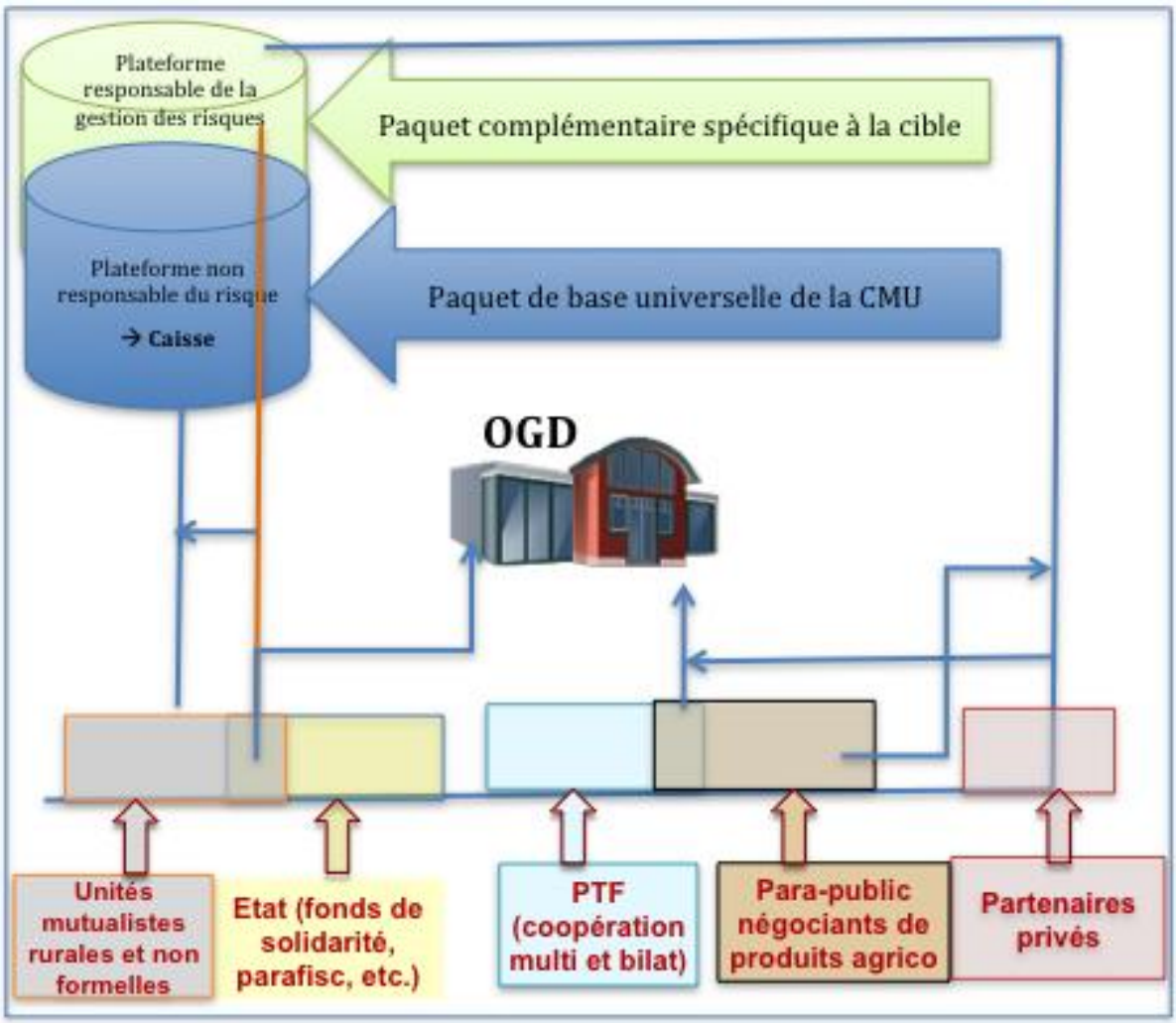
Les mutuelles communales assurent la gestion du risque pour le paquet minimum d'activités (au Mali à terme, c'est la caisse centrale qui gérera ce risque). Il s'agit donc pour ces mutuelles d'assurer le risque pour plus de 90% des pathologies courantes. De la gestion correcte de ce risque dépendra en grande partie la confiance des citoyens au modèle CMU. Le mouvement mutualiste doit réfléchir à créer les conditions optimum ainsi qu'une base de solidarité plus élargie afin d'éviter que les risques épidémiologiques ne mettent en péril certaines mutuelles. Pour cela il peut être envisagé de faire gérer ce risque de façon graduelle au niveau

district, département, région voir national. Il faut également renforcer les mécanismes de garantie existante.

La gestion du paquet de base par les mutuelles doit se faire avec beaucoup de prudence. C'est une option que les Etats doivent saisir du fait de la proximité des mutuelles avec les populations de qui elles bénéficient d'un capital de confiance indispensable à la CMU, surtout lorsque le mode d'adhésion est encore volontaire. En effet, le niveau de confiance aux structures étatiques dans le secteur sociale a été largement sapée[34]. Lorsque cette option se met en œuvre, il est essentiel de considérer le niveau de portage du risque. Il faudrait éviter que le capital de confiance gagné par les mutuelles soit hypothéqué par une instabilité du mécanisme financier. Le circuit de financement pour la prise en charge du paquet de base doit être minutieusement analysé.

Il est évident que la CMU ne peut dans aucun pays prendre en totalité des services dont la population a besoin. Les mutuelles peuvent se positionner pour distribuer un paquet complémentaire au paquet de base qui est universel. Elles mèneraient toutes les activités de communication auprès des populations pour proposer le produit, à l'image de ce qu'elles ont l'habitude de faire. La crainte sur le paquet complémentaire serait son coût. En effet il ne restera qu'une partie des gros risques

Graphique 3 – Circuit financier et gestion des risques par les mutuelles



Source : adapté de Pascal Ndiaye, 2017[35]

4. Ingénierie assurantielle, contractualisation et redevabilité sociale

Dans les deux pays, les actions sont engagées afin de recruter des gestionnaires pour les mutuelles de base. En effet, pour aller vers la CMU, il urge de professionnaliser la gestion afin de suivre de façon professionnelle la gestion du risque. Le mouvement mutualiste devant assurer la couverture assurantielle de la très large majorité des populations dans les deux pays, doit pour y arriver sérieusement repenser sa structuration et son modèle économique.

L'achat des services est également une des fonctions confiées aux mutuelles pour leurs cibles. Elle se fait à partir des contrats signés avec les différents prestataires de santé. Dans ce domaine, les deux pays ont adopté des stratégies différentes.

Au Mali à terme, c'est la caisse centrale qui va signer toutes les conventions, c'est elle qui assure la gestion du risque pour l'ensemble du système, le rôle du mouvement mutualiste étant de mettre en œuvre ces contrats de prestations par :

- La réception et la vérification de conformité des factures des prestataires ;
- Le paiement des prestataires ;
- L'envoie des rapports d'exécutions à la caisse centrale.

