

## Sommaire

<i>Titres</i>	<i>Pages</i>
<b>Dédicace.....</b>	<b><i>iii</i></b>
<b>Remerciements.....</b>	<b><i>iv</i></b>
<b>Sigles et Abréviations .....</b>	<b><i>vi</i></b>
<b>Avant-propos .....</b>	<b><i>vii</i></b>
<b>Résumé .....</b>	<b><i>viii</i></b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b><i>1</i></b>
<b><u>Chapitre I</u> : METHODOLOGIE .....</b>	<b><i>4</i></b>
<b><u>Chapitre II</u> : CLARIFICATION DES CONCEPTS ET REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b><i>6</i></b>
<b><u>Chapitre III</u> : PRESENTATION DE LA COMMUNE .....</b>	<b><i>12</i></b>
<b><u>Chapitre IV</u> : POLITIQUE SANITAIRE AU MALI .....</b>	<b><i>18</i></b>
<b><u>Chapitre V</u> : LES MUTUELLES DE SANTE AU MALI .....</b>	<b><i>25</i></b>
<b>A. GENERALITE.....</b>	<b><i>25</i></b>
<b>B. LA MUTUELLE INTERPROFETIONNELLE DU MALI : MIPROMA....</b>	<b><i>46</i></b>
<b><u>Chapitre VI</u> : PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>	<b><i>60</i></b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b><i>77</i></b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b><i>78</i></b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b><i>I</i></b>

## *Sigles, Acronymes et Abréviations*

ANIASCO	Association de Santé Communautaire de Niamakoro II
ANMC	Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne
ASACOBABA	Association de Santé Communautaire de Banankabougou - Faladiè
ASACOCY	Association de Santé Communautaire de la Cité de Yirimadio
ASACOFA	Association de Santé Communautaire de Faladiè
ASACOMA	Association de Santé Communautaire de Magnambougou
ASACOMIS	Association de Santé Communautaire de Missabougou
ASACONIA	Association de Santé Communautaire de Niamakoro I
ASACOSE	Association de Santé Communautaire de Senou
ASACOSO	Association de Santé Communautaire de Sogoninko
ASACOSODIA	Association de Santé Communautaire de Sokorodji – Dianéguéla
ASACOYIR	Association de Santé Communautaire de Yirimadio
BIT	Bureau International du Travail
BW	<i>Bordet Wassermann</i>
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle
CAP	Centre d'Animation Pédagogique
CIDR	Centre International pour le Développement et la Recherche
CMLN	Comité Militaire de Libération Nationale
CPN	Consultation Pré Natal
CVI	Commune VI
DCI	Dénomination Commune Internationale
Delta-C	Centre de Formation et d'Appui Conseil pour le Développement Local
DHD	Développement Humain Durable
DIRO	Développement Institutionnel et Renforcement Organisationnel
DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
F.CFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FFOM	Forces Faiblesses Opportunités Menaces
FSP	Fonds de Solidarité Prioritaire
GE	Goûte Epaisse
GIMI	<i>Global Information on Micro Insurance</i>
GTZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit</i> Coopération Technique Allemande
HTA	Hyper Tension Artérielle
IEC	Information Education Communication
IRA	Infection Respiratoire Aigue
MDSSPA	Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées
MGEN	Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
MSS Espoir	Mutuelle de Santé Scolaire Espoir
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PHR+	<i>Partnership for Health Reform Plus</i>
PISAM	Projet Intégré de Santé et d'Activités Mutualistes
PO	Programme Opérationnel
POK	Parasites Œufs Kystes
SEPO	Succès Echechs Potentialités Obstacles
SNV	<i>Schweizerische Normen Vereinigung</i> Organisation Néerlandaise de Développement
SOCODEVI	Société de Coopération pour le Développement International
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UMC	L'Union des Mutuelles Cogérées
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> Agence des États-Unis pour le développement international

## *Avant Propos*

*Face aux défis de développement auxquels font face le Mali et les autres pays de la sous région de l'Afrique de l'Ouest, et au déficit de cadres de qualité satisfaisante pour y faire valablement face, DELTA-C (Centre de Formation et d'Appui Conseil pour le Développement Local) a ouvert ses portes en 2000 au Mali, en se donnant une vocation malienne et sous régionale dans le domaine du renforcement de capacité des cadres et des organisations intéressés en la matière. Il a pour but de promouvoir le développement local, l'aménagement du territoire, la protection de l'environnement et le développement urbain au Mali et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest.*

*De par ses formations, il se donne pour objectif, le renforcement de capacité des ressources humaines et des organisations opérant dans le domaine du développement au Mali et dans d'autres pays de la sous région Afrique de l'Ouest.*

*La fin du cycle de formation est sanctionnée par la présentation d'un mémoire. C'est ainsi qu'au terme des études, chaque étudiant produit un travail de recherche personnelle en fonction de sa spécialisation et de ce qu'il a appris au cours de ses formations théoriques et pratiques.*

*C'est dans cette perspective que rentre ce mémoire dont le sujet est «Contribution des mutuelles de santé à l'accès des populations aux soins de santé de base: cas de la MIPROMA dans les quartiers de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji en Commune VI du district de Bamako.»*

*Ce travail apparaît comme des éléments de réponses à des questions posées suite à des recherches en santé effectuées au préalable.*

*Dans le souci de contribuer à la promotion de la mutualité dans la Commune VI de Bamako et dans tout le reste du Mali en général, nous tenterons d'apporter notre modeste contribution à la recherche des solutions aux difficultés rencontrées par les populations à l'accès aux soins de santé de base.*

*Ce travail ne prétend guère être parfait ; par conséquent toutes les suggestions tendant à l'amélioration seront les bien venues. Nous présentons nos excuses aux lecteurs pour les insuffisances, les erreurs et les imperfections que renferme le présent mémoire.*

## Résumé

Le Mali a adopté dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique sectorielle en santé, le PDDSS qui a pour objectif : l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays. Il est mis en place le CSCRIP qui insiste sur les différents groupes cibles et les mécanismes classiques de protection sociale comme la création de mutuelle et la mise en œuvre du fonds d'assistance médicale.

Bien que des efforts aient été entrepris dans le domaine de la santé, la dimension économique constitue toujours un réel problème pour une frange importante de la population, d'accéder aux soins de santé de base.

Dans la perspective et dans le souci de chercher des mécanismes alternatifs pour le financement des soins de santé primaires pour les populations, il est initié l'idée de prise en charge de la santé des populations à travers un système de solidarité et d'entraide.

La mise en place de la mutuelle permet à ses adhérents/bénéficiaires d'accéder à des soins de santé de qualité. Elle veut donc, avant tout, supprimer les barrières financières et, si nécessaire, les barrières géographiques à l'accès aux soins pour ses adhérents /bénéficiaires.

C'est dans ce cadre que vit jour la MIPROMA, qui est une mutuelle ouverte à toutes les différentes couches de la population sans aucune distinction, installée en CVI du district de Bamako ayant comme produit : l'AMV.

A travers ses actions, elle permet pour ses adhérents/bénéficiaires : une plus grande sécurité en cas de maladie, une meilleure continuité des traitements, une réduction du délai de recours aux soins et une réduction des exclusions financières.

Elle contribue par conséquent à une amélioration à l'accès aux soins de santé de base des populations en général et celles de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji de la CVI district de Bamako en particulier.

Ce travail a permis de faire la lumière sur les éventuelles difficultés d'accès aux soins de santé par les populations, l'apport de la MIPROMA pour surmonter les barrières qui freinent l'accès des populations aux soins de santé et nous a aussi

démontrer qu'elle constitue un bon outil de lutte contre la pauvreté et de développement local.

Cette étude est le fruit d'un travail mené en trois phases (documentaire, terrain, analyse et interprétation des données) dont les résultats globaux obtenus nous édifient sur les problèmes réels d'accès aux soins de santé (raisons financières), les actions et produits de MIPROMA (l'AMV) et les suggestions et pistes de solutions pour une couverture plus grande des populations par MIPROMA (plus de sensibilisation au niveau des populations, implication davantage des acteurs concernés).

Ce travail a comme intérêt, une modeste contribution à la mise en valeur d'une énorme potentialité déjà existante en matière d'assurance maladie, pour étendre la couverture sanitaire en CVI de Bamako.

## INTRODUCTION

La volonté des autorités de procéder au développement de la mutualité est partie de 1992 avec la définition de la Politique Sectorielle de Santé et la Politique Nationale de la Solidarité.

A travers ces différentes politiques, l'Etat a manifesté son option de s'appuyer sur les organisations de la société civile (mutuelles, associations et autres ONG, etc.) pour une meilleure couverture sociale et sanitaire de la population.

Par ailleurs, le Plan Décennal de Développement Social et Sanitaire (PDDSS 1998-2007) a inscrit le développement de la mutualité parmi ses priorités. Sa mise en œuvre est prévue dans le volet 3 du PRODESS (1998-2002) en tant que formes et modalités de financement alternatif de la santé.

Sur le plan institutionnel, il faut noter la création du Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées en février 2000 et celle de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES) en septembre de la même année.

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la santé, il existe des problèmes au niveau de l'accès des populations aux soins de santé de base.

Dans la perspective et dans le souci de chercher des mécanismes alternatifs pour le financement des soins de santé primaires pour les populations, il semble être nécessaire d'initier l'idée de prise en charge de la santé des populations de la Commune VI à travers un système de solidarité et d'entraide.

L'idée au cœur de l'initiative de la présente étude est de faire la lumière sur les mutuelles de santé comme stratégie de développement local et de lutte contre la pauvreté des populations en Commune VI du district de Bamako en général et dans ses quartiers de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji particulier.

Dans le monde, la problématique de la couverture maladie se pose. Près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé de base.

Au Mali les institutions de la sécurité sociale ne couvrent qu'une très faible partie de la population totale. Cette couverture porte sur un petit nombre de risques et ne touche qu'une partie de la catégorie de la population.

Aujourd'hui peu de personnes peuvent faire face aux charges en cas de survenance du risque maladie.

Les faibles revenus des ménages ne permettent souvent pas de se faire soigner dans un centre de santé ou d'acheter les médicaments.

Pour résoudre ces problèmes liés à l'accès à la santé, la solution alternative préconisée repose sur la solidarité au sein des différentes communautés qui a toujours existé pour le financement de la santé. Mais certaines évolutions sociales mettent le système traditionnel en péril en premier lieu la modernisation.

Avec la pénétration des valeurs occidentales dans le pays, la plupart des populations s'inclinent vers une philosophie de vie plus individualiste, plus matérialiste allant à l'encontre des principes mêmes qui soutiennent la solidarité traditionnelle.

Aujourd'hui les maladies font de nombreuses victimes parmi les bras valides, les enfants et les femmes. C'est ainsi que se pose le problème de financement des soins de santé pour la plupart des familles maliennes. Les coûts des actes médicaux demeurent élevés.

Ainsi pour pallier cette insuffisance de financement les Mutuelles de santé constituent l'un des mécanismes de protection contre les risques liés à la maladie. Elles associent les pratiques traditionnelles d'entraide et de solidarité aux mécanismes de l'assurance.

La mutualité constitue un cadre de développement local. En effet, elle permet de créer une synergie entre tous les partenaires de la santé afin de contribuer efficacement à

l'amélioration de la qualité des soins de santé et augmenter la fréquentation des centres de santé.

A cet effet, il est créé une mutuelle dénommée Mutuelle Interprofessionnelle du Mali (MIPROMA) établie à Bamako. Elle est déterminée par la loi N° 96-022 du 21 Février 1996 régissant les mutuelles en République du Mali.

Il s'agit d'une mutuelle qui se fixe comme objectifs : la couverture sanitaire de ses adhérents/bénéficiaires sur le plan de la consultation, de l'accouchement, de l'hospitalisation et de l'achat de médicaments ; de créer et d'assurer la gestion de son centre de santé qui doit mener, selon des principes mutualistes et dans l'intérêt de ses adhérents/bénéficiaires, des activités de soins préventifs et curatifs et de mener aussi des activités de prévoyance et d'entraide.

Les mutuelles de santé présentent un réel potentiel en matière d'amélioration de l'accès aux soins et de diminution du risque financier lié à la maladie. Elles permettent d'élargir de manière significative l'accès aux soins et contribuent à l'extension de la protection sociale aux couches défavorisées de la population.

Pourtant, ces mutuelles de santé sont de création récente et bien qu'elles fassent un développement rapide, elles sont souvent fragiles, de petites tailles et sont confrontées à d'énormes difficultés.

La participation à une recherche en binôme en 2008 avec une étudiante en Master-2 en Etudes de Développement International de l'Université d'Utrecht des Pays-Bas en santé communautaire fait ressortir que des raisons économiques freinent l'accès des démunies, couches vulnérables aux soins de santé de base, et la question était de savoir si les mutuelles de santé constituent une alternative pour résoudre ce problème.

La plus part des mutuelles du Mali sont des mutuelles corporatistes ouvertes à un groupe socio-économique bien précis comme : la MUTEC : Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture ; la MUPOL pour les travailleurs de la police, la MSS Espoir ouverte seulement aux élèves des écoles fondamentales ou même la mutuelle des travailleurs de la SOTELMA.

Ces différentes mutuelles semblent ignorer une frange importante de la population et surtout ceux qui travaillent dans l'informel qui sont le plus souvent plus vulnérables face aux risques sociaux.

C'est dans ce cadre que le choix du thème s'est porté sur la MIPROMA : Mutuelle Interprofessionnelle du Mali, une mutuelle ouverte à toutes les différentes couches de la population sans aucune distinction (de sexe, de race, de religion, de profession, ...).

En tant qu'étudiant et futur agent de développement local, une importance particulière est accordée à la présente étude pour une promotion de la mutualité en CVI de district de Bamako et dans le Mali en général.

Le présent mémoire a pour but de clarifier et d'évaluer l'apport des actions de la MIPROMA sur les problèmes liés à l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base, tout en analysant les actions menées par cette mutuelle et proposer des pistes de solutions pour améliorer davantage l'accès aux soins de santé de base par ces populations.

Les questions posées pour cette recherche sont les suivantes :

#### ❖ **Question centrale**

Quels sont les effets des actions de la MIPROMA sur l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base ?

### ❖ **Questions spécifiques**

- Quels sont les problèmes liés à l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base ?
- Quelles sont les actions menées par la MIPROMA pour faciliter l'accès des populations aux soins de santé de base ?
- Comment la MIPROMA peut-elle améliorer l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base ?

Les objectifs fixés sont donc :

### ❖ **Objectif général :**

Évaluer les interventions de la MIPROMA sur l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base.

### ❖ **Objectifs spécifiques :**

- Analyser les problèmes liés à l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base;
- Evaluer les actions menées par la MIPROMA pour l'accès des populations aux soins de santé de base ;
- Faire des suggestions pour améliorer davantage l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base.

Les hypothèses émises pour la recherche sont :

### ❖ **Hypothèse générale**

La MIPROMA contribue à améliorer l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base.

### ❖ **Hypothèses secondaires**

- Les raisons économiques freinent les populations à l'accès des soins de santé de base;
- Les actions de la MIPROMA permettent de réduire le coût des soins ;
- La MIPROMA, à travers ses actions peut améliorer davantage l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base.

Ce mémoire est organisé en six (6) chapitres :

Le chapitre I porte sur la méthodologie de la recherche ;

Le chapitre II concerne la clarification des concepts et les critiques littéraires ;

Le chapitre III concerne la présentation de la Commune VI ;

Le chapitre IV porte sur la Politique Sanitaire du Mali ;

Le chapitre V porte sur les Mutuelles de Santé du Mali ;

Le chapitre VI traite l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus.

## **Chapitre I : METHODOLOGIE**

La méthodologie est très importante en recherche car elle nous dit comment la recherche a été menée et de quelle manière on est arrivé aux résultats.

La méthodologie de la présente étude s'articule autour des points suivants :

### **1. La recherche documentaire**

#### **1.1. Les lieux de la recherche documentaire**

Elle a été menée dans des organisations, structures sanitaires et sociales du district de Bamako, mais aussi sur internet. On a : la DNPSES, l'UTM, la Mairie de la CVI, la FENASCOM, la FELASCOM CVI, la SOCODEVI, SNV/Bamako, MIPROMA, le Centre de Santé MIPROMA, le CSRéf CVI.

#### **1.2. Les documents lus**

Pour cette recherche, les documents lus ont été : des ouvrages, rapports d'études et de stages, mémoires de fin de cycle et thèses doctorales. (*Voir la bibliographie*).

#### **1.3. Les difficultés rencontrées**

La principale difficulté à ce niveau a été l'indisponibilité des ouvrages. En effet, très peu de document était disponible sur la mutualité au Mali. Le système d'archivage et de documentation de MIPROMA est confronté à d'énormes problèmes ; très peu de données étaient disponibles à leur niveau.

Malgré ces difficultés, un nombre d'ouvrages jugé assez suffisant a pu être consulté.

### **2. La recherche sur le terrain**

#### **2.1. Les lieux de la recherche sur le terrain**

Elle a été menée auprès des personnes ressources, dans des structures sanitaires et dans les familles des quartiers concernés de la CVI : le Centre de Santé MIPROMA, les CSCOM, le CSRéf CVI.

Elle s'est déroulée sur une période de huit (08) mois environ : décembre 2008 à juillet 2009

#### **2.2. Les instruments d'enquête**

Pour cette phase, les instruments utilisés ont été :

- Le guide d'observation pour s'imprégner des réalités du terrain et des conditions de travail de la mutuelle. (*Voir annexe 1*) ;
- Le questionnaire dans le but de recueillir des informations qualitatives et quantitatives auprès des familles et des travailleurs de MIPROMA. (*Voir annexes 2,3 et 4*).
- Le guide d'entretien pour avoir des informations qualitatives. (*Voir annexe 5*) ;

#### **2.3. L'échantillonnage**

L'échantillon de l'étude est constitué de soixante dix huit (78) individus pris par choix raisonné.

Ce choix s'explique par le fait qu'il était très difficile de faire une localisation géographique des adhérent/bénéficiaires sur terrain. Durant toute la durée des enquêtes sur terrain, seuls 78 questionnaires ont pu être administrés aux populations.

Plusieurs groupes sociaux se regroupent dans cet échantillon. Il est composé de : 37,23% d'hommes contre 62,77% de femmes ; un âge concentré entre 20 et 45 ans, en général célibataire ou marié, avec plusieurs groupes sociaux professionnels : on a 26 ménagères, 13 commerçants(tes), 11 ouvriers (ières), 7 étudiants(tes), 9 fonctionnaires, et autres.

#### **2.4. la passation des instruments d'enquête**

Pour la passation des instruments de collecte, les interrogations se sont faites oralement, en bambara pour l'administration des questionnaires et en français pour le guide d'entretien. Une prise de notes accompagnait les différentes interrogations.

#### **2.5. Les difficultés rencontrées**

Les difficultés à ce niveau ont été :

- Des difficultés de cerner géographiquement les adhérents/bénéficiaires ;
- La faible disponibilité de certaines personnes ressources ;
- La méfiance de certaines personnes interrogées ;
- L'insuffisance des moyens matériels et financiers.

Ces difficultés ont pu être surmontées grâce à la patience, la persévérance et à la volonté de réussir cette étude.

En effet ; il a fallu une collaboration des agents de la MIPROMA pour rencontrer des adhérents/bénéficiaires très difficiles à localiser, et leur expliquer l'intérêt de l'étude pour les populations pour les mettre en confiance. Il a fallu aussi persister pour rencontrer des personnes ressources au cours des enquêtes sur terrain.

#### **2.6. Le traitement et l'analyse des données**

Cette étude se termine par le traitement, l'analyse des données collectées et la rédaction du mémoire de fin de cycle.

Le dépouillement et l'analyse ont été effectués manuellement et aussi à l'aide des logiciels Excel et SPSS.

### **3. Les limites de l'étude**

Malgré tous les efforts consentis pour ce travail, il semble être important de signaler que la présente étude reste limitée.

En effet, l'insuffisance d'informations s'est fait remarqué au niveau de la direction de MIPROMA, et les difficultés de cerner les adhérents/bénéficiaires ont contraint de prendre un échantillonnage plus indicatif que représentatif.

## **Chapitre II : CLARIFICATION DES CONCEPTS ET REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE**

### **1. La clarification des mots et concepts**

**1.1. Adhérent à une mutuelle de santé<sup>2</sup>** : Personne qui s'affilie à une mutuelle de santé, et s'engage à respecter les statuts et règlements intérieurs et à verser des cotisations.

**1.2. Association de Santé Communautaire<sup>3</sup> (ASACO)** : c'est comme toute association, un groupement volontaire de personnes, de villages, de fractions ou de quartiers mettant en commun leurs efforts, leurs moyens financiers et matériels pour parvenir à un but : l'amélioration de l'offre de soins et l'assainissement de leur environnement dans leur zone géographique dénommée aire de santé.

**1.3. Assurance<sup>4</sup>** : Mécanisme de couverture contre les conséquences de certains événements incertains par la répartition préalable entre plusieurs personnes des résultats de la survenue de ces événements appelés risques.

**1.4. Bénéficiaire d'une Mutuelle de santé<sup>5</sup>** : Personne qui, à titre d'adhérent, bénéficie des services d'une Mutuelle de santé.

**1.5. Centre de Santé Communautaire<sup>6</sup> (CSCOM)** : c'est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée en ASACO, pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé et d'assainissement. Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion de l'ASACO mis en place par cette population.

**1.6. Centre de Santé de Référence<sup>7</sup> (CSRéf)** : Le CSRéf constitue le second échelon de la pyramide sanitaire selon la politique sectorielle de santé du Mali ; il est représenté dans chaque commune du district et des cercles. Il y'a une collaboration entre le CSRéf et les CSCOM qui doivent référer les cas de maladies qui les dépassent.

**1.7. Convention entre une Mutuelle de santé et un prestataire de soins<sup>8</sup>** : Accord conclu entre un prestataire de soins et une Mutuelle de santé qui permet notamment

---

<sup>2</sup> BIT-STEP; WSM; ANMC, Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs (Genève, STEP) 2000.

<sup>3</sup> FENASCOM, Etude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts, août 2006.

<sup>4</sup> A. Ako, *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar) 1994.

<sup>5</sup> BIT-STEP; WSM; ANMC, Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs (Genève, STEP) 2000.

<sup>6</sup> FENASCOM, Etude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts, août 2006.

<sup>7</sup> FENASCOM, Etude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts, août 2006.

<sup>8</sup> A. Ako, *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar) 1994.

de définir de servir les services couverts, les tarifs à appliquer, les normes de qualité à respecter, les montants et les modalités de paiement.

**1.8. Cotisation<sup>9</sup>** : Somme d'argent déterminé, périodiquement versé par l'adhérent à la mutuelle de santé pour pouvoir bénéficier de ses services et en faire bénéficier ses ayants droits.

**1.9. Développement local<sup>10</sup>** : il apparait comme un processus de création, de rétention et de redistribution de richesses progressivement contrôlé par la population dans une localité bien définie.

Le développement local, aussi appelé développement à la base, est un processus utilisant les initiatives locales au niveau des petites collectivités comme moteur du développement économique.

**1.10. Economie Sociale<sup>11</sup>** : C'est l'ensemble des activités économiques qui n'ont pas pour motif principal le profit. Ces activités peuvent prendre des formes juridiques variées : association, mutuelle, coopérative...

**1.11. Economie Solidaire<sup>12</sup>** : Désigne les activités relevant principalement des services de proximité et des initiatives locales ayant pour objectif le renforcement de la cohésion sociale et la création d'emplois.

**1.12. Hôpitaux Nationaux<sup>13</sup>** : C'est le plus haut niveau de la pyramide sanitaire, y sont référés le cas ne pouvant être pris en charge aux trois niveaux inférieurs.

**1.13. Hôpitaux Régionaux<sup>14</sup>** : Ils ont un plateau technique plus fourni que les CSRéf et reçoivent les cas qui dépassent le plateau technique à ce niveau.

**1.14. Médicaments Essentiels<sup>15</sup>** : Sont les médicaments sélectionnés par l'OMS en raison de leur importance pour parvenir aux soins des maladies les plus fréquentes dans un pays.

**1.15. Médicaments Génériques<sup>16</sup>** : Médicaments désignés par le nom de son principe actif le plus important et non par son appellation commerciale.

---

<sup>9</sup> A. Ako, *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar) 1994.

<sup>10</sup> G. Gontcharoff, *Dix territoires d'hier et d'aujourd'hui pour mieux comprendre le développement local*, Adels, 2009.

<sup>11</sup> BIT-STEP; WSM; ANMC, *Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs* (Genève, STEP) 2000.

<sup>12</sup> A. Ako, *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar) 1994.

