

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

Secrétariat Général

République du Mali
Un peuple-Un But-Une Foi

**Stratégie nationale d'extension de la
couverture maladie aux secteurs
agricole et informel par les mutuelles
de santé.**

Mai 2010

Table des matières

I.	Introduction et contexte à la stratégie nationale d'extension de la mutualité	3
II.	Diagnostic de la Situation de la Mutualité au Mali	4
1.	Historique de la mutualité au Mali	4
2.	Situation de la mutualité	5
3.	Paramètres fondamentaux	6
4.	Risques couverts par les mutuelles.....	6
5.	Rapports Mutuelles de santé – Prestataires.....	8
6.	Contribution des mutuelles aux objectifs du système de santé	8
7.	Environnement du développement des mutuelles de santé	9
a)	Articulation du développement des mutuelles avec la démocratisation et la décentralisation	9
b)	Articulation au cadre de lutte contre la pauvreté.....	9
c)	Intégration du mouvement mutualiste au développement du mouvement associatif et de la société civile au Mali.....	11
d)	Les relations entre le mouvement mutualiste et les départements ministériels concernés par l'assurance maladie	12
e)	Le cadre de coordination des départements Ministériels concernés par l'assurance maladie dans leurs interventions dans le domaine des mutuelles de santé	12
f)	Les articulations entre le développement des mutuelles de santé et les arrangements institutionnels du financement de la santé et de la protection sociale.....	13
g)	Quels sont les défis majeurs au développement des mutuelles que posent des changements de l'environnement des politiques de santé et de protection sociale au Mali?.....	13
h)	Les systèmes de support des mutuelles.....	14
i)	Les Forces et faiblesses majeures du mouvement mutualiste	14
III.	Cadre Stratégique de développement.....	16
8.	Objectifs	16
9.	Approche générale et orientations stratégiques	16
a)	Orientation stratégique 1 : Renforcement de la structuration du mouvement mutualiste	22
b)	Orientation stratégique 2 : Renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé	27
c)	Orientation stratégique 3 : Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé	31
d)	Orientation stratégique 4 : Communication.....	34
e)	Orientation stratégique 5 : Renforcement du partenariat entre les différents acteurs	37
10.	Cadre Institutionnel de Mise en Œuvre et de Suivi	42
11.	Financement de la stratégie	Error! Bookmark not defined.
12.	Suivi et Evaluation	43

I. Introduction et contexte à la stratégie nationale d'extension de la mutualité

Au Mali, les éléments fondamentaux de politique en matière de santé et de développement social ont été l'adoption d'une Politique Sectorielle de Santé et de Population et du document de Politique de Solidarité respectivement en 1990 et 1993. Ces politiques sont fondées sur des stratégies d'accès aux soins de santé primaires pour le plus grand nombre et les principes de l'Initiative de Bamako dont un objectif majeur est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement, les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées.

En 1998, fut adopté le Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007). Celui-ci est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers le programme de développement sanitaire et social PRODESS.

En février 2000, le Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées a été scindé en deux départements, d'une part le Ministère de la Santé et d'autre part le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées. Sur le plan institutionnel, ceci a consacré la volonté politique d'accorder à la problématique du développement social une plus grande place dans le processus de développement durable.

La situation sanitaire du pays reste cependant caractérisée par la persistance d'une mortalité et d'une morbidité élevées, particulièrement celles relatives à la mère et à l'enfant. Selon les résultats de l'EDSM IV de 2006, le taux de mortalité infantile était de 96 pour 1000 naissances vivantes ; celui de la mortalité infanto juvénile de 191 pour 1000. Quant au taux de mortalité maternelle, il était de 464 pour 100 000 naissances vivantes.

Les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles chez les enfants et les femmes enceintes, l'insuffisance d'hygiène et d'éducation sanitaire, constituent des déterminants qui sont à la base du bas niveau de santé de la population.

Le paludisme demeure un problème de santé publique de par son impact sur la mortalité, la morbidité, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans en particulier ; il représente la première cause de consultation dans les services de santé.

En plus les infections sexuellement transmissibles persistent, notamment le VIH/SIDA. On constate aussi l'émergence des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles mentaux etc.). Les maladies tropicales négligées (filariose, dracunculose, onchocercose, etc.), les maladies à potentiel épidémique (méningite, fièvre jaune) constituent toujours des priorités en matière de santé.

En dépit des progrès réalisés dans l'amélioration de l'accessibilité géographique (en fin 2008, 80% de la population malienne vivaient à moins de 15Km d'un centre de santé), l'utilisation des services de santé reste faible (0,29 nouveau contact/habitant/an). Cette situation est due entre autre à la faiblesse du revenu des ménages, à l'inaccessibilité financière.

Du coup, l'accessibilité financière des populations pauvres aux services de qualité occupe une place prépondérante dans la mise en œuvre des programmes quinquennaux (PRODESS)

dans leur composante Développement Social et Santé, à travers respectivement le volet 3 et le volet 5. L'effet attendu du volet 3 de la composante Développement Social du PRODESS II est l'extension de la couverture des risques sociaux à l'ensemble de la population et vise à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé. Quant au volet 5 de la composante Santé du PRODESS II, son effet attendu est la **solvabilisation** de la demande et vise à soutenir la capacité de financement des usagers des services de santé.

Pour toutes les raisons ci-dessus évoquées et avec l'adoption des différentes politiques sectorielles de santé, le développement de la mutualité est retenue comme une des stratégies pour assurer la couverture des risques sociaux en général et ceux liés à la maladie en particulier. Il constitue un des axes de la déclaration de politique nationale de protection sociale, du Cadre Stratégique de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté et du PRODESS.

II. Diagnostic de la Situation de la Mutualité au Mali

A présent, dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé de développement des mutuelles de santé au Mali, nous essayons de faire le diagnostic de la situation de la mutualité au Mali dans le présent document.

1. Historique de la mutualité au Mali

L'histoire de la mutualité au Mali comporte trois grandes périodes à savoir :

- la période coloniale pendant laquelle des mutuelles de corporation notamment celles des postes et télécommunication, la mutuelle des chemins de fer et la mutuelle diocésaine ont vu le jour. Il s'agissait de groupements qui, quand bien même étaient fondés sur le principe de solidarité, relevaient plus du syndicat ou de l'administration centrale de l'entreprise au sein de laquelle ils voyaient jour. A l'époque, le risque maladie ne constituait pas une priorité de ces mutuelles. A l'indépendance du pays, la mutualité ne s'est pas beaucoup développée du fait même des options politiques que le Mali avait adoptées.
- la deuxième période se situe dans les années 80 marquées par les effets des programmes d'ajustements structurels et qui ont éveillé au sein surtout des travailleurs du secteur public, la nécessité de développer des instruments de solidarité pour amortir les chocs auxquels ils étaient confrontés. Cette volonté s'est manifestée par la naissance et le développement de mutuelles dont la mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture MUTEK est le prototype. Ces mutuelles étaient plus soucieuses de garantir à leurs adhérents une prestation retraite et/ou décès. Elles faisaient appel aux notions de solidarité et de prévoyance par rapport à des risques certains tels que la retraite et cela compte tenu des difficultés d'accès aux premières pensions.
- la troisième époque dans l'évolution de la mutualité malienne démarre la décennie 1990 avec l'adoption de la politique sectorielle de santé et surtout le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social qui, dans chacun des deux programmes qu'il a comporté, a consacré un volet au développement des mécanismes alternatifs de financement de la santé à travers les mutuelles.

Cette nouvelle ère de la mutualité malienne est marquée par un fort engagement politique des pouvoirs publics exprimé dans différents documents (PDDSS, Déclaration de Politique

de Protection Sociale, Plan d'Extension de la Protection Sociale). Cet engagement reste quand même peu ressenti sur le terrain en terme d'opérationnalisation. Les années quatre vingt dix furent aussi celles de la définition d'un cadre juridique se traduisant par l'adoption en 1996 de la loi régissant la mutualité en République du Mali et de quatre textes d'application de cette loi (deux décrets et deux arrêtés dont un interministériel).

La réforme institutionnelle de 2000 qui a vu la création de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, donna un nouveau souffle au développement de la mutualité avec une meilleure organisation de la tutelle et la création d'un service dédié au renforcement des capacités des acteurs de développement de la mutualité (le Centre d'Appui aux Associations, Mutuelles et Sociétés Coopératives CAMASC).

2. Situation de la mutualité

Les efforts conjugués des pouvoirs publics, des partenaires et de la société civile ont permis d'aboutir en décembre 2008 aux résultats ci-dessous :

Tableau n°1 : Situation des mutuelles en 2008

REGION	NOMBRE DE MUTUELLE	ADHERENT	BENEFICIAIRE
DISTRICT BAMAKO	41	63 401	252 381
KAYES	10	3 114	9 040
KOULIKORO	6	6 271	8 071
SIKASSO	27	7 365	28 117
SEGOU	20	7 338	19 787
MOPTI	8	6 257	6 257
GAO	8	3 167	7 851
TOMBOUCTOU	2	640	1 575
KIDAL	0	0	0
TOTAL	121	93 139	333 079

Il ressort de ce tableau qu'en décembre 2008, il y avait 121 mutuelles réparties de façon très inégale sur le territoire. Le District de Bamako avec 41 mutuelles regroupe un peu plus du tiers du total suivi des régions de Sikasso et de Ségou qui regroupent également plus d'un tiers alors que la région Kidal n'a pas encore de mutuelle.

Les 121 mutuelles comptaient 93 139 adhérents totalisant 333 079 bénéficiaires soit un taux de couverture de 2,6% pour toute prestation confondue. Si bon nombre des mutuelles de Bamako et des capitales régionales sont interprofessionnelles donc regroupant des catégories socio professionnelles différentes, la majorité des mutuelles se trouvent en milieu rural et regroupent essentiellement des paysans.

NB : Il convient de signaler que malgré la relative faible couverture des mutuelles, celle-ci a tout de même constamment augmenté de 1996 à nos jours. En effet jusqu'en 2004, on ne comptait que 44 mutuelles agréées couvrant 0,8% de la population.

Tableau n°2 : Répartition par prestation des mutuelles

TYPES DE PRESTATION	NOMBRE DE MUTUELLE	NOMBRE ADHERENT	NOMBRE BENEFICIAIRE
SANTE/MIXTE	113	76 667	244 028
RETRAITE/DECES	8	16 472	89 051
TOTAL	121	93 139	333 079

Les prestations santé ne couvraient que 244 028 personnes soit 1,9% de la population du pays, ce qui laisse voir la faiblesse des effectifs d'adhésion.

3. Paramètres fondamentaux

La loi régissant la mutualité au Mali définit les mutuelles comme suit : «Les mutuelles sont des groupements à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs familles, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide.»

A ce titre, elles assurent, notamment :

- la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences ;
- la protection de l'enfance de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;
- le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie.