Au Sénégal la situation se présente différemment :

- Les mutuelles étant responsable de la gestion du risque pour le paquet de base signent les conventions et assurent la mise en œuvre intégrale ;
- Les unions départementales et régionales assurent la gestion du risque pour les hôpitaux départementaux et régionaux, de ce fait elles signent les conventions pour le paquet complémentaire et en assure la gestion pleine et entière ;
- Pour les structures de prise en charge au niveau national cela devrait être la responsabilité des fédérations nationales, ce processus reste à définir.

Le modèle sénégalais présente encore des questions à résoudre :

- La prise en charge de la mobilité : lorsqu'un bénéficiaire est en déplacement en dehors de sa commune et de son département d'origine que va-t-il se passer pour sa prise en charge ?

L'équité dans la distribution des ressources : les communes n'ayant pas les mêmes caractéristiques économiques, épidémiologiques et sanitaires, lorsqu'une mutuelle communale est en déficit que va-t-il se passer ? Voir lorsqu'une union départementale ou régionale est en déficit que va-t-il se passer ? Cette situation se vérifie dans une mutuelle enquêtée, celle de Gal Gui à Saint Louis. Cette mutuelle avec un taux de sinistralité de 130% en 2016 est en quasi cessation de paiement (voir

– Tableau 21). Une mise en commun des fonds ou la mise en place d'un fond commun de sécurité comme mesure prudentielle serait une option pour prévenir ce risque gestionnaire.

Tableau 21 – Situation des quatre mutuelles de santé cible 2016

Caractéristiques	Saint-Louis		Kaolack	
	Mpal	***Gal Gui***	***Latmingué***	***Keur Baka***
Population	8 745	45 000	32 950	24 745
Nombre d'adhérents	233	552	1 229	237
Nombre de bénéficiaires	47	3 735	1 990	804
Montant des cotisations	164 500	635 250	6 965 000	2 814 000
Prestations payées	40 415	826 634	4 019 123	1 599 649
Taux de couverture	2,7%	8,30%	6,03%	3,24%
Taux de sinistralité	25%	130%	58%	57%

Les gérants mutualistes et l'agence centrale doivent prêter attention à ces situations pour prendre en charge en temps réel ces questions afin que garder intact la confiance des populations au système CMU en construction.

Les soins achetés sont ceux définis dans le ou les paniers de soins. Les mutuelles doivent pour ce faire introduire deux activités qui nous paraissent importantes :

- **La veille communautaire** via les actions suivantes :
  - par l'écoute des bénéficiaires, particulièrement ceux ayant utilisé les services de santé, leurs sentiments sur les services rendus, leur degré de satisfaction, mais aussi les désagréments éventuels subits ;
  - par l'écoute des prestataires de soins les difficultés qu'ils peuvent ressentir dans l'exercice de leurs arts par les incompréhensions des utilisateurs, qui ne comprennent pas toujours les règles dans les formations sanitaires ;
  - d'organiser des discussions autour des problèmes soulevés par les uns et les autres en vue d'améliorer la compréhension mutuelle entre les soignants et les soignés ;
  - remonter à l'administration les manquements graves constatés dans l'exercice de leurs fonctions par les prestataires ;
  - réprimander, voir sanctionner les bénéficiaires indisciplinés.
- **Le contrôle communautaire** : la mise en place d'un système d'assurance maladie ainsi que des régimes de gratuités entrainent toujours des tentations chez les gestionnaires des formations sanitaires. Le mouvement mutualiste devrait par lui-même ou par un tiers, mettre en place un système de contrôle communautaire sur l'effectivité des soins. Cela peut se faire par tirage aléatoire, voir ciblé (s'il y a des factures suspectes voire des soins suspects) en contactant le bénéficiaire pour confirmer ou infirmer la véracité des soins. Ce contrôle communautaire est un complément indispensable du contrôle médical qui est de la responsabilité de la caisse centrale.

5. Réformes organisationnelles (Gouvernance)

La gestion des missions transférés et transférables (cas du Mali) appellent de la part du mouvement mutualiste un véritable changement de paradigme. Les mutuelles ont longtemps souffert d'une appréciation négative de leur capacité gestionnaire, sans considérer que pendant longtemps, des bénévoles se sont évertués à assurer cette fonction avec des ressources financière et matériels quasi inexistants. Dans une perspective de passage à l'échelle où il sera question de gérer

des milliers de bénéficiaires, voire des millions (si on considère une couverture de 80% de la population générale), les instances de support aux mutuelles doivent se préparer à affronter le challenge avec métier et professionnalisme. La réalisation de ces missions suppose une bonne organisation, une technicité de haut niveau et une gouvernance solide.

Sur le plan organisationnel

Le schéma proposé dans les deux pays est intéressant à suivre : une mutuelle par commune, une union départementale/district, une union/fédération régionale, une fédération nationale.

Une mutuelle – une commune

Le succès de la mission confiée au mouvement mutualiste dépendra en grande partie de sa capacité à couvrir progressivement la cible à elle confiée. Faire de la commune la base de développement des mutuelles est intéressante à ce niveau. Cependant cette stratégie doit être réaliste et tenir compte des spécificités locales. Comme expliqué plus haut, chaque mutuelle devra se doter d'un gestionnaire à temps plein ou en tiers-temps suivant sa taille. Cela suppose que la base populationnelle de la mutuelle est à même de supporter les frais engendrés par le recrutement de ce gestionnaire. Cela est d'autant important qu'au Sénégal les mutuelles assurent la gestion du risque pour le paquet de base.

Au Mali, certaines communes sont de très petites tailles et sont structurellement en situation de déficit. Pour ces cas, ne faut-il pas faire plutôt une mutuelle – 2 ou 3 (en tout cas plusieurs) communes ou une mutuelle de santé par district sanitaire, avec des sections dans les communes et des cellules dans les villages.

Union départementale/district/région

L'union départementale assurant la gestion du paquet complémentaire au Sénégal et l'achat des services de ce paquet au Mali, doit disposer d'une plateforme de gestion. Cette plate forme doit être dotée :

- De ressources humaines spécialisées dans les différents métiers de l'assurance ;
- D'outils managériaux : manuel de procédures, logiciel de gestion dédié (qui doit être celui de l'agence/caisse), logiciel comptable ;
- De bureaux adéquats ;
- Equipement bureautique et informatique.

L'union doit être en capacité d'apporter un appui technique aux mutuelles communales.

Fédération nationale

La fédération nationale devra gérer le risque au niveau tertiaire pour le Sénégal et réaliser les achats pour le même niveau au Mali. Au Mali, la fédération sera un organisme gestionnaire délégué ce qui est une mission plus étendue que celle de l'achat simple, mais elle n'aura pas vocation à gérer le risque qui sera du ressort de la caisse centrale.

Les fédérations devront donc se structurer profondément en termes de dimension dans tous les aspects cités plus haut pour l'union. Elle devrait être une structure professionnelle de très haut niveau. A ce sujet, l'UTM a une longueur d'avance car depuis l'année 2000, elle a développé une technostructure pour la gestion de l'AMV.