<sup>13</sup> FENASCOM, *Etude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts*, août 2006.

<sup>14</sup> FENASCOM, *Etude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts*, août 2006.

<sup>15</sup> A. Ako, *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar) 1994.

<sup>16</sup> BIT-STEP; WSM; ANMC, *Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs* (Genève, STEP) 2000.

En général la Dénomination Commune Internationale (DCI) est établie par l'OMS.

**1.16. Mutuelle de santé<sup>17</sup>** : Désigne une mutuelle qui a, à son sein, volet santé dans le but de faciliter l'accès de ses membres aux soins de qualité et à moindre coût.

**1.17. Mutuelles<sup>18</sup>** : sont des regroupements de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se propose de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leurs familles une action de prévoyance, de solidarité et entraide.

**1.18. Paquet Minimum d'Activité (PMA)<sup>19</sup>** : le PMA constitue l'ensemble des activités que doit assurer le CSCOM. Il comporte des actions curatives, préventives et promotionnelles.

**1.19. Pauvreté<sup>20</sup>** : elle se traduit comme un ensemble de manque ou d'insuffisance d'accès aux besoins fondamentaux à savoir : une alimentation convenable, se vêtir, se loger, se soigner, s'éduquer, etc.

La pauvreté est le manque ou l'insuffisance de ressources matérielles, des conditions de vie en général, mais également de ressources intangibles comme l'accès à l'éducation, l'exercice d'une activité valorisante, le respect reçu des autres citoyens.

**1.20. Période d'observation<sup>21</sup>** : également appelée période d'attente ou période probatoire ou même encore stage d'attente, correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paye ses cotisations sans avoir droit aux avantages de soins de la mutuelle. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et se retirent ensuite.

**1.21. Prévoyance<sup>22</sup>** : Attitude qui consiste à prendre en avance un certain nombre de mesures, s'organiser pour pouvoir faire face à la survenue future d'un risque.

**1.22. Risque maladie<sup>23</sup>** : Le risque désigne la probabilité qu'un événement incertain, qui peut avoir des conséquences financières dommageables, se produisant en matière de santé ; ce sont des événements affectant la santé de l'individu (maladie, Maternité).

---

<sup>17</sup> BIT-STEP; WSM; ANMC, Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs (Genève, STEP) 2000.

<sup>18</sup> A. Ako, *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar) 1994.

<sup>19</sup> FENASCOM, Etude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts, août 2006.

<sup>20</sup> A. Purière, Assistance sociale et contrepartie, L'Harmattan, 2009.

<sup>21</sup> BIT-STEP; WSM; ANMC, Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs (Genève, STEP) 2000.

<sup>22</sup> BIT-STEP; WSM; ANMC, Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs (Genève, STEP) 2000.

<sup>23</sup> A. Ako, *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar) 1994.

**1.23. Santé Communautaire<sup>24</sup>** : La santé communautaire est une approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes. Elle est théoriquement mise en œuvre par un groupe associant professionnels et population.

**1.24. Ticket Modérateur<sup>25</sup>** : Quote-part personnelle à charge du patient dans les frais de santé encourus.

C'est la partie non remboursée par l'organisme assureur (Mutuelle ou autres).

On appelle ticket modérateur par ce qu'il permet de modérer la consommation en dépenses de santé par la responsabilisation du patient.

**1.25. Tiers Payant<sup>26</sup>** : Système de paiement des dépenses de santé dans lequel le membre ne paie au prestataire que la partie du coût qui est à sa charge par le biais du ticket modérateur. La Mutuelle paie le complément au prestataire.

## **2. La revue critique de la littérature**

Dans le cadre de cette recherche, des ouvrages, des rapports d'étude et de stage, et des mémoires de fin de cycle ont été exploités.

Il est jugé nécessaire de passer en revue quelques documents en rapport avec le thème traité.

Dans ces différents documents il est fait cas de certaines difficultés rencontrées par les mutuelles de santé et aussi des difficultés d'accès aux soins de santé de base :

C'est ainsi :

Dans l'ouvrage : **Dynamiser la Santé Communautaire publié par SNV-KIT Bamako, 2005** ; on retient que : « *Malgré les efforts consentis par les autorités, l'accès aux soins de santé reste encore toujours problématique due à une situation de pauvreté des populations* ».

Dans le rapport de stage à la FENASCOM de B. DOUMBIA et L. MUELLER intitulé : **L'utilisation des services de la santé de base par la population pauvre : Le cas du quartier de Sabalibougou en Commune V du District de Bamako** en mai 2008 ; il est aussi fait cas « *des pratiques illicites comme l'achat des médicaments dans des pharmacies irrégulières par les populations par manque de moyens de faire face aux dépenses des santé* ».

Dans le rapport d'étude de M. K. KONATE, B. KANTE, et Dr F. DJÈNÈPO intitulé : **Politique de Santé Communautaire et de Viabilisation Economique et Sociale des CSCOM au Mali : étude de cas en milieu urbain et rural** préparé pour le projet RUIG/UNRISD en septembre 2003, on peut aussi retenir que : « *le manque*

---

<sup>24</sup> FENASCOM, Etude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts, août 2006.

<sup>25</sup> A. Ako, *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar) 1994.

<sup>26</sup> BIT-STEP; WSM; ANMC, *Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs* (Genève, STEP) 2000.

*de matériels, d'équipements, de personnels qualifiés... affectent la qualité des soins des CSCOM et qu'ils ont besoins d'un renforcement de capacité ».*

Ceci attire notre attention sur le fait que des raisons économiques constituent un véritable obstacle pour l'accès aux soins de santé des populations.

STEP/BIT nous fait savoir dans son ouvrage : **L'accès à la protection sociale et aux soins de santé pour tous** que : « *les mutuelles de santé contribuent à une sécurisation sociale tout en facilitant un accès aux soins de santé des populations* ».

Ceci met en évidence la pertinence des mutuelles de santé dans les pays en voie de développement comme le Mali.

Selon Issa SISOUA dans : **Rapport de diagnostic du Mouvement Mutualiste Malien**, UTM, octobre 2005 : « *La faible sensibilisation de la population, la faiblesse de l'engagement des partenaires techniques et financiers, l'insuffisance de personnel qualifié, la non disponibilité de médecins à prescrire les médicaments essentiels et le coût élevées du recouvrement des cotisations dans le secteur informel ont une influence négative pour l'adhésion aux mutuelles de santé par les populations* ».

M. DIAWARA et A. OUATTARA ont dit dans leur ouvrage : **Aperçu des mouvements des coopérative et mutualiste du Mali** Juillet 2008 : « *La plupart des lacunes constatées (arrêt des programmes d'information et de sensibilisation des populations pour accroître les adhésions de celle-ci, tenue irrégulière des réunions statutaires, retard dans le renouvellement des organes de gestion, arrêt de fonctionnement de certaines mutuelles) trouvent leur explications dans le manque d'information et de formation des acteurs qui à son tour, est dû à un financement insuffisant des activités programmées par les promoteurs des mutuelles* ».

Maria/PIA WAELKENS et BART CRIEL soulignent aussi dans l'ouvrage intitulé : **Les mutuelles de santé en Afrique Sub – Saharienne : Etat des lieux et réflexion sur un agenda de recherche** publié en mars 2004 que : « *La qualité de soins offerts aux adhérents, la confiance des populations dans la gestion de l'entreprise et la capacité financière des populations cibles à payer les cotisations sont des facteurs qui peuvent influencer le taux d'adhésion ainsi que les initiateurs de la création de la mutuelle* ».

Ceci nous donne une idée sur les problèmes auxquels peuvent être confrontées les mutuelles de santé et par conséquent, envisager des pistes de solutions pour leur épanouissement.

Il ressort de l'analyse de ces différents documents que bien que le problème d'accès aux soins soit réel, l'alternative possible qui constitue les mutuelles de santé sont confrontées à d'énormes difficultés (manque de financement des prestations ; méfiance des populations, mauvaise appréhension du rôle de la mutuelle, du manque de médicament et du dysfonctionnement du bureau).

L'ensemble de ces difficultés a eu comme conséquence la faible adhésion et le retrait de nombreux adhérents.

A l'issu des entretiens et enquêtes, il ressort que les populations sont surtout confrontées à un manque d'informations sur MIPROMA, mais, elles semblent adhérer à l'idée de cette structure pour la prise en charge partielle de leurs coûts de soins.

La présente étude mettra un accent particulier sur l'avantage des actions des mutuelles de santé en général et celles de MIPROMA en particulier pour accéder continuellement et facilement aux soins tout en brisant les barrières financières qui freinent l'utilisation des services de santé, mais aussi de proposer des pistes de solutions pour augmenter davantage l'adhésions aux mutuelles de santé.

## **Chapitre III : PRESENTATION DE LA COMMUNE**

A l'instar des autres communes, la création de la Commune VI issue des différentes réformes de la 2<sup>ème</sup> République répondaient ainsi à la volonté de la mise en place d'entités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière afin de susciter une meilleure participation des populations et des groupes socio – économiques au développement du pays d'une part et d'autre part, d'adapter les politiques et stratégies du Gouvernement aux préoccupations des bénéficiaires. Toute chose qui faciliterait une meilleure mobilisation des ressources locales. Cette conception fut d'une application inadaptée : ce qui a eu pour conséquence un résultat mitigé.

La CVI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N°78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ; et
- la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

### **1. Données géographiques**

#### **1.1. Superficie**

La CVI est la commune la plus vaste du district de Bamako avec 94 Km<sup>2</sup>, pour une population estimée à 567 057 habitants en 2008. (*source: centre OMD*). Avec la situation des logements sociaux on pense que la population est au delà de cette estimation.

Elle compte dix (10) quartiers : Banankabougou, Dianéguéla, Faladiè, Magnambougou, Missabougou, Niamakoro, Sénou, Sogoniko, Sokorodji et Yirimadio.

#### **1.2. Relief**

Le relief est accidenté avec des colines :

- dans la partie Est de Banakabougou par *Outa-Koulouni*, culminant à 405m ;
- *Taman-koulouno* : 386 m à l'Ouest de la patte d'OIE de Yirimadio ;
- *Kandoura-koulou*, *Magnambougou-koulou* et *Moussokor-kountji-fara*, l'ensemble culminant à 420m d'altitude situé à l'Est de Dianeguèla-Sokorodji ;
- *Dougou-koulou* dont le flanc Ouest constitue une partie de la limite Est de la commune ;
- *Tién-koulou* culminant à 500m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune.

### **1.3. Climat**

Le climat est Sahélien avec une saison sèche de février à mai et une saison pluvieuse de juin à septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier.

La CVI connaît des variations climatiques d'année en année.

### **1.4. Végétation**

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien et était dominée par les grands arbres comme le caïcédrat, le karité, manguier.

### **1.5. Hydrographie**

La CVI est arrosée par le Fleuve Niger au nord et les marigots Sogoniko, Koumanko et Babla.

## **2. Voies et moyens de communication**

### **2.1. Voies de communications: (routes)**

Dans le domaine du transport, la CVI est traversée par les routes nationales 6 (Bamako-Sikasso) et 7 (Bamako-Ségou). Les quatre (4) quartiers qui sont traversés par ces routes sont d'accès facile contrairement aux six (6) autres.

### **2.2. Moyens de transport**

La CVI est un carrefour pour le transport routier et aérien avec l'Aéroport International Bamako-Senou.

### **2.3. Moyens de télécommunication**

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet (les cabines téléphoniques privées et publiques et les « cybercafés »).

Toutes les stations radios libres, les chaînes télé et celle de la nationale sont captées dans la commune. Deux radio libres : Espoir et Guintan y sont implantées.

## **3. Activités économiques**

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme,...) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, l'artisanat, le maraîchage,...).

## **4. Données socioculturelles et religieuses**

La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d'hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du : mariage traditionnel, polygamie, lévirat, sororat, cérémonies rituelles etc.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient. (**Source: Centre OMD**).

## 5. Données démographiques<sup>27</sup>

La population totale de la Commune VI a été estimée en 1998 à 221342 (source DNSI). En application du taux d'accroissement annuel qui est de 9,4 %, la population est estimée à 523 997habitants en 2008. Elle est composée de 50,6% d'hommes et 49,4% de femmes, répartie entre ses différents quartiers. Elle atteindra 957 887hts en 2015. (*Source: Centre OMD*).

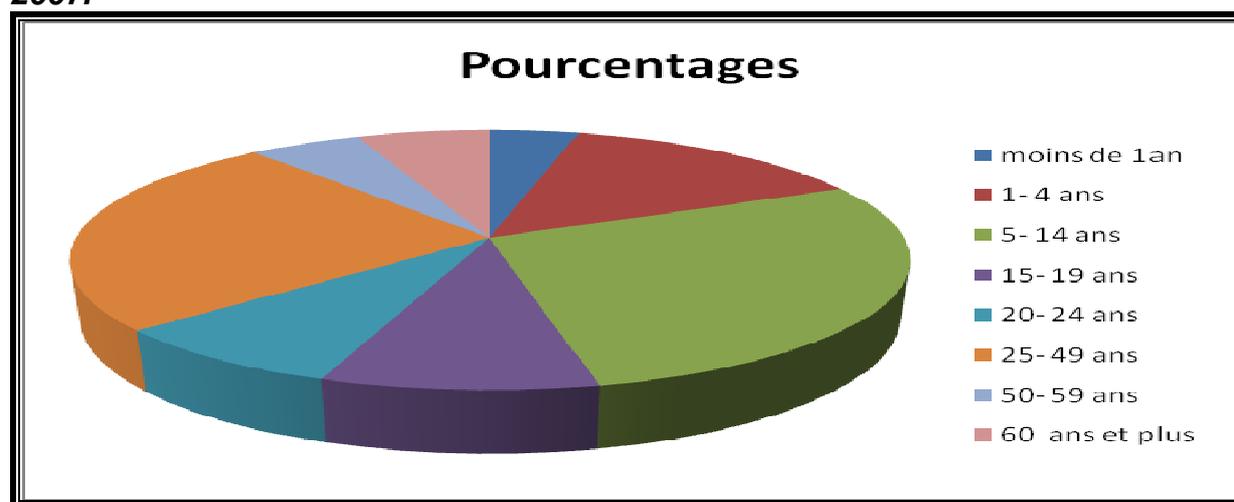
Plus de 60% de cette population réside dans les quartiers de Niamakoro (154 388 habitants), de Magnambougou (95 512 habitants) et Faladié (76 402 habitants). Ces quartiers totalisent à eux seuls 63% de la population. Les quartiers les moins peuplés sont : Missabougou (8 636 habitants) et Yirimadio (16 593 habitants).

**Tableau 1 : La répartition de la population de la CVI par tranche d'âge en 2007.**

Tranches d'âge	Pourcentages	Nombre
<b>Population totale</b>	<b>100%</b>	<b>523 997</b>
<i>Femmes en âge de procréer</i>	22%	124 753
<i>Femmes enceintes</i>	5%	28 353
moins de 1an	4%	22 682
1- 4 ans	14%	79 388
5- 14 ans	28%	158 776
15- 19 ans	9%	51 035
20- 24 ans	8%	45 365
25- 49 ans	25%	141 764
50- 59 ans	5%	28 353
60 ans et plus	6%	34 023
<i>Personnes handicapées</i>	10%	56 706
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>	3.5%	22 682
<i>Personnes pauvres selon les critères DHD</i>	69%	391 269

*Source: base de données CSRéf CVI 2008.*

**Graphique 1 : La répartition de la population de la CVI par tranche d'âge en 2007.**



*Source: base de données CSRéf CVI 2008.*

<sup>27</sup> Il est à noter que le quatrième (4<sup>ème</sup>) Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) du Mali a lieu du 1er au 14 avril 2009. Mais le rapport final n'était pas encore disponible au niveau de l'INSAT (ex DNSI) à la date de la réalisation de ce document.

On remarque que la tranche d'âge 5-14 ans est la plus importante dans cette répartition avec 28% suivie de la tranche 25-49 ans avec 25%.

Cette population est affectée par des variations dues aux flux migratoires saisonniers de l'intérieur du pays vers la capitale ; à la création de nouveaux quartiers de logements sociaux ( *ATT Bougou*).

## 6. Degré d'urbanisation

La CVI est composée de dix (10) quartiers dont 4 urbains et 6 semi-urbains.

Le degré de viabilisation de la commune est très peu avancé. Les quartiers totalement lotis sont Banakabougou, Magnambougou, Sogoniko, et Faladié.

## 7. Situation sanitaire

La CVI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un CSRéf, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 2 structures mutualistes, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines. (*Source : CSRéf CVI*).

Le tableau ci-dessous donne la chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CSRéf :

**Tableau 2 : La chronologie de mise en place des CSCOM en CVI.**

Aire de santé	Date de création	Quartier	Distance (en km) CSCOM /CSRéf
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7
ASACOFA	Août 1994	Faladié	4
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10

*Source: base de données CSRef CVI 2008.*

L'ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15km)

A chaque aire de santé correspond un CSCOM. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires de santé (Niamakoro) par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé (Sokorodji-Dianéguéla).

La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSCOM.



## **8. Attributions Administrative et Politique**

### **8.1. Politique**

La CVI est créé par ordonnance N° 78-32/CMLN du 18 août 1978. Elle est une collectivité décentralisée dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle est gérée par un conseil communal de 45 membres dont 6 femmes qui élit en son sein un bureau communal de cinq (5) membres.

Des commissions communales présidées par les maires adjoints sont mises en place pour faciliter la gestion des affaires de la commune (commission des finances, éducation, santé, jumelage, arts et culture, domaniale et foncière, cadre de vie, voirie et urbanisme).

Plusieurs partis politiques se regroupent au sein de ce conseil communal.

Le Maire de la CVI est M. Souleymane DAGNON du parti politique ADEMA-PASJ reconduit à son poste pour un deuxième mandat à l'issue des élections communales du 26 avril 2009.

### **8.2. Administrative**

La commune est gérée par un organe exécutif (bureau communal), de cinq (5) membres dont une (1) femme dirigé par le Maire.

Cet organe exécutif dispose des services propres comme l'état civil, le service financier, l'urbanisme, l'assainissement.

Les domaines de compétences de la commune englobent l'éducation des enfants, l'alphabétisation, l'enseignement primaire et secondaire ; la santé primaire (santé de base) et secondaire ; la gestion des infrastructures d'intérêt local et l'environnement.

La déconcentration des services techniques de l'Etat au niveau de la commune est effective dans certains secteurs comme l'éducation (CAP/Académie), la santé (CSCOM/CSRéf), l'eau et l'assainissement, Jeunesse, Sports, Arts et Cultures.

Le conseil communal règle par ses délibérations les matières relevant de la compétence de la commune présentant un intérêt pour l'ensemble de l'agglomération de sa juridiction politique telles qu'énuméré ci-après :

- Programmation et exécution des projets de développement ;
- les opérations d'aménagement de l'espace communal ;
- la création et le mode de gestion des services communaux, y compris les régies de recettes et dépenses;
- la fixation des impôts et taxes ;
- les budgets et les comptes administratifs;
- les conventions, dons, legs et subventions assortis de conditions ;
- les marchés de travaux publics;
- les emprunts;
- les prises de participation et toutes interventions impliquant la cession de biens et de ressources de la commune ;
- les modalités d'application du statut du personnel de la commune;
- le règlement intérieur ;
- la réglementation en matière de police administrative;
- les actions de jumelage et de coopération.

## **Chapitre IV : POLITIQUE SANITAIRE AU MALI**

### **1. La décentralisation du système de santé au Mali**

Le gouvernement du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population, en 1990. La nouvelle politique a exigé l'engagement de la société civile et des entités privées pour la gestion, le financement et l'amélioration du système sanitaire. En même temps le Ministère de la Santé a transféré quelques responsabilités aux échelons locaux. Un des changements les plus importants était la création des Associations de Santé Communautaire (ASACO). L'ASACO est un groupement communautaire qui s'organise pour exprimer la demande de la population aux SSB. Selon la loi N°04-038, l'ASACO est reconnue comme une entité indépendante qui a le droit de recruter du personnel et de gérer ses propres ressources.

Cette organisation a le pouvoir de demander la création d'un Centre de Santé Communautaire dans leurs aires de santé. Hormis les coûts de construction du bâtiment et la première dotation en médicaments essentiels, le CSCOM doit fonctionner avec les revenus générés par la vente des médicaments et les frais de consultations. L'ASACO doit contribuer à hauteur de 20% de l'investissement total et l'Etat couvre la plupart de coûts initiaux.

Pour qu'une ASACO soit fonctionnelle, le ministère de la santé a défini des critères suivants :

1. une aire de santé avec au moins 5000 habitants,
2. un rayon maximal de 15 km,
3. la potentielle pour le recouvrement des coûts,
4. la capacité technique disponible.

Quand une ASACO satisfait à ces critères, le Ministère de la Santé donne l'autorisation pour la création du CSCOM. Bien que l'ASACO soit responsable de la gestion du CSCOM, le Ministère de la Santé est chargé de la supervision des activités et de la formation du personnel.

La décentralisation du système de santé au Mali est le produit de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé population adoptée par le Gouvernement de la République du Mali le 15 décembre 1990. La politique sectorielle de santé ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays.

La politique sectorielle de santé et de population est basée sur la stratégie des soins de santé primaires, la stratégie africaine de développement sanitaire et l'Initiative de Bamako. Ses principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées : i) la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ; ii) la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament essentiel, la rationalisation de la distribution et de la prescription grâce à la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique; iii) la participation communautaire à la gestion du système et à la

mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ; iv) la promotion d'un secteur privé dynamique et communautaire complémentaires du système public.

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) sert de cadre pour la mise en œuvre de la politique sectorielle.

Le PDDSS a pour objectif «l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays». Il est exécuté en Quinquennats dont la deuxième phase (PRODESS II) en cours d'exécution comprend sept (7) volets prioritaires.

L'extension de la couverture sanitaire se fait à travers la création des CSCOM. Elle s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la couverture géographique et d'accessibilité financière à des services de santé dont la qualité est garantie. Telle qu'envisagée, l'extension intéresse l'ensemble du système de santé :

- le premier échelon est constitué par les CSCOM, les établissements de soins privés, et les établissements de médecine traditionnelle;
- le deuxième échelon est constitué des CSRéf dans les cercles ;
- le troisième échelon comprend outre, la Direction Régionale de la Santé, les hôpitaux régionaux.

Le rôle de planification, de programmation, de budgétisation et de mise en œuvre a été confié au niveau cercle, celui d'appui technique à la région et enfin celui d'appui stratégique et de développement des normes au niveau central. Chaque élément ou structure de ce dispositif est en liaison avec les autres et l'ensemble fonctionne comme un système efficace.

La décentralisation du secteur santé dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population a permis donc la création des CSCOM définis comme le premier niveau de contact entre les individus et le système de santé. Sa création procède de la volonté d'une communauté donnée regroupée au sein d'une ASACO de contribuer au financement de sa réalisation et d'assurer la prise en charge de son fonctionnement grâce à la tarification des actes.

Une Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre l'autorité de tutelle et l'ASACO donne à cette dernière, l'autorisation de gérer le CSCOM et de définir les engagements et obligations réciproques de chacune des parties dont:

- la disponibilité d'un plateau technique ;
- la mise en place du stock initial de médicaments essentiels ;
- la formation du personnel ;
- l'appui technique et la supervision.

Et pour l'ASACO :

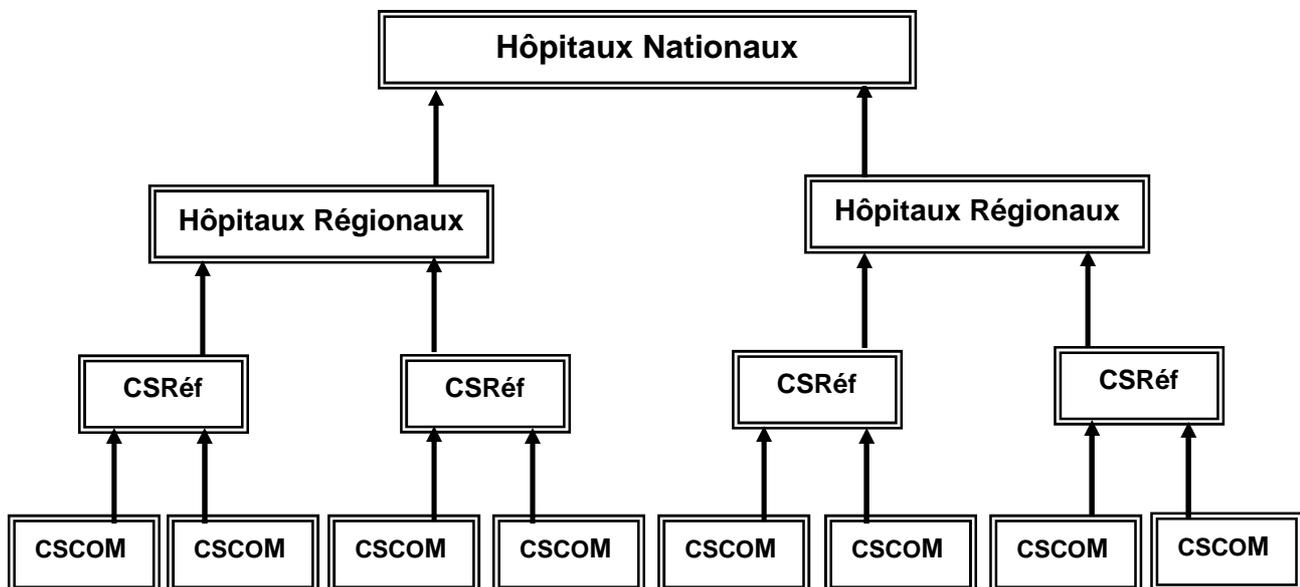
- la disponibilité permanente du PMA ;
- l'entretien de l'infrastructure et de l'équipement ;
- la prise en charge des dépenses courantes du CSCOM.