Telles que définies, les mutuelles sont des groupements autonomes fondés sur les principes de solidarité et d'entraide. Pour leur bon fonctionnement, les mutuelles disposent d'instances et d'organes qui sont :

- une assemblée générale, organe de décision de la mutuelle;
- un conseil d'administration élu au sein de la mutuelle et qui est l'organe d'exécution;
- une commission de contrôle élue également qui veille sur le fonctionnement correct de la mutuelle.

Les membres de ces organes sont des bénévoles, n'ont pas souvent les compétences requises de gestion de mutuelles.

Conformément aux textes qui les régissent (notamment statuts et règlement intérieur) les instances et organes doivent se réunir périodiquement pour un bon pilotage de la mutuelle, malheureusement ³/₄ ne tiennent pas régulièrement et correctement leurs réunions statutaires ce qui pose un problème d'information des membres.

4. Risques couverts par les mutuelles

Les risques couverts par les mutuelles de santé au Mali se retrouvent à travers les services qu'elles offrent à leurs membres. Il s'agit de la prise en charge partielle ou totale de :

- *santé préventive et promotionnelle* : consultation pré et postnatale, suivi des nourrissons sains, vaccination, planification familiale, éducation à la santé, assainissement, etc.

- *soins curatifs* : consultations, soins infirmiers, médicaments, analyse de laboratoire, maladies chroniques, malnutrition et récupération nutritionnelle, etc.
- *soins hospitaliers* : hébergement, actes médicaux, chirurgicaux et médicaments
- *soins spécialisés* : consultation de médecins spécialistes, actes médicaux tels que radiologie, biologie clinique, soins dentaires et ophtalmologiques, etc.
- *transport des malades* : évacuation, référence.

Aujourd'hui la majorité des mutuelles se limite aux prestations offertes au niveau du premier contact c'est-à-dire le centre de santé communautaire (CSCOM), où sont prodigués les soins de premier niveau, et non pas les risques les plus chers.

Tableau n°3 : Situation financière des mutuelles en 2008

COTISATIONS		DEPENSES		SOLDE
Attendues	Perçues	Prestation	Fonctionnement	
703 134 553	699 367 006	337 771 185	19 805 343	341 790 468

A partir des données du tableau, on peut constater que les mutuelles arrivent à un taux satisfaisant (699 367 006 / 703 134 553) soit 90% de recouvrement des cotisations. Ce fort taux s'explique d'une part, par la modalité de recouvrement à la source des cotisations des mutuelles retraite/décès et d'autre part par le fait que dans leurs statistiques, les mutuelles de santé ne considèrent que les membres à jour de leurs cotisations.

Les membres à jour dans le paiement de leurs cotisations dans les mutuelles de santé sont minoritaires, d'où leur très faible couverture.

Les difficultés de recouvrement des cotisations s'expliquent entre autres par la pauvreté des populations, la faiblesse de la culture de l'épargne maladie, la rareté d'un service de gestion organisée pour recouvrer les cotisations, le bénévolat des administrateurs de mutuelle.

Malgré ces difficultés de recouvrement et la faiblesse des effectifs d'adhérents, les mutuelles parviennent quand même à honorer leur engagement. Elles arrivent à fournir des prestations aux membres et s'acquitter correctement des factures des prestataires de soins conventionnés.

Les mutuelles de santé ayant une plus grande couverture en 2008 étaient :

- la Mutuelle Interprofessionnelle de Ségou avec 5 257 bénéficiaires
- la Mutuelle Interprofessionnelle de Sikasso avec 3 596 bénéficiaires
- la Mutuelle Interprofessionnelle de Kayes avec 3 321 bénéficiaires
- la mutuelle Régionale de Sikasso avec 2 419 bénéficiaires

Les quatre mutuelles ont encaissés en cotisation, un montant de 21 578 300 francs CFA au titre de 2008. Leur performance s'expliquerait en partie par le fait qu'elles disposent de personnels salariés chargés de la sensibilisation, du recouvrement avec un bureau où la permanence est assurée. L'existence de personnel qualifié de gestion est un facteur déterminant pour la réussite d'une mutuelle.

5. *Rapports Mutuelles de santé – Prestataires*

Les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de services sont toujours codifiées dans une convention qui lie les deux parties. La plupart des mutuelles couvrent les risques pris en charge au niveau du CSCOM. Les conventions insistent surtout sur la qualité des soins, la prescription des médicaments essentiels, le respect des schémas thérapeutiques standard d'une part et d'autre les modalités et délais de règlement des factures.

A quelques exceptions près, les relations prestataires et mutuelles sont généralement satisfaisantes bonnes et le seront davantage avec une plus grande implication des prestataires de soins dans l'information et la sensibilisation des communautés.

6. *Contribution des mutuelles aux objectifs du système de santé*

Avec 62 012 personnes servies au titre de 2008 pour un montant de 337 771 185 francs CFA, les mutuelles jouent un rôle important dans les interventions de lutte contre la maladie et le renforcement de l'équité dans le système de santé. Les cotisations collectées par les mutuelles servent à payer les prestations auprès des formations sanitaires. Les dépenses ainsi engagées permettent de renforcer la position financière des centres de santé.

Tableau n° 4 : Situation des prestations des mutuelles en 2008

Nombre de bénéficiaires servis	62 012
Montant des prestations en FCFA	337 771 185

NB : Notons que dans le système malien les mutuelles ne se chargent pas de la prise en charge des indigents, c'est-à-dire les personnes sans ressources suffisantes pour payer les cotisations à une mutuelle de santé. En principe ceux-ci doivent être pris en charge par le régime d'assistance médicale conformément aux stratégies définies dans le document de déclaration de politique de protection sociale.

Par ailleurs, les indices d'utilisation des services de santé sont bien meilleurs pour les mutualistes que dans la population générale. Si l'indice d'utilisation des services était de 0,29 contact/habitant/an en 2008, il était évalué pour la même période à 0,62 contact/habitant/an pour les mutualistes (plus de fois que l'indice général) couverts par l'Assurance Maladie Volontaire gérée par l'Union Technique de la Mutualité pour le compte de ses mutuelles membres. Ce qui démontre que les mutuelles constituent un moyen important pour relever la fréquentation des centres de santé.

Parallèlement les mutuelles canalisent la demande de soins en la dirigeant vers le secteur formel, c'est-à-dire les centres de santé conventionnés. Dans ce sens elles contribuent ainsi à la lutte contre la médecine illicite. Mais en tant que mouvement social, elles ont la capacité de poser des exigences supplémentaires à l'endroit des formations sanitaires par le biais de la contractualisation. Ces exigences ont trait à l'amélioration de la qualité de services offerts à leurs membres, ce qui est un objectif majeur de tout système de santé.

En résumé nous pouvons retenir que les mutuelles de santé se caractérisent par :

- une très faible adhésion des populations,
- des difficultés de tenir leurs réunions statutaires,
- des difficultés de fidélisation des adhérents.

Cependant, malgré ces difficultés elles participent à l'amélioration de la situation sanitaire d'ensemble en résolvant en partie le problème d'inaccessibilité financière aux soins de santé pour environ 2% de la population.

7. Environnement du développement de la couverture maladie par les mutuelles de santé

a) L'articulation du développement des mutuelles avec la démocratisation et la décentralisation

L'avènement des mutuelles de santé coïncide au Mali avec l'apogée des CSCOM. Ce nouveau type de structure qui a devancé la démocratisation et la décentralisation dans le pays, a été en fait un des signes précurseurs de cette volonté des populations de prendre en main et de résoudre elles mêmes certains besoins essentiels. C'est dans ce contexte que le mouvement de santé communautaire a devancé la politique de décentralisation et a servi, parmi d'autres expériences, de source d'inspiration pour sa formulation.

Au moment où naissaient les premières mutuelles de santé dans les années 1990, le niveau d'extension des CSCOM avait commencé à mettre à nu la problématique de l'utilisation des services de santé liée pour une grande part à l'épineuse question de la solvabilité des patients potentiels. La viabilité du système de santé de base en dépend fortement. La démocratisation et la décentralisation sont donc arrivées à point pour apporter leur soutien et leur protection au jeune mouvement mutualiste, modeste mais en pleine euphorie et agressif pour trouver sa place dans le système.

Cela s'est traduit par des actes concrets à l'actif du pouvoir public. En effet dès 1996 le premier régime démocratique a été un des premiers en Afrique à légiférer en matière de mutualité et a adopté les textes d'application de cette loi, ce qui a effectivement favorisé l'éclosion du mouvement.

b) L'articulation au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté

Le développement des mutuelles au Mali participe, à l'évidence, de la lutte contre la pauvreté à travers plusieurs dimensions :

- La contribution à la mobilisation des ressources

La mutuelle, en tant qu'organisation de consommateurs de soins de santé, mobilise des ressources et les injecte dans le système sanitaire. Cette mobilisation de ressources se fait de manière directe, par le paiement des factures de soins de santé pour le compte des membres mais aussi de façon indirecte, par des gains d'efficacité lorsque la mutuelle devient un facteur de rationalisation de l'offre de soins.

Par ailleurs, l'organisation mutualiste constitue une source de revenus plus stable pour l'institution de soins. En effet, les membres de l'organisation deviennent un marché captif pour l'institution avec laquelle une convention a été signée pour assurer des services aux membres. Cette plus grande stabilité de revenus facilitera la planification budgétaire dans la mesure où elle améliore la prévisibilité des moyens financiers afin d'engager des actions durables.

En sollicitant la contribution à la fois des malades et des bien-portants, et aussi bien des riches que des pauvres, l'organisation mutualiste permet que le financement des services soit supporté par un groupe potentiellement beaucoup plus grand que dans le cas des systèmes de paiement par les usagers. Les sommes drainées par les mutuelles vers les formations sanitaires sont alors plus importantes.

Cette mobilisation de ressources permet aux prestataires de soins alors d'améliorer la qualité de leurs services, par exemple en augmentant leur capacité d'investissement en équipement ou en relevant la motivation de leur personnel par des augmentations salariales ; toutes choses qui ont des incidences positives sur la qualité des prestations servies aux usagers.

- *L'extension de l'accès effectif des différentes catégories de la population à des soins de santé et à une sécurité sociale de qualité*

En récoltant les contributions des membres lorsqu'ils sont en bonne santé et à même de payer, et en finançant, du moins pour une part importante, les coûts de leurs soins de santé lorsqu'ils tombent malades, la mutuelle permet à une portion substantielle de la population, qui se voyait auparavant refuser l'accès à des soins de qualité, d'y avoir désormais accès.

En faisant appel aux contributions à la fois des malades et des biens portants, des riches et des pauvres, l'organisation mutualiste permet dans le cadre d'une solidarité organisée, de réduire la charge des dépenses de santé pour les citoyens. Les contributions ne prennent pas en compte les risques statistiques de l'individu – âge, état de santé, sexe – mais peuvent être liées aux revenus du membre. Les membres mieux nantis payent alors le même montant ou davantage que les plus pauvres. Or, le risque de tomber malade et de devoir recevoir des soins est en relation inverse avec le niveau de revenu.