Cependant elle doit pouvoir s'agrandir conséquemment et développer des outils de gestions adaptés au gros système. Nous parlons de 13 à 14 millions de personnes à couvrir.

La Fédération devra également apporter un appui conséquent aux autres structures (Union/fédération régionale et Union départementale/district) de façon à avoir des procédures et outils harmonisés sur l'ensemble du territoire.

Au Mali la SNEM prévoit la création d'une fédération avec une présence de l'UTM en appui technique, pour être en conformité avec les directives communautaires (UEMOA). La question que l'on peut légitimement se poser est la pertinence de disposer de deux organisations de niveau national. L'option de réorganisation pourrait être de changer les Statuts de l'UTM et d'en faire une fédération avec un département technique. Cette solution a l'avantage de se conformer à la SNEM et aux directives communautaires.

Pour le Sénégal, en vue de diminuer la trop grande fragmentation du système et notamment la gestion du paquet de Base, on peut imaginer que les mutuelles communales donnent délégation de gestion de leur produit à la fédération nationale comme cela se fait avec l'AMV aujourd'hui au Mali. Cette solution permettra de réaliser une mise en commun des ressources et d'élargir la base de la solidarité. Les unions départementales et régionales pourraient faire de même pour le paquet complémentaire. Ainsi, les ressources seront réattribuées à chaque niveau en fonction de leur consommation réelle des soins « l'argent suivra donc le malade». Ainsi, on pourra développer un système plus équitable et éviter de fragiliser les communes pauvres ou à risque épidémiologique.

6. Communication, lobbying et plaidoyer

Le développement de la CMU/AMU du secteur agricole – informel par les mutuelles, pour près de 80% de la population doit être inscrit dans un véritable acte volontariste des Etats. Au regard des montants investis pour mettre en place par exemple l'AMO au Mali pour couvrir 17% de la population, on peut imaginer le niveau d'effort à réaliser. Cet effort est indispensable si l'on veut construire véritablement un système professionnel et performant. Il peut et doit s'inscrire dans la durée en tout cas dans le moyen terme, il ne servira à rien de courir trop vite et ne pas être en capacité technique et financière de suivre.

Le mouvement mutualiste et notamment les élus ont une mission historique à saisir. Il doit identifier des alliés objectifs comme les associations et ONG intervenant dans le domaine de la santé, constitué un véritable groupe de pression face au Gouvernement et aux Bailleurs de fonds, afin d'obtenir des engagements réels et non des promesses qui ne seront pas tenues (voir niveau de financement de la SNEM au Mali). Les administrateurs des mutuelles ne peuvent en aucun cas se désengager et attendre que les cadres salariés jouent ce rôle. L'Etat du Sénégal en créant un fonds de solidarité national dédié, à donner la voie à suivre.

La communication est importante dans les pays qui optent pour une adhésion volontaire. On se positionne dans une perspective de changement de comportement des populations et non la coercition. L'acceptabilité sociale est alors un facteur et une approche à considérer. Tine et Ndiaye (2014) estiment que l'acceptabilité sociale est une combinaison de perception et de compréhension et que cela détermine l'utilisation et éventuellement la contribution de la promotion et une participation effective[36].

Il y a plusieurs formes de communication. Cette étude n'a pas pour objet de toutes les explorer, mais peut relever celles qui ont un impact certain sur la dynamique de CSU dans le contexte des pays étudiés :

- La communication offerte par la transparence et la gouvernance ;
- La communication offerte par les pratiques organisationnelles (les organes et instances fonctionnent correctement et respectent les règles) ;
- La communication institutionnelle ;
- La communication de masse et la communication interpersonnelles qui sont plutôt classiques.

Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'impact de la communication sur l'acceptabilité, l'analyse nous inspire que le retard dans le déroulement de cette activité peut contribuer à la faiblesse des résultats d'un programme tel que l'a expérimenté la SNEM. En effet, un budget de 237 540 000 FCFA a été alloué à la communication de la SNEM, soit à peine 2% du budget total (voir Tableau 6). Lorsque l'objectif du programme est l'extension de la couverture, on peut valablement estimer que ce montant n'est pas conséquent.

Les résultats révèlent sans surprise un taux de pénétration bas, auquel le retard de décaissement a largement contribué.

7. Financement conditionnel

Pour mettre en œuvre et opérationnaliser efficacement l'implication du mouvement mutualiste, plusieurs étapes de préparation sont nécessaires, y compris des activités de recherches, modélisation, test, etc., mais aussi l'appui continu au mouvement mutualiste[37,38]. Il est important de ne pas institutionnaliser certaines pratiques ou options avant d'être sûr de leur plus-value dans le dispositif de la CMU. L'action de plaidoyer dont il est question ci-dessus, ne doit pas se muer en revendication de rôle que le mouvement serait incapable de supporter.

Il est dès lors important que des fonctions soient dévolues, dans un premier temps sous forme de financement conditionnel (moyennant résultats et sur base de procédures d'opérationnalisation et de reporting). Ce processus peut se faire en utilisant le cadre contractuel[39] (voir en annexe II le modèle de convention entre le Ministère et une mutuelle).

Une autre modalité à développer comme pratique prometteuse est l'articulation avec la stratégie de financement basé sur les résultats (FBR) en réalisant (à défaut d'une gestion entière de l'activité[1]) des tâches comme la vérification communautaire. Ceci est presque une évidence. Les politiques doivent, pour être logique, laisser la vérification de l'effectivité et de la satisfaction à la demande organisée pour augmenter son 'pouvoir' d'interface entre l'utilisateur et le prestataire de service.

Enfin, le suivi évaluation et la capitalisation de ces expériences est incontournable et est le rôle des institutions de recherche avec l'appui des organisations comme MASMUT-UEMOA ainsi que des Etats. Cette capitalisation est fondamentale en vu de tirer les leçons.

La mutuelle, un mécanisme de proximité qui met le membre au cœur du processus

Un des principaux défis pour les pays africains en général, le Mali et le Sénégal en particulier dans leur progression vers la couverture sanitaire universelle est d'arriver à une bonne couverture des secteurs agricole et informel vers l'atteinte des ODD. La situation économique de ces deux secteurs se caractérise par : (i) une irrégularité (saisonnalité pour le secteur agricole) des ressources financières, (ii) une méconnaissance du niveau des revenus, (iii) une très grande disparité du niveau des revenus, (iv) une cellule familiale très large avec 3 voir 4 générations sous le même toit avec la même base économique, (v) un niveau de pauvreté élevé notamment dans le monde rural… Ces deux secteurs connaissent cependant un niveau d'organisation sociale assez communautaire. Ils sont souvent organisés en association : associations des producteurs agricoles, association des chauffeurs de taxis, association de groupe d'âge…

Dans les stratégies de développement des mutuelles, les promoteurs et les organismes d'appui se sont très largement appuyés sur les leaders de ces organisations paysannes et associatives. Cette stratégie a l'avantage de pénétrer assez rapidement la population, d'avoir la confiance des ménages et des familles. Les leaders communautaires étant eux-mêmes des élus des organisations mutualistes cela donne un avantage comparatif indéniable au mouvement mutualiste pour l'atteinte des objectifs de la CSU. Leur connaissance du milieu permet en effet à l'Etat de disposer rapidement et de façon fiable d'une base de données des personnes et familles démunies pour leur prise en charge.