Les CSCOM assurent un ensemble d'activités curatives préventives et promotionnelles désigné sous le vocable de Paquet Minimum d'Activités (PMA). Les CSCOM du district de Bamako sont dirigés par des médecins tandis que ceux des zones rurales ne disposent, dans leur grande majorité, que de personnels paramédicaux.

La pyramide du système de santé au Mali est constituée de la suivante :

1. Les CSCOM et les cabinets médicaux privés constituent l'étape initiale de la pyramide sanitaire. Théoriquement les CSCOM doivent être le premier contact de la population avec un personnel technique en cas de maladie.
2. Centre de Santé de Référence (CSRéf) est au deuxième niveau sanitaire. En cas de non-satisfaction de traitement par les CSCOM ou si l'intervention médicale dépasse les possibilités des CSCOM, le patient est référé au CSRéf.
3. Les hôpitaux régionaux et nationaux constituent respectivement les troisième et quatrième échelons du système de santé. Les CSRéf peuvent référer les patients qui ont besoin du traitement spécialisé ou les cas graves aux hôpitaux.

**Schéma 1 : La pyramide du système de santé au Mali.**



**Source :** réalisé par B. DOUMBIA septembre 2009.

Le schéma ci-dessus retrace la pyramide sanitaire du Mali.

Pourtant la réalité est souvent plus complexe que cela. Par exemple il arrive que la population se rende directement au CSRéf sans passer par la base de la pyramide. De plus, on pourrait remarquer que cette pyramide sanitaire néglige complètement un échelon à savoir la médecine traditionnelle.

Selon l'OMS, environ 80% de la population Africaine utilise d'abord toutes les méthodes traditionnelles pour se soigner.

## **2. Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS)**

Le PDDSS est un document qui définit les grandes orientations stratégiques, c'est-à-dire les lignes directrices pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé et la politique nationale de solidarité du Mali.

Il est élaboré pour une période de dix (10) ans allant de 1998 à 2007. Mais il faut noter que ce délai est prolongé jusqu'en 2009 à cause du retard accusé dans le processus d'élaboration de ses deux phases quinquennales.

Le PDDSS est une vision c'est-à-dire au courant des dix années le Mali se propose de réunir les conditions pour :

- Permettre à chaque citoyen, quelque soit son lieu de résidence et son revenu ;
- Accéder à un service de santé situé à moins de 15 kilomètre, capable de prendre en charge ses problèmes de santé ou le cas échéant de le référer ;
- Débarrasser notre pays des principales maladies vulnérables ;
- Bien assister des milliers de femmes dans les phases critiques de la grossesse afin de réduire considérablement le taux de mortalité maternelle et néonatale ;
- Mettre le système de santé suffisamment à l'écoute des jeunes pour la prise en charge de leurs problèmes de santé ;
- Renforcer la capacité de notre pays à réagir face aux épidémies et catastrophes ;
- Concrétiser la solidarité en particulier pour les groupes moins favorisés en terme d'accès aux soins, aux mécanismes alternatifs de financement de la santé et à des mécanismes de crédit plus souples.

Pour la mise en œuvre du PDDSS (1998-2007), le Gouvernement a opté pour l'approche sectorielle. Le Programme de Développement Socio Sanitaire (PRODESS) est une composante du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR).

Le PRODESS II, qui couvre la période 2005-2009, s'est organisé autour de deux Composantes, qui sont :

- Composante santé/population confiée au Ministère de la Santé ;
- Composante développement social confiée au Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées.

## **2.1. La Composante Santé**

Elle comprend sept (7) volets se répartissant comme suit :

- **Volet 1** : *Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;*
- **Volet 2** : *Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées ;*
- **Volet 3** : *Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables ;*
- **Volet 4** : *Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;*
- **Volet 5** : *Accessibilité financière, soutien à la demande et participation ;*
- **Volet 6** : *Réforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche ;*
- **Volet 7** : *Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.*

En résumé la composante santé s'occupe de la production de soins de santé à travers cinq volets, elle s'occupe également de la création des conditions de succès de la production de santé.

## **2.2. La Composante Développement Social**

Elle comprend cinq (5) volets :

- **Volet 1** : *Renforcement de la solidarité et lutte contre l'exclusion ;*
- **Volet 2** : *Lutte contre la pauvreté ;*
- **Volet 3** : *Renforcement de la protection sociale ;*
- **Volet 4** : *Renforcement institutionnel ;*
- **Volet 5** : *Renforcement des ressources humaines.*

La composante développement social s'attèle à des actions destinées à soulager le fardeau de la pauvreté sur les groupes les plus vulnérables à travers ces cinq volets.

Il est à noter que les deux derniers volets s'occupent des aspects institutionnels.

*Le renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion sociale se structure autour de la promotion de l'intégration socio économique des personnes handicapées, des personnes âgées, des femmes et des enfants en situation difficile et autour du renforcement de l'action humanitaire et de l'aide sociale pour les indigents et personnes victimes de catastrophes.*

*La lutte contre la pauvreté* s'attèle entre autre à appuyer spécifiquement les femmes pour leur accès à la prise de responsabilités dans les communautés, à l'apprentissage d'une culture de solidarité au sein des communautés.

*Le renforcement de la protection sociale* se structure autour de l'extension progressive de la couverture des risques sociaux à l'ensemble de la population, c'est-à-dire l'extension progressive du système de sécurité sociale, le développement des mécanismes spécifiques de protection sociale, le développement des mutuelles et autres formes d'organisations de protection sociale basées sur la solidarité, le développement de formes et de modalités de financements alternatifs de la santé afin de faciliter l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

### **3. La santé et la pauvreté**

Le CSCRP, la politique de décentralisation et de déconcentration, la politique sectorielle de santé, la politique nationale de solidarité et la politique nationale de protection sociale en harmonie avec les réformes en cours dans le cadre de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) convergent toutes vers la lutte contre la pauvreté à travers l'accès des populations aux services sociaux de base en quantité et en qualité. Le développement de l'offre de service de santé, la stimulation de la demande, le développement des systèmes d'accessibilité financière aux soins de santé dont le développement de la micro assurance, le renforcement de la solidarité et de la participation communautaire sont autant d'éléments qui militent en faveur de l'amélioration du bien être des populations.

La politique nationale de solidarité a inscrit comme stratégie une meilleure orientation des moyens de l'Etat sous forme d'aide et d'assistance au développement des programmes de promotion des personnes handicapées, de protection sociale de l'enfance et de lutte contre la pauvreté.

La politique nationale de protection sociale prévoit dans ses axes d'intervention la couverture d'environ 3% de la population par les régimes d'assurance sociale et solidaire (mutuelles, caisses de solidarité...).

Le programme du secteur de la santé : PRODESS II, vise à améliorer la situation sanitaire des populations et surtout des populations les plus démunies. La composante sociale du PRODESS II est un des outils de mise en œuvre des politiques de solidarité et de protection sociale. Un des objectifs est de créer l'équité dans la délivrance et l'accessibilité des SSB. Cependant, on note encore un fossé entre l'accès aux soins de la couche la plus pauvre et la couche la plus riche.

Le système de solidarité de l'Etat reste encore faible et mal organisé. A cause de l'absence de politique et de pratique basées sur une gestion équitable des ressources humaines, matérielles et financières, il semble difficile d'avancer la prise en charge des indigents dans un avenir proche.

Ainsi un pourcentage élevé de la population n'a pas encore accès aux services de santé (CSCOM, CSRéf).

Le tableau ci-dessous présente quelques indicateurs de la pauvreté et de la santé.

**Tableau 3 : Les indicateurs de la pauvreté et santé au Mali.**

Indicateurs	Année	Valeur
PIB courant aux prix du marché (en milliards de F CFA)	2006	3096,9
Taux de croissance du PIB réel (en %)	2006	5,3
PIB nominal par tête (en milliers de F CFA) par an	2006	266,4
Population (en millions d'habitants)	2006	12,3
Taux de croissance de la population (en %)	1998	2,2
Espérance de vie à la naissance (en années)	1998	60,5
Incidence de la pauvreté sur les ménages (en %)	2001	63,8
Prévalence du VIH/SIDA chez les adultes (en %)	2006	1,3
Ménages ayant accès à l'eau potable (en %)	2006	78,5
en milieu urbain (en %)	2006	95,4
en milieu rural (en %)	2006	68,4
Proportion de malnutrition chez les moins de 5 ans (en %)	2006	31,7
Taux de mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	2006	96,0
Taux de mortalité juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	2006	105,0
Taux de mortalité infanto - juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	2006	229,0
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	2001	582,0
Taux brut de scolarisation (TBS) dans le primaire (en %)	2006	74,4
Filles (en %)	2006	69,5
Garçons (en %)	2006	79,0
Indice de parité (Filles/Garçons) à l'école primaire (en %)	2005	78,6
Taux d'alphabétisation des adultes (en %)	2006	26,2
Femmes (en %)	2006	18,2

**Source :** Plan décennal pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 2006-2015) Ministère de l'Economie et Finance, 2007.

La pauvreté et la santé sont deux phénomènes nettement liés. C'est en fait reconnu que les plus démunis sont en moyenne de moins bonne santé et ont un taux de mortalité infantile fortement plus élevé que celui des riches. Généralement, la paupérisation s'approfondit si un démuné tombe malade et toute la famille peut se retrouver dans une situation précaire. En fait, on peut parler d'un cercle vicieux dans lequel se trouvent les pauvres. A cause de leur situation problématique, ils courent un plus grand risque de tomber malade. Ce qui ne fait qu'aggraver leur pauvreté et le risque des maladies.

Malgré l'avancement dans la décentralisation administrative et l'amélioration de l'accès aux Soins de Santé de Base (SSB), les indicateurs de santé et de pauvreté restent faibles au Mali. Le dispositif du financement alternatif est marqué par :

- L'iniquité et les exclusions ;
- L'inefficacité de la couverture privée ;
- La persistance d'obstacles structurels au changement ;
- La faible programmation et de financement des activités de promotion de la mutualité;

## **Chapitre V : LES MUTUELLES DE SANTE AU MALI**

### **A- GENERALITE**

#### **1. Rappel Historique**

Depuis les années 50, des organisations de « première génération » appelées mutuelles avaient déjà vu le jour en particulier dans certaines entreprises telles que les Postes et Télécommunication, les Chemins de Fer ainsi qu'au sein de l'Archevêché.

Ces organisations qui incluaient dans leurs principes et méthodes de gestion une certaine démarche de solidarité, avaient le plus souvent, une forte imbrication avec, tantôt le mouvement syndicaliste, tantôt avec l'administration centrale des établissements respectifs. Par ailleurs, ces organisations ont, d'une manière générale, très peu développé, un mécanisme de prise en charge du risque maladie.

A partir de l'indépendance, on assista à l'éclosion de diverses nouvelles initiatives de création d'organisations mutualistes à caractère surtout corporatiste. C'est dans cette optique que la Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture (MUTEC) a vu le jour en 1983 dans un contexte d'ajustement structurel et de retard de salaires. Dans ce registre on peut noter la mise en place d'organisations de ce genre au sein des Forces Armées et de Sécurité.

Organisées selon les spécificités des différents corps professionnels concernés, ces mutuelles assuraient toute la prise en charge de « risques sûrs » tels que la retraite et le décès, par le biais de cotisations périodiques. Jusqu'ici le risque maladie a été très peu pris en compte par ces organisations.

Au début des années 90 un nouvel élan est constaté dans la constitution d'organisations mutualistes. Cette situation a été favorisée par le nouveau contexte démocratique. Ainsi, contrairement aux périodes précédentes, nous assistons à l'émergence de mutuelles interprofessionnelles. La prise en compte du risque maladie constitue également de plus en plus une préoccupation de nombre d'entre elles.

La volonté pour les autorités de procéder au développement de la mutualité est partie de 1992 avec la définition de la Politique Sectorielle de Santé et la Politique Nationale de la Solidarité. A travers ces différentes politiques, l'Etat a manifesté son option de s'appuyer sur les organisations de la société civile (mutuelles, associations et autres ONG etc.) pour une meilleure couverture sociale de la population.

Dans le souci de favoriser la concrétisation de cette stratégie, l'Etat a défini en 1996, l'environnement législatif et réglementaire de la mutualité. A la même période les gouvernements malien et français signaient une première convention pour la mise en œuvre du projet d'appui au développement des mutuelles de santé. C'est dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet que l'Union Technique de la Mutualité (UTM) a été créée en avril 1998.

Par ailleurs, le PDDSS a inscrit le développement de la Mutualité parmi ses priorités. C'est ainsi que le volet 3 du PRODESS (1998-2002) a retenu des activités de développement des mutuelles en tant que formes et modalités de financement alternatif de la santé.

Sur le plan institutionnel, il faut noter la création du Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées en février 2000 et celle de la

Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES) en septembre de la même année.

Aujourd'hui la Mutualité connaît un essor comme en témoigne le nombre de mutuelles agréées ou en gestation.

## 2. La Mutualité

Elle désigne le mode d'organisation, le système de pensée et la philosophie d'action propre au Mouvement Mutualiste. La mutualité désigne plus le mouvement dans sa globalité en tant que composante de l'économie sociale.

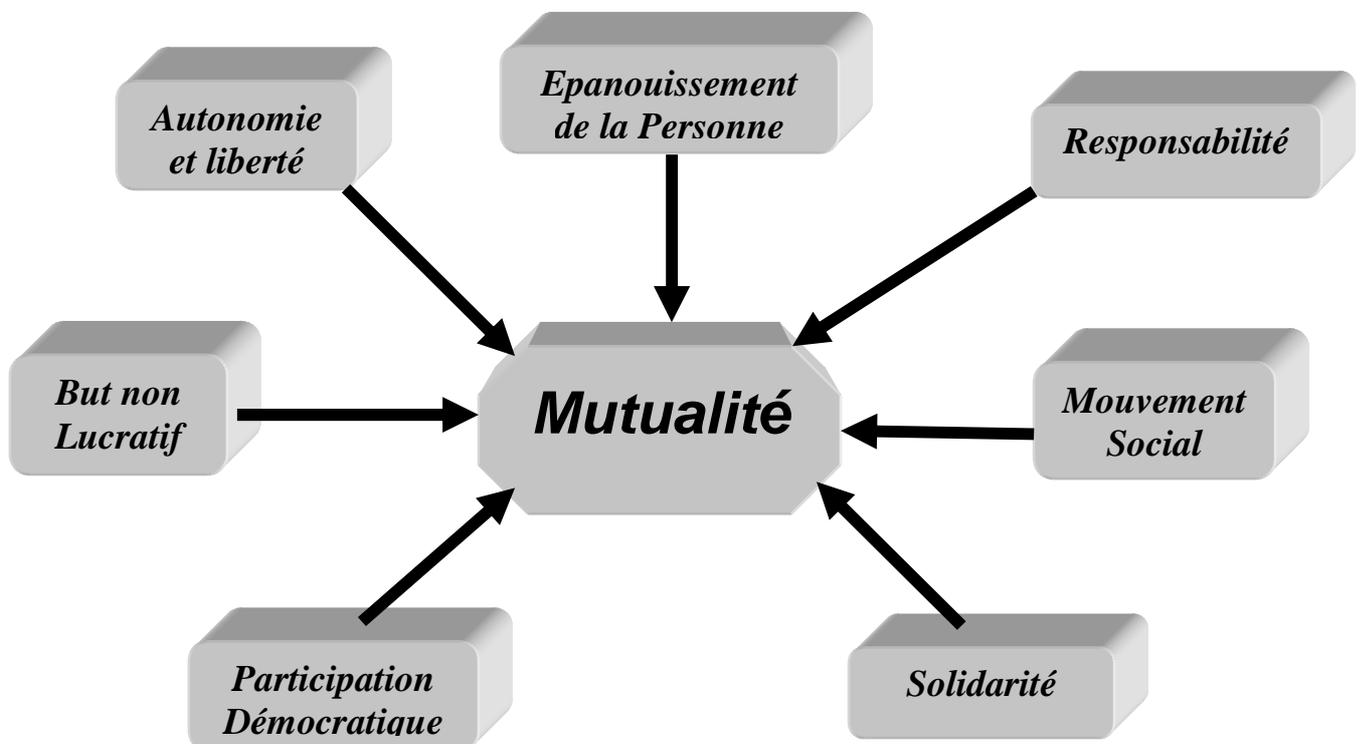
Elle se propose de mener, dans l'intérêt de ses membres et de leurs familles, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide ; à ce titre, elle assure notamment :

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

### 2.1. Principes de Base de la Mutualité

Le schéma ci-dessous illustre les principes de base de la mutualité

**Schéma 2 : Les principes de base de la mutualité.**



**Source :** réalisé par la DNPSES novembre 2003.

### **2.1.1. Solidarité**

Le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité. Les implications de ce principe sont doubles. D'une part, chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel (de tomber malade). La cotisation est donc la même quels que soient l'âge, le sexe, l'état de santé de l'adhérent. D'autre part, chacun bénéficie des mêmes services en cas de survenance du risque.

La mutualité instaure donc une solidarité entre malades et bien portants, entre jeunes et vieux, et entre les différentes catégories professionnelles et sociales.

La solidarité nuance avec l'entraide car elle n'est pas forcément synonyme de réciprocité.

### **2.1.2. Fonctionnement démocratique et participatif**

La mutualité est le fruit de la liberté d'association, chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique.

Tous les membres ont les mêmes droits et obligations ; ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision.

Cette démocratie participative s'exprime à travers des structures qui garantissent aux membres la participation aux prises de décision et la possibilité de contrôler le fonctionnement de leur mutuelle. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des mécanismes de présentation des différents groupes qui les composent (géographique, professionnel...).

### **2.1.3. Autonomie et liberté dans le respect des lois**

La mutuelle est une organisation libre qui, en conséquence, doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques ou toute autre organisation différente. Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les membres car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins qui évoluent. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans l'utilisation des moyens. Ce droit ne peut s'exercer sans la responsabilisation des membres de la mutuelle.

L'indépendance et l'autonomie signifient qu'il ne doit pas y avoir d'ingérence dans la gestion d'une mutuelle et dans le processus interne de prise de décisions de la part d'une organisation différente.

### **2.1.4. Epanouissement de la personne**

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaissant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de son propre risque et de celui des autres.

### **2.1.5. But non lucratif**

Une mutuelle qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses membres, ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature. Cependant, cela ne veut pas dire que la couverture des coûts de fonctionnement ne soit pas un impératif absolu. Les considérations

économiques et les principes de bonne gestion ne peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

#### **2.1.6. Responsabilité dans la gestion et le comportement des membres**

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie, et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités.

Tous les autres principes de la mutualité resteront, finalement, lettre morte si la gestion de la mutuelle n'est pas rigoureuse, d'une part et d'autre part si les membres ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis des statuts et règlement intérieur (non-participation aux réunions statutaires, non-paiement des cotisations etc.), dans l'utilisation des ressources (abus dans les prestations) ou dans les décisions qu'ils prennent dans les différentes assemblées, etc.

#### **2.1.7. Dynamique d'un mouvement social**

Les membres des mutuelles ne sont pas des « consommateurs » passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense des intérêts et du bien commun.

### **3. Champs d'application et Services offerts**

#### **3.1. Maladie**

Les services offerts concernent 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, techniques et médicaments ;
- *Soins spécialisés* : consultation de médecins spécialistes, actes médicaux techniques tels que radiologie, biologie clinique, soins dentaires et ophtalmologiques, etc. ;
- *Transport des malades* : Evacuation, Référence.

#### **3.2. Retraite / Invalidité/ Décès/ Réforme**

Cette prestation peut consister à l'octroi de : *capital de départ à la retraite, capital décès, prime d'invalidité, prime de réforme, allocation de reconversion.*

Ces montants peuvent être octroyés sous forme de capital unique ou répartis dans le temps en fonction du choix des bénéficiaires et des dispositions des textes qui les régissent.

### **3.3. Œuvres Sociales**

On a : les crèches /Jardin d'enfants, les infrastructures scolaires et socio culturelles, les infrastructures socio sanitaires, les centres spécialisés pour des catégories d'inadaptations.

Les champs d'application et les services offerts varient en fonction des réalités et des moments selon chaque communauté. La décision de tout choix doit être précédée d'une étude de faisabilité économique et sociale.

## **4. Environnement législatif et réglementaire**

### **4.1. Textes régissant la Mutualité en République du Mali**

L'environnement législatif et réglementaire de la mutualité est constitué de (5) cinq textes présentement.

Le point de départ du processus a été la promulgation le 21 février 1996 de la loi N°96 – 022 régissant la Mutualité en République du Mali.

Elle fut suivie le 2 mai de la même année par deux (2) textes d'application : le décret N° 96–136/PRM fixant les conditions de placement et de dépôt des fonds des mutuelles et le décret N°96–137/PRM établissant les statuts – types des mutuelles, des unions, et fédérations de mutuelles.

Cet environnement s'est enrichi le 02 août 1997 par l'arrêté interministériel N° 97–0477/MSSPA/MATS-SG déterminant les procédures d'agrément des Mutuelles et plus tard le 19 août 2002 par l'arrêté N° 02–1742/M DSSPA-SG portant sur le mécanisme de contrôle administratif et financier des mutuelles et organisations mutualistes. (*Voir annexe 8 pour les différents textes*).

### **4.2. La tutelle**

La tutelle du mouvement mutualiste est assurée par le Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA) à travers la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES) au niveau national et ses démembrements au niveau régional et des cercles.

Les rôles assignés à la tutelle se résument entre autres comme suit : garant des politiques nationales, l'Etat doit :

- Créer le cadre législatif et réglementaire favorable à l'émergence d'un mouvement mutualiste fort ;
- Créer un cadre institutionnel efficace ;
- Contrôler à priori et à posteriori la gestion administrative et financière des mutuelles ;
- Délivrer des agréments ;
- Encourager l'information, la sensibilisation et la formation des acteurs.

## **5. Les acteurs du développement du mouvement mutualiste au Mali**

Parmi les acteurs œuvrant pour le développement de la mutualité au Mali, nous pouvons en plus de l'État citer l'UTM, les partenaires au développement (coopérations bilatérales et multi latérales, les ONG) et les mutuelles elles-mêmes auxquelles il sera consacré les sous section suivantes.

### **5.1. L'État**

A travers le MDSSPA, la DNPSES et ses services déconcentrés régionaux et subrégionaux, l'État est le premier artisan, notamment par la mise en œuvre de sa politique en matière de mutualisme. En effet, les services du développement social participent activement à l'élaboration, à l'exécution et à l'évaluation de programmes opérationnels d'intervention découlant de la politique prévue en matière de mutualisme.

La réalisation de ces interventions s'effectue en conformité avec la programmation annuelle prévue pour l'ensemble des acteurs à tous les niveaux (national, régional et local). Cette programmation consiste à la planification de l'ensemble des activités que les structures chargées du développement de la mutualité mettent en œuvre pour atteindre les objectifs visés.

Ce travail d'élaboration du Programme Opérationnel (PO) doit tenir compte :

- des problèmes et besoins des populations ;
- du niveau d'information des populations sur la mutualité ;
- du niveau de développement de la mutualité dans la zone ;
- des capacités socio-économiques des populations et de leur niveau d'engagement ;
- du niveau des ressources matérielles et financières des structures chargées du développement de la mutualité.

Chargée de la coordination du développement de la mutualité au niveau national, la DNPSES programme et réalise chaque année des sessions de formations pour ses agents à tous les niveaux et des missions de suivi et de supervision auprès des services déconcentrés et des mutuelles.