Dans les communautés agricoles, l'assurance mutualiste permet également de prendre en compte les variations saisonnières dans la disponibilité de revenus pour les paysans. Les associations tendent alors généralement à collecter les cotisations au moment des récoltes.

Dans le but d'élargir les champs d'application de la sécurité sociale, beaucoup d'organisations mutualistes assurent aussi, à titre secondaire ou principal, une aide pécuniaire en cas de funérailles, de mariage et de naissance. Certaines proposent même à leurs adhérents, des prestations complémentaires de pension.

- *L'amélioration du fonctionnement des institutions de soins de santé*

Une mutuelle peut contribuer à l'efficacité des institutions de soins de santé car les avantages offerts aux membres en échange de leurs contributions sont définis selon leurs besoins, et non en fonction de ce que les institutions de soins décident d'offrir. Les institutions de soins de santé seront dès lors plus enclines à répondre aux besoins réels de la communauté, et leur politique d'investissement et les services qu'elles offrent seront mieux adaptés à la demande des usagers.

Les mutuelles peuvent influencer le comportement des institutions de soins directement et plus significativement par le biais de la contractualisation basée sur une approche de négociation aussi bien sur les conditions d'accès aux services pour les membres que sur les tarifs. Ces négociations, qui ont pour objectif d'obtenir les meilleures conditions possibles

pour les meilleurs soins possibles, incitent clairement les institutions de soins à réaliser des économies sans que cela ne porte atteinte à la qualité de leurs services.

- *Des instruments d'équité et de justice sociale*

En ce qui concerne la prestation des soins de santé, le mouvement mutualiste malien joue un rôle d'équité au sein de son modeste éventail d'adhérents. Car, en tant que mouvement à but non lucratif, il mobilise les ressources des riches et des pauvres afin de fournir les moyens d'assurer des soins de santé à tous les membres de la communauté qui en ont effectivement besoin, y compris les plus démunis. Ce faisant, il est aussi un outil de promotion de la justice sociale car il procède à une redistribution des ressources en faveur des moins nantis.

c) *L'intégration du mouvement mutualiste au développement du mouvement associatif et de la société civile au Mali*

Au Mali bien avant l'indépendance, le colonisateur avait appuyé la création et le développement du mouvement coopératif en particulier dans le monde rural avec comme but principal l'organisation de la production pour mieux maximiser sa rentabilité au profit du commanditaire. Evidemment, le constat dans ces conditions, c'est qu'on se pose la question de savoir si les organisations issues de pareilles tractations peuvent être considérées comme mouvements sociaux ou société civile.

Dans la mesure où l'initiative venait entièrement des pouvoirs publics pour leurs propres intérêts sans aucun contrôle réel des vrais acteurs, nous pouvons considérer que ces organisations ne constituaient pas une société civile.

La même situation a persisté après l'indépendance pendant les deux premiers régimes (socialiste et militaire) au cours desquels, les coopératives ont surtout servi d'instrument de domination politique pour les dirigeants de l'époque.

Toutefois malgré ces difficultés et ces déstructurations subies par ces acteurs dominés, les organisations concernées contre la volonté de leurs initiateurs sont devenues finalement le noyau de base de la société civile malienne.

C'est ainsi que dans les années 1980 lorsque les premières vraies organisations de la société civile commençaient à émerger, ce noyau de base a favorisé son évolution en mouvement social. En très peu de temps on a assisté à l'émergence de coopératives, de type nouveau, des associations et d'ONG aussi diverses que variées.

Dans cette dynamique, il est intéressant de s'arrêter sur l'exemple des associations de santé communautaire (ASACO) qui sont nées avec le recul de l'état providence de façon spontanée pour répondre à des besoins ressentis vécus par les populations.

A la naissance des premières mutuelles, avant de trouver leur marque, celles-ci semblaient en marge de ce mouvement associatif puisque certains pensaient même à des incompatibilités avec les ASACO notamment. Mais très vite ces barrières ont été levées et les mutuelles de santé ont été perçues comme des compléments aux ASACO en tant que clientèle et source de revenus pour ces dernières. Les premières conventions entre ces deux types d'organisations ont permis de constater dans les localités concernées, un rehaussement de l'utilisation des services de santé. Ce constat a été observé surtout en milieux urbain de Bamako et rural de Nongon dans le cercle de Sikasso.

Des exemples de collaborations existent également entre mutuelles et d'autres associations :

- Des associations ont adhéré à des mutuelles,
- Des mutuelles se sont constituées autour des sociétés coopératives.

La structure faîtière des mutuelles (UTM) fait partie de la coordination des organisations de la société civile au niveau national.

d) Les relations entre le mouvement mutualiste et les départements ministériels concernés par l'assurance maladie

Les départements directement concernés par l'assurance maladie sont :

- Le Ministère du Développement Social de la Solidarité de des Personnes Agées, le département de tutelle de la mutualité ;
- Le Ministère de la Santé, le département de tutelle de l'ensemble des prestataires de soins ;
- Le Ministère de l'Economie et des Finances.

Les deux départements sont ceux qui ont la responsabilité de la mise en œuvre du plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) avec ses deux phases quinquennales de programme de développement sanitaire et social (PRODESS) qui ont été des catalyseurs importants du mouvement mutualiste au Mali.

La première phase du PRODESS qui s'est écoulé de la période 1998 – 2002 prévoyait un volet "mécanisme de financement alternatif de la santé" qui met l'accent sur la promotion et le développement de la mutualité. Pour ce faire, le gouvernement à travers le Ministère de la Santé et celui du Développement Social a conclu une convention de financement avec l'Union Technique de la Mutualité Malienne UTM, structure faîtière des mutuelles. Cette convention visait à davantage responsabiliser le mouvement mutualiste malien en lui accordant des subventions qui sont utilisées pour mener des actions de sensibilisation, d'études et recherches, d'appui conseil, de renforcement de capacités pour son propre développement.

La deuxième phase a consacré l'émergence de deux composantes Santé et Développement Social. La composante Santé prévoit des mesures de soutien à l'organisation de la demande de services de santé. Quant à la composante Développement Social, elle comporte un volet de renforcement de la protection sociale. Et toutes activités menées dans les deux départements pour les volets ci-dessous évoqués, sont synergiques et concourent à mettre au devant les mutuelles comme véritable instrument pour résoudre les problèmes d'inaccessibilité financière aux services de santé en essayant de procurer une assurance maladie au plus grand nombre de citoyens maliens.

e) Le cadre de coordination des départements Ministériels concernés par l'assurance maladie dans leurs interventions dans le domaine des mutuelles de santé

Le cadre de coordination des départements ministériels chargés du développement de l'assurance maladie est le PRODESS avec ses différents organes.

- Au niveau national: Le comité de suivi présidé pour les deux ministères en charge du PRODESS et le comité technique conduit par les deux secrétaires généraux desdits ministères
- Au niveau régional: Le comité régional d'orientation, de coordination, d'évaluation et de planification le CROCEP regroupant l'ensemble des cercles et présidé par le gouverneur de région
- Au niveau cercle: le conseil de gestion réunissant l'ensemble des communes et présidé par le préfet.

f) L'articulation entre le développement des mutuelles de santé et les arrangements institutionnels du financement de la santé et de la protection sociale

Les initiatives de gratuité de certains soins de santé notamment la prise en charge de la césarienne et du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont été des décisions issues de la volonté politique du pouvoir en place. Certes ces initiatives permettent de résoudre des problèmes importants de santé publique, mais leur adoption n'a pas connu une préparation conséquente tenant compte des effets sur l'environnement institutionnel.

Dans le cas des mutuelles de santé, on peut estimer qu'étant donné leur vulnérabilité financière (liée essentiellement au faible effectif et aux difficultés de recouvrement des cotisations), la prise en charge des prestations en moins peut faire du bien. Mais dans le même temps on peut s'interroger si la prise en charge gratuite d'un besoin aussi important que la césarienne ou le paludisme, ne démobiliserait pas les mutualistes et les potentiels adhérents.

g) Quels sont les défis majeurs au développement des mutuelles que posent des changements de l'environnement des politiques de santé et de protection sociale au Mali?

Le principal défi au développement des mutuelles que posent des changements de l'environnement des politiques de santé et de protection sociale est le niveau de couverture par la mutualité pour la prise en charge des soins de santé.

En effet, le PRODESS dans son ensemble vise une couverture de 3% pour l'ensemble du pays. Actuellement le niveau de couverture **dans le domaine de la santé** avoisine les 2%.

Mais quel est le sens d'une projection de 3% dans un contexte où il n'y a quasiment pas de système de financement des soins en dehors de la mutualité. Même avec l'opérationnalisation de l'assurance maladie obligatoire, AMO et du régime d'assistance médicale, RAMED; près de 80% des maliens resteront sans aucune couverture médicale. Alors le principal défi au développement des mutuelles est l'élaboration de nouvelles stratégies et un repositionnement de l'Etat pour financer à hauteur de souhait le développement de la mutualité pour la couverture, **à terme, des 80% de la population constitués essentiellement des secteurs agricole et informel.**

Ces changements permettront au mouvement mutualiste actuellement très fragile de s'installer solidement pour le bonheur des adhérents et donneront plus de moyens au système de santé pour se consolider et assurer des soins de qualité.

h) Les systèmes de support des mutuelles

L'appui au développement des mutuelles vient essentiellement de l'Etat malien soutenu par ses partenaires techniques et financier. Il se fait par le financement des activités des plans opérationnels de la DNPSES et ses services déconcentrés, mais aussi par le financement de la structure faîtière des mutuelles à savoir l'UTM.

Si l'Etat se réserve la mission **principale de la mise en cadre d'un cadre légal propice au développement de la mutualité et de** contrôle des mutuelles, les activités de promotion du secteur sont ouvertes à tout partenaire qui souhaite apporter une contribution au développement de la mutualité. C'est le cas **de certains partenaires techniques et financiers du PRODESS, dont actuellement la Banque Mondiale, Projet Initiative pour le Leadership Ministériel, Projet Health System 2020, les Coopérations Néerlandaise et Canadienne, les acteurs de la société civile, les acteurs de la coopération décentralisée, les collectivités territoriales....** Ainsi sur le terrain en plus des services déconcentrés du Développement Social à savoir les Directions Régionales du Développement Social et de l'Economie Solidaire et les Services de Développement Social et de l'Economie Social, d'autres promoteurs de mutuelles interviennent comme l'UTM, les ONG. Par ailleurs, des partenaires financiers apportent leur soutien comme Lux Développement, la Fondation Novartis, la Mutualité Française, l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belge. Ces contributions techniques et/ou financières s'expriment sous diverses formes en termes d'animation (information, sensibilisation), de formation, de suivi, d'appui conseil et d'appui pour la réalisation d'étude de faisabilité.