Organisations de type social, les mutuelles constituent un mécanisme efficace pour servir d'interface entre l'offre et la demande de soins. Elles disposent de mécanismes, notamment dans le cadre de la contractualisation, pour créer des espaces de dialogue et une interaction entre les « soignants et les soignés ». Cette perspective est importante (mais souvent oublié) dans le cadre de la CSU et la quête de la qualité des soins (y compris la qualité perçue) pour assurer l'écoute de l'assuré, lever les différents problèmes d'incompréhension et ainsi améliorer les comportements des uns et des autres. Cette activité de veille communautaire est capitale pour renforcer la confiance mutuelle autour des objectifs de santé publique.

Enfin les mutuelles étant une organisation sociale, les principes exigent à ce que les excédents budgétaires des exercices soient utilisés pour servir les causes de la communauté telle que les activités de prévention et de promotion dans le domaine de la santé, contrairement à d'autres mécanismes d'assurance qui servirait les dividendes aux actionnaires.

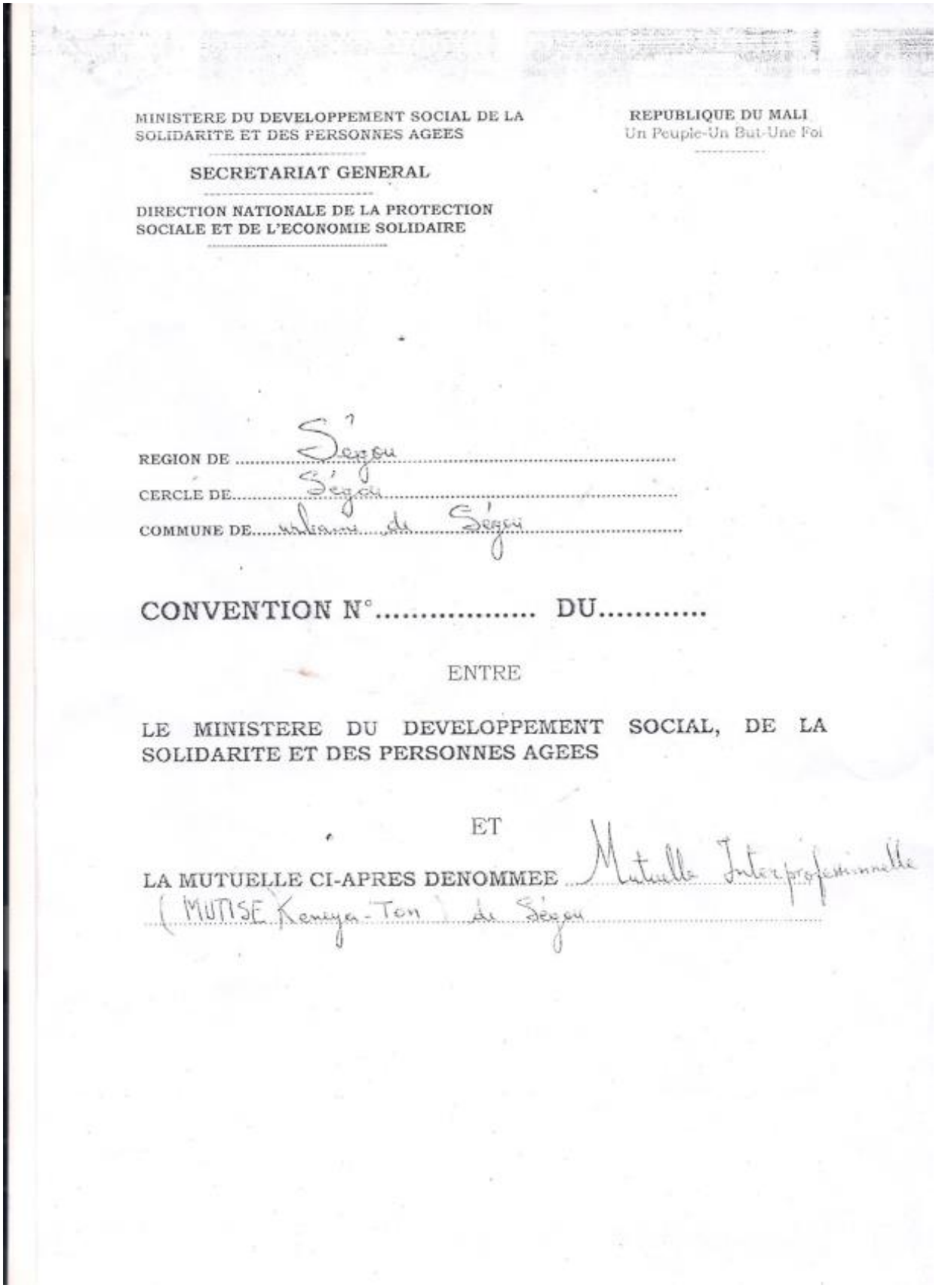
Partie IV. Annexes

I. Liste des personnes rencontrées

Personnes rencontrées	Structure / Fonction	Contact	Date
Central			
Luc Togo	DG CANAM et Coordinateur groupe d'expert		28-02-17
Djénéba Daouda	Animatrice Muproma Bamako-UTM		13-02-17
Koffi Valère	Coordinateur	76392351	17-01-17
Issa Sissouma	DG UTM	66751650	19-01-17
Cheichna Touré	Consultant	66751651	19-01-17
Amadou Diallo	Conseiller Technique Chargé CMU	66971093	21-01-17
Alou Ouattara	Direction Développement		25-01-17
Madame Aiché Diarra	Responsable au Développement UTM		25-01-17
Région de Koulikoro			
Sériba Diallo	Président Mujigiya Koulikoro	71299895	28-01-17
Mm Aminata Coulibaly	Vice Mujigiya Koulikoro	75182842	28-01-17
Dr Abdoulaye Cissé	Prestataire-Pharmacie conventionnée	64664409	28-01-17
Harouna Diabaté	Gestionaire-Animateur Koulikoro	65965637	28-01-17
Dr Issa Mallé	DTC CSCom Kolèbougou Koulikoro	77247780	18-02-17
Fassery Doumbia	Président ASACO Kolèbougou Koulikoro	75232734	18-02-17
Ibrahim Soumaoro	Gérant DV CSRef Koulikoro	61432842	18-02-17
Dr Mamoutou Traoré	Président ASACO Koulikoro-Ba (pharmacien)	76455434	18-02-17
Youssouf Gariko	Chef Service Social CSRef Koulikoro	76238997	18-02-17
Région de Ségou			
Ousmane Diarra	Président Mutisi		23-01-17
Seydou Ouattara	UOP-Ségou	66711048	23-01-17
Dr Abdoulaye Sanogo	Directeur Hôpital Ségou	66754101	14-02-17
Moussa Traoré	Accueil Hôpital Ségou		14-02-17
Mamoutou Coulibaly	Chef Comptable Hôpital Ségou		14-02-17
Abdoulaye Diarra	Gestionaire-Animateur Markala		14-02-17
Aliou Diadié Maiga	Président de la Muscoma Markala		14-02-17
Alassane Traoré	Chargé de Suivi des mutuelles UOP Ségou	66881588	15-02-17
Siriman Samaké	Major CSCom Pelengana Sud Ségou		15-02-17
Mady Sissoko	Président ASACO Pelengana Sud-Ségou		15-02-17
Dr Issa Ben Zakour	Médecin Chef CSRef Ségou	66156391	15-02-17
Mohamed Ben Abdoulaye	Chef Service Dvpmnt social CSRef Ségou	76426622	15-02-17
Fadouba Doumbia	Président ASACO Darsalam Ségou	65572034	16-02-17
Dr Modibo Berthé	DTC CSCOm Darsalam Ségou	63815866	16-02-17
Hassane Togo	DRDS Suivi-Contôle des Organisations		16-02-17
Boubacar Diarra	Gestionnaire AMV –Ségou	69867280	16-02-17