Elle a pour mission de :

- Elaborer les éléments de la politique nationale en matière de sécurité sociale et de promotion des coopératives, associations, mutuelles et autres groupements;
- Assurer la coordination et le contrôle des services publics régionaux, sub-régionaux, des organismes de prévoyance, de sécurité sociale et des organismes mutualistes qui concourent à la mise en œuvre de ladite politique.

A ce titre, elle est chargée de :

- Procéder à toute recherche et études nécessaires à l'élaboration de ladite politique;
- Elaborer les projets de programmes ou de plan d'actions pour l'expansion du secteur de l'économie solidaire, notamment par le renforcement des capacités des coopératives associations et mutuelles;
- Veiller à créer les conditions nécessaires à l'accès des couches vulnérables au micro crédit;
- Veiller à la mise en œuvre des décisions et programmes, coordonner l'activité des services d'exécution et évaluer leurs résultats ;
- Elaborer et assurer le suivi de l'application de la législation et de la réglementation relatives aux coopératives, associations et mutuelles;
- Elaborer les statistiques et établir les indications de sécurité sociale;
- Veiller à la mise en œuvre de toutes mesures relatives à l'amélioration de la qualité des prestations offertes au public.

La mise en œuvre d'un certain nombre d'actions programmées dans le cadre du PRODESS a permis une meilleure structuration des mutuelles existantes, l'émergence de nouvelles mutuelles avec une diversification de leurs domaines d'intervention. Ainsi, le mouvement mutualiste malien a amorcé une véritable phase de consolidation comme nous le constaterons à la suite de l'analyse des résultats présentés dans les pages suivantes.

## **5.2. L'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM)**

Résultat du premier projet de développement de la mutualité financé par la Coopération Française au Mali, l'UTM a été créée en avril 1998 comme première structure faîtière des mutuelles maliennes. L'UTM comme structure faîtière des mutuelle remplit une triple fonction : i) **stratégique** : pour orienter la politique de développement de la mutualité (UTM est membre du comité technique et du comité de suivi du PRODESS); ii) **technique** : pour appuyer les mutuelles en création ; iii) **politique** : en tant que structure représentante des mutuelles adhérentes.

## **5.3. Les partenaires au développement**

Il est retenu les principaux partenaires au développement suivants ;

### **a. Le Ministère des Affaires Etrangères de la France**

Le Ministère des affaires étrangères de la France intervient depuis 1994 dans les actions de développement de la mutualité au Mali. Il reste de loin le partenaire qui par son appui financier et technique a permis la naissance d'un réseau malien de mutuelles de santé. Par la suite, il a continué de soutenir le mouvement à travers un deuxième projet de développement de la mutualité intitulé « Favoriser l'Extension de l'Assurance Maladie Volontaire et des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest » qui a pris fin en 2006.

#### **b. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

L'OMS a été retenue dans le cadre du projet FSP pour le montage de la filière de formation ainsi que pour participer aux colloques régionaux et aux questions de contractualisation. Indépendamment du projet FSP, l'OMS intervient comme partenaire financier pour la réalisation d'études de faisabilité et la formation des différents acteurs impliqués dans le développement de la mutualité. Avec son concours, le guide pour la réalisation de l'étude de faisabilité a été élaboré en 2000 sous le titre « Eléments pour une étude de faisabilité des mutuelles ».

#### **c. Le Centre International pour le Développement et la Recherche (CIDR)**

Le CIDR a expérimenté le rapprochement entre micro finance et mutuelle de santé en créant la mutuelle *Kènèyaso* de Mopti. Pour ce faire, il s'est appuyé sur les coopératives de femmes toutes affiliées à la caisse d'épargne et de crédit qui finançaient leurs activités génératrices de revenu et a initié la première mutuelle de femmes du Mali.

#### **d. Le Partnership for Health Reform Plus (PHR+)**

Le PHR+ dont les activités sont financées par l'USAID a permis la création de deux mutuelles dans la région de Sikasso et de trois mutuelles dans la région de Ségou. Les deux mutuelles de Sikasso comptent 293 adhérents couvrant 949 bénéficiaires et celles de Ségou 891 adhérents avec 1791 bénéficiaires.

#### **e. Le Projet Intégré de Santé et d'Activités Mutualistes (PISAM)**

Le PISAM financé par la Fondation Novartis intervient dans la région de Ségou. La première mutuelle mise en place par le projet est celle de Cinzana.

#### **f. L'Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne (ANMC)**

L'ANMC de la Belgique intervient depuis 2002 dans la région de Ségou en apportant son appui financier à l'antenne UTM de Ségou pour la promotion des mutuelles de santé.

#### **g. Autres partenaires**

- Le BIT (programme STEP) ;
- La Coopération Canadienne ;
- La Coopération Néerlandaise ;
- La Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)
- L'Union des Mutuelles Cogérées (UMC) ;
- La Société de Coopération pour le Développement International (SOCODEVI) ;
- Les Coopérations Décentralisées ;

D'autres acteurs indispensables au bon développement de la mutualité qui cependant s'activent moins sont les élus communaux et les personnels de santé des différents CSCOM, CSRéf et des hôpitaux. Avec l'ensemble des dispositifs mis en place (cadres législatifs et réglementaires, institutionnels) les acteurs mobilisés ont pu faire démarrer le mouvement mutualiste au Mali. En effet, le Mali est cité en exemple aujourd'hui en Afrique en matière de mutualité.

## 6. Situation des mutuelles au Mali

Combien de mutuelles existent-ils au Mali ? Quelle est leur répartition dans l'espace ? Quelles prestations fournissent-elles à leurs adhérents ? Bref, comment évoluent les mutuelles maliennes ? , telles sont des questions auxquelles on tentera de donner des réponses.

En 2008, le Mali comptait 121 mutuelles agréées au total dont 113 mutuelles de santé. (Voir annexe 6).

Le tableau et le graphique suivants illustrent la situation des mutuelles de santé agréées au Mali.

**Tableau 4 : La situation par région des mutuelles de santé agréées du Mali en 2008.**

Localité	Nombre	Adhérents	Bénéficiaires	Services fournis	Coûts (FCFA)
Bamako	35	47 808	164 609	39 690	293 816 733
Kayes	10	3 114	9 040	1 668	5 696 868
Koulikoro	4	5 597	7 397	13	49 830
Sikasso	27	7 365	28 117	12 984	10 729 146
Ségou	20	7 338	19 787	5 407	10 294 690
Mopti	7	1 638	5 652	652	1 807 135
Tombouctou	2	640	1 575	588	1 334 985
Gao	8	3 167	7 851	959	1 929 636
Kidal	0	X	X	X	X
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>76 667</b>	<b>244 028</b>	<b>61 961</b>	<b>325 659 023</b>

*Source : base de données DNPSES 2009.*

Comme on peut le constater dans ce tableau ; Bamako, Sikasso et Ségou compte le plus grands de mutuelles agréées.

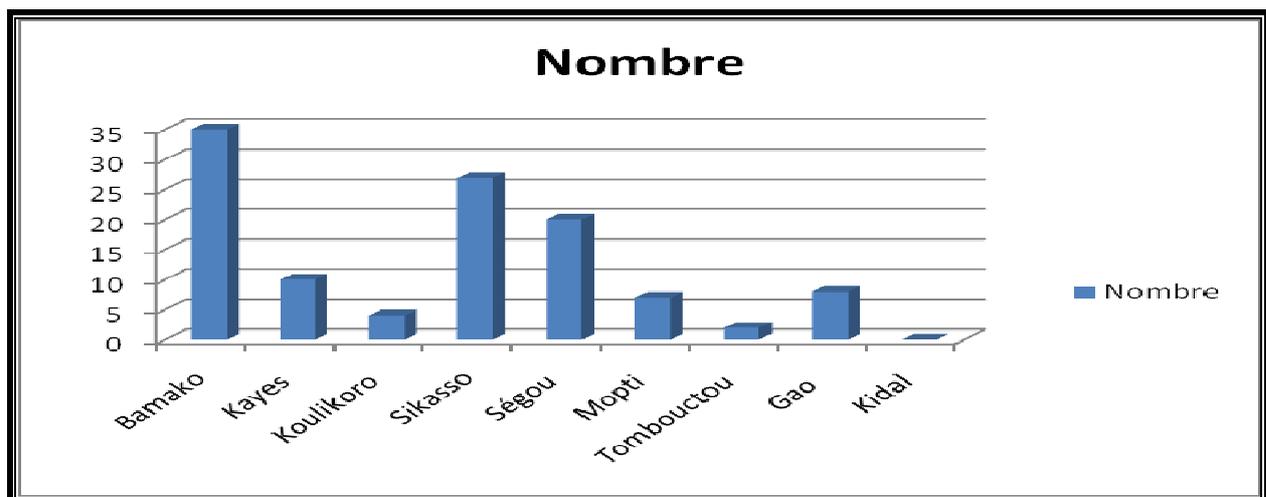
Les mutuelles furent créées après l'adoption en 1996 de la loi et des deux décrets régissant la mutualité en République du Mali. Il s'agit essentiellement des groupements mutualistes qui existaient avant les textes et qui ont adapté leurs dispositions aux exigences de la nouvelle législation pour obtenir leur agrément.

Les premières mutuelles consécutives aux activités d'animation sur la mutualité datent de l'année 2000. Deux ans après, elles servaient d'exemples pour mieux faire comprendre aux communautés le fonctionnement d'une mutuelle.

En effet, au cours des premières années après l'adoption de la loi, on n'a pas enregistré de nouvelles mutuelles. Cette période a été consacrée à la sensibilisation et à l'information des populations sur la mutualité. L'impact de ce travail a été ressenti au cours des années suivantes avec la création des premières mutuelles agréées.

Le graphique suivant donne la répartition géographique des 113 mutuelles de santé dans les régions administratives et le district de Bamako.

**Graphique 2 : La répartition des mutuelles de santé agréées du Mali en 2008.**



**Source :** base de données **DNPSES 2009.**

Avec 30,97% des mutuelles de santé agréées, Bamako la capitale est de loin la première localité du pays en terme d'effectif suivie respectivement des régions de Sikasso et de Ségou (23,89% et 17,69%). Ces trois régions représentent presque la totalité des mutuelles du pays avec 72,55 % du total.

Le nombre élevé de mutuelles à Bamako s'explique par plusieurs facteurs parmi lesquels :

- La sensibilisation à travers les medias, surtout la télévision, plus accessible en ville, faisant des bamakois les plus informés sur la mutualité. Cette meilleure compréhension de la mutualité s'explique aussi par le fait que la ville dispose de la plus forte proportion de la population sachant lire ;
- L'existence d'une grande partie des travailleurs salariés qui dispose d'un revenu toute l'année leur permettant de s'acquitter de la cotisation exigée par les mutuelles.

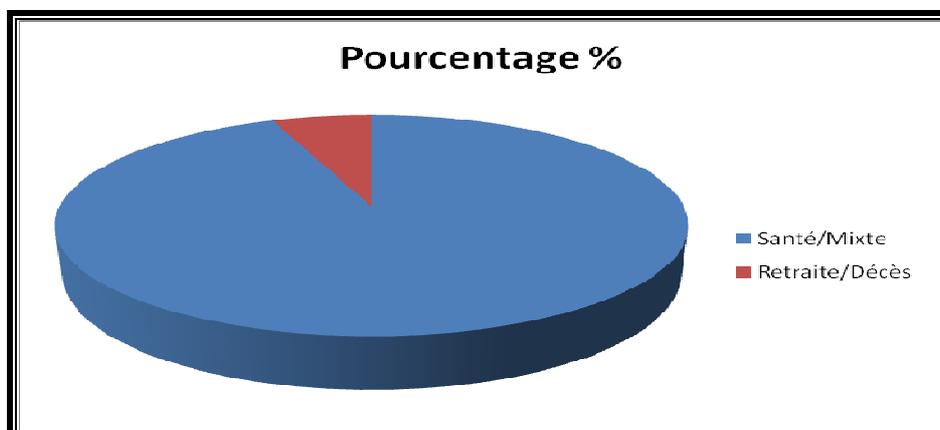
Par contre, le faible effectif des mutuelles rurales s'expliquerait non seulement par l'absence de tous les avantages cités pour la ville, mais aussi par l'existence de pratiques traditionnelles de soins (moins coûteuses) et souvent de croyances qui s'opposent à la prévention car la prise en charge serait considérée comme «une invitation à la maladie».

Enfin, la lecture du graphique laisse voir que les trois régions du Nord ne disposaient que de très peu de mutuelles. Il s'agit de régions très vastes avec des populations nomades où le travail de sensibilisation est plus difficile (les grandes distances, faible équipement des agents déjà insuffisants). Cependant, il convient de noter que dans ces régions plusieurs initiatives sont en cours et certains groupements ont tenu leurs assemblées générales constitutives et ont obtenu leur agrément courant 2007 (trois nouvelles mutuelles dans la région de Gao).

Les principaux domaines d'activités des mutuelles sont : Santé, Mixte, Retraite/Décès.

Le graphique suivant donne la répartition des mutuelles selon leurs prestations fournies.

**Graphique 3 : La répartition des mutuelles selon les prestations fournies.**



**Source : base de données *DNPSES 2009*.**

Sur les 121 mutuelles agréées en 2008, 93,38% sont des mutuelles de santé ou mixte. On constate que bon nombre des mutuelles maliennes fournissent une prestation santé. La loi laisse aux mutualistes la liberté de choisir leurs prestations. Le fait que la quasi totalité des mutuelles fournit une prestation santé s'explique par la volonté politique des pouvoirs publics, qui dans un souci de couverture sanitaire des populations, ont dans les campagnes d'information mis l'accent sur les mutuelles de santé.

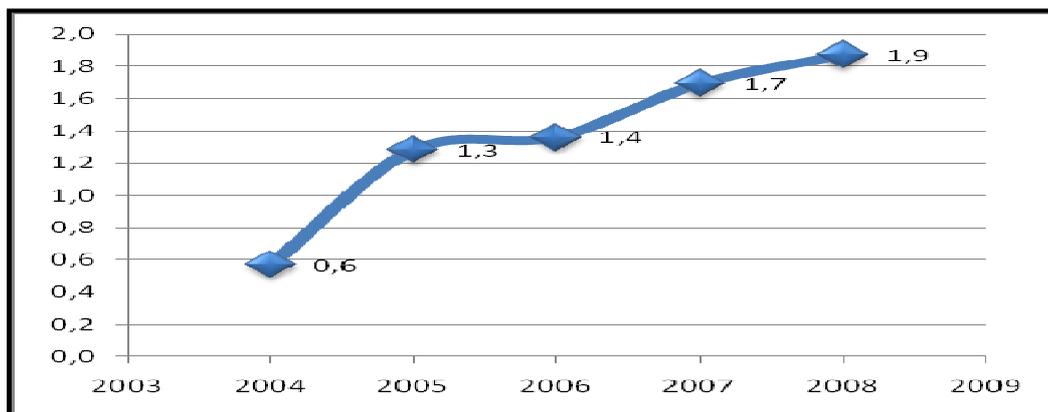
La prédominance des mutuelles de santé s'explique aussi par le fait que les problèmes de santé restent une préoccupation majeure, surtout dans les villes où les traditions d'entraide et de solidarité ont tendance à disparaître.

La mutuelle de santé devient ainsi l'alternative à ces anciennes pratiques d'entraide et de solidarité.

Le taux de couverture des mutuelles de santé est en croissance depuis plusieurs années. (*Voir annexe 7*).

Le graphique suivant donne l'évolution du taux de couverture des mutuelles de santé de 2004 à 2008.

**Le graphique 4 : L'évolution du taux de couverture des mutuelles de santé de 2004 à 2008.**



**Source :** base de données **DNPSES 2009.**

De fin 2007 à fin 2008, les efforts déployés ont permis d'enregistrer 23 nouvelles mutuelles agréées, portant ainsi l'effectif total à 121 mutuelles agréées en fin 2008. Ainsi, la couverture de la population par les mutuelles de santé est passée de 1,7% (215 156 bénéficiaires sur une population de 12 712 655 d'habitants) à 1,9% (244 028 bénéficiaires sur une population de 13 056 837 d'habitants) soit une augmentation de 0,2% correspondant à 28 873 nouvelles adhésions.

Ce résultat bien que loin de l'objectif de 2,1% de la population, reste significatif dans la mesure où la dynamique de progression est maintenue malgré les ressources matérielles et financières insuffisantes.

## **7. L'Union Technique de la Mutualité Malienne**

Créée avec l'appui du Projet du Développement de la Mutualité de Santé au Mali, l'Union Technique de la Mutualité (UTM) regroupe des mutuelles qui ambitionnent de développer des services au profit de leurs adhérents, avec une priorité faite au volet santé. La mise en place de l'Union Technique a été motivée par certains constats qui peuvent se résumer entre autres comme suit :

- L'insuffisance du cadre de concertation existant ;
- L'absence de cadre juridique pour la mise en œuvre de la partie de la convention Mali-France destinée au renforcement du mouvement mutualiste ;
- La nécessité de renforcer les capacités du mouvement mutualiste pour la prise en charge de son propre développement ;
- L'existence de mutuelles disposant de leur propre structure sanitaire ;
- L'existence d'une volonté politique de développement de la mutualité qui s'est matérialisée par l'adoption d'une loi, de deux décrets d'application et de deux arrêtés interministériels ;

- La volonté du mouvement mutualiste de prendre en charge son développement ;
- L'existence de partenaires Techniques et Financiers pour soutenir le développement du mouvement.

Ces constats ont conduit, dès la mise en place du projet d'Appui au développement de la mutualité de santé au Mali, à engager des réflexions avec le mouvement mutualiste malien pour la création de l'Union Technique de la Mutualité (UTM). L'AG constitutive de l'UTM est intervenue en avril 1998. Elle a regroupé cinq (5) mutuelles.

## **7.1. Objectifs de l'UTM**

### **7.1.1. Objectif principal**

L'Union Technique de la Mutualité a pour objet de promouvoir le développement de la mutualité et en particulier la mutualité de santé au Mali et de renforcer la cohésion et la solidarité entre les groupements mutualistes.

### **7.1.2. Objectifs secondaires**

- Sensibiliser, appuyer, former les populations en vue d'un développement des mutuelles comme moyen de financement alternatif de la santé ;
- Coordonner les mutuelles sur le plan national, pour permettre une meilleure représentation des usagers auprès de pouvoirs publics et de l'offre de soins mais aussi une consolidation des risques des mutuelles ;
- Evaluer les risques santé, concevoir et/ou distribuer des garanties pour les couvrir L'évaluation de la probabilité d'apparition de dommages ou risques, la conception et la distribution de garanties pour en assurer le financement, constituent le « métier de base » des mutuelles ;
- Mobiliser le public sur des projets solidaires. L'UTM a aussi, pour vocation, d'impulser des actions solidaires, que celles-ci soient pour elle génératrices d'activité économique (promotion de la mutualité), porteuses d'image (campagnes à thème personnalisé) ou totalement désintéressées (solidarité, engagement contre l'exclusion et celle du droit à la santé en particulier) ;
- Représenter les usagers auprès des services sanitaires et sociaux. L'action de la Mutualité ne se limite pas à la réparation des dommages liés à la concrétisation d'un risque. Elle intervient, aussi, pour optimiser l'organisation de la distribution de biens et des services sanitaires et sociaux, dans un rôle de représentation et de défense des usagers ;
- Prendre part à l'effort de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé L'UTM se doit, éventuellement de sa propre initiative mais plus fréquemment en partenariat avec les Pouvoirs Publics, les Professions de Santé, d'autres institutions ou organismes, de participer à des programmes de recherche, ainsi qu'à la mise en place d'actions innovantes dans les domaines de la santé.

Cette vocation participe de sa démarche pour une amélioration constante du système de soins ;

- Sensibiliser le public à la promotion de la santé et à la prévention. L'UTM a aussi vocation à relayer les projets de Santé Publique, particulièrement lorsque le cadre d'une gestion privée et désintéressée est de nature à dynamiser ces projets.

## **7.2. Les missions de l'UTM**

Pour parvenir à cet objectif, l'UTM s'est fixée un certain nombre de missions parmi lesquelles:

- Assurer la gestion d'un service général de réassurance, d'une caisse autonome mutualiste d'assurance maladie, accident corporel, assurance vie, décès, retraite ;
- Faire bénéficier ses membres des conventions de prestations ou de services avec des établissements sanitaires ou sociaux que l'UTM déciderait de mettre en place ;
- Participer ou initier des actions dans le domaine de la prévoyance, de la santé et de l'entraide conformément aux dispositions des buts définis dans l'article 2 de la loi sur la mutualité ;
- Assurer la cohésion et la coordination des groupements adhérents à l'UTM ;
- Faciliter l'accès aux prestations servies par des fédérations, unions, ou organismes mutualistes auxquels l'UTM déciderait d'adhérer ou à des œuvres sociales qu'elle aurait créées ;
- Accompagner la mise en place de mutuelle par :
  - Un appui technique, du conseil pour toutes les actions de communication, de gestion administrative ou financière et de commercialisation,
  - Une cellule de formation destinée aux administrateurs et leurs collaborateurs salariés ;
- Favoriser tant la définition que l'évolution de la doctrine et de la politique mutualiste, grâce en particulier à la tenue de congrès nationaux ;
- Assurer la représentation et la défense des intérêts de la Mutualité malienne auprès de toutes les Instances.

## **7.3. Structuration de l'UTM**

L'Union Technique, de par sa vocation, est la structure qui a une représentativité plus importante à travers le pays. Elle est reconnue par les autorités comme structure chargée de promouvoir le développement de la mutualité au Mali et dans le domaine de la santé en particulier.

En sa qualité de structure faîtière des mutuelles, elle est structurée en Instance, Organes de décisions et Techniques.

### **7.3.1. Instance**

L'Assemblée Générale (A.G.) est l'instance suprême de l'UTM. Elle est composée des délégués des groupements mutualistes adhérents. Elle se réunit une fois par an sur convocation du Conseil d'Administration.

### **7.3.2. Organes**

**a. Conseil d'Administration (C.A.):** Il dispose pour l'administration et la gestion de l'Union Technique, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'A.G.

Il adopte le budget de l'Union Technique. Les membres du C.A. sont élus parmi les délégués des mutuelles membres de l'Union Technique.

**b. Bureau du Conseil d'Administration:** Il est constitué au sein du C.A. C'est un Bureau élu par les membres du Conseil d'Administration à bulletin secret à la majorité absolue.

Il comprend :

- le Président ;
- le Vice-président ;
- le Secrétaire Général ;
- le Secrétaire Général Adjoint ;
- le Trésorier Général ;
- le Trésorier Général Adjoint ;
- le Secrétaire à la formation et à Communication ;
- le Secrétaire à la prospective et au Développement.

Le Bureau est chargé de l'expédition des affaires courantes et de prendre, entre deux réunions du C.A. et par délégation de celui-ci, toutes décisions utiles en ce qui concerne le fonctionnement de l'UTM. Ces décisions sont soumises au C.A. et, si nécessaire à l'A.G.

Le bureau peut donner délégation au Directeur de l'UTM pour la réalisation opérationnelle du fonctionnement de l'UTM.

**c. La commission de Contrôle :** Une Commission de Contrôle est élue à bulletin secret tous les deux (2) ans, par l'A.G. parmi les délégués des groupements mutualistes adhérents à l'UTM, non-administrateurs.

Elle est composée de trois (3) membres ; elle se réunit au moins 2 fois par an pendant son mandat. Elle vérifie la régularité des opérations comptables, contrôle la tenue de la comptabilité, la caisse et le portefeuille.

Les résultats des travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au Président du Conseil d'Administration avant l'Assemblée Générale et présentée à celle-ci.

Ce rapport est annexé au procès verbal de la délibération de l'A.G.

### **7.3.3. La Direction Générale**

La Direction Générale a en charge la gestion administrative et financière de l'UTM. Elle coordonne et supervise les différents services et appuie les commissions de l'UTM. Elle comprend :

- ❖ Le Service Développement : Il a en charge de concevoir le plan de développement de l'UTM, d'appuyer à la réalisation des différentes phases de création des mutuelles de santé, de coordonner les actions de communication et de promotion de la mutualité et des produits santé. Il a aussi en charge tout le volet formation à destination des promoteurs ou administrateurs des mutuelles.
- ❖ Le Service Administratif et Financier : Il a en charge l'exécution des transactions financières, la tenue de la comptabilité et la gestion des ressources humaines, matérielles et financières de l'UTM, ainsi que le suivi comptable et financier des garanties santé gérées directement par l'UTM.
- ❖ Le Service de Gestion des Garanties: Il a en charge la commercialisation et la gestion administrative et informatique des garanties santé des mutuelles membres de l'Union Technique.
- ❖ Les Représentations Régionales : Afin de relayer les services dans les régions, l'UTM a créé dans toutes les régions des bureaux régionaux. Ces bureaux régionaux servent de structure d'appui à la mise en place, au fonctionnement et au développement des mutuelles qui se trouvent dans les régions.