Mais il faut souligner que le manque de concertation entre les intervenants surtout avec les services de tutelle constitue une insuffisance à corriger. L'établissement de cadre de concertation permettra très certainement d'éviter des erreurs comme celles survenues avec les mutuelles ayant vu le jour avec l'appui de PHR+.

S'il est vrai que les mutuelles ont trouvé d'autres associations sur le terrain, le constat est qu'il y a peu de relations avec ces autres groupements exception faite pour les ASACO (associations gestionnaires des CSCOM prestataires de service de santé).

Le rapprochement des mutuelles de santé avec les systèmes de micro finance a eu quelques expériences notamment à Mopti, Ségou et plus récemment à Sikasso. Cette option de couplage des activités de mutualisation et de micro finance vise à améliorer d'une part la capacité contributive des mutualistes par le financement des activités génératrices de revenus et d'autre part l'état de santé des sociétaires de caisses d'épargne et de crédit. Malgré des difficultés dans la mise en œuvre d'une telle synergie d'action entre des systèmes différents, il n'en reste pas moins que cette stratégie offre de réelles opportunités pour consolider les mutuelles de santé dans un contexte de pauvreté.

i) Les Forces et faiblesses majeures du mouvement mutualiste

Forces au niveau des mutuelles

- ✓ Existence de mutuelles tant en milieu urbain que rural
- ✓ Existence de convention entre mutuelles et prestataires
- ✓ Promotion des médicaments essentiels
- ✓ Contribution à la santé préventive
- ✓ Existence d'une structure faîtière

- ✓ Progression du nombre de mutuelle et de personnes couvertes

Faiblesses au niveau des mutuelles

- ✓ Arrêt des activités de sensibilisation après le démarrage de la mutuelle
- ✓ Très faible taux de couverture de la population cible
- ✓ Difficultés de recouvrement des cotisations
- ✓ Tenue irrégulière des réunions statutaires
- ✓ Non transmission des rapports d'activités à la tutelle
- ✓ Inexistence de fonds de réserve légale
- ✓ Diversité des supports de gestion qui ne sont pas tenus
- ✓ Retard dans le renouvellement des organes
- ✓ Insuffisance d'échanges d'expériences entre les mutuelles

Forces au niveau des acteurs (Etat, PTF, ONG)

- ✓ Existence d'un cadre législatif et réglementaire
- ✓ Existence d'un cadre institutionnel étoffé
- ✓ Programmation d'activités de promotion des mutuelles
- ✓ Soutien politique des pouvoirs publics
- ✓ Diversité des partenaires et ONG
- ✓ Existence d'agents de développement
- ✓ Appui à la structure faîtière des mutuelles

Faiblesses au niveau des acteurs (Etat, PTF, ONG)

- ✓ Insuffisance de financement des plans opérationnels
- ✓ Insuffisance de concertation entre les acteurs
- ✓ Insuffisance de personnel qualifié
- ✓ Insuffisance de soins de qualité
- ✓ Insuffisance de logistique et d'équipement
- ✓ Inexistence de stratégie nationale de développement des mutuelles de santé.

Ainsi comme nous pouvons le constater malgré la relative jeunesse de la mutualité malienne, des efforts ont été fournis par ses acteurs tant sur le plan politique, institutionnel que par la société civile.

Ces efforts conjugués ont permis de produire les résultats présentés plus haut se caractérisant par une faible couverture aussi bien spatiale que numérique de la population cible des mutuelles (environ 80% de la population totale du pays) avec comme conséquence la non atteinte des objectifs fixés en matière d'utilisation des services de santé.

Eu égard à l'importance des mutuelles dans la résolution du problème d'accessibilité aux soins de santé l'élaboration d'une stratégie de développement demeure une urgence.

Cette stratégie élaborée sur la base des résultats de l'atelier de diagnostic se veut plus ambitieux pour réduire l'écart énorme entre l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière aux services de santé. Elle fait l'objet de la deuxième partie du présent document.

III. Cadre Stratégique de développement

1-Objectif

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.

Pour accroître l'adhésion aux mutuelles de santé, des solutions devront être trouvées aux faiblesses du rythme de développement des mutuelles de santé, aux faiblesses de capacités des acteurs impliqués dans la promotion de la mutualité et la gestion des organisations mutualistes et à l'insuffisance d'information et de sensibilisation sur la mutualité au niveau national. Par ailleurs, la qualité des prestations offertes par les mutuelles de santé devrait être améliorée non seulement à travers des améliorations durables de la qualité des services des formations sanitaires aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, mais aussi à travers l'élargissement des paquets de bénéfices des mutuelles de santé pour les rendre plus attractives pour les populations et les ménages. L'amélioration de la qualité et l'élargissement des paquets de bénéfices des mutuelles de santé, cependant, nécessitent que des solutions soient trouvées à l'insuffisance de la contribution des acteurs en général, de l'Etat et des collectivités territoriales en particulier, au financement des mutuelles de santé et la faible implication des acteurs dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

La mise en œuvre de la présente 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.

2-Approche générale et orientations stratégiques

Pour atteindre ces objectifs, la stratégie de développement des mutuelles de santé est basée sur deux piliers fondamentaux à savoir :

- a- le renforcement, le développement et l'organisation des mutuelles de santé,
- b- le renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé.

Ces deux piliers stratégiques sont soutenus par trois axes stratégiques transversaux que sont :

- a- le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé,

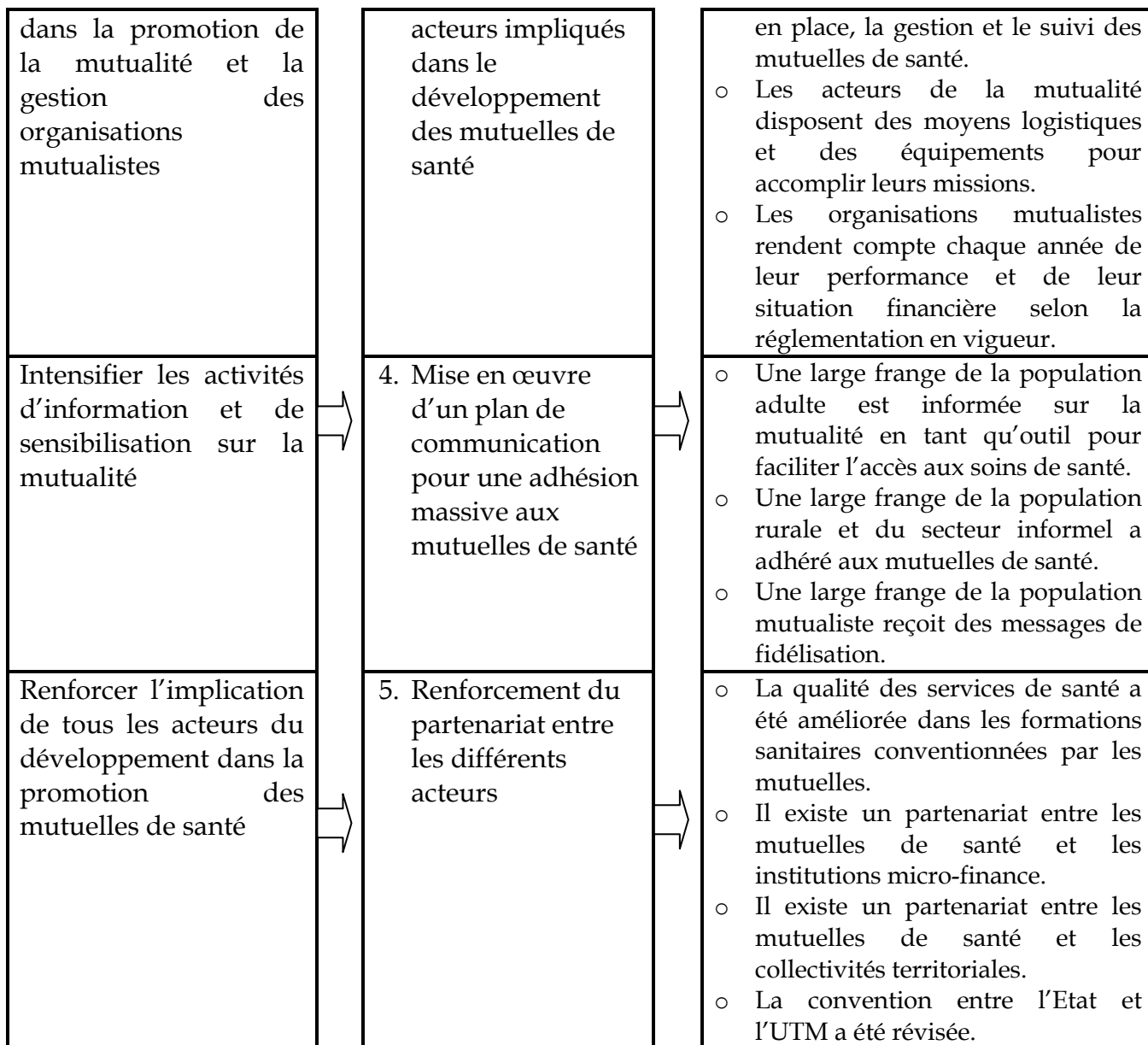
- b- la mise en œuvre d'un plan de communication pour une adhésion massive aux mutuelles de santé,
- c- le renforcement du partenariat entre acteurs à plusieurs niveaux.

La démarche adoptée par la présente stratégie est une approche systémique du financement de la santé. Plutôt que de créer des mutuelles isolées, la stratégie entend installer des mutuelles complètement intégrées au système de santé ; elle s'intéresse en même temps, à la qualité de la sensibilisation des ménages tout en veillant à fortifier la capacité contributive de ceux-ci à payer régulièrement leur cotisation donc à asseoir les bases d'une pérennisation du système mutualiste.

L'Etat s'engage donc à construire un système de financement de la santé basé sur la solidarité nationale. Il apportera les ressources nécessaires à la consolidation de ce système jusqu'à ce qu'il soit stabilisé et financièrement viable. Il ne s'agit pas pour l'Etat de subventionner indéfiniment les mutuelles de santé mais bien de marquer sa contribution à l'édification et à la consolidation d'un système de financement, le temps qu'il puisse s'autofinancer de manière durable et donc pérenne. A partir de là, l'Etat pourra réviser le niveau de sa contribution financière au dispositif mutualiste qui sera alors majoritairement soutenu par les recettes de cotisations tout en s'assurant que les dépenses de santé aujourd'hui supportées à 51% par les ménages (Compte nationaux de la santé 200..), soient progressivement et substantiellement transférées sur les institutions d'assurance maladie mutualistes.