Personnes *rencontrées*	**Structures**	**Fonction**	**Contact**
Mr Mamadou MBAYE	Agence Couverture Maladie Universelle (ACMU)	Directeur Assurance Maladie	77 645 33 84
Mr Abdou Aziz FALL		Chef du bureau régional de Kaolack	77 639 25 62
REGION DE KAOLACK			
Docteur Assane TOURE	Pharmacie BOUBAKH	Pharmacien	33 941 28 29
Mr Macodou DIOP	Hôpital Ibrahima NIASSE Kaolack	Directeur Technique	33 938 41 42
Mme Bass KANE		Gestionnaire des conventions es MS	77 645 33 14
Mr NDOYE			78 189 91 95
Mme Lobé CISSOKO	URMS	Présidente	77 552 10 43
	UNAMUCS	Trésorière	
Mme BA Abiba SOUK FAYE	URMS	Gestionnaire des conventions	77 704 13 49
Mr Moussa SARR	Mutuelle de santé Keur Baka	Président	77 618 63 64
Mr Senghane FAYE		Trésorière	
Mr Babacar NDAO		Vice-président	77 573 20 79
Mme Teny Camara	Poste de santé Keur Baka	Infirmière Chef de poste	77 117 72 60
Pape Abdoulaye SECK	Distrct de santé de Kasnak	Médecin chef de district	77 650 26 29
Docteur Demba Warr SALL DIENG	District de Ndoffane	Médecin Chef de District	77 657 57 42
Ibrahima DIALLO	Mutuelle de santé Lat-Mengué	Président	77 89633 63
Mr Ngor DIOP	Poste de santé Koumbal	Infirmière Chef Poste	77 504 42 92
Mr Babacar FAYE	UDMS ***Kaolack***	Président	77 511 14 94
Mr Modou Makhtar Diop	UDMS **Guinguinéo**	Président	77 533 05 45
Mr Katim TOURE	UDMS ***Nioro***	Président	77 444 67 12
REGION DE SAINT-LOUIS			
Mr Lamine MBAYE	Mutuelle de santé GUAL GUI	Président	77 563 00 50
Mr Iba DIAGNE		Trésorier	77 630 02 26
Mme Rama WADE		Président	77 684 78 49
Amadou MASS FALL	MS Mame Rawane de MPAL	Vice-président	77 650 88 88
Mme Yacine NDOYE	Pharmacie Boucharra	Pharmacien	77 967 46 56
Mme Diamé ké DIOUF	Poste de santé Guet-Ndar St-Louis	Infirmier Chef de Poste	77650 70 39
Mme Bathily Fatou TOURE	District Sanitaire de MPAL	Sage-Femme	77 551 11 91
Mr Lamine MBAYE	UDMS ***de Saint-Louis***	Président	77 563 00 50
Mr Youssou Laye	UDMS ***de Dagana***	Président	77 649 20 40
Mr Aboubacry SALL	UDMS **de Podor**	Président	77 807 60 50
Mr Ousmane NDIAYE	URMS ***de Saint-Louis***	Président	77 207 35 05
	UNAMUCS	Secrétaire Général	
Mr Ousmane SOW	Agence Régional de développement (ARD)	Directeur	77 793 12 25

II. Modèle de convention de financement



MINISTERE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE L'ECONOMIE SOLIDAIRE

REGION DE ..... Ségou .....

CERCLE DE..... Ségou .....

COMMUNE DE..... Mairie de Ségou .....

CONVENTION N°..... DU.....

ENTRE

LE MINISTERE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES

ET

LA MUTUELLE CI-APRES DENOMMEE ..... Mutuelle Interprofessionnelle (MUTISE Kenuya-Ton) de Ségou .....

I-Préambule

L'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins de santé par les systèmes de couverture sociale de la maladie, notamment les mutuelles est prévu dans Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social, le PRODESS et le CSCRP.

Dans ce cadre, le Gouvernement du Mali a mis en place un dispositif législatif et règlementaire sur les mutuelles afin d'en assurer un développement satisfaisant.

Force est, cependant, de constater que le taux de couverture de la population demeure toujours en deçà des besoins de la population.

Aussi le gouvernement du Mali, avec l'appui de ses partenaires, s'engage-t-il à mettre désormais en place une stratégie incitative d'extension des mutuelles de santé au plus grand nombre. Dans le cadre de cette stratégie, l'Etat interviendra dans l'appui direct aux mutuelles dans le souci d'améliorer leur taux de pénétration et par conséquent, d'améliorer l'utilisation des services de santé.

L'augmentation du nombre de personnes couvertes passe par l'élaboration et la mise en œuvre d'une série d'activités consignées dans un programme élaboré par les administrateurs des mutuelles.

II-Parties Prenantes à la convention

Entre d'une part,

Le Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées, agissant au nom de l'Etat malien, représenté par.....
.....
.....

Et d'autre part,

La **Mutuelle** ci-après dénommée Mutuelle Interprofessionnelle MUTISE Kenya-Ton
enregistrée au répertoire national des mutuelles du Mali sous le n° MIP-MA/2004/0000 33
représentée par son (sa) Président (e) .....,
domicilié (e) à .....

Il est convenu ce qui suit :

III-Objet de la convention

Article 1er : La présente convention a pour objet de régir le partenariat entre la mutuelle MUTISE Kenya-Ton .....et l'Etat malien dans le cadre de la mise en œuvre d'un ensemble d'activités devant contribuer à l'augmentation du nombre de personnes couvertes.

IV-Objectifs de la Convention

Article 2 : L'objectif général de la présente convention est d'augmenter le nombre des adhérents à la mutuelle et d'assurer un meilleur accès de ceux ci aux soins de santé de qualité.