## **7.4. Stratégies de développement**

### **7.4.1. Les services offerts et conditions d'adhésion**

Les services offerts par l'Union Technique concernent entre autres :

- la sensibilisation et l'information ;
- la formation sur la gestion administrative et financière des mutuelles ;
- l'assistance technique dans le processus de création des mutuelles ;
- l'appui conseil ;
- le suivi et l'évaluation ;
- la gestion des prestations dans le cadre de l'Assurance Maladie Volontaire ;
- le développement de mécanismes de fonds de garantie et réassurance ;
- l'action politique auprès des différents partenaires et de l'Etat.

L'Union Technique de la mutualité est ouverte à toute mutuelle régie par la loi 96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali dès l'instant qu'elle a obtenu l'agrément et formulé sa demande d'adhésion.

N'ayant pas de structure de soins en général, les mutuelles ont décidé de signer des conventions avec des structures sanitaires pour la prise en charge des problèmes de soins de leurs adhérents. Les parties signataires considèrent comme essentiel de

garantir un égal accès de tous à des soins de qualité tout en assurant, la maîtrise des dépenses de santé et cela, dans le respect des principes fondamentaux du système existant, et notamment le libre choix des patients concernant leur inscription à un centre de santé ou hôpital conventionné par l'UTM.

La convention a pour objet d'améliorer le service rendu aux bénéficiaires des mutuelles concernées par le respect d'un certain nombre de critères objectifs présentés ci-dessous:

- La dispense d'avance de frais, qui concerne le tiers payant sur le tarif convenu de commun accord (opposable) des actes définis par cette convention ;
- Le ticket modérateur, partie restante à la charge du patient mutualiste devra être perçu par la structure conventionnée.

Les conditions de la convention sont les suivantes :

**a. Avec l'assuré mutualiste :** Pour bénéficier des prises en charge et des services correspondants, l'assuré mutualiste doit être à jour de ses cotisations et se soumettre à tout contrôle médical et administratif.

Comme prise en charge, l'adhérent bénéficierait de :

- *L'hospitalisation* Qui concerne l'hospitalisation médicale ou chirurgicale limitée à 15 jours par hospitalisation et à 30 jours par année civile. Seront exclues de prise en charge les maladies telles que: la lèpre, le sida, toutes chirurgies réparatrices, l'évacuation à l'étranger, les examens spécialisés tels que scanner ou autres ;
- *La naissance* Il y a une prise en charge du carnet de vaccination et du carnet de santé de l'enfant, nouveau-né ou adopté inscrit dans le mois qui suit la naissance ou l'adoption ;
- *Ambulatoire* Sont concernées les prestations suivantes: consultations, médicaments essentiels, consultations prénatales, consultations post-natales, accouchement simple, transport de malades.

La prise en charge est effectuée dans les conditions et montants définis par les garanties choisies.

L'adhérent devra effectuer une cotisation qui est déterminée en fonction de la garantie choisie, de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent (fonction publique, travailleurs indépendants, salariés...). Les cotisations sont annuelles et le paiement peut être fractionné trimestriellement ou mensuellement;

Pour les nouveaux adhérents, les cotisations sont encaissées à partir du premier jour du mois suivant l'adhésion et dues pour les mois de l'année civile en cours.

La démission d'un membre ne peut intervenir que le 31 décembre de chaque année, avec un préavis de trois (3) mois par écrit en lettre recommandée avec accusé de réception.

La sanction survient en cas de fausse déclaration, de fraude ou de substitution d'identité et dans ce cas l'exclusion est immédiate.

**b.** Avec les Structures Sanitaires : l'UTM est conventionnée avec plusieurs structures sanitaires : CSCOM, Centres de Santé, CSRéf, cliniques privées, hôpitaux, pharmacies. (*Voir annexe 10*).

La structure conventionnée s'engage alors à mettre en œuvre une procédure de dispense d'avance de frais au profit des adhérents des mutuelles membres. Elle doit fournir aux assurés mutualistes tous les services et médicaments permettant un rétablissement dans les meilleures conditions de délais et dans les prix prévus des prestations nécessaires.

La structure conventionnée doit en effet s'engager à respecter les tarifs des actes et des médicaments, assurer un approvisionnement régulier de son dépôt. Dans le cas où le médicament n'est pas disponible, elle s'engage à payer la différence de prix éventuel si le médicament est acheté dans une officine pharmaceutique non conventionnée.

La structure conventionnée doit respecter les termes d'une <charte de qualité> c'est-à-dire qu'on doit avoir un service de qualité qui selon l'OMS l'a défini comme <une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostics et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins>.

C'est-à-dire aussi indiquer le nom de la personne responsable de la qualité en son sein. La structure conventionnée doit également s'appuyer sur les termes <pharmacie, disponibilité des médicaments essentiels, accueil des malades>.

Le service de qualité doit aussi se vérifier chez les patients à savoir:

Le système d'information: La structure conventionnée s'engage à avoir un dossier médical unique au sein de l'établissement qui sera accessible à sa première demande ou à la demande de l'UTM; à remettre le dossier médical au médecin désigné par le patient, et notamment, la transmission du dossier médical lors du transfert du patient vers un autre établissement.

L'information du patient: qui doit être capable d'identifier la fonction du personnel par le port du badge par celui-ci.

La structure conventionnée doit s'arranger à transmettre les factures à régler à l'UTM.

#### **7.4.2. Stratégies de développement des mutuelles dans le domaine de la santé**

A sa création, l'Union Technique de la Mutualité avait pour mission de développer les mutuelles dans les domaines de santé. A ce niveau deux choix s'imposaient dont le premier consistait à appuyer les mutuelles existantes dans la mise en place de volet santé, le deuxième consistait à développer des mutuelles de santé afin de couvrir toutes les autres couches de la société, notamment dans le milieu rural qui ne disposait pas de mutuelle. Ainsi, l'UTM a développé deux approches, une pour le milieu urbain et l'autre pour le milieu rural.

❖ Approche du Milieu Urbain : l'Assurance Maladie Volontaire : L'UTM, sous l'impulsion des mutuelles qui la compose, a été amené à mettre en place un produit santé standard : l'Assurance Maladie Volontaire ou AMV. Celui-ci peut être distribué par toutes les mutuelles qui en font la demande. Aujourd'hui toujours à la demande des mêmes mutuelles ce produit est géré par l'UTM.

Ce choix de produit et de type de gestion répond à des réalités économiques et sociales propres au milieu urbain et à la structuration actuelle du mouvement mutualiste malien.

D'abord nous assistons dans les zones urbaines à l'élargissement des mails du tissu social malien ce qui rend plus difficile l'investissement des populations dans des œuvres solidaires et collectives.

Et ensuite, nous sommes face à un mouvement mutualiste malien qui ne possède pas aujourd'hui de toutes les capacités techniques et financières nécessaires à une diffusion massive de leur produit santé.

A cela vient s'ajouter une réelle difficulté de mobilisation des adhérents dans les mutuelles ayant une ampleur nationale.

Dans ce contexte l'AMV apparaît comme un produit facile d'accès pour les populations urbaines, mais aussi pour les mutuelles dans la mesure où elles peuvent le proposer à leurs adhérents avec un minimum d'investissement.

L'organisation actuelle de l'AMV ne doit cependant pas faire oublier la nécessaire participation des adhérents à la vie démocratique de leur mutuelle et la nécessaire réappropriation par les mutuelles de la gestion de leur produit.

- Objectifs des garanties santé : l'AMV a pour objectif de faciliter :
  - *l'accessibilité financière* : En effet par le jeu de la solidarité entre les membres d'une même mutuelle, chacun d'entre eux bénéficiera d'une prise en charge de ses frais d'hospitalisation ou ambulatoires en cas de survenance du risque. Ainsi le problème financier ne constitue plus un blocage pour l'accès aux soins.
  - *la continuité dans les soins* : La mise en place des garanties santé permettra aux mutualistes de continuer à bénéficier de soins et ce quelque soit de degré de gravité de la maladie grâce au conventionnement de tous les étages de la pyramide sanitaire (CSCOM, CSRéf, Hôpital Régional, Hôpital National).
  - *l'amélioration de la qualité des soins* : Par le biais des conventions qu'elle signe avec les professionnels de la santé, la mutualité peut exiger de ses partenaires le respect de certaines normes de qualité et ce dans l'intérêt de ses adhérents.
- Organisation de la prise en charge : Le système de prise en charge est le tiers payant généralisé. Il ne s'applique que dans les centres de santé conventionnés avec l'UTM au nom des mutuelles qu'elle représente. Le remboursement se fait directement aux centres de santé. Il n'y a pas de remboursement aux adhérents.

Chaque adhérent ou bénéficiaires devant se faire soigner est tenu de payer directement aux prestataires une partie des coûts. Cette partie appelée ticket modérateur est variable selon le type de garantie choisie.

Les catégories de prestations couvertes sont au nombre de deux :

- *Le Combiné Communautaire Public* : elle couvre le mutualiste dans les deux cas : Ambulatoire et Hospitalisation auprès des centre de santé, santé communautaire et public ;
- *Le Mixte Public Privé* : couvre les prestations ambulatoires et hospitalisation dans les structures privés (Cabinets et Cliniques) en plus des publiques.

Sont pris en charge par la couverture ambulatoire: Consultations, Médicaments essentiels, Laboratoire de base, Consultations prénatales, Accouchement simple, Consultations postnatales

Sont pris en charge par la couverture hospitalisation: les actes chirurgicaux, les actes médicaux, la maternité dystocique, Transport (urbain, inter urbain), les médicaments essentiels, les frais d'hôtellerie.

❖ *Approche en milieu rural* : La société est aujourd'hui encore composée d'une frange importante de personnes vivant en milieu rural. Le développement de la mutualité au Mali passera donc par la couverture de ses populations. L'UTM pour rendre son appui aux populations du monde rural plus efficace, est entrain de mettre en place des structures décentralisées. Le bureau de Kayes existe depuis février 1999, le bureau de Koulikoro depuis 2004, le bureau de Sikasso depuis février 2001, le bureau de Ségou depuis février 2002, le bureau de Mopti depuis 2001 et le bureau de Gao depuis 2007.

Ces structures régionales ont pour mission de:

- Susciter la création de mutuelles et notamment d'une mutuelle interprofessionnelle dans les principales villes des cercles; ceci passant par une prise de contact avec les administrations, les entreprises, les associations, les coopératives, les ONG et les particuliers dans le but de repérer les personnes ressources qui seront plus tard les acteurs et sans doute les futurs dirigeants de ces mutuelles.
- Concevoir et exécuter un programme d'information et de sensibilisation sur la mutualité à l'aide de supports tels que la radio et/ou la presse écrite.
- D'être l'outil de recensement des besoins en formation des mutualistes de la région qui passe par l'organisation, en collaboration avec les services compétents de l'UTM, de session de formation.
- Suivre l'évolution des mutuelles et d'apporter aux mutuelles l'assistance nécessaire dans le cadre des orientations générales définies par l'UTM telles que la mise en place de l'AMV.

- Suivre les conventions signées avec les prestations de soins. La qualité des soins, l'accueil des patients ainsi que le tarif sont les principaux éléments pris en compte.
- Pour le bureau de Kayes, de participer à la diffusion des activités de la mutuelle des maliens de l'extérieur dans le cadre de la convention UTM-MME.

## **B- LA MUTUELLE INTER-PROFETIONNELLE DU MALI : MIPROMA**

La MIPROMA est la Mutuelle Interprofessionnelle du Mali, c'est une mutuelle ouverte à toute personne n'ayant pas une mutuelle spécifique (qui exerce une profession).

Elle a été créée en août 1994 sous le nom : l'Association Malienne des Jeunes Musulmans (AMJM) qui n'a duré que deux (2) ans.

En avril 1996 la mutuelle de santé a été érigée en mutuelle de santé des jeunes et cela aussi pendant 2 ans.

Et c'est en avril 1998 que la mutuelle de santé des jeunes a pris le nom de la MIPROMA : Mutuelle Interprofessionnelle du Mali. Elle a obtenu son agrément le 20 septembre 1999.

De nos jours, La MIPROMA est une mutuelle de santé fonctionnelle avec son centre de santé affilié à la FENASCOM (Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire).

### **1. L'organisation de MIPROMA**

L'organisation interne d'une mutuelle de santé doit faire l'objet d'une attention particulière car elle conditionne, entre autres, l'efficacité du fonctionnement et le respect des principes mutualistes.

La structuration et les organes doivent favoriser la démocratie, l'entraide, la solidarité, la responsabilité et la participation active de tous les adhérents.

L'organisation interne de la MIPROMA repose sur une instance et deux organes. Les attributions de l'instance et de ces organes sont définies par le statut et le règlement intérieur de MIPROMA.

#### **1.1. L'instance : l'Assemblée Générale (A.G.)**

Elle a la responsabilité de définir les missions, l'organisation et les statuts de la mutuelle. La composition est déterminée par les principes de base de la mutualité.

L'A.G. doit en particulier permettre à tous les adhérents d'exercer leurs droits de participer aux décisions, à la gestion et au fonctionnement de la mutuelle.

L'A.G. est l'instance suprême de MIPROMA. Elle est composée selon le nombre de personnes qui ont adhéré individuellement ou délégués de sections. Elle se réunit une fois par an en session ordinaire sur convocation de l'organe de gestion, qui fixe la date et l'ordre du jour deux (2) mois avant la date prévue.

Elle se réunit en session extraordinaire si elle est demandée au moins quinze jours avant la date par :

- le quart au moins des membres de l'organe de gestion des sections qui la composent, ou ;
- la majorité des administrateurs composant statutairement de l'organe de gestion, ou ;
- l'organe de contrôle en cas d'anomalies constatées.

L'AG statue sur les questions qui lui sont soumises par le conseil d'administration.

L'Assemblée Générale ordinaire doit être convoquée au moins une fois par an pour approuver les comptes annuels et le budget. Une Assemblée Générale extraordinaire peut être convoquée si un nombre d'adhérents suffisant (le plus souvent au moins un cinquième) le demande.

La réunion de tous les adhérents peut s'avérer une opération lourde, onéreuse et souvent difficile lorsque les adhérents sont répartis sur une vaste zone géographique. C'est pourquoi, il est prévu choisir d'organiser des A.G. de délégués.

## **1.2. Les Organes**

### **1.2.1. Le Conseil d'Administration (C.A.)**

Il se compose de membres élus par l'A.G. et a pour mandat de mettre en application la politique générale de la MIPROMA.

Le C.A. est l'organe chargé de la gestion de la mutuelle. Il exerce toutes les responsabilités qui ne sont pas confiées explicitement par les textes de MIPROMA. Le C.A. assure l'administration de la mutuelle et la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il se réunit au moins une (1) fois par mois et composé de quatorze (14) membres. Le C.A. propose à l'A.G. les décisions d'admission et d'exclusion des adhérents. Une fois adoptées, ces propositions seront appliquées par le C.A.

De manière concrète, le C.A. doit suivre en permanence la gestion de la mutuelle et faire face aux problèmes qu'elle rencontre. Il peut déléguer une partie de ses attributions au Président ou à un ou plusieurs administrateurs.

Les membres du C.A. sont tous des bénévoles qui acceptent de mettre leurs compétences et une partie de leur temps au service des autres pour le fonctionnement quotidien et l'exécution des décisions prises par l'A.G. L'effectif du C.A. demeure relativement restreint, l'objectif étant de faire en sorte que ce conseil d'administration soit le plus efficace et fonctionnel possible.

### **1.2.2. La Commission de Contrôle (C.C.)**

L'organe de contrôle est la Commission de Contrôle (C.C.). Elle s'assure de la conformité des actes de la mutuelle avec ses statuts et son règlement intérieur. Il est élu par l'A.G., et lui rend compte annuellement. Il vérifie que les procédures de gestion sont correctement suivies. Il veille également à la bonne tenue de la comptabilité et à la transparence des opérations financières.

La C.C. se réunit au moins une (1) fois par an et composée de cinq membres. Elle vérifie la régularité des opérations comptables, contrôle la tenue de la comptabilité, la caisse et le portefeuille.

## **1.3. Les Ressources de MIPROMA**

### **1.3.1. Ressources humaines**

La Ressource humaine de MIPROMA est constituée de :

- Des membres du C.A. ;
- Les membres de la C.C. ;
- Une équipe de personnel salarié.

Les membres du C.A. et de la C.C sont tous bénévoles. Ils constituent le bureau de MIPROMA ; et le personnel salarié constitue celui de son centre de santé.

### **1.3.2. Ressources financières**

Les Ressources financières de la mutuelle sont essentiellement composées des droits d'admission, des cotisations ordinaires ou spéciales. Les ressources de la MIPROMA sont donc limitées.

Les dépenses sont réparties essentiellement en frais de prestations, frais de fonctionnement, frais de formation et d'admission.

### **1.3.3. Ressources matérielles**

Comme les ressources financières, les ressources matérielles aussi sont limitées.

## **2. Objet et Mission de MIPROMA**

### **2.1. Objet**

La MIPROMA a pour objet de :

- Assurer la prise en charge partielle des dépenses de santé de ses adhérents et bénéficiaires. Cette prise en charge concerne les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les achats de médicaments ;
- Contribuer à la protection de l'état de santé de ses membres ;
- Mettre en œuvre toute activité contribuant à la protection sociale des bénéficiaires.

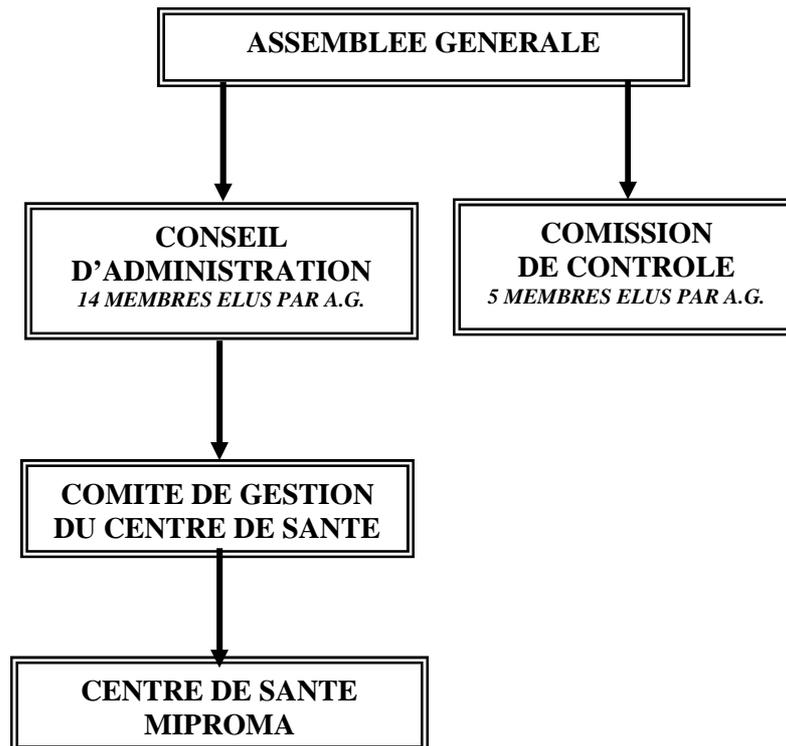
### **2.2. Missions**

La MIPROMA fait de l'assurance maladie : un mécanisme d'entraide, de solidarité et de prévoyance qui, sur la base des cotisations des membres, participe à la prise en charge des frais liés à leur santé.

Elle a pour objectif de faciliter :

- L'accessibilité financière aux services de santé;
- La Continuité dans les soins ;
- L'amélioration de la qualité des soins.

**Schéma 3 : Schéma d'organisation de MIPROMA<sup>28</sup>.**



**Source :** réalisé par B. DOUMBIA août 2009.

Ce schéma d'organisation illustre la structure opérationnelle de la mutuelle.

### **3. La Gestion des adhésions et des cotisations**

La gestion des adhésions comporte plusieurs éléments dont ceux qui permettent de prévenir les risques liés à l'assurance comme le type d'adhésion, procédure d'adhésion, la période d'adhésion ainsi que la période d'observation.

Devenir adhérent de MIPROMA sous entend aussi que la personne qui souscrit à la mutuelle en devient membre et par le fait même propriétaire, ce qui suppose le paiement d'un droit d'adhésion.

#### **3.1. Le type d'adhésion**

L'adhésion à la mutuelle se fera sur une base volontaire. L'adhésion ne comporte pas de dispositions de type obligatoire qui est lié à l'appartenance à un groupe socio-économique ou à un groupe socio-professionnel quelconque. Mais, elle sera basée sur un mode d'adhésion collectif (le ménage, la famille).

Même si l'adhésion demeure volontaire, afin de prévenir le risque de sélection adverse, la personne qui souhaitera devenir membre de la mutuelle pourrait y souscrire au nom de sa famille et déclarer toutes les personnes qui sont à sa charge et les inscrire comme bénéficiaires. Sa cotisation sera calculée en fonction du nombre de personnes inscrites.

<sup>28</sup> Ici, schéma d'organisation est préféré à organigramme, car chaque organisation est sensée avoir son organigramme. Or ceci n'était pas disponible.

Comme la notion de noyau familial peut parfois être très complexe à définir au Mali, il a été retenu que l'unité d'adhésion se base sur le ménage, mais entendu au sens où le chef de famille inscrira à la mutuelle les personnes qui sont directement à sa charge : soit les épouses, les enfants et autres membres du ménage de moins de 18 ans qui dépendent financièrement de lui.

### **3.2. Les modalités et les procédures d'adhésion**

Un ménage qui voudra adhérer à la mutuelle pourra le faire à travers son chef de ménage. Il manifestera son souhait de souscrire à la mutuelle et sa volonté de respecter ses statuts et son règlement intérieur. Le ménage s'engagera également à verser les droits d'adhésion et les cotisations qui lui seront dévolues.

Les frais d'inscription s'élèvent à 2 500 F.CFA payable une fois par le chef de ménage et non remboursable. Une fois ces frais d'inscription payés, on est adhérent mais l'on ne peut pas encore bénéficier des services de la mutuelle. Il va falloir s'acquitter de la cotisation mensuelle fixée à 460 F.CFA par chaque bénéficiaire.

En résumé : l'on n'est adhérent de MIPROMA que si l'on s'inscrit en payant les frais d'inscription fixée à 2 500 F.CFA. Et l'on n'est bénéficiaire que si l'on s'acquitte de la cotisation mensuelle de 460 F.CFA. (*Source : MIPROMA mars 2009*).

Le chef de ménage versera également sa première cotisation et deviendra ainsi officiellement adhérent de la mutuelle.

Ensuite, il sera inscrit au registre des adhérents avec l'ensemble des personnes à charge qu'il aura déclarées.

La carte d'adhésion comportera une photo du bénéficiaire et faisant mention de la date de début de son droit à des prestations.

### **3.3. La période d'adhésion et la période d'observation**

L'adhésion à MIPROMA peut se faire à n'importe quel moment de l'année. La période d'observation est de trois (03) mois.

Afin d'accaparer le plus grand nombre d'adhérent possible, la mutuelle admettra des adhérents tout au cours de l'année (période ouverte d'adhésion).

En choisissant une période d'observation courte de 3 mois, la mutuelle espère ainsi atténuer l'effet négatif de cette mesure qui est celui de décourager l'adhésion de nouveaux membres.

### **3.4. Le contrôle des droits aux prestations**

La carte d'adhésion et la liste de contrôle des adhérents en règle s'avèrent des moyens efficaces pour prévenir le risque d'abus et de fraudes.

Cette liste de contrôle des adhérents parviendra périodiquement aux prestataires de soins. Il est de plus prévu qu'un contrôle a posteriori soit exercé par un Médecin Directeur du centre de santé qui aura pour responsabilité de veiller à la bonne application des conventions.

### **3.5 Les modalités de paiement des prestataires de soins**

La MIPROMA accorde un coût de consultation curative de 400 FCFA et une réduction de 75% sur toutes les prestations de services au niveau de son centre de santé et des autres centres et structures conventionnés (CSCOM, CSRéf, hôpitaux, cliniques privées, pharmacies...) pour ses bénéficiaires.

Les bénéficiaires doivent présenter leur carte de membre en conformité aux centres ou structures conventionnés pour bénéficier des avantages de la MIPROMA. Ils ne payeront que 25% soit le quart de coût total des prestations.

La mutuelle a choisi d'instaurer un système du tiers payant, avec un ticket modérateur dont le pourcentage est fixé à 25 % des coûts des prestations de santé.