Cette stratégie générale et les résultats clés attendus sont résumés dans le tableau suivant :

Principaux défis	Stratégies	Résultats Attendus
Intensifier le rythme de développement des mutuelles de santé	1. Renforcement de la structuration du mouvement mutualiste	○ Une mutuelle de santé communale fonctionnelle dans chaque commune. ○ Une mutuelle de santé de district est fonctionnelle dans chaque district sanitaire. ○ Une union régionale de mutuelles est fonctionnelle dans chaque région. ○ Une union nationale de mutuelles est fonctionnelle.
Accroître la contribution des acteurs au financement des mutuelles de santé	2. Renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé	○ Les mutuelles de santé contribuent significativement à la mobilisation des ressources internes pour la santé. ○ Un fonds d'appui soutenu par l'Etat et les collectivités territoriales contribue effectivement au financement des mutuelles de santé. ○ Le financement des AGR au profit des mutualistes a amélioré leur capacité contributive.
Renforcer les capacités des acteurs impliqués	3. Renforcement des capacités des	○ Les acteurs de la mutualité sont formés sur la conception, la mise



Le cadre logique d'ensemble de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé est résumé dans les pages suivantes :

Cadre Logique d'Ensemble de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé		
Hiérarchie des Objectifs	Indicateurs de Performance Clés	Hypotheses Critiques
Objectif général	<i>Indicateurs d'impact</i>	
Améliorer significativement l'accessibilité financière des populations, particulièrement les plus pauvres, aux soins de santé	Taux d'utilisation des services de santé <soins curatifs, services de santé infantile et maternelle, hospitalisation> : • Parmi la population générale • Parmi les mutualistes Proportion des dépenses de santé financées par les mutuelles <i>Les indicateurs sont mesurés parmi les sous populations de bénéficiaires et de non bénéficiaires des mutuelles de santé</i>	
Objectifs spécifiques	<i>Indicateurs d'effets spécifiques</i>	Des objectifs spécifiques à l'objectif général
Accroître l'adhésion aux mutuelles de santé parmi les secteurs informel et agricole	Proportion de la population générale couverte par les mutuelles de santé Proportion de la population agricole couverte par les mutuelles de santé Proportion de la population du secteur informel couverte par les mutuelles de santé	- Les changements de comportement en matière de recours aux soins de santé ne sont pas contraints par des facteurs culturels
Améliorer la qualité des prestations offertes par les mutuelles de santé	Proportion des mutualistes qui sont satisfaits de la qualité des services reçus auprès des formations sanitaires conventionnées	

	Proportion des mutualistes qui sont satisfaits de la qualité de la gestion de leur mutuelle		
Renforcer la mobilisation des ressources nationales dans le secteur de la santé	Taux de recouvrement des cotisations des mutuelles Taux de mobilisation des subventions publiques de l'Etat Taux de mobilisation des subventions publiques des collectivités territoriales		
Extrants des Composantes	Indicateurs de Performance Clés		Des extrants aux objectifs spécifiques
Stratégie 1: Renforcement de la structuration du mouvement mutualiste			
Extrant 1.1 Une section communale de la mutuelle de santé est fonctionnelle dans chaque Commune (CSCOM)	Voir cadre logique de chaque composante	- Un environnement juridique favorable au développement de la mutualité est en place - Les conditions agricoles et les revenus ruraux ne connaissent pas de perturbations majeures - L'environnement politique reste stable et facilite le maintien de la dynamique du mouvement associatif	
Extrant 1.2 Une mutuelle de santé de district est fonctionnelle dans chaque district sanitaire (CSRéf)			
Extrant 1.3 Une Union régionale de mutuelles est fonctionnelle dans chaque région (EPH 2ème et 3ème référence)			
Extrant 1.4 Une Fédération Nationale des mutuelles est fonctionnelle	"		
Stratégie 2 : Renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé			
Extrant 2.1 Les mutuelles de santé contribuent significativement à la mobilisation des ressources internes pour la santé	"		
Extrant 2.2 Un fonds d'appui soutenu par l'Etat et les collectivités territoriales contribue effectivement au financement des mutuelles de santé	"		
Extrant 2.3 Le financement des AGR au profit des mutualistes a amélioré leur capacité contributive.	"		

Stratégie 3 : Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé	
Extrant 3.1 Les acteurs de la mutualité sont formés sur la conception, la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé	"
Extrant 3.2 Les acteurs de la mutualité disposent des moyens logistiques et des équipements pour accomplir leurs missions	
Extrant 3.3 Les organisations mutualistes rendent compte chaque année de leur performance et de leur situation financière selon la réglementation en vigueur	
Stratégie 4 : Mise en œuvre d'un plan de communication pour une adhésion massive aux mutuelles de santé	
Extrant 4.1 Une large frange de la population adulte est informée sur la mutualité en tant qu'outil pour faciliter l'accès aux soins de santé	"
Extrant 4.2 Une large frange de la population rurale et du secteur informel a adhéré aux mutuelles de santé	"
Extrant 4.3 Une large frange de la population mutualiste reçoit des messages de fidélisation	
Stratégie 5 : Renforcement du partenariat entre les différents acteurs	
Extrant 5.1 La qualité des services de santé a été améliorée dans les formations sanitaires conventionnées par les mutuelles	"
Extrant 5.2 Il existe un partenariat entre les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance	"
Extrant 5.3 Il existe un partenariat entre les mutuelles de santé et les collectivités territoriales	"
Extrant 5.4 La convention entre l'Etat et l'UTM a été révisée	"

3-Analyse sur les orientations stratégiques pour l'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé

31-Orientation stratégique 1 : Renforcement de la structuration du mouvement mutualiste

Principaux défis

Pour traduire le potentiel social des mutuelles de santé dans l'extension de la couverture du risque maladie à la majorité des Maliens, il faudra faire face aux principaux défis du développement et de l'organisation du mouvement mutualiste. Le rythme de développement des mutuelles de santé a été lent au cours des dernières décennies parce qu'on n'a pas mis assez à profit les principaux acteurs au niveau local. En effet, le personnel de santé, les ASACO et les collectivités territoriales ont été faiblement impliqués dans la promotion de la mutualité. Les mutuelles de santé existantes souffrent de plusieurs faiblesses dont l'insuffisance de fonctionnalité des organes, les faibles taux d'adhésion et les faibles capacités des organes en planification et gestion. Par ailleurs, la faible taille des mutuelles de santé rurales se traduit par la faiblesse de la mise en commun des risques et la fragmentation des systèmes mutualistes.

Stratégie et domaines d'intervention

Pour faire face à ces défis, l'objectif stratégique de la composante actuelle est de renforcer la structuration du mouvement mutualiste et d'amplifier son développement. Dans cette perspective, l'accent est mis sur les domaines d'intervention suivants :

- le renforcement des mutuelles de santé existantes,
- la création de nouvelles mutuelles de santé communales,
- la création de nouvelles mutuelles de santé de district,
- la mise en place d'unions régionales de mutuelles de santé,
- la mise en place d'une union nationale des mutuelles de santé.

Résultats clés attendus

La mise en oeuvre l'horizon de cette composante de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé permettra de contribuer aux résultats clés suivants :

- une mutuelle de santé communale est fonctionnelle dans chaque commune,
- une mutuelle de santé de district est fonctionnelle dans chaque district sanitaire,
- une union de mutuelles de santé est fonctionnelle dans chaque région du pays,
- une union nationale des mutuelles est fonctionnelle.

Résultats intermédiaires

- Les organes de gestion des mutuelles de santé existantes sont fonctionnels
- Le nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé augmente d'au moins 13% de la population totale chaque année
- Chaque mutuelle de santé existante dispose d'un plan de développement et d'un programme annuel d'activités

Arrangements de mise en œuvre par niveau

**Les comités d'initiative mutualiste*

Les comités d'initiative mutualiste seront mis en place sous l'impulsion et avec l'appui des structures d'encadrement technique. Ils sont mis en place pour porter les différents projets de mutuelles et unions de mutuelles de santé au cours du processus de création (élaboration de projet de statut, de règlement intérieur, réalisation de l'étude de faisabilité, tenue de l'assemblée générale constitutive etc.). Les comités d'initiative s'occuperont de l'animation, la sensibilisation des populations sur le bien-fondé et l'intérêt de l'adhésion aux mutuelles et unions de mutuelles.

Aux différents niveaux (commune, district sanitaire, région), les comités d'initiative mutualiste sont constitués et composés des leaders communautaires, des représentants des sociétés coopératives, des groupements d'intérêt économiques, des associations de femmes et de jeunes, des prestataires de soins, des ONG, etc. Les comités d'initiative mutualiste sont mis en place sous l'impulsion et avec l'appui des structures d'encadrement technique.

Les comités d'initiative mutualiste disparaissent à l'avènement des mutuelles communales, mutuelles de district et unions de mutuelles qu'ils ont promues.

**Les organisations mutualistes*

a-Mutuelle de District

Les soixante (60) districts sanitaires auront chacun une mutuelle. La mutuelle de district sera le regroupement de l'ensemble des **sections communales de mutuelle**. Elle prendra en charge les dépenses de santé effectuées au CSCom et au CSRéf (1^{er} niveau de référence). Elle paie directement les dépenses de santé au CSRéf et délègue le paiement des prestations du CSCom **aux sections communales de la** mutuelle.

Pour ce faire, la mutuelle de district perçoit d'une part, une cotisation des démembrements que sont les **sections communales de la mutuelle** et d'autre part la participation du fonds d'appui.

La mutuelle de district consolidera toutes les informations de gestion sur les sections **communales de mutuelle** qui la composent.

b-Section communale de la Mutuelle

La carte administrative comporte 703 communes dans lesquelles seront installées autant de mutuelles communales. La section **communale de la mutuelle paie**, par délégation, les prestations de santé effectuées au premier niveau de la pyramide sanitaire (CSCom).

La **section communale de la mutuelle** s'occupe de l'animation des populations vivant dans sa commune, de l'émission des appels de cotisation, du recouvrement des cotisations auprès des adhérents, du paiement des factures de prestations, de la facilitation et la médiation entre les mutualistes et les CSCom.

Chaque **section communale de la mutuelle** se dotera d'un comité de sensibilisation dont le rôle est la promotion des services de la mutuelle et la collecte des cotisations.

La **section communale de la mutuelle** tiendra les statistiques sur les effectifs, les cotisations et les prestations conformément aux outils de gestion qui leur seront fournis.

c-Union Régionale de mutuelles

Elle sera créée dans chacune des huit régions administratives et du district de Bamako soit au total neuf unions régionales. L'Union Régionale des Mutuelles sera une structure faîtière de l'ensemble des mutuelles de district de la région. Elle prendra en charge les soins tertiaires (Hôpitaux : 2^{ème} et 3^{ème} niveau de référence).