Article 3 : Les objectifs spécifiques visés par la présente convention sont :

- financer les activités retenues dans le plan de développement de la mutuelle à travers les plans d'actions annuels;
- financer une partie des cotisations des bénéficiaires de la mutuelle ;
- suivre et évaluer les activités retenues dans le plan d'action ;
- accroître significativement le taux de couverture de la population par la mutuelle ;
- améliorer significativement le taux d'utilisation des services de santé par la population.

V-Engagement des parties

Dans le cadre de la présente Convention les parties s'engagent à :

***Pour la mutuelle** Mutuelle Interprofessionnelle " MUTISE Kenega-ton ".

Article 4-La mutuelle ...MUTISE Kenega Ton..... s'engage à :

- Elaborer un plan de développement quinquennal de la mutuelle;
- Mener les activités retenues dans le plan de développement à travers des plans d'action annuels ;
-Produire des rapports d'activités semestriels et annuels;
-Produire des pièces comptables justifiant les dépenses engagées ;
-Atteindre les objectifs d'adhésion tels que prévus dans les plans d'actions ;
-Se soumettre à tous les contrôles prévus dans le cadre de l'exécution de la présente convention ;
-Justifier, à échéance, l'utilisation des ressources octroyées par l'Etat .

***Pour l'Etat**

Article 5-L'Etat malien s'engage à :

-Mettre à la disposition du Conseil d'Administration de la mutuelle MUTISE Kenega Ton..... un budget permettant la mise en œuvre des plans d'actions annuels;

Ce budget comprend :

- une subvention équivalente à la moitié des montants des cotisations par adhérent pour servir à la prise en charge des prestations ;
- une subvention pour assurer la mise en œuvre des différents plans d'action annuels, notamment la réalisation des activités de

développement de la mutuelle (animation, sensibilisation, fonctionnement des organes,...) ;

-Faire accompagner la mutuelle par l'assistance technique nécessaire à la conduite des activités.

VI-Principes fondamentaux

Article 6- Les procédures de mobilisation et de gestion des subventions de l'Etat accordées à la mutuelle sont celles du Budget de l'Etat ;

Article 7- Les rapports et les pièces justificatives portant sur les subventions de l'Etat sont transmis aux Services déconcentrés de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire.

Article 8- Le financement des activités programmées par la mutuelle MUTISE ...Kenegn Ten.....est lié à la disponibilité des fonds.

Article 9- La disponibilité du plan de développement et des plans d'action sont une conditionnalité pour l'application de la Convention.

VII-Durée de la convention

Article 10- La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans couvrant la période du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2014.

VIII-Moyens

Article 11 : Pour l'exécution des activités programmées sur la période citée à l'article 10, l'Etat consent à mettre à la disposition de la mutuelle un budget mobilisable en fonction du nombre d'adhérents de la mutuelle.

Article 12 : La subvention de l'Etat devant servir à assurer les prestations est octroyée à la mutuelle ...MUTISE...Kenegn Ten.....suivant les procédures du budget d'Etat en fonction du nombre de bénéficiaires à jour de payement de leurs cotisations. Pour les nouvelles adhésions et les ressources consacrées aux autres activités du plan d'actions elles feront l'objet de requêtes spécifiques.

IX-Suivi et Evaluation

Article 13 : La mutuelle est responsable du suivi interne de ses activités. Elle peut, dans ce sens, bénéficier de l'appui de partenaires divers, notamment l'Union Technique de la Mutualité.

Article 14 : Les services de tutelle, notamment la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, à travers la Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire ainsi que le Service de

Développement Social et de l'Economie Solidaire de Cercle, assureront un suivi externe et régulier de proximité auprès de la mutuelle. Ils assureront également les évaluations annuelles et les contrôles requis.

Article 15 : Un comité local, regroupant différents intervenants sera mis en place pour assurer un meilleur accompagnement de la mutuelle.

X-Gestion des conflits

Article 16- Les difficultés éventuelles relatives à l'interprétation et/ou à l'application de la présente Convention feront l'objet de concertation directe ou d'échanges de notes explicatives entre les parties contractantes en vue d'un accord écrit.

Article 17 - Tout différend né de l'interprétation ou de l'application de la présente Convention sera réglé par voie de négociation. Toutefois si les parties n'arrivent pas à s'accorder, le différend sera porté à la connaissance du comité local pour un règlement à l'amiable.

A défaut de solution satisfaisante pour l'une ou l'autre des parties à la Convention elle peut saisir la juridiction compétente.

XI- L'enregistrement et la publication

Article 18-La Convention sera enregistrée auprès de la juridiction compétente.

Article 19-La présente Convention sera publiée partout où besoin sera.

XII-La rupture de la Convention

Article 20 - L'une des parties de la Convention peut, à tout moment, dénoncer la présente Convention en cas de non observation des engagements. Toutefois, l'avis de résiliation doit être notifié au moins trois mois avant la rupture par lettre recommandée avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi.

Article 21- Les parties contractantes peuvent mettre fin au contrat par accord mutuel écrit précisant la date de la rupture.

Article 22- Dans tous les cas, il sera procédé à un inventaire de la mutuelle suivi d'une restitution des ressources non utilisées octroyées par l'Etat. Les ressources déjà utilisées doivent être justifiées.

Article 23- Les dépenses indexées sur la subvention de l'Etat et déjà engagées régulièrement sur les ressources propres par la mutuelle avant la mobilisation des subventions de l'Etat seront remboursées par celui-ci.

XIV-Les modalités de fin de contrat et de renouvellement

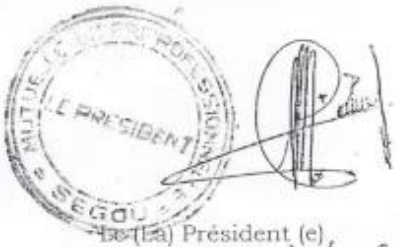
Article 24- A la fin de la Convention, les parties procèdent à une évaluation de sa mise en œuvre et à un inventaire des actifs.

Article 25- La convention peut faire l'objet de révision chaque fois que besoin.

Article 26- La présente convention prend effet à partir de sa date de signature par les deux parties.

Fait à .....le.....

Pour la mutuelle



Le (La) Président (e)
de la Mutuelle...Interprofessionnelle
de...Ségou.....