L'UTM rembourse la différence de coûts à son centre de santé et aux autres centres et structures conventionnées. Le remboursement est mensuel.

### **3.6. Les adhérents et bénéficiaires de MIPROMA**

MIPROMA est la première mutuelle du Mali en terme de membres : adhérents/bénéficiaires par rapport à l'AMV. Cela est dû au fait qu'elle est une mutuelle non corporatiste ouverte à toute personne.

Depuis des années, on constate une nette croissance de ses membres. En 2006, elle comptait 4 513 adhérents pour 12 774 bénéficiaires.

Ces chiffres ont augmentés pour atteindre 5 585 adhérents pour 14 826 bénéficiaires pour tout le Mali entier à la date du 13 mai 2009, ce qui représente 2,65 bénéficiaires pour chaque adhérent. (*Source : UTM mai 2009*).

Il se trouve que les adhérents/bénéficiaires de MIPROMA vivant à Bamako soient dispersés à travers toute la ville en général et la CVI en particulier, ce qui pose d'énormes problèmes de localisation de ses membres.

## **4. La convention de MIPROMA avec l'UTM**

Les mutuelles de santé, ne disposant pas de structures sanitaires pour la satisfaction de ses adhérents/bénéficiaires ont confié à l'UTM la gestion du volet santé.

A travers l'UTM, la MIPROMA est conventionnée avec des structures sanitaires pour la prise en charge des problèmes de santé de ses adhérents/bénéficiaires. Ce qui a comme objectif essentiel de garantir un égal accès de tous à des soins de qualité tout en assurant, la maîtrise des dépenses de santé et cela, dans le respect des principes fondamentaux du système existant, et notamment le libre choix des patients concernant leur inscription à la structure conventionnée par l'UTM.

Par cette convention, les adhérents/bénéficiaires de MIPROMA deviennent des assurés mutualistes de l'UTM et bénéficient d'une prise en charge des produits de MIPROMA dans toutes les structures conventionnées par l'UTM.

La convention a pour objet d'améliorer le service rendu aux bénéficiaires par le respect d'un certain nombre de critères objectifs présents ci-dessous:

- La dispense d'avance de frais, qui concerne le tiers payant sur le tarif convenu de commun accord (opposable) des actes définis par cette convention ;
- Le ticket modérateur, partie restante à la charge du patient mutualiste devra être perçu par la structure conventionnée.

La prise en charge est effectuée dans les conditions et montants définis par les garanties choisies par MIPROMA.

## **5. Le Centre de Santé MIPROMA**

### **5.1. Présentation**

Le centre de santé MIPROMA est créé en 1994, il est situé sur la rive droite du district de Bamako en CVI et plus précisément dans l'aire de santé de Magnambougou côté ouest du marché de Magnambougou, le quartier le plus peuplé de la CVI.

C'est un bâtiment en dur et dans un état assez satisfaisant en étage comportant trois compartiments :

- Un compartiment administratif :
  - Une salle de réunion ;
  - Une toilette.
  
- Un compartiment de consultation médicale qui abrite :
  - Un bureau de consultation médicale ;
  - Une infirmerie ;
  - Une salle d'attente ;
  - Un laboratoire ;
  - Une salle de garde ;
  - Une pharmacie ;
  - Une toilette pour le personnel.
  
- Un compartiment pour la maternité :
  - Un bureau de sage femme ;
  - Une salle d'accouchement ;
  - Une salle d'observation ;
  - Une salle de garde.

Le centre de santé MIPROMA fonctionne comme un CSCOM. Il est affilié à la FENASCOM et fait référence au CSRéf de la CVI pour les cas qui dépassent ses compétences.

Le centre de santé MIPROMA est géré par un Comité de Gestion (C.G.) mis en place par le C.A. Les services offerts sont donc constitués du PMA comme dans tous les autres CSCOM avec toutes ses composantes :

- Les activités curatives ;
  
- Les activités préventives et promotionnelles ;
  
- Les activités de la planification familiale ;
  
- Les activités d'hygiène, d'assainissements, accompagnés d'activités d'éducation pour la santé (les causeries) ;
  
- Les activités d'examens complémentaires:

- Le bilan CPN : BW, Albumine – Sucre, Groupage – Rhésus, Glycémie, Toxoplasmose, Rubéole et le Test d'Emmel ;
- ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines) ;
- Goutte Epaisse ;
- La Sérologie Widal ;
- Selles – POK.

## **5.2. Le personnel**

Le personnel du centre de santé MIPROMA constitue l'équipe du personnel salarié de MIPROMA. Il se compose de dix (10) agents : Un médecin, un infirmier d'état, un infirmier du premier cycle, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, deux matrones, une technicienne de laboratoire, une gérante de la pharmacie, un planton et un gardien.

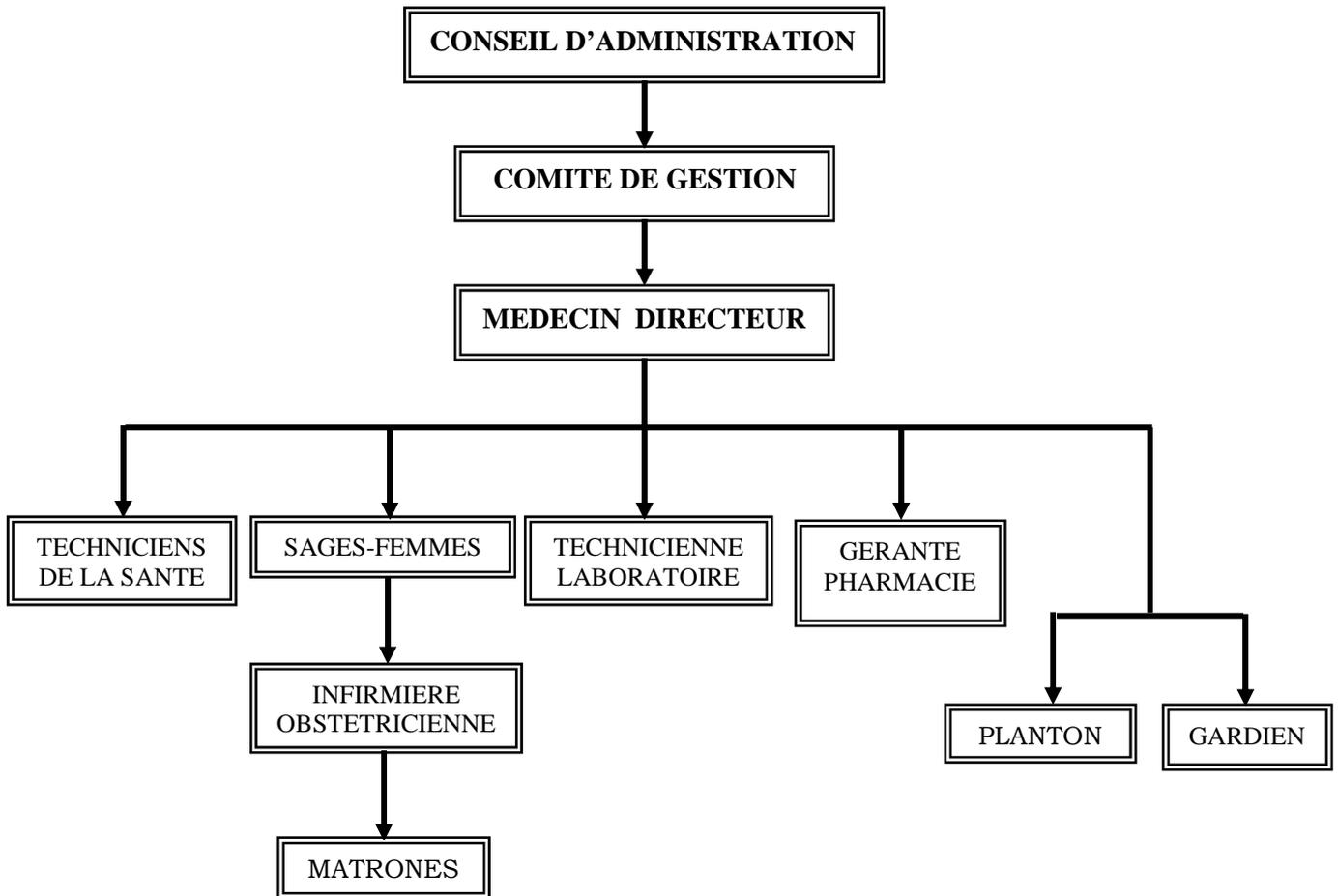
Le personnel du centre est recruté par le C.A. sur la base d'un contrat de travail conformément aux lois et législations du travail en République du Mali.

Par ailleurs le centre reçoit des élèves et étudiants stagiaires qui prêtent aussi mains fortes pour les différentes activités du centre de santé.

Le Médecin Directeur est le chef de centre. Il est responsable :

- Du dispensaire, la maternité, le laboratoire et la pharmacie ;
- De la programmation des services techniques de soins, des gardes et de la bonne utilisation du personnel ;
- Des fichiers et des dossiers des maladies ;
- De l'élaboration des rapports trimestriel, annuel et du programme opérationnel ;
- De l'état de propreté du centre.

**Schéma 4 : Organigramme du Centre de Santé MIPROMA.**

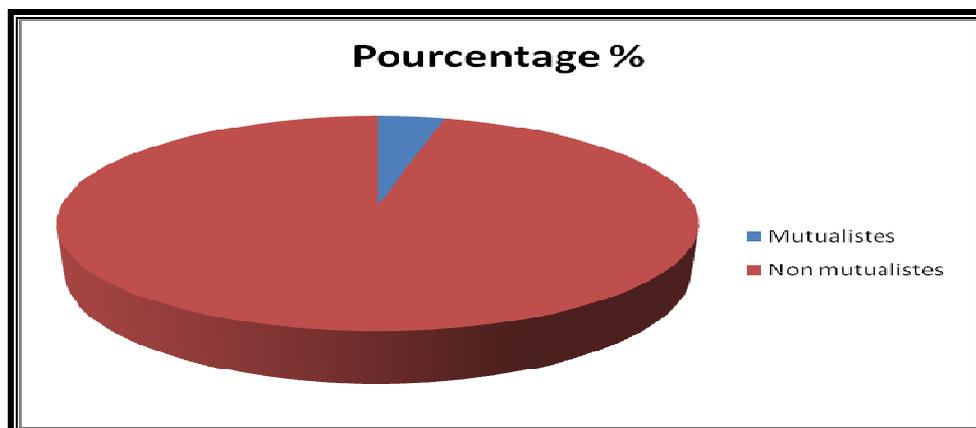


*Source : Thèse doctorale de N'Fafy SAKO 2009.*

L'organigramme illustre la structure opérationnelle du Centre de Santé MIPROMA.

### 5.3. La fréquentation du Centre de Santé MIPROMA

**Graphique 5 : La part de la fréquentation mensuelle des mutualistes.**



*Source : rapport d'activités de MIPROMA 2008.*

La fréquentation moyenne mensuelle du centre de Santé MIPROMA fut de 742,21 consultations soit 23,74 consultations journalières. Mais la part des adhérents/bénéficiaires représente une moyenne de 03,32% au compte de l'année 2008.

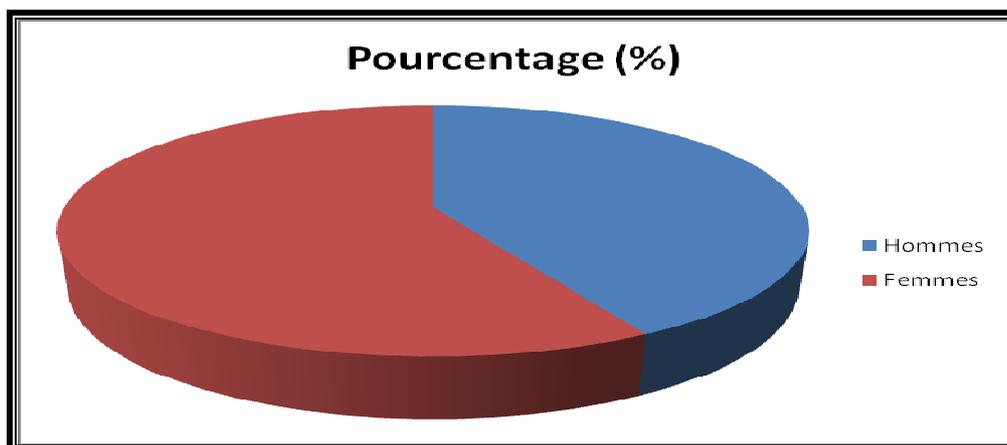
### 5.3.1 La fréquentation du Centre de Santé MIPROMA selon le sexe

**Tableau 5 : La répartition des adhérents/bénéficiaires qui ont fréquenté le centre de santé MIPROMA selon leur sexe en 2008.**

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	122	42
Féminin	174	58
<b>TOTAL</b>	<b>296</b>	<b>100</b>

*Source : rapport d'activités de MIPROMA 2008.*

**Graphique 6 : La répartition des adhérents/bénéficiaires qui ont fréquenté le centre de santé MIPROMA selon leur sexe en 2008.**



*Source : rapport d'activités de MIPROMA 2008.*

Parmi les adhérents/bénéficiaires qui ont fréquenté le centre de santé MIPROMA, le sexe féminin a été le plus dominant avec 58,78 % des cas au compte de l'année 2008. Le sexe ratio a été de 0,70 en faveur du sexe féminin.

Cela est dû au fait que parmi les quatre services du centre à savoir : le dispensaire, la maternité, le laboratoire et la pharmacie, un lui est entièrement consacré (la maternité) et elle partage les trois autres avec les hommes.

D'autres raisons peuvent être qu'elles sont en général plus disponibles que les hommes chefs de famille très occupés et qu'elles accompagnent aussi leurs enfants pour des soins.

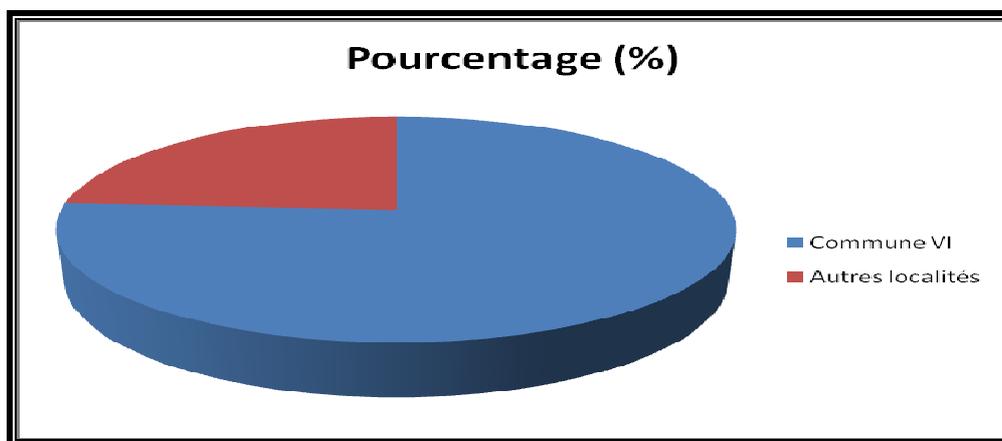
### 5.3.2 La fréquentation du Centre de Santé MIPROMA selon la provenance

**Tableau 6 : La répartition des adhérents/bénéficiaires qui ont fréquenté le centre de santé MIPROMA selon leur provenance en 2008.**

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Commune VI	223	76
Autres localités	73	24
<b>TOTAL</b>	<b>296</b>	<b>100</b>

*Source : rapport d'activités de MIPROMA 2008.*

**Graphique 7 : La répartition des adhérents/bénéficiaires qui ont fréquenté le centre de santé MIPROMA selon leur provenance en 2008.**



*Source : rapport d'activités de MIPROMA 2008.*

Parmi les adhérents/bénéficiaires qui ont fréquenté le centre de santé MIPROMA en 2008, la majorité provenait de la CVI avec 75,34% de cas.

Des analyses ont montré que la proximité est un paramètre très important pour la fréquentation d'un centre de santé.

### 5.4. Les Pathologies les plus traitées au Centre de Santé MIPROMA

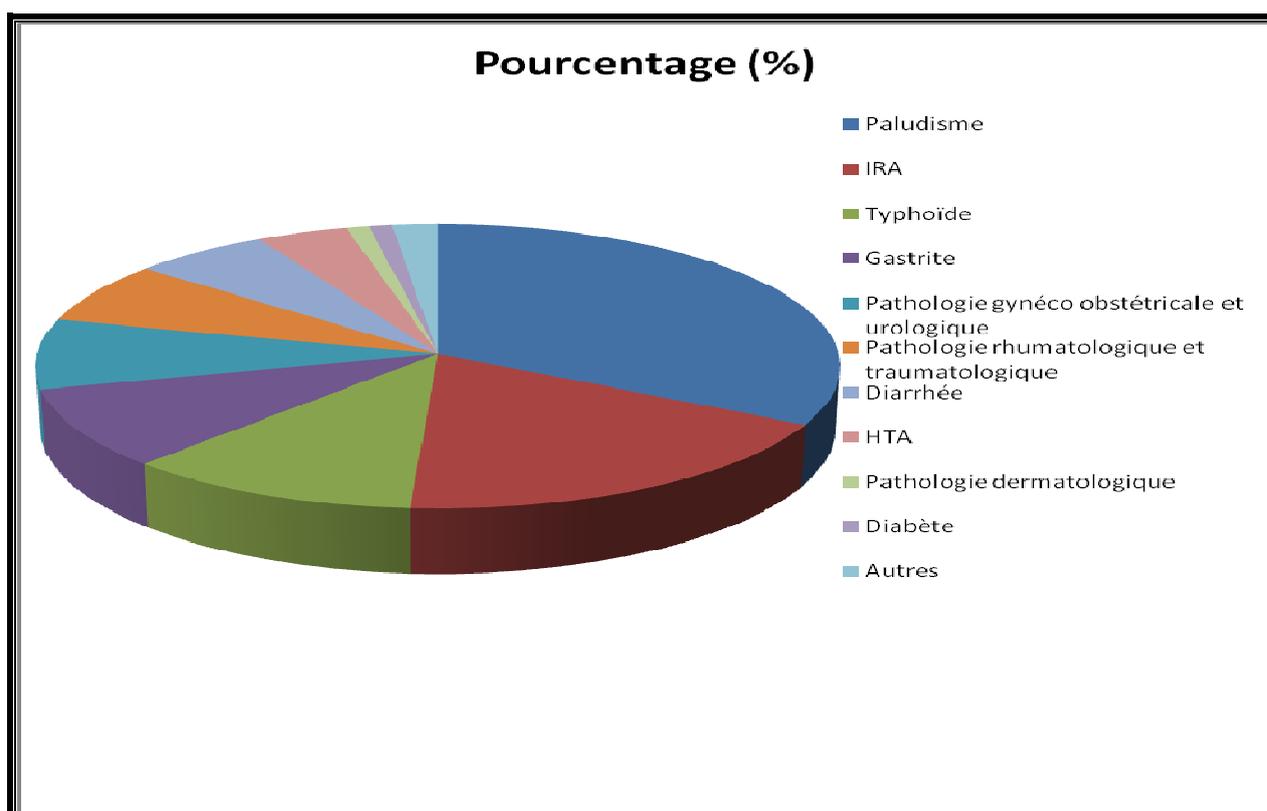
Le tableau suivant nous donne les principales pathologies traitées au Centre de Santé MIPROMA.

**Tableau 7 : Les principales Pathologies traitées au Centre de Santé MIPROMA.**

Pathologies	Effectif	Pourcentage (%)
Paludisme	175	33
IRA	92	18
Typhoïde	57	11
Gastrite	45	9
Pathologie gynéco obstétricale et urologique	42	8
Pathologie rhumatologique et traumatologique	38	7
Diarrhée	32	6
HTA	19	4
Pathologie dermatologique	6	1
Diabète	5	1
Autres	21	2
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>100</b>

**Source :** rapport d'activités de MIPROMA 2008.

**Graphique 8 : La répartition des pathologies les plus traitées au centre de santé MIPROMA 2008.**



**Source :** rapport d'activités de MIPROMA 2008.

Le paludisme est la maladie la plus fréquente au centre de santé MIPROMA avec un taux de 33%, environ le tiers des pathologies traités au centre. Il est suivi de l'IRA avec 18% et la fièvre typhoïde avec 11%.

Le nombre moyen de médicaments par ordonnance est de trois (03) avec un coût moyen de 2 367,2 F.CFA. (**Source :** propre enquête juin 2009).

### 5.5. Adhésion au Centre de Santé MIPROMA

Le centre de santé MIPROMA fonctionne comme un CSCOM, il dispose aussi des cartes de membre comme les cartes d'adhérents d'une ASACO qui accordent quelques avantages sur des services mais uniquement au niveau du centre de santé MIPROMA.

Le tableau suivant donne les coûts des prestations du centre de santé MIPROMA.

**Tableau 8 : Les coûts des prestations du centre de santé MIPROMA.**

NATURE DES PRESTATIONS	PRIX (FCFA)	
	Adhérent <sup>29</sup>	Non Adhérent <sup>30</sup>
<b><u>DIVISION MEDECINE EXTERNE</u></b>		
• Consultation	300	600
<b><u>DIVISION INFIRMERIE</u></b>		
• Perfusion	500	750
• Pansements	250	500
• Circoncision	1 500	2 000
• Injection	200	300
• Suture	750	1 000
<b><u>DIVISION MATERNITE :</u></b>		
• Consultation Prénatale	250	250
• Accouchement	2 000	1 500
• Accouchement à domicile	2 250	2 250
• Carte Vaccination	600	600
<b><u>DIVISION LABORATOIRE</u></b>		
• Toxo		3 500
• Glycémie		1 500
• ECBU		2 000
• Selle – POK		1 500
• Groupe Phosus		1 500
• BW		1 000
• Test d'Emmel		750
• GE		750
• Vidal		3 000

**Source : Rapport d'activités de MIPROMA 2008.**

Ces cartes sont annuelles et bénéficient à tous les membres de la famille ; elles coûtent 1 000 F.CFA.

<sup>29</sup> Il est à noter que ces adhérents et non adhérents du tableau 8 sont relatifs au centre de santé mais aucunement à la mutuelle MIPROMA elle même.

<sup>30</sup> Relatifs au centre de santé mais aucunement à la mutuelle MIPROMA elle même.

Il semble très important de signaler que ce produit du centre de santé MIPROMA n'est pas à être confondu avec l'AMV de MIPROMA.

La carte d'adhérent au centre de santé MIPROMA est un peu limitée, elle n'accorde que de petites réductions sur quelques prestations mais pas sur les services du laboratoire ni sur les coûts des médicaments de la pharmacie.

Cette carte n'est valable qu'au niveau du centre de santé MIPROMA.

La présente étude s'attèle sur l'AMV et non l'adhésion au centre de santé MIPROMA.

## Chapitre VI : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

### 1. Analyse quantitative

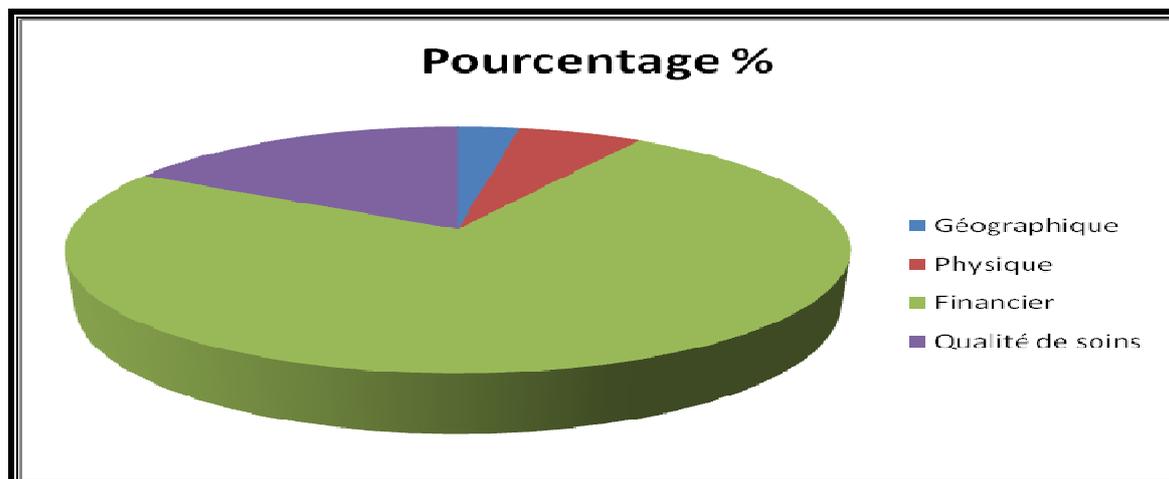
**Tableau 9 : La perception des problèmes liés à l'accès aux soins de santé.**

Question : quels problèmes rencontrez-vous face à l'accès aux soins de santé ?