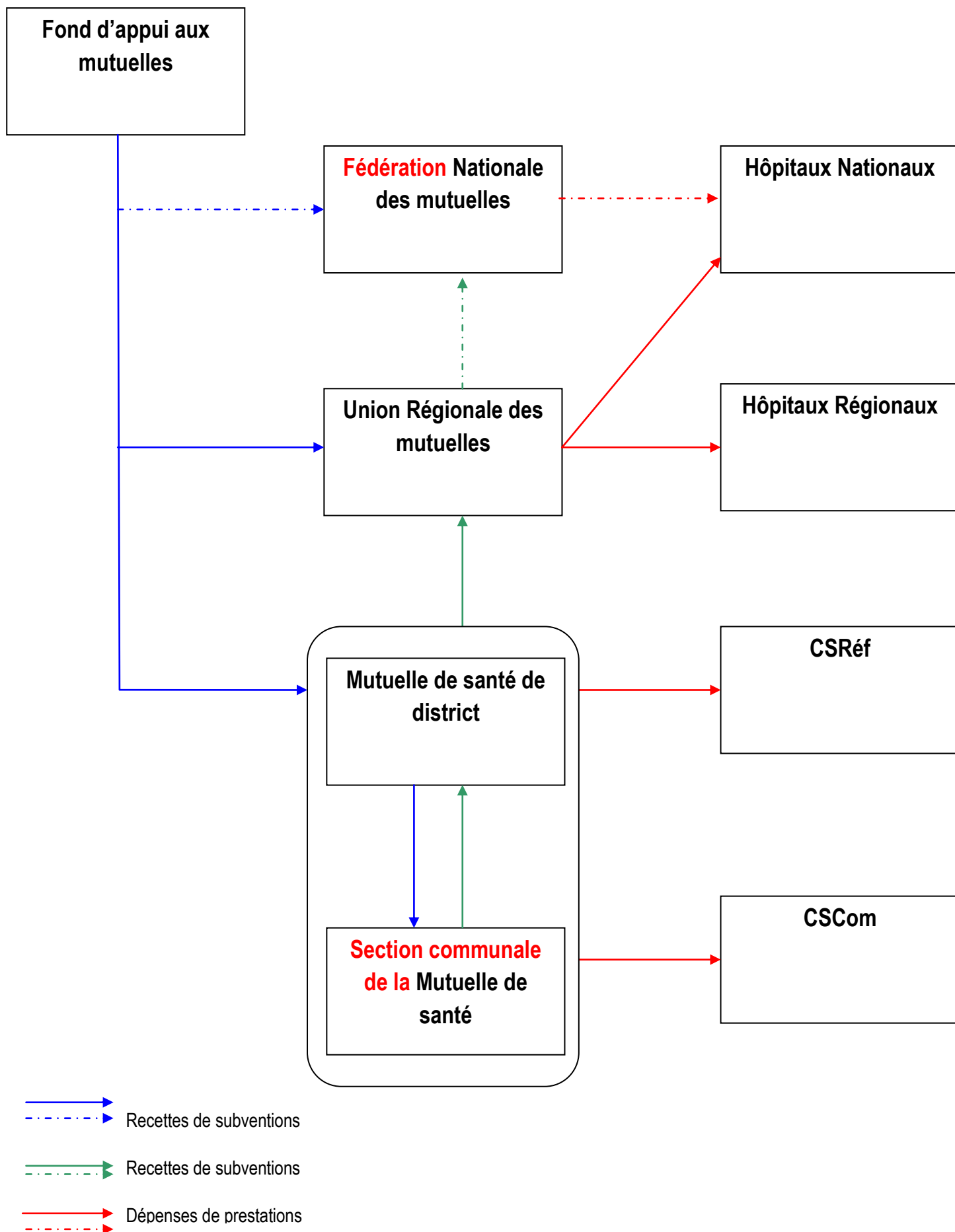
Pour payer les prestations, l'Union Régionale des Mutuelles mobilisera d'une part la contribution du fonds d'appui et d'autre part elle collectera les cotisations des mutuelles de district membres.

d-Fédération nationale des mutuelles

Une union nationale des mutuelles sera mise en place. Elle sera la structure faîtière de l'ensemble des mutuelles et assurera la coordination, le plaidoyer, la représentation du mouvement mutualiste.

L'Union nationale des mutuelles pourra assurer la représentation des unions régionales auprès des hôpitaux nationaux et payer les dépenses effectuées à cet échelon de la pyramide sanitaire.

Schéma d'articulation du mouvement mutualiste avec l'offre de services de santé



Cadre Logique – Orientation stratégique « Renforcement de la structuration du mouvement mutualiste »

Objectif stratégique 1 : Renforcer la structuration du mouvement mutualiste

Output/Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 1.1 Une section communale de la mutuelle de santé fonctionnelle dans chaque commune	-Proportion d'aires de santé (CSCom fonctionnels) couvertes par une section communale de la mutuelle de santé qui prend en charge des prestations à ses bénéficiaires	-Registre de la structure sanitaire conventionnée -Registre des prestations des mutuelles communales	Le dispositif d'assistance technique aux mutuelles de santé est adapté Les collectivités territoriales et les associations
Extrant 1.2 Une mutuelle de santé de district est fonctionnelle dans chaque district sanitaire	-Proportion de mutuelles de santé ayant payé l'intégralité des factures de remboursement provenant des centres de santé conventionnés pour l'année n-1	-Registre de la structure sanitaire conventionnée -Registre des dépenses des mutuelles de santé	communautaires de base s'engagent effectivement dans la promotion des mutuelles de santé Le personnel de
Extrant 1.3 Une union régionale de mutuelles est fonctionnelle dans chaque Région	-Proportion de région disposant d'une union de mutuelles agréée par les autorités	-Répertoire national des mutuelles	santé et les prestataires s'engagent effectivement dans la
Extrant 1.4 Une Fédération nationale de mutuelles est fonctionnelle	-Disponibilité de l'agrément de l'union nationale	-Répertoire national des mutuelles	promotion des mutuelles de santé

32-Orientation stratégique 2 : Renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé

Principaux défis

Si les mutuelles de santé doivent devenir l'instrument principal de l'extension de la couverture du risque maladie parmi les segments de la population des secteurs informels et **agricoles**, il faudra faire face aux défis liés **à leur** financement des mutuelles de santé. Jusqu'ici, la mobilisation des ressources pour mettre en œuvre des programmes d'animation, de formation, d'appui à l'organisation nécessaires pour l'émergence des mutuelles, a été faible. Par ailleurs, la faible capacité contributive des populations cibles surtout rurales n'a pas permis aux mutuelles de santé de leur offrir des paquets de bénéfices suffisamment attractifs et permettant de faire face aux principaux problèmes de santé. En effet, l'Etat et les collectivités territoriales **sont** faiblement intervenus **jusque-là** pour soutenir le financement des mutuelles de santé. Maintenant que l'Etat va mettre en place un régime d'assurance obligatoire pour les employés du secteur formel et leurs ayants droits, le défi de l'équité dans le financement de la santé va se poser avec plus d'acuité pour l'extension de l'assurance maladie.

Stratégie et domaines d'intervention

Pour faire face à ces défis, l'objectif stratégique de la composante est de renforcer les mécanismes de financement des mutuelles de santé. L'accent sera mis sur les domaines d'intervention suivants :

- le renforcement de la collecte des cotisations des adhérents des mutuelles de santé,
- la mobilisation des ressources locales d'appui à la mutualité,
- la subvention des mutuelles de santé par l'Etat et les PTF,
- le parrainage, le jumelage, dons et legs,
- la mise en place d'activité génératrice des revenus.

Résultats clés attendus

La mise en œuvre de la présente composante de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé devra contribuer aux résultats clés suivants :

- les mutuelles de santé contribuent significativement au financement des dépenses de santé,
- une solidarité du secteur privé contribue au financement des mutuelles de santé (parrainage, dons, legs, ...),
- les AGR contribuent au financement des mutuelles de santé,
- un fonds d'appui soutenu par l'Etat, ses partenaires techniques et financiers et les collectivités territoriales contribue effectivement au financement des mutuelles de santé.

Résultats intermédiaires :

- Les mutuelles de santé existantes disposent de politique de cotisation adaptée à leur population cible respective
- Les taux de recouvrement des cotisations augmentent significativement dans toutes les mutuelles de santé
- Des audits externes des mutuelles de santé sont organisés régulièrement

- Les collectivités territoriales disposent d'une ligne budgétaire « Appui aux mutuelles de santé »
- Le cadre légal créant un fonds d'appui aux mutuelles de santé est mis en place
- Les unions de mutuelles de santé bénéficient effectivement de subventions de l'Etat et des PTF.

Arrangements de mise en œuvre

Les ressources des mutuelles de santé proviendront prioritairement des cotisations de leurs membres. Cependant en vue d'impulser le développement des mutuelles de santé et généraliser la couverture du risque maladie au profit de la majorité des maliens, le Gouvernement apportera une contribution financière visant à remédier à la faible capacité contributive des populations des secteurs agricole et informel. Cette contribution de l'Etat sera assurée par un Fonds d'Appui aux mutuelles.

Ainsi le financement des mutuelles de santé sera assuré au travers, d'une part, des cotisations des adhérents et, d'autre part, du fonds d'appui aux mutuelles de santé alimenté par l'Etat et les Partenaires techniques et financiers. L'octroi et les conditions d'utilisation du Fonds d'appui aux mutuelles sont précisés dans le document de convention MDSSPA-Mutualité signé entre l'Etat et les mutuelles. Elle précise entre autres les éléments de performance de la mutuelle (atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs) ainsi que les engagements de l'Etat quant au processus de décaissement. A cet effet l'adoption de mesures innovantes sera préconisée afin de permettre de générer des ressources suffisantes pour alimenter le fonds d'appui aux mutuelles. Il s'agira, entre autres, de prélèvement (taxes) sur les appels de téléphone portables, d'institution d'une contribution supportable (exemple 100 francs) prélevée sur les tickets de voyage sur les circuits inter urbains.

Ces formules qui permettent de mobiliser des « ressources innovantes » sont en pratique dans certains pays africains (Ghana, Rwanda...) et constituent des mécanismes appréciables pour assurer le financement de la santé au profit des catégories non couvertes par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Elles procèdent, ce faisant, du souci d'une juste répartition du fruit de la croissance et de l'équité entre les citoyens dans l'accès aux soins de santé.

L'ensemble des dispositifs de financement des mutuelles devra être soutenu par la mise en place, d'une part, d'une politique de motivation des chargés de collecte des cotisations auprès des adhérents et de mesures de transparence et de communication sur la gestion des fonds, d'autre part.