Pour le Ministre du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées

Le Directeur National de la Protection Sociale et l'Economie Solidaire

III. Bibliographie

1. Ndiaye P. L'implication des mouvements sociaux dans les politiques de Couverture Sanitaire Universelle. Une étude comparative de 5 pays de l'Afrique de l'Ouest. 2017.
2. Ndiaye P, Tine J, Kaddar M, Atim C. *Couverture Sanitaire Universelle Dans Les Pays de La CEDEAO. Guide D'orientation*. (Organisation Ouest Africaine de la Santé, ed.). Ouagadougou; 2016.
3. Ndiaye P. Développement des mutuelles de santé en Afrique. In: DUSSAULT G, FOURNIER P, LETOURMY A, eds. *L'Assurance Maladie En Afrique Francophone – Améliorer L'accès Aux Soins et Lutter Contre La Pauvreté*.Vol 4. Banque Mon. Washington DC; 2006:311-330. Available at: http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/33571/1/125140.pdf.
4. Ndiaye P. *Développement Des Mutuelles de Santé En Afrique : Une Analyse Comparative Des Approches et de Leurs Impacts*. Ottawa: CRDI/Research Matters; 2006. Available at: http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/33571/1/125140.pdf.
5. Oms. Rapport sur la santé dans le monde 2010 - Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. 2010.
6. Mathauer I, Carrin G. The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. *Health Policy* 2011;99(3):183-192. doi:10.1016/j.healthpol.2010.09.013.
7. République du Mali. *Loi 96-022 AN RM, Régissant La Mutualité En République Du Mali*. Mali; 1995:1-7.
8. Ministère de la santé et de l'Hygiène publique du Mali. *Plan Decennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007.*; 2014.
9. Gouvernement du Mali. *Décret 09 552 Du 12 Otobre 2009 Fixant Les Modalité D'application de La Loi Portant Institution Du Régime d'AMO*. Mali; 2009.
10. République du Mali. *Décret 10 578 Du 26 Octobre 2010 Fixant Le Taux de Cotisation Du Régime AMO*. Mali; 2010.
11. République du Mali. *Décret 10 579 Du 26 Ocobre 2010 Portant Approbation de La Convention Type de Délegation de Gestion Dans Le Cadre de l'AMO*. 10 579; 2010.
12. Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées. *Stratégie Nationale D'extension de La Couverture Maladie Par Les Mutuelles de Santé Au Mali*. Bamako; 2010.
13. Kouame M, Allisson Kelley. *Rapport D'évaluation Externe Du Projet Kénéya Sabatili*. Bamako: UTM; 2015.
14. Impact Insurance. Projet Kénéya Sabatili « Assurer la santé » - UTM. 2014. Available at: http://www.impactinsurance.org/fr/projects/lessons/keneya-sabatili-project-insuring-health.
15. Diallo A, TOURE C, COULIBALY M, BIGEARD A. *Étude de La Faisabilité de L'établissement de Passerelles Entre l'AMO, Le RAMED et l'Assurance Mutualiste D'une Part et Les Autres Dispositifs de Couverture Sanitaire*

Instaurés Par l'État. Bamako, Ministère de la Solidarité, l'Action humanitaire et la Reconstruction du Nord; 2012.

16. Letourmy A. *Développement D'un Panier de Soins de Base Au Mali*. Bamako, Ministère de la Solidarité, l'Action humanitaire et la Reconstruction du Nord; 2014.
17. Ministère de la Solidarité de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord. *ARRETE 0338 / MSAHRN – SG PORTANT MISE EN PLACE D'UN COMITE DE REFLEXION ET DE SUIVI DE LA MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS DE PROTECTION SOCIALE POUR L'OPERATIONNALISATION DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE AU MALI*. Mali; 2016.
18. Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire. *Rapport D'étape Du Groupe d'Experts Pour L'instauration Du Régime D'assurance Maladie Universelle Au Mali En 2018*. Bamako; 2016.
19. Ministère de la Solidarité de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord. *Décision N° 0162 Portant Mise En Place D'un Comite de Réflexion et de Suivi de La Mise En Place Des Dispositifs de Protection Sociale Pour L'opérationnalisation de La Couverture Maladie Universelle Au Mali*. Mali; 2015:1-6.
20. Ministère de la Solidarité de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord. *Décision N° 2036 Portant Modification de La Decision n°0165 MSAHRN-SG Du 08 Juin 2015, Fixant La Liste Des Membres Du Groupe d'Experts Pour L'instauration En 2018 de La Couverture Maladie Universelle Au Mali*. Mali; 2015.
21. République du Mali. *Politique Nationale de Financement de La Santé Pour La Couverture Universelle 2014-2023*. Bamako; 2014.
22. République du Mali. *Loi N° 016 Du 25 JUIN 2009 PORTANT CREATION DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CANAM)*. Mali; 2009:3-4.
23. Gouvernement du Mali. *DECRET N°09-553 /P-RM DU 1 2 OCT 2009 FlXANT L'ORGANISATION ET LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE*. Mali; 2009.
24. Ministère de la Santé et l'Action Sociale - Sénégal. *Rapport de Synthèse Des Études de Faisabilité Pour L'implantation, La Restructuration Des Mutuelles de Santé Dans Une Perspective de Leur Mise En Réseau Au Niveau Départemental*. Dakar; 2012.
25. Présidence de la République du Sénégal. *Décret N° 2012-1311 Fixant Les Règles D'organisation et de Fonctionnement de La Délégation Générale À La Protection Sociale et À La Solidarité Nationale (DGPSN)*. Sénégal; 2012:1-10.
26. Ministère de la Fonction Publique- du Travail et des Relations avec les Institutions. *Projet de Réforme de L'assurance Maladie Obligatoire*. Dakar; 2013.
27. Sénégal M de la S et l'Action S-. La Couverture Maladie Universelle au Sénégal : bilan et perspectives après un an de mise en œuvre. :1-19.
28. Faye M. *Etude Sur La Viabilité Financière Des Mutuelles de Santé Dans Le Contexte de La Couverture Maladie Universelle*. Dakar; 2006.
29. Présidence de la République du Sénégal. *Sénégal - Décret N° 2015-21 Portant*

Création et Fixant Les Règles D'organisation et de Fonctionnement de l'Agence de La Couverture Maladie Universelle (La CMU). Dakar, Sénégal: Gouvernement du Sénégal; 2015:11.

30. PRODESS. Programme de developpement socio-sanitaire 2014-2018 (PRODESS III). 2014;2018(Prodess Iii).
31. Msp/Cafsp. *Plan Stratégique de Développement de La Couverture Maladie Universelle Au Sénégal*. Dakar; 2013.
32. République du Sénégal. Loi n° 2004-16 portant loi d'orientation agro-sylvo-pastorale. 2004:26. Available at: http://www.gafspfund.org/sites/gafspfund.org/files/Documents/-Agriculture sector strategy - LOASP.pdf.
33. République du Mali. *Loi N ° 06-40/an-rm Portant Loi d'Orientation Agricole Du Mali*. Mali; 2006.
34. Mladovsky P, Ndiaye A, Ndiaye P, Lelubre B, Soors W. *Les Mutuelles de Santé et Le Capital Social MUCAPS : Trois Études de Cas Sénégalaises Working Paper MUCAPS*. London; 2015.
35. Pascal N. *Rapport Final D'évaluation Du "Projet de Promotion de Mutuelles de Santé En Faveur Des Populations Du Secteur Agricole Dans Le Cadre D"un Partenariat Public-Privé'*. Abidjan; 2017.
36. Ck Tine R, Ndiaye P, Ndour CT, et al. Acceptability by community health workers in Senegal of combining community case management of malaria and seasonal malaria chemoprevention.
37. USAID. HEALTH FINANCING PROFILE: SENEGAL - Key country indicators. 2016.
38. Ministère de la Santé et l'Action Sociale - Sénégal. *Concertations Nationales Sur La Santé et L'action Sociale. Rapport Introductif*. Dakar; 2013.
39. Perrot J. Different approaches to contracting in health systems. *Bull.World Health Organ* 2006;84(0042-9686 (Print)):859-866.