Réponses \ Sexe	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Géographique	0	0	2	100	2	3
Physique	2	40	3	60	5	6
Financier	35	60	23	40	58	74
Qualité de soins	5	38	8	62	13	17
Total	42	54	36	46	78	100

Source : propre enquête 2009.

**Graphique 9 : La perception des problèmes liés à l'accès aux soins de santé.**



Source : propre enquête 2009.

Commentaire : dans les trois quartiers concernés, le véritable problème d'accès aux soins semble être d'ordre économique.

En effet ; 74% des personnes interrogées ont des contraintes financières pour des soins de santé ; 17% pensent que la qualité des soins fait défaut ; 7% ont des contraintes physiques et seul 3% affirme qu'il y a un problème géographique.

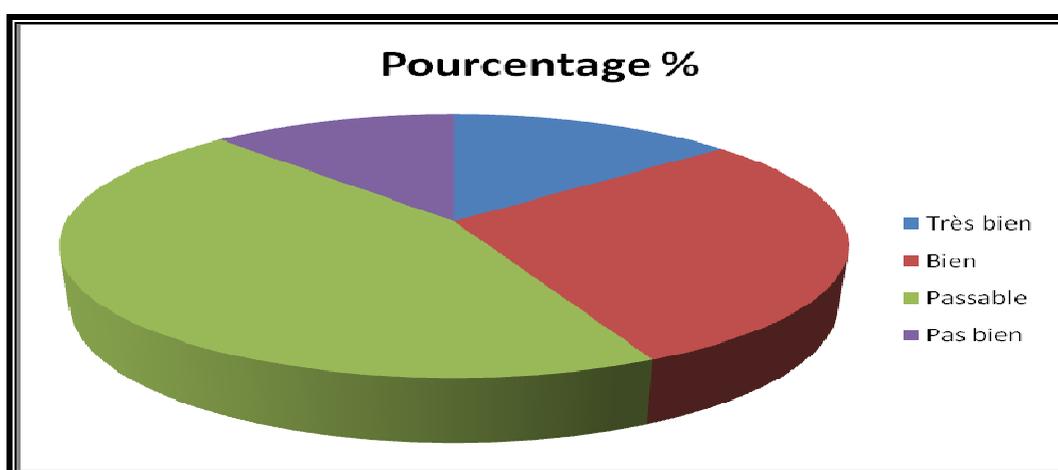
**Tableau 10 : La perception de la qualité des soins par la population.**

Question : Comment trouvez-vous la qualité des services de soins ?

Réponses \ Sexe	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Très bien	4	36	7	64	11	14
Bien	9	39	14	61	23	29
Passable	15	43	20	57	35	45
Pas bien	5	56	4	44	9	12
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>58</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Source : propre enquête 2009.

**Graphique 10 : La perception de la qualité des soins par la population.**



Source : propre enquête 2009.

Commentaire : 14% des personnes interrogées trouvent très bonne la qualité des services ; 29% des personnes interrogées trouvent bonne la qualité des services et 45% trouvent passable la qualité des services.

Seul 12% des personnes interrogées ont un avis défavorable sur la qualité des soins.

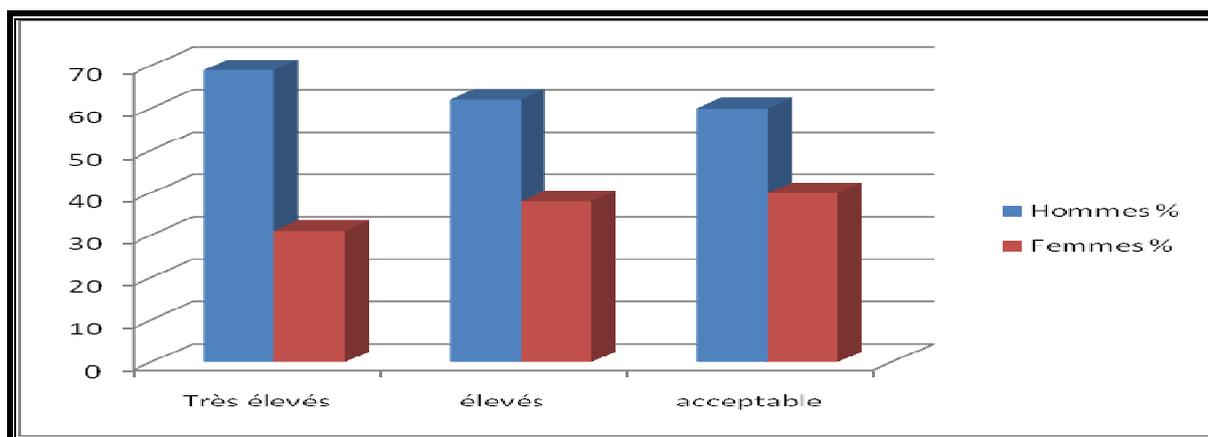
**Tableau 11 : La perception des coûts de soins par la population.**

Question : Comment trouvez-vous les coûts des services de soins?

Réponses \ Sexe	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Très élevés	11	69	5	31	16	21
élevés	23	62	14	38	37	47
acceptable	15	60	10	40	25	32
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>63</b>	<b>29</b>	<b>37</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Source : propre enquête 2009.

**Graphique 11 : La perception des coûts de soins par la population.**



**Source :** propre enquête 2009.

**Commentaire :** les hommes sont les plus nombreux à trouver le coût des soins non acceptables. On a un total de 68% (64% d'homme contre 36% de femme). 32% trouvent les coûts acceptables.

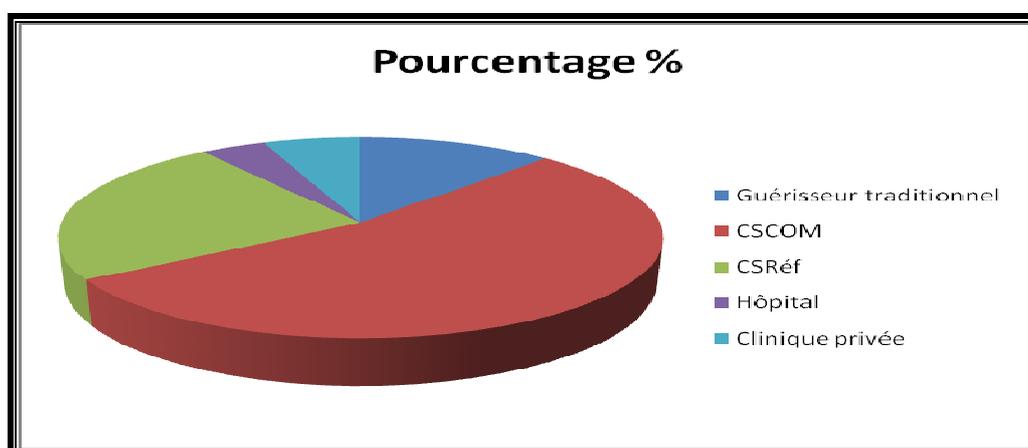
**Tableau 12 : Les Structures sanitaires fréquentées par la population.**

**Question :** où vous faites-vous soigner en cas de maladie ?

Réponses	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Guérisseur traditionnel	6	66	3	34	9	12
CSCOM	14	33	28	67	42	54
CSRéf	7	37	12	63	19	24
Hôpital	0	0	3	100	3	4
Clinique privée	1	20	4	80	5	6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>50</b>	<b>64</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Source :** propre enquête 2009.

**Graphique 12 : Les Structures sanitaires fréquentées par la population.**



**Source :** propre enquête 2009.

Commentaire : la fréquentation des CSCOM l'emporte de loin sur les autres structures de santé. On a 54% plus de la moitié des personnes interrogées qui affirme fréquenter cette structure ; 24% fréquente le CSRéf et 12 % ont recours à la médecine traditionnelle. Seule une faible portion à recours aux hôpitaux et aux cliniques privées

## **2. Synthèse de l'analyse quantitative**

En terme de qualité, il faut comprendre deux volets: la qualité subjective et la qualité objective.

La qualité subjective des soins de santé peut se définir par trois paramètres à savoir : le service rendu, le résultat obtenu et le coût.

Le service rendu par le centre de santé MIPROMA est le PMA comme les CSCOM. En général les personnes interrogées sont satisfaites des services fournis par le centre de santé MIPROMA.

Les personnes interrogées sont en majeure partie satisfaites du résultat et les coûts acceptables par une frange de personnes.

L'expression conjuguée de ces trois paramètres permet d'affirmer que les services fournis sont de qualité selon les perceptions de la population.

La qualité objective prend en compte les normes pour offrir les services de soins que ça soit au niveau du personnel mais aussi des équipements, du génie civil et même des conditions d'hygiène du centre de santé. La qualité objective s'intéresse à toutes les potentialités économiques, humaines, infrastructurelles, hygiéniques de la façon de prise en charge des patients mais aussi de la supervision de ses services.

Si d'un coté, la qualité observée par la population est satisfaisante, il faut aussi signaler que la potentialité du centre de santé MIPROMA pour l'offre de ses services de santé présente des défaillances et qu'un renforcement de capacité à ce niveau contribuerait à une amélioration de la qualité objective des soins au niveau du centre de santé MIPROMA.

La qualité des soins n'est pas un réel problème d'accès de la population aux soins.

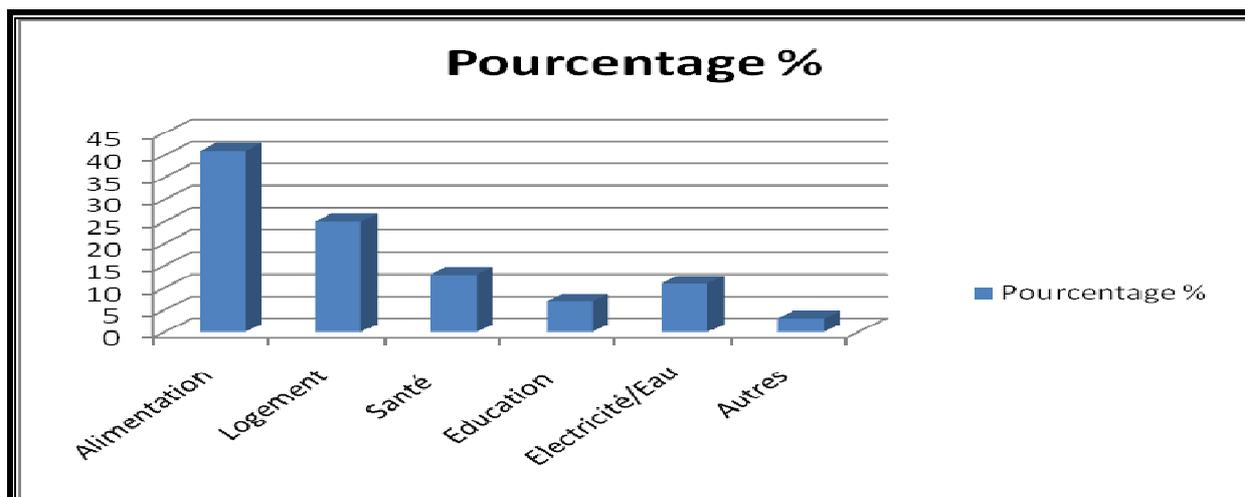
Les résultats des enquêtes auprès des populations et des utilisateurs des services de santé montrent qu'en général la population est satisfaite des services reçus.

Le problème d'accès géographique et physique ne se pose pas tellement dans les 3 quartiers où ont lieu les enquêtes. En effet, ces 3 quartiers comptent en plus du centre de santé MIPROMA, 3 autres CSCOM fonctionnels, le CSRéf de la CVI et plusieurs autres structures sanitaires (cliniques privées, pharmacies, ...)

Mais il faut quand même signaler que la population fréquente en général les centres de santé les plus proches. Ce qui semble une raison lors des enquêtes, pour que très peu de mutualistes du quartier de Sogoniko ont pu être rencontré. En effet, le quartier de Sogoniko semble être plus éloigné du centre de santé MIPROMA mais aussi il abrite le CSRéf de la CVI plus perfectionné.

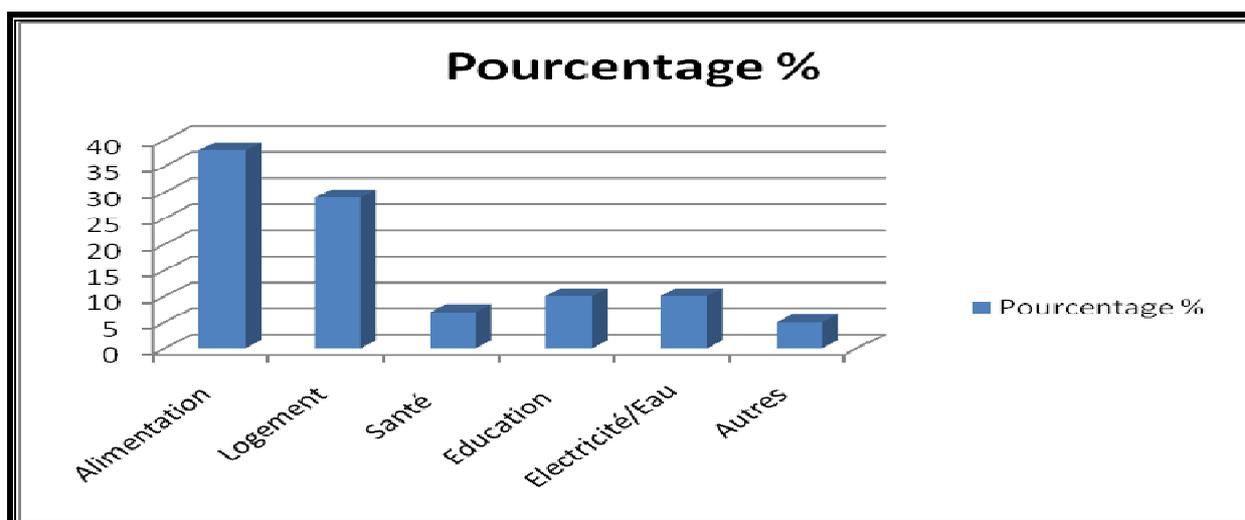
Concernant les problèmes liés à l'accès financier, une étude comparative entre les dépenses majeures des mutualistes et non mutualistes a été réalisée. Les graphiques suivants illustrent la part des dépenses faites à ces deux niveaux.

**Graphique 13 : Les dépenses majeures des non mutualistes.**



**Source :** propre enquête 2009.

**Graphique 14 : Les dépenses majeures des mutualistes**



**Source :** propre enquête 2009.

Dans les deux cas, les dépenses d'alimentation l'emportent de loin sur les autres dépenses majeures.

La part des dépenses de santé des non mutualistes est deux fois plus importante que celle des mutualistes, ce qui permet aux mutualistes d'accorder une part moins importante à l'alimentation et une part plus importante aux autres secteurs de dépenses. Ce qui semble vérifier les lois macro économiques suivantes :

1. *Loi psychologique fondamentale de KEYNES*<sup>31</sup> : « en moyenne, et la plupart du temps, les hommes tendent à accroître leur consommation à mesure que leur revenu croît, mais non d'une quantité aussi grande que l'accroissement du revenu »

<sup>31</sup> Keynes : grand économiste anglais né en 1883 à Cambridge.

2. *Loi d'ENGEL*<sup>32</sup> : « au cours du temps quand les revenus augmentent la part des besoins de première nécessité diminue au détriment de la part des besoins superflus ».

Il y a des obstacles économiques qui freinent l'accès des populations aux soins de santé de base. Dans une situation de pauvreté plus ou moins générale, avec un pouvoir d'achat faible, la population consacre une grande partie aux dépenses de première nécessité qu'est l'alimentation et a très souvent recours aux pratiques illicites ou à la médecine traditionnelle beaucoup moins chère.

La pauvreté est un problème réel face à l'utilisation des services de santé. 64,95% des personnes interrogées trouvent que le coût des soins non acceptable, ce qui freine leur accès aux services de santé.

### **2.1. Les actions de MIPROMA**

MIPROMA est une mutuelle de santé ouverte à tout le monde sans distinction de corps professionnel, de race, de sexe, de religion, de nationalité, ...

Elle fait de l'Assurance Maladie qui est un mécanisme d'entraide, de solidarité et de prévoyance qui, sur la base des cotisations de ses assurés mutualistes, participe à la prise en charge jusqu'à au moins 75% de leurs coûts des soins.

Comme mode de paiement, MIPROMA a choisi d'instaurer un système du tiers payant, avec un ticket modérateur de 25 % du coût des prestations de santé, ce qui a comme avantage pour l'assuré mutualiste de ne pas avoir à recourir à une procédure de remboursement auprès de sa mutuelle, et qui n'exige pas de lui une trop grande disponibilité financière immédiate lorsqu'il doit recourir à des soins de santé.

MIPROMA assure la prise en charge partielle des dépenses de santé de ses adhérents/bénéficiaires. Cette prise en charge concerne les soins ambulatoires et les soins hospitalisation et les achats de médicaments.

Elle contribue à la protection de l'état de santé de ses membres en mettant en œuvre toute activité contribuant à la protection sociale des adhérents/bénéficiaires.

Une autre action très importante de MIPROMA est la sensibilisation, l'information de la population pour inciter l'adhésion de nouveaux membres.

De par ses actions, MIPROMA facilite l'accessibilité financière aux soins de santé, la continuité dans les soins et aussi une amélioration de la qualité des soins tout en allégeant les coûts de traitement.

Une petite étude comparative entre les assurés mutualistes et les non assurés mutualistes montre que :

Les assurés mutualistes ont recours aux services de santé deux à trois fois plus que les non assurés mutualistes. Mais tous leurs coûts de traitement restent de loin inférieurs à ceux des non assurés mutualistes.

---

<sup>32</sup> Engel : statisticien allemand ; La loi d'Engel est une loi empirique avancée en 1857.

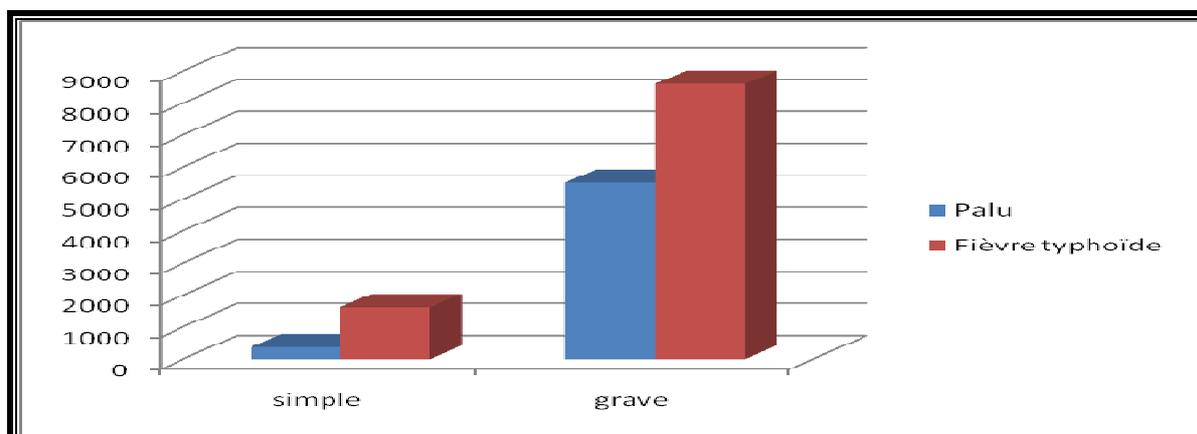
Au niveau du centre de santé MIPROMA, pour le paludisme et la fièvre typhoïde par exemple, la plus part des assurés mutualistes ayant fréquenté le centre ont un cas simple. Par contre, les non assurés mutualistes ont en général un cas grave.

**Tableau 13 : L'estimation des coûts d'ordonnance du paludisme et de la fièvre typhoïde**

Pathologies	P. simple	P. grave	F.T. simple	F.T. grave
Coûts (F.CFA)	635	5 510	1 620	8 600

*Source : propre enquête ; P.= palu F.T. = fièvre typhoïde.*

**Graphique 15 : L'estimation des coûts d'ordonnance du paludisme et de la fièvre typhoïde.**



*Source : propre enquête 2009.*

Pour un non assuré mutualiste en cas de palu ou de fièvre typhoïde grave, il se retrouve avec des coûts d'ordonnance de 5 510 F.CFA ou de 8 600 F.CFA que l'on devrait augmenter de 600 F.CFA (ou de 300 F.CFA dans certains cas) comme frais de consultation. Or pour un assuré mutualiste, il faudra juste prendre le quart de ces coûts (y compris les frais de consultation fixés à 400 FCFA).

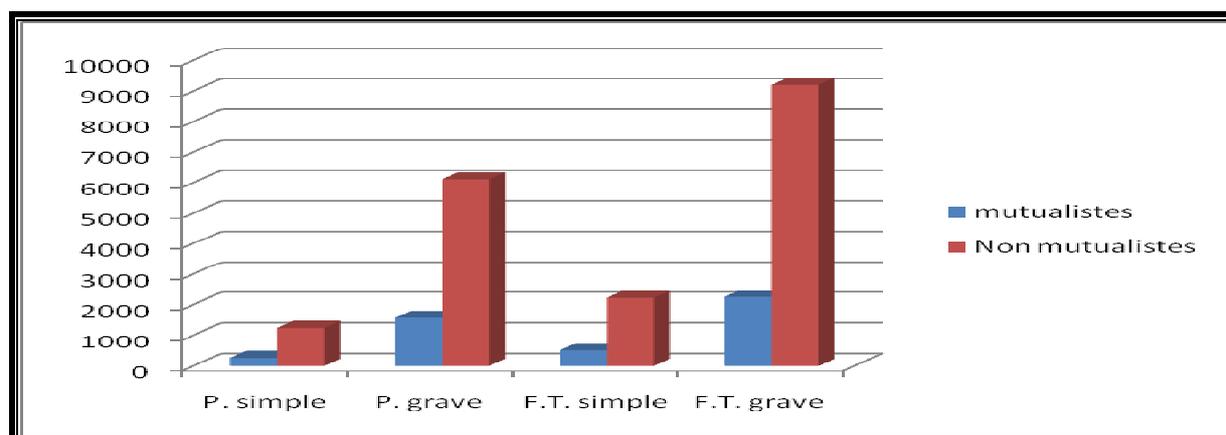
Le tableau suivant donne une estimation des coûts de traitement des deux pathologies pour les assurés et non assurés mutualistes.

**Tableau 14 : L'estimation des coûts de traitement du paludisme et de la fièvre typhoïde pour les assurés et non assurés mutualistes.**

	P. simple	P. grave	F.T. simple	F.T. grave
Mutualistes	259	1 578	505	2 250
Non Mutualistes	1 235	6 110	2 220	9 200

*Source : propre enquête ; P.= palu F.T. = fièvre typhoïde.*

**Graphique 16 : L'estimation des coûts de traitement du paludisme et de la fièvre typhoïde pour les assurés et non assurés mutualistes.**



**Source : propre enquête 2009.**

On remarque des réductions considérables des coûts de traitement au niveau des assurés mutualistes.

Pour le palu et la fièvre typhoïde par exemple, on enregistre des réductions d'au moins 75% en théorie.

Mais, la réalité est encore plus intéressante car, les assurés mutualistes ayant des coûts réduits pour accéder aux soins de santé, ils ont donc accès aux soins plus facilement et à moindre coût avant que la maladie ne s'aggrave.

Tout apparaît comme si : pour un traitement de palu, les 259 FCFA auraient permis aux mutualistes d'éviter des coûts de traitement de l'ordre de 1 578 FCFA ou même de 6 110 FCFA. Ce qui représente des réductions énormes de l'ordre de 83,60% ou même de 95,76% sur les coûts de traitement.

De même pour un traitement de fièvre typhoïde on se retrouve avec des réductions de l'ordre de : 77,55% ou même de 94,51% pour des cas plus graves au niveau des mutualistes.

### **3. Analyse qualitative**

Discours de Mme A. F. 35 ans : «le coût des soins de santé est élevé, ce qui me pousse à fréquenter les guérisseurs traditionnels ou de payer les médicaments dans les pharmacies irrégulières. Il faut faire quelque chose pour réduire un peut les coûts des soins de santé».

Commentaire : ce discours nous fait savoir que le coût élevé des services de santé constitue un véritable obstacle face à l'accès aux soins des populations. Et pour y remédier, il faut envisager une réduction des coûts de traitement ou faire recours à un système de financement des soins de santé.

Des raisons financières freinent bien l'accès aux soins de santé de base des populations.