Cadre Logique – Orientation stratégique « Renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé »

Objectif stratégique 2 : Renforcer les mécanismes de financement des mutuelles de santé

Output/Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 2.1 Les mutuelles de santé contribuent significativement à la mobilisation des ressources internes pour la santé	Taux de recouvrement des cotisations des membres des mutuelles de santé Montant des prestations payées aux formations sanitaires conventionnées	Registre des cotisations des mutuelles de santé Registre de dépenses de la mutuelle Registre de recettes des formations sanitaires	Un environnement juridique favorable au développement de la mutualité est en place L'Etat met en place un dispositif financier d'appui à la mutualité
Extrant 2.2 Un fonds d'appui soutenu par l'Etat et les collectivités territoriales contribue effectivement au financement des mutuelles de santé	Niveau de mobilisation des contributions de l'Etat, des collectivités territoriales au fonds d'appui aux mutuelles de santé (en FCFA/bénéficiaire/an) Pourcentage (%) des collectivités territoriales soutenant financièrement les mutuelles de santé	Rapports de l'organisme de gestion du fonds d'appui aux mutuelles de santé Rapports de l'organisme de gestion du fonds d'appui aux mutuelles de santé	Adhésion du secteur privé à la politique de la mutualité pour la santé
Extrant 2.3 Le secteur privé contribue au financement des mutuelles de santé (Extrant non retenu à enlever)	Proportion de la contribution du secteur privé dans le financement des mutuelles de santé	Rapports de l'organisme de gestion du fonds d'appui aux mutuelles de santé	Synergie d'action entre les institutions de micro

Extrant 2.3 Le financement des AGR au profit des mutualistes a amélioré leur capacité contributive.	Proportion de la contribution des AGR dans le financement des mutuelles de santé	Rapports de l'organisme de gestion du fonds d'appui aux mutuelles de santé	finances et les mutuelles de santé
---	--	--	------------------------------------

33-Orientation stratégique 3 : Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé

Principaux défis

Les perspectives d'extension de la couverture du risque maladie et de renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé sur la base du financement public nécessitent que des solutions soient trouvées aux problèmes des capacités des acteurs dans le cadre de l'encadrement et la gestion des mutuelles de santé. Il est nécessaire de faire face aux faiblesses des connaissances des acteurs de développement au niveau local sur les principes, les modes d'organisation et de fonctionnement des mutuelles de santé pour appuyer la promotion de la mutualité. Par ailleurs, il est nécessaire de faire face aux insuffisances de la gestion des organisations mutualistes, de professionnaliser la gestion des mutuelles de santé et de pallier aux faiblesses des systèmes d'information. Enfin, il est important de renforcer l'encadrement technique des mutuelles par l'Etat, de dynamiser davantage le partenariat entre l'Etat et les organismes intervenant dans l'assistance technique aux mutuelles de santé tels que l'Union Technique de la Mutualité (UTM) et d'augmenter significativement les ressources consacrées à l'assistance technique des mutuelles.

Stratégie et domaines d'intervention

Pour faire face à ces défis, l'objectif stratégique de la composante est de renforcer les capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé. Dans le cadre de la composante actuelle, l'accent est mis sur les domaines d'intervention suivants :

- la formation des acteurs sur la mise en place, la gestion administrative et financière et le suivi des mutuelles de santé,
- les services d'appui conseils aux mutuelles et unions de mutuelles de santé
- le développement de systèmes d'information et des outils de gestion
- le renforcement des capacités d'intervention des acteurs en termes d'équipement, de logistiques, de ressources humaines.

Résultats clés attendus

La mise en œuvre de la présente composante de la stratégie devra contribuer aux résultats clés suivants :

- les acteurs de la mutualité sont formés sur la conception, la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé,
- les acteurs de la mutualité disposent des moyens logistiques et des équipements pour accomplir leurs missions,
- les organisations mutualistes rendent compte chaque année de leur performance et de leur situation financière selon la réglementation en vigueur.

Résultats intermédiaires :

- Les différents acteurs maîtrisent leurs rôles et responsabilités
- Les différents acteurs accomplissent leurs tâches conformément aux textes régissant l'exercice de la mutualité
- Les membres des comités d'initiative mutualiste sont formés sur la mise en place des mutuelles de santé

- Les membres des organes élus des mutuelles de santé sont formés en gestion administrative et financière
- Les informations essentielles des mutuelles sont connues et partagées à tous les niveaux
- Toutes les structures mutualistes disposent d'outils de gestion administrative et financière harmonisés
- Les services techniques d'appui sont dotés des moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions

Arrangements de mise en œuvre

Une nouvelle convention entre notamment l'Etat et l'UTM sera mise en place conformément au repositionnement des mutuelles de santé dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale. Les services de l'Union Technique de la Mutualité vont être recentrés sur l'assistance technique, le renforcement des capacités de mise en place, de gestion et de suivi des mutuelles de santé pour appuyer l'extension de l'assurance maladie. Le cadre de partenariat entre l'UTM et ses partenaires techniques va être réaménagé pour améliorer les conditions d'échanges nécessaires à la mise en œuvre des actions d'assistance technique. Les capacités de l'UTM seront renforcées pour permettre une assistance technique de proximité aux mutuelles et aux unions de mutuelles de santé.

La DNPSES s'occupera de l'animation pour la promotion de la mutualité. Par ailleurs, elle assurera le contrôle des organisations mutualistes, le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale en matière de mutualité.

Le CAMASC sera responsable de toutes les activités relatives à la formation des administrateurs, contrôleurs et gestionnaires de mutuelles. En fonction des besoins, il pourra mener ces activités en association avec d'autres services spécialisés dans ce domaine.

Pour que ces différentes structures puissent mener correctement leur mission, il est important qu'elles bénéficient d'un renforcement de leurs propres capacités d'intervention.

Cadre Logique – Composante « Capacités des Acteurs »			
Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé			
Output/Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 3.1 Les acteurs de la mutualité sont formés sur la conception, la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé	Nombre de sessions de formation Nombre de participants aux ateliers de formation des membres des comités d'initiative mutualiste	Rapport d'atelier de formation Rapport d'atelier de formation	- Un environnement juridique favorable au développement de la mutualité est en place
Extrant 3.2 Les acteurs de la mutualité disposent des moyens logistiques et des équipements pour accomplir leurs missions	Nombre de moyens logistiques et d'équipements par catégorie et par niveau	Bordereau de livraison	- L'Etat met en place un dispositif financier d'appui à la mutualité
Extrant 3.3 Les organisations mutualistes rendent compte chaque année de leur performance et de leur situation financière selon la réglementation en vigueur	Proportion (%) de mutuelles de santé transmettant régulièrement leurs rapports d'activités et leurs rapports financiers selon la réglementation en vigueur	Rapport annuel de la situation de la mutualité	- Le dispositif d'assistance technique aux mutuelles de santé est adapté

34-Orientation stratégique 4 : Communication

Principaux défis

Le principal défi à relever dans le cadre de la promotion de la mutualité dans la santé reste la mise en œuvre d'une vaste campagne d'information et de sensibilisation sur la mutualité à échelle nationale. Des facteurs socioculturels limitant le développement d'une culture de prévoyance dans le cadre de la prise en charge de la maladie continuent de persister dans le pays. Ces facteurs persistent car les populations sont toujours faiblement informées en raison de l'inexistence de campagne de communication de masse sur la mutualité dans la santé. Par ailleurs, les femmes et les acteurs communautaires sont faiblement impliqués dans les activités de sensibilisation. En effet, jusqu'à présent, les leaders locaux n'ont pas été suffisamment mobilisés et impliqués dans la promotion de la mutualité dans la santé dans leur communauté respective.

Stratégie et domaines d'intervention

Pour faire face à ces défis, l'objectif stratégique de la composante est de mettre en œuvre un plan de communication pour une adhésion massive aux mutuelles de santé. Dans le cadre de la composante actuelle, l'accent est mis sur les domaines d'intervention suivants :

- le plaidoyer auprès des décideurs et leaders aux niveaux central et local,
- la communication (communication de masse, communication interpersonnelle, etc.),
- la sensibilisation dans les écoles, les formations sanitaires publiques et privées, les lieux de culte.

Résultats clés attendus

A l'horizon de la stratégie stratégique, la composante devra contribuer aux résultats clés suivants :

- les taux d'adhésion des populations aux mutuelles de santé ont cru dans toutes les régions du pays,
- l'ensemble de la population adulte est informé sur la mutualité en tant qu'outil pour faciliter l'accès aux soins de santé.

Résultats intermédiaires

- Un plan de communication sur la mutualité dans la santé est disponible
- Un guide de communication de référence sur la communication interpersonnelle pour les responsables des mutuelles est disponible
- Des supports de communication pour les responsables des mutuelles sont disponibles

- Des émissions radio et des magazines télé sur la mutualité sont produits et diffusés régulièrement
- Des affiches sur la mutualité en langues locales et en français sont produites et diffusées régulièrement
- Une journée nationale de la mutualité est tenue chaque année

Arrangements de mise en œuvre

Une convention sera passée entre l'Etat et un organisme spécialisé en matière de communication qui servirait d'organisme d'exécution déléguée pour la conception de la composante communication. Cet organisme sera chargé de l'élaboration du plan de communication intégrant la conception des outils de communication, leur adaptation au niveau des régions, des cercles et des aires de santé, l'identification des supports et des canaux de communication, la formation des formateurs. Il mettra en place une antenne au niveau des cercles d'intervention pour assurer un appui de proximité des activités de communication. Au niveau du cercle, l'organisme chargé de la communication va rendre compte au Comité de Suivi de Cercle, chargé du suivi de la mise en œuvre au niveau du cercle.

Le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées mettra en place un comité technique composé des représentants de la DNPSES, la CPS, la DNS, l'UTM, le CAMASC et chargé du suivi du volet « Communication ». Ce comité sera en outre chargé du suivi de la convention passé entre l'Etat et l'organisme spécialisé de communication et s'occupera particulièrement de la validation du plan et des outils de communication, de la contractualisation avec les chaînes de télévision, les radios communautaires et les communicateurs traditionnels, le suivi des formations par l'équipe de formateurs.

Cadre Logique – Orientation stratégique « Communication »			
Objectif stratégique 4 : Communiquer sur les mutuelles de santé			
Output/Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 4.1 Une large frange de la population adulte est informée sur la mutualité en tant qu'outil pour faciliter l'accès aux soins de santé	Pourcentage de la population adulte qui a déjà entendu parler des mutuelles de santé Pourcentage de la population adulte qui connaît l'objet d'une mutuelle de santé	Enquête auprès des ménages	- Un environnement juridique favorable au développement de la mutualité est en place - L'Etat met en place un dispositif financier d'appui à la mutualité - Le dispositif d'assistance technique aux mutuelles de santé est adapté
Extrant 4.2 Une large frange de la population rurale et du secteur informel a adhéré aux mutuelles de santé	Proportion de la population rurale ayant adhéré aux mutuelles Proportion de la population du secteur informel ayant adhéré aux mutuelles	Enquête auprès des ménages Enquête auprès des ménages	
Extrant 4.3 Une large frange de la population mutualiste reçoit des messages de fidélisation	Proportion des mutualistes ayant reçu des messages de fidélisation Proportion des mutualistes à jour de leur cotisation	Enquête auprès des mutualistes Registre d'adhésion/cotisation des mutuelles	

35-Orientation stratégique 5 : Renforcement du partenariat entre les différents acteurs

Principaux défi et constats

Le principal défi à relever dans le cadre du partenariat est le renforcement de la collaboration entre les acteurs locaux dans la promotion et le développement des mutuelles de santé. Les insuffisances observées dans la qualité des prestations de soins de santé demeurent un facteur limitant dans l'attractivité des mutuelles de santé. Ces insuffisances sont relatives au mauvais accueil dans les formations sanitaires, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, le coût élevé des ordonnances, les ruptures de médicaments et la faiblesse des plateaux techniques. Par ailleurs, il existe des manquements au respect de la convention par certains prestataires conventionnés. Or toutes ces insuffisances ne peuvent être corrigées qu'avec des actions synergiques entre les prestataires de soins et les mutuelles de santé.