Autres documents consultés

1. CREDES. Evaluation rétrospective du projet d'appui au développement sanitaire et social de la Vème Région du Mali (PADSS). 33(0).
2. BALIQUE H, SIMPARA CT, KOITA N, DIABATE O, DIALLO B. *Rapport de La Mission D'analyse Du Processus D'accréditation et D'assurance Qualité Au Mali*. Bruxelles; 2009.
3. République du Mali. Loi 02-049 AN RM portant loi d'orientation sur la santé. 2002.
4. Abdel Wahed E, Peter B, Abdramane M, Yann D, Youssouf S, Zakaria K. *Evaluation Externe Du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2007*. Bamako; 2011.
5. Ouattara, O. & Sissouma, I. (2007). La mise en réseau des mutuelles de santé : l'expérience de l'Union Technique de la Mutualité Malienne in M-P. Waelkens & B. Criel (Eds). *La mise en réseau des mutuelles en Afrique de l'Ouest : l'Union fait – elle la force ?* (pp. 49 – 64). Anvers (Belgique) : Institut de Médecine Tropicale (IMT).

6. République du Mali. *Décret N° 10 580 / PR-M Du 26 OCT 2010, Fixant Les Principes de La Tarification Préférentielle et Les Taux de Couverture Des Prestations de Soins de Santé de L'assurance Maladie Obligatoire et de L'assistance Médicale*. Mali; 2010:2007-2010.

7. Letourmy, A. & Ouattara O, (2006). L'assurance maladie obligatoire au Mali : discussion d'un processus en cours. In G. Dussault, P. Fournier & A. Letourmy (Eds). *L'Assurance maladie en Afrique francophone: Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* (pp. 229-262). Washington: World Bank (Health, Nutrition & Population Series).

8. FERMUSAS. Statuts de la Fédération Régionale des Mutuelles de Santé de Ségou (FERMUSAS). 2016.

9. UMUSACS. Réglement intérieur de l'Union des Mutuelles de Santé du Cercle de Ségou (UMUSACS). 2014.

10. ULMUSAB. Réglement intérieur de l'Union Locale des Mutuelles de Santé de Bla (ULMUSAB). 2014.

11. FERMUSAS. Réglement intérieur de la Fédération Régionale des Mutuelles de Santé de Ségou (FERMUSAS). 2014.

12. ULMUSAB. Statuts de l'Union Locale des Mutuelles de Santé de Bla (ULMUSAB). :2014.

13. UTM. Activité d'appréciation des indicateurs de santé dans les structures sanitaires conventionnées par l'UTM. 2013.

14. Ouattara, O. & Soors, W (2007). Social health insurance in French-speaking sub-saharan Africa : Situation and current reform in ILO,GTZ &WHO (eds). *Extending Social Protection in Health: Developing Countries' Experiences, Lessons Learnt and Recommendations* (pp. 57 – 62) Francfort VAS

15. UTM. Hôpital Régional Nianankoro FOMBA de Ségou. 2013;93.

16. UTM. Centre de Santé de référence (Csréf) Famory DOUMBIA de Ségou. 2013.

17. UTM. Liste des mutuelles conventionnées par l'état en 2009.

18. Wereldsolidariteit Solidarité Mondiale. Fiche pays Mali Coopération Internationale – MC. 2016.

19. Wereldsolidariteit Solidarité Mondiale. *Rapport Narratif D'avancement de La Composante 3 Du Programme FBSA*. Bruxelles: WSM; 2016.

20. UTM. Genèse du développement des mutuelles de santé et du mouvement mutualiste à Ségou. 2016.

21. Solidarité Mondiale. *Rapport 2016 - Opérateur UTM MALI*. Bruxelles: WSM; 2017.

22. UTM. Données des Mutuelles au 31 décembre 2016. 2016.

23. UTM. Statistiques AMV 2013. 2013.

24. UTM. Statistiques AMV 2015. 2015.

25. UTM. *UTM - Rapport D'activités 2015*. Bamako: Union Technique de la Mutualité Malienne; 2015.

26. UTM. *UTM - Rapport D'activités 2013*. Bamako; 2013.

27. MASMUT. *Atelier Sous Régional Sur La Mise En Application de La Règlementation UEMOA Sur La Mutualité Sociale et Le Rôle Des Mutuelles de Sante Dans La Gestion de L'assurance Maladie Universelle*. Ouagadougou; 2016.

28. MASMUT-UEMOA. *Rapport Narratif MASMUT-UEMOA Du 1er Juillet 2014 Au 30 Juin 2015*. Bamako; 2015.
29. MASMUT-UEMOA. *Rapport Narratif de MASMUT-UEMOA Du 31 Juillet 2015 Au 30 Juin 2016*. Bamako; 2016.
30. MASMUT-UEMOA. Les mutuelles de santé, acteurs de l'assurance maladie universelle. 2016.
31. MASMUT-UEMOA. Les mutuelles de santé acteurs de l'assurance maladie universelle au Burundi, en RD du Congo et en Afrique de l'Ouest (zone UEMOA). 2016.
32. Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées. Description de la Phase pilote de la Stratégie Nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti 2011 - 2013. 2011.
33. Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées. Programme quinquennal de mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles au Mali (2011-2015). 2010.
34. Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées. Phase Pilote de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de santé dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti 2011 - 2013. 2011.
35. Diakhité. *Evaluation Phase Pilote Des Régions de Sikasso, Ségou et Mopti*. Bamako; 2010.
36. UTM. *Rapport D'activité UTM 2012*. Bamako; 2012.
37. UTM. *Rapport D'activité UTM 2013*. Bamako; 2013.
38. UTM. *Rapport D'activité UTM 2010*. Bamako; 2010.
39. UTM. *Rapport D'activité UTM 2014*. Bamako; 2014.
40. UTM. *Rapport D'activité UTM 2011*. Bamako; 2014.
41. Providing for Health. *Mise En Place de La Couverture Universelle Santé Au Mali. Appui Conjoint Du Réseau P4H (Providing for Health) OMS / France / Suisse*. Genève; 2012.
42. Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées. *Etat Des Lieux de La Couverture Maladie Universelle Au Mali Rapport Final*. Bamako; 2011.
43. Gouvernement du Mali. *Décret 10 577 Fixant Les Délais et Les Modalités de Conclusion Des Convention Entre Les Prestataires de Santé et La Caisse Nationale D'assurance Maladie*. Mali; 2010.
44. UMUSACS. Statuts de l'Union des Mutuelles de Santé du Cercle de Ségou (UMUSACS). 2016.
45. UTM. *Etude Sur L'impact de La Mise En Œuvre Des Activités Nutritionnelles Dans Le Cadre Du Programme D'économie Sociale WSM/FBS Dans Les Cercles de Niono et Macina - Région de Ségou*. Ségou; 2013.

View publication stats