Discours de Mme K. S. 43 ans : «je trouve que les services de santé sont de qualité. Je suis bien accueillie, bien traitée et je me sens bien à l'aise dans le centre de santé

*que je fréquente, c'est aussi une question d'habitude et en plus, il est plus proche de moi. C'est d'ailleurs pour ces raisons que je fréquente ce CSCOM ».*

Commentaire : ce discours nous montre que la qualité des soins doit aussi prendre en compte les relations interpersonnelles. On est plus à l'aise avec les personnes que l'on connaît et aussi, qu'il existe une forte corrélation entre la fréquentation d'un centre de santé et sa position géographique.

Discours de M. S. C. 53 ans : *« j'avais entendu parler de MIPROMA mais très vaguement. Mais je pense que c'est une très bonne chose que de telle organisation nous aide à nous faire soigner. J'ai plusieurs personnes à ma charge et je crois que dès maintenant je vais aller adhérer pour pouvoir profiter des services de cette mutuelle avec toute ma famille ».*

Commentaire : on peut constater qu'effectivement, la MIPROMA est confrontée à un problème de sensibilisation de la population. Les gens n'ont pas connaissance des services et produits de la mutuelle, mais approuve tout de suite l'idée dès qu'ont leur explique.

Discours de M. B. D. 33 ans : *« le problème de MIPROMA c'est qu'on ne peut pas bénéficier de ses services dans certaines structures sanitaires comme les pharmacies privées et même le CSRéf de la CVI en cas de référence. La mutuelle a aussi très peu de moyens, elle a donc besoin d'aides ».*

Commentaire : la MIPROMA a des difficultés pour la prise en charge de ses adhérents/bénéficiaires dans des centres non conventionnés comme par exemple le CSRéf CVI. Ceci engendre souvent des mécontentements entre la mutuelle et certains adhérents/bénéficiaires.

Discours de M. H. M. 38 ans : *« je pense que le système de gestion doit être informatisé. La mutuelle a de sérieux problèmes à ce niveau, l'utilisation de l'outil informatique va certainement contribuer à améliorer davantage la gestion de MIPROMA. Il faut aussi voir l'organisation interne de la mutuelle, ce qui est très important ».*

Commentaire : l'organisation interne d'une mutuelle de santé doit faire l'objet d'une attention particulière, il va de la survie de la structure. L'utilisation de l'outil informatique sera d'un grand apport à MIPROMA dans ses tâches.

On voit que MIPROMA peut effectivement améliorer davantage ses actions pour une couverture beaucoup plus large au niveau des populations.

## **4. Synthèse de l'analyse qualitative**

### **4.1. Pertinence des actions de MIPROMA**

#### **4.1.1. Les risques de maladie**

La maladie est le plus souvent imprévisible ; la période et le montant des dépenses de santé ne peuvent être déterminés à l'avance. L'individu ou la famille doit pourtant être en mesure d'assumer ces dépenses au moment où la maladie survient.

En cas d'hospitalisation ou de maladie grave, le montant des dépenses à effectuer dépasse la capacité de paiement de la plupart des individus et ménages. De

nombreuses personnes ne peuvent même pas assumer les dépenses pour des maladies bénignes. Ces difficultés sont accrues par les frais indirects qui s'ajoutent à la facture de soins : déplacements, garde malade, nourriture, etc.

Personne n'est à l'abri de la maladie. Celle-ci déjoue les prévisions et peut avoir des conséquences financières désastreuses sur le patrimoine et l'existence des individus. La contribution financière des malades ou de leur famille à la prise en charge de la maladie est nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des services de santé, mais elle limite l'accès des plus démunis aux soins. Bien souvent, les individus et leur ménage ne peuvent pas assumer les dépenses nécessaires pour bénéficier de soins appropriés.

La maladie peut provoquer des dommages durables et parfois irréversibles sur la santé de l'individu. Elle constitue donc un risque pour la santé. S'il n'est pas assuré, l'individu peut être dans l'incapacité de faire face aux dépenses nécessaires à son rétablissement, accroissant ainsi le risque que la maladie fait courir à sa santé. La maladie peut provoquer des pertes de matérielles importantes contre lesquelles l'individu a intérêt à se protéger.

Enfin, la maladie peut entraîner une incapacité de travail momentanée ou durable et donc une perte de revenus. Sur le plan financier, les risques se répartissent habituellement en deux catégories :

- Les gros risques liés aux maladies graves qui demandent un effort financier en général hors de portée de la plupart des familles ;
- Les petits risques qui concernent les cas plus simples et demandent des dépenses de soins moindres mais dont la fréquence de survenue est nettement plus élevée que celle des gros risques, comme par exemple : les soins infirmiers, les consultations ambulatoires...

Très schématiquement, les petits risques se situent à la base de la pyramide sanitaire, au niveau des soins de santé primaires : CSCOM. Les gros risques interviennent aux échelons supérieurs de cette pyramide, au niveau des CSRéf et hôpitaux ou centres spécialisés.

#### **4.1.2. Les conséquences financières de la maladie**

La charge financière résultant du traitement d'une maladie se traduit d'abord en termes d'exclusion. Le fait de ne pas disposer des ressources nécessaires pour faire face aux dépenses de santé limite en effet l'accès du malade aux soins. Dans un contexte de pauvreté, cette exclusion ne touche pas seulement les indigents, mais la plupart des ménages.

L'exclusion revêt différentes formes dépendantes des sources et des niveaux de revenus des individus et des familles : L'exclusion économique, L'inexistence ou l'insuffisance de revenus durant toute l'année entraîne une impossibilité permanente de financer des dépenses de santé.

Lorsque l'on s'élève dans l'échelle des revenus, la possibilité économique d'accès aux soins de santé s'améliore. Toutefois, les revenus des ménages ne sont pas toujours réguliers ; apparaissent alors différentes formes d'exclusion liées à des contraintes financières :

- L'exclusion temporaire se produit lorsque la famille ne dispose pas immédiatement des ressources dont elle a besoin pour financer les dépenses liées à une maladie. Le recours aux soins est alors retardé, le temps de trouver les moyens nécessaires ;
- L'exclusion partielle concerne les utilisateurs des services de santé qui ne disposent pas suffisamment de ressources pour prendre en charge l'intégralité des soins et/ou des traitements prescrits ;
- L'exclusion saisonnière touche les familles dont les revenus sont inégalement répartis au cours de l'année. Les revenus des ménages ruraux, par exemple, sont souvent concentrés sur une ou plusieurs périodes, généralement au moment de la vente des récoltes. Ces ménages souffrent durant le reste de l'année de difficultés importantes pour faire face aux dépenses de santé y compris dans le cas de maladies bénignes.

La maladie est souvent à l'origine d'une pauvreté durable, en particulier, lorsque le chef de famille, qui supporte les charges, souvent seul source de revenus de la famille, décède ou devient invalide, faute de soins. Pour faire face à une dépense importante et urgente de soins, une famille s'endette lourdement ou vend un bien précieux, à vil prix.

#### **4.1.3. Les alternatives pour faire face aux dépenses liées à la maladie**

Les enquêtes révèlent que les populations ont recours à quelques alternatives pour faire face aux dépenses en cas de maladie :

##### **a. Les alternatives usuelles et traditionnelles**

- Recours à l'emprunt usuraire ;
- Vente de biens : (meubles, bijoux, etc.) ;
- Utilisation des fonds d'investissement : (commerce, atelier, etc.) ;
- Détournement d'un crédit de son objet ;
- Recours à la médecine traditionnelle, automédication, achat de médicaments dans les pharmacies irrégulières (pharmacies par terre).

##### **b. Les alternatives collectives sociales :**

- Recours à l'entraide et à la solidarité au sein de la famille ou entre amis/voisins : prêts et/ou dons ;
- Participation à une association d'entraide ;
- Adhésion à un système d'assurance : sécurité sociale, assurances commerciales, assurances sans but lucratif, caisse de solidarité, mutuelles de santé, autres.

Les individus et les familles ont deux attitudes possibles face aux dépenses de santé. Ils peuvent soit attendre que la maladie survienne pour chercher les ressources nécessaires aux dépenses de santé, soit prendre des dispositions pour se préparer à faire face à ce type de dépenses avant qu'une maladie ne survienne. Dans le premier cas, il ne s'agit pas d'une protection contre le risque mais simplement d'en surmonter les implications financières. L'incertitude quant à la possibilité de faire face aux problèmes de ressources reste très élevée. Dans le second cas, l'anticipation des conséquences financières de la maladie permet de surmonter celles-ci avec plus de facilité. Il s'agit d'une démarche de prévoyance pour se protéger contre le risque maladie.

#### **4.2. L'AMV de MIPROMA**

L'assurance se définit comme un instrument qui permet à plusieurs personnes de partager les risques. Les ressources des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un risque. Les risques couverts par la garantie sont précisément déterminés. Les assurés renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc les réclamer s'ils ne sont pas victimes de ces risques.

En d'autres termes, l'assurance conduit à ce que ceux qui ne tombent pas malades paient pour ceux qui ont moins de chance. En souscrivant à MIPROMA, les individus acceptent le principe de ce transfert parce qu'ils sont conscients de ne pas être à l'abri des risques couverts par la mutuelle

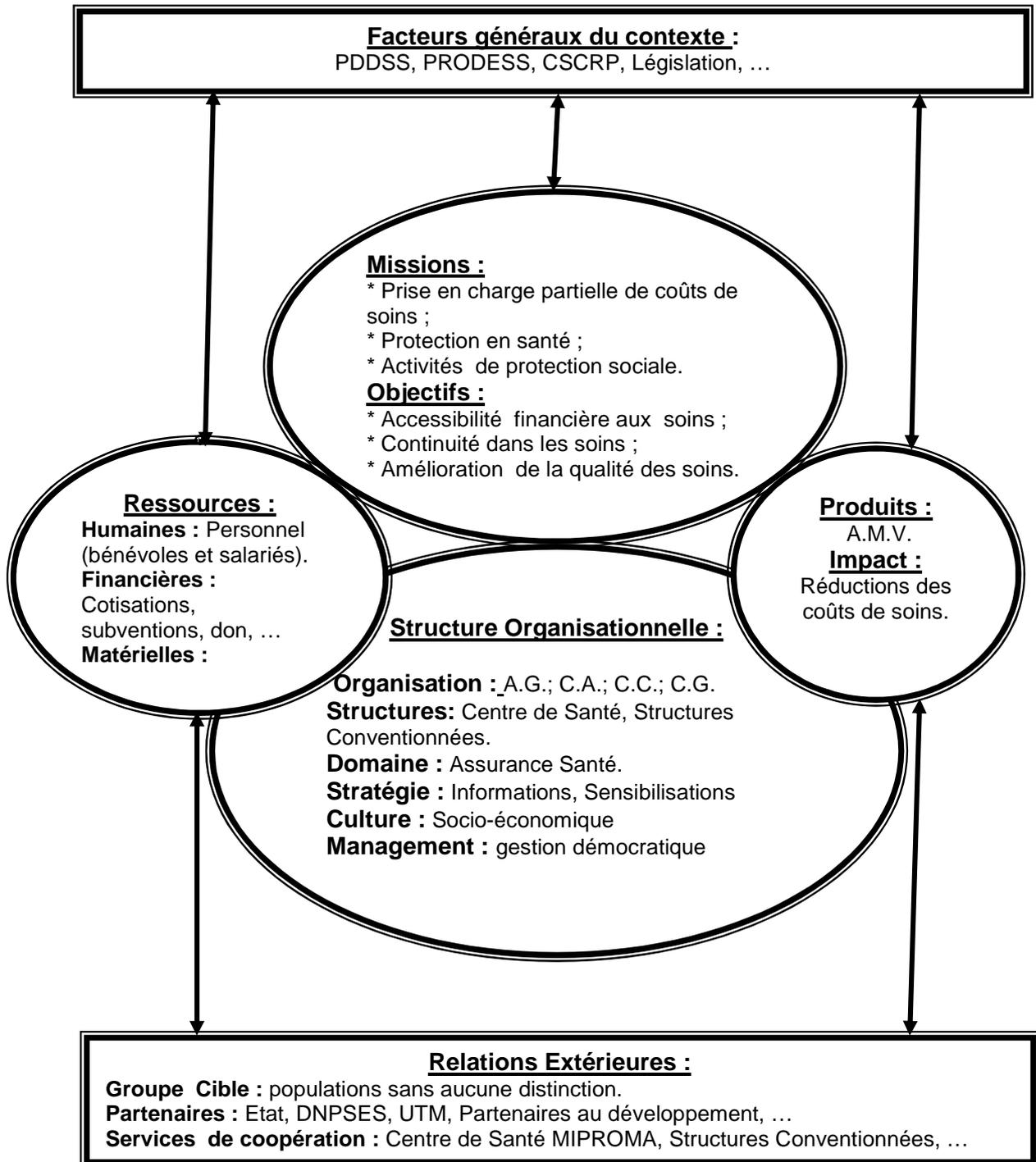
Les avantages l'AMV de MIPROMA pour ses adhérents/bénéficiaires sont immenses. En effet, MIPROMA de par ses actions contribuent à :

- *Une plus grande sécurité en cas de maladie pour ses adhérents/bénéficiaires* : En payant une somme connue à l'avance et de façon programmée (chaque jour, chaque semaine, etc.), l'adhérent/bénéficiaire n'est plus contraint d'engager des dépenses exceptionnelles parfois très importantes lors de situations imprévues ;
- *Une meilleure continuité des traitements* : Le nombre de recours aux soins durant la période couverte est grand et pour un même épisode de maladie, l'adhérent/bénéficiaire dispose de plus de facilités pour accéder aux soins nécessaires ;
- *Une réduction du délai de recours aux soins* : L'adhérent/bénéficiaire bénéficie de soins gratuits ou d'un prix sensiblement réduit. L'accès aux soins n'est donc plus ou est beaucoup moins retardé par les délais nécessaires pour que le malade ou sa famille trouve de l'argent ;
- *Une réduction des exclusions financières* : Les formes d'exclusion liées au manque d'argent au moment de la survenue de la maladie sont réduites puisque les montants à payer pour les soins sont peu élevés. L'adhérent/bénéficiaire peut donc recourir aux services de santé même durant les périodes les plus difficiles financièrement.

**Le Model Organisationnel Intégré de MIPROMA (MOI ou MIO) :** Le MIO est un outil qui sert à décrire (diagnostiquer) et à analyser les organisations.

Il est indiqué pour mieux s'orienter dans l'analyse des organisations tout en mettant en exergue les ressources (in put), la structure organisationnelle (stratégie d'intervention, système, culture, ...), les missions et produits (out put), les facteurs généraux du contexte (politique, économique, social, ...) et les relations extérieurs spécifiques (groupe cible, administration, partenaires, ...).

**Schéma 5 : Le MIO de MIPROMA.**



**Source :** réalisé par B. DOUMBIA août 2009.

Le MIO retrace la MIPROMA dans l'ensemble de son environnement : son savoir être, son savoir faire et ses relations de partenariat extérieur.

## **5. Vérifications des hypothèses**

A l'issus de cette étude, les différentes hypothèses de départ ont toutes pu être vérifiées. En effet ;

Concernant les hypothèses spécifiques :

L'hypothèse selon laquelle : Les raisons économiques freinent les populations à accéder aux soins de santé de base est vérifiée. Une frange importante de la population a des contraintes économiques pour accéder aux soins de santé ;

Quant à celle selon laquelle : Les actions de la MIPROMA permettent de réduire le coût des soins est aussi vérifiée. On enregistre jusqu'au moins 75% de réduction de coût des soins ;

De plus, celle selon laquelle : La MIPROMA, à travers ses actions peut améliorer davantage l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base l'étant aussi, car la MIPROMA contribue effectivement à la protection de l'état de santé de ses membres tout en mettant en œuvre des activités contribuant à la protection sociale des adhérents/bénéficiaires. Elle permet ainsi : l'accessibilité financière aux services de santé, une continuité dans les soins et une amélioration de la qualité des soins pour ses adhérents/bénéficiaires, on peut donc conclure que l'hypothèse générale est aussi vérifiée et par conséquent, la MIPROMA constitue un bon outil de lutte contre la pauvreté et de développement local.

## **6. Suggestions et perspectives**

Avant de proposer des pistes de solutions, une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces s'impose.

Cette analyse va demander l'utilisation du SEPO/ FFOM qui est un outil approprié.

Pour le diagnostic organisationnel des structures et organisations, l'un des outils d'analyse utilisé est le SEPO ou FFOM. Il est un outil sous forme de tableau très important, simple et efficace pour la mise en évidence des forces, faiblesses, opportunités et menasses d'une organisation. Il est un outil très utilisé en DIRO.

### **6.1. Le SEPO de MIPROMA**

Le tableau ci-dessous donne le diagnostic interne et externe de la MIPROMA : (Forces / Succès ; Faiblesses / Echecs ; Opportunités / Potentialités ; Menaces / Obstacles).

**Tableau 15 : Le SEPO de MIPROMA.**

<b>Structure et Fonctionnement</b>	
<p><b><u>Forces / Succès</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Culture sociale ;</li> <li>✓ Bon accueil</li> </ul>	<p><b><u>Faiblesses / Echs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mal structurée ;</li> <li>✓ Mauvais système de documentation et d'archivage ;</li> <li>✓ Système non informatisé ;</li> <li>✓ Ressources financières très limitées ;</li> <li>✓ Disfonctionnement du système de fonctionnement à certain niveau.</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / Potentialités</u></b></p>	<p><b><u>Menaces / Obstacles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Méconnaissance de la mutuelle par les populations.</li> </ul>
<b>Personnel</b>	
<p><b><u>Forces / Succès</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bénévolat des membres du bureau ;</li> <li>✓ Motivé à rendre service.</li> </ul>	<p><b><u>Faiblesses / Echs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Peu impliqué dans les activités programmées ;</li> <li>✓ Pas bien formé pour la gestion des mutuelles de santé.</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / Potentialités</u></b></p>	<p><b><u>Menaces / Obstacles</u></b></p>
<b>Politique</b>	
<p><b><u>Forces / Succès</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Adhésion de masse ;</li> <li>✓ Cotisation abordable ;</li> <li>✓ Période d'observation relativement courte.</li> </ul>	<p><b><u>Faiblesses / Echs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Très peu de motivation des relais ;</li> <li>✓ Faible taux de réalisation des objectifs fixés ;</li> <li>✓ Difficultés de recouvrement des cotisations.</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / Potentialités</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Grand potentiel d'adhésion ;</li> <li>✓ Appui de l'UTM à la formation des relais ;</li> <li>✓ Appui de l'UTM dans l'adhésion de nouveaux membres ;</li> <li>✓ Appui de l'UTM dans le plan d'action ;</li> <li>✓ Disponibilité entière de l'UTM ;</li> </ul>	<p><b><u>Menaces / Obstacles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manque d'un mécanisme de sensibilisation et d'information efficace ;</li> <li>✓ Sollicite très peu les appuis de l'UTM ;</li> <li>✓ Pas très ouvert à l'extérieur.</li> </ul>
<b>Centre de Santé MIPROMA</b>	
<p><b><u>Forces / Succès</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accès facile ;</li> <li>✓ Soins de qualité ;</li> <li>✓ Environnement social détendu ;</li> <li>✓ Permanence de soins assurée.</li> </ul>	<p><b><u>Faiblesses / Echs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pas d'ambulance ;</li> <li>✓ Coût de soins souvent élevé ;</li> <li>✓ Local très petit ;</li> <li>✓ Centre non informatisé ;</li> <li>✓ Besoins en équipements et matériels (labo, dispensaire, maternité, ...).</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / Potentialités</u></b></p>	<p><b><u>Menaces / Obstacles</u></b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Collaboration avec CSCOM de la CVI ;</li> <li>✓ Supervision du CSRéf CVI</li> <li>✓ Possibilité de formation des agents.</li> </ul>	
<b>Structures Conventionnées</b>	
<b><u>Forces / Succès</u></b>	<b><u>Faiblesses / Echs</u></b>
<p style="text-align: center;"><b><u>Opportunités / Potentialités</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existence de structures conventionnées diverses et à différent niveau de la pyramide sanitaire ;</li> <li>✓ Présence de structures conventionnées dans plusieurs localités du pays.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Menaces / Obstacles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pas de convention avec le CSRéf de la CVI ;</li> <li>✓ Pas assez de structures conventionnées.</li> </ul>
<b>Partenaires</b>	
<b><u>Forces / Succès</u></b>	<b><u>Faiblesses / Echs</u></b>
<p style="text-align: center;"><b><u>Opportunités / Potentialités</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existence des partenaires ;</li> <li>✓ Possibilité de nouer de nouveaux partenariats.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Menaces / Obstacles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Partenaires peu diversifiés ;</li> <li>✓ Manque de partenaires financiers concrets ;</li> <li>✓ Pas une collaboration franche de la Mairie de la CVI ;</li> </ul>

**Source :** réalisé par B. DOUMBIA août 2009.

Le tableau du SEPO révèle que MIPROMA présente des forces, faiblesses, atouts et contraintes.

La structure MIPROMA présente des défaillances de structuration, des problèmes d'archivage et de documentation ce qui entraînent des faiblesses de fonctionnement. Des ressources financières très limitées et un système non informatisé constituent aussi un grand handicap entraînant le disfonctionnement à certain niveau et des difficultés de recouvrement des cotisations.

Le personnel étant bénévole, on constate peut de motivation dans les activités programmées. La MIPROMA semble se dérober de l'une de ses missions qui est la sensibilisation et l'information des populations pour une adhésion plus grande. En effet, la population est plus confrontée à un manque d'informations sur les services des mutuelles de santé. Il est aussi à noter que selon l'UTM, une grande partie des assurés mutualistes de MIPROMA a adhéré de leur coté.

Le centre de santé MIPROMA a aussi besoins de rénovation et de renforcement de capacités. On enregistre un manque d'équipements et de matériels.

Les structures conventionnées, malgré qu'elles soient existantes en plusieurs localités du pays restent encore en nombre très insuffisant. Ce qui réduit considérablement les structures de soins aux assurés mutualistes de MIPROMA.

## **6.2. Les suggestions**

Au terme de cette étude les recommandations suivantes peuvent constituer des pistes de solutions très importantes pour la promotion de MIPROMA en CVI et dans tout le reste du pays.

Elles sont adressées à :

### **6.2.1. La mutuelle MIPROMA**

- Une structuration efficace de la Direction de MIPROMA ;
- Mise en place de la documentation et de l'archivage ;
- Mise en place d'un système informatisé et de recouvrement de cotisations efficace ;
- Adoption d'une politique d'information et de sensibilisation adéquate de la population ;
- Prévoir un salaire ou autre motivation sûre et régulière au personnel non soignant ;
- Réduire davantage la période d'observation ;
- Nouer de nouveaux partenariats diversifiés.

### **6.2.2. Le centre de santé MIPROMA**

- Rénovation du centre de santé MIPROMA ;
- Equiper le centre en matériels et équipements : (ambulance, échographie, radiographie, laboratoire...) ;
- Augmenter le nombre de personnel soignant et veiller à leur formation régulière.

### **6.2.3. L'UTM**

- Adresser à temps le listing aux structures conventionnées ;
- Elargir le système de la mutualité vers de nouvelles structures conventionnées à savoir les CSRéf, cliniques, cabinets médicaux, hôpitaux, pharmacies, ... ;
- Appuyer davantage la MIPROMA dans ses actions ;

### **6.2.4. L'Etat**

- Accorder davantage des subventions à MIPROMA ;

- Mettre à la disposition du centre de santé MIPROMA, un nombre suffisant et compétent de personnel.

#### **6.2.5. Les Partenaires Techniques et Financiers**

- Appuyer techniquement et aussi financièrement la MIPROMA dans ses actions.

## CONCLUSION

La présente étude a permis d'analyser l'impact des actions de la MIPROMA sur les problèmes liés à l'accès des populations de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji aux soins de santé de base.

Il ressort que le véritable problème est surtout d'ordre économique.

Dans un environnement de pauvreté plus ou moins général, bien que les programmes de santé favorisent la santé à moindre coût, le manque de ressources financières est l'entrave la plus importante pour l'utilisation des services de santé par les populations.

Face à la maladie imprévisible, les populations ont recours à des pratiques illicites comme : l'automédication, achat des médicaments illicites, etc.

La MIPROMA de par ses actions propose une alternative pour résoudre ce problème d'accès aux soins de santé des populations.

Elle est une mutuelle de santé non corporatiste, ouverte à tout le monde sans aucune distinction (race, sexe, profession, ...) ce qui constitue un atout majeur.

Elle fait de l'AMV qui est un mécanisme d'entraide, de solidarité et de prévoyance qui, sur la base des cotisations