Par ailleurs, le niveau de collecte des cotisations aux mutuelles reste relativement faible. Parce que les opportunités de renforcement de la fonction et des procédures de collecte des cotisations à travers des relations fonctionnelles avec les institutions de micro-finance ont été faiblement exploitées.

Enfin le rythme de développement des mutuelles de santé a été lent au cours des dernières décennies parce qu'on n'a pas mis assez à profit les acteurs actuels de la santé au niveau local ; en effet, le personnel de santé, les ASACO et les collectivités territoriales ont été faiblement impliqués la promotion de la mutualité et la mobilisation des populations.

Stratégie et domaines d'intervention

Pour faire face à ces défis et constats, l'objectif stratégique de la composante est de renforcer le partenariat entre acteurs à plusieurs niveaux. Dans le cadre de la composante actuelle, l'accent est mis sur les domaines d'intervention suivants :

- le partenariat avec les formations sanitaires,
- le partenariat avec les institutions de micro-finance,
- le partenariat avec les collectivités territoriales ;
- le partenariat avec les organisations socio-professionnelles (APCAM, OAPP, sociétés coopératives, associations, APCM, ...)

Résultats clés attendus

La mise en œuvre de cette composante de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé devra contribuer aux résultats clés suivants :

- la qualité des services de santé a été améliorée dans les formations sanitaires conventionnées par les mutuelles,

- les procédures de collecte des cotisations sont renforcées grâce au partenariat avec les institutions de micro finance,
- le développement des mutuelles de santé est inscrit dans les plans de développement économique et social des collectivités territoriales,
- la convention entre l'Etat et l'UTM a été révisée.

Résultats intermédiaires

- Les bénéficiaires des mutuelles de santé sont mieux informés et orientés dans les formations sanitaires conventionnées.
- La qualité des soins a été significativement améliorée dans les formations sanitaires conventionnées.
- Les prestataires de soins, les mutuelles de santé et leurs agents, respectent les conventions qui les lient.
- Les institutions de micro-finance accordent des prêts «assurance santé» aux groupements constitués pour le financement des cotisations de leurs membres aux mutuelles de santé.
- Les collectivités territoriales facilitent les partenariats entre les mutuelles de santé, les formations sanitaires et les institutions de micro-finance.
- Les collectivités territoriales mobilisent les acteurs du développement dans la promotion de la mutualité dans la santé,
- Les collectivités territoriales mobilisent des ressources humaines et financières au bénéfice des mutuelles.

Arrangements de mise en œuvre

Les relations entre les différents acteurs devront nécessairement être formalisées. Les réunions des comités de suivi aux différents niveaux constituent les cadres privilégiés de concertation entre les différentes parties prenantes au développement de la mutualité niveau commune, cercle et région. Le leadership est assuré par les Gouverneurs, Préfets, Maires.

Il est à noter qu'un des facteurs clés de la réussite de partenariat mutuelles - centres de santé serait d'envisager l'installation des mutuelles communales, mutuelles de district et unions régionales de mutuelles dans l'enceinte des formations sanitaires aux différents niveaux. D'autres processus encourus tel que la médicalisation des CSCom, la mise en œuvre du processus d'accréditation (qualité des soins), le passage à échelle de la stratégie nationale de survie de la mère, du nouveau né et de l'enfant permettront d'améliorer significativement la qualité de l'offre de soins.

Cadre Logique – Orientation stratégique « Renforcement du partenariat entre les différents acteurs »			
Objectif stratégique 5 : Renforcer le partenariat entre les différents acteurs			
Output/Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 5.1 La qualité des services de santé a été améliorée dans les formations sanitaires conventionnées par les mutuelles.	Proportion de mutuelles ayant signé des conventions avec les CSCom Proportion de mutuelles ayant signé des conventions avec les CSRéf Proportion d'unions de mutuelles ayant signé des conventions avec les Hôpitaux Régionaux Proportion (%) des bénéficiaires des mutuelles de santé qui sont satisfaits de la qualité des soins des prestataires conventionnés	Documents de contrat dûment signés par les parties prenantes Documents de contrat dûment signés par les parties prenantes Documents de contrat dûment signés par les parties prenantes Enquête auprès des bénéficiaires des mutuelles de santé Enquête auprès des prestataires	

	Proportion de CSCom conventionnés offrant des soins de qualité (accréditation) Proportion de CSRéf conventionnés offrant des soins de qualité (accréditation) Proportion d'EPH conventionnés offrant des soins de qualité (accréditation)	Enquête auprès des prestataires Enquête auprès des prestataires	
Extrant 5.2 Un partenariat formel est établi entre les mutuelles de santé et les institutions micro-finance.	Proportion (%) de mutuelles de santé qui a institué une politique d'adhésion en groupe avec les institutions de micro-finance Proportion (%) des adhérents des mutuelles de santé qui ont payé leurs cotisations sur la base d'arrangements contractuels avec les institutions de micro-finance	Document de convention entre la mutuelle de santé et l'institution de micro-finance Registre de cotisations des mutuelles Registre de prélèvement des institutions de micro-finance	

Extrant 5.3 Un partenariat formel est établi entre les mutuelles de santé et les collectivités territoriales.	Proportion de collectivités ayant signé une convention avec les mutuelles/unions de mutuelles Proportion (%) de collectivités territoriales qui disposent d'un cadre de concertation fonctionnel entre les acteurs du développement dont l'objet couvre la promotion de la mutualité	Document de convention entre la mutuelle de santé et la collectivité Rapport annuel de la situation de la mutualité	
Extrant 5.4 La convention entre l'Etat et l'UTM a été révisée.	Disponibilité de la convention révisée	Document de convention entre le MDSSPA, MS et UTM	

4- Cadre Institutionnel de Mise en Œuvre et de Suivi

Instruments de mise en œuvre

La stratégie nationale de développement des mutuelles de santé au Mali sera en œuvre à travers des programmes quinquennaux qui préciseront les objectifs quantifiés de couverture de la population, leur incidence sur l'utilisation des services de santé ainsi que les projections financières associées. En outre, chaque programme devra expliciter les activités nécessaires pour l'atteinte des résultats attendus.

Chaque année, les différents services chargés de la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé identifieront les activités opérationnelles à exécuter en conformité avec le cadre programmatique et les inséreront dans le cadre du processus habituel de planification du secteur de la santé.

Cadres institutionnels pour le suivi

- **Au niveau national**

Le suivi de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé est assuré par deux organes à savoir le comité de pilotage et le comité technique.

Leur rôle est d'assurer d'une part le pilotage stratégique et la prise de décisions qui concourent à l'atteinte des objectifs visés par la stratégie nationale d'extension de la mutualité et d'autre part, la coordination technique des activités.

- **Au niveau régional**

Un comité de suivi de la mise en œuvre de la stratégie nationale sera installé dans chaque région (CSR) pour assurer l'implication des parties prenantes clés dans le développement de la mutualité de santé. Le CSR est présidé par le Gouverneur. Le CSR est composé des représentants des services déconcentrés de l'Etat (Finances, Développement Social, Santé), des représentants des collectivités territoriales de la région, de l'union régionale des mutuelles, de la FERASCOM, des sociétés coopératives, des associations de femmes et des systèmes de financement décentralisés (réseaux de micro-finance).

Le rôle du CSR est d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé au niveau de la région. Tous les paramètres techniques, les projets de textes et l'organisation de l'union de mutuelles sont définis avec la pleine implication des CSC.

- **Au niveau Cercle**

Un comité de suivi local de la mise en œuvre (CSL) de la stratégie nationale sera mis en place au niveau de chaque cercle. Le CSL est présidée par le Préfet du cercle. Le CSL est composé des représentants des services déconcentrés de l'Etat (Finances, Développement Social, Santé), des représentants des collectivités territoriales du cercle, du Président du comité de gestion du CSRéf, des représentants des comités de suivi communal, de la mutuelle de district, de la FELASCOM, des sociétés coopératives agricoles, des associations de femmes et des systèmes de financement décentralisés (réseaux de micro-finance).

Le rôle du CSL est le suivi des activités programmées au niveau du cercle dans le cadre de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé. Tous les paramètres techniques, les projets de textes et l'organisation de la mutuelle de santé sont définis avec la pleine implication des CSC.

- **Au niveau communal**

Un comité de suivi communal CSC est mis en place pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé. Le CSC est présidé par le Maire et composé des représentants des conseils de village, les structures techniques déconcentrées, les ONG locales, de la section communale de la mutuelle et de l'ASACO. Le CSC s'assurera de l'exécution effective des activités programmées pour le développement de la mutualité dans la commune.

5-Suivi et Evaluation

Le suivi consistera à collecter et analyser de façon continue les informations concernant la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé. Le suivi permet de relever les progrès accomplis, de cerner les difficultés, faire un feedback, de résoudre les problèmes.

Pendant que l'évaluation consistera en une collecte et analyse à intervalle régulier des informations sur l'efficacité et l'impact de la stratégie.

Méthode de suivi

- rapports périodiques ou systématiques ;
- rapports de visite ou de supervision ;
- spécification de la fréquence du suivi.

Méthode d'évaluation

- enquêtes sur les dispensateurs de soins
- enquêtes communautaires (Enquête sur les ménages, Enquête sur une population cible)
- revue complète du programme
- série de résultats de suivi

- études et enquêtes spéciales

6-Schéma d'organisation du dispositif de mutualisation du risque maladie

Organisations mutualistes	Zone de rayonnement	Niveau de service	Suivi de la stratégie
Fédération nationale des mutuelles	Territoire national	Hôpitaux niveau national (CHU)	Comité de pilotage Comité Technique
Union régionale de mutuelles	Région	Hôpitaux niveau régional	Comité de suivi Régional
Mutuelle de santé de district	District sanitaire	CSRéf	Comité de suivi local
Section communale de la Mutuelle de santé	Commune	CSCom	Comité de suivi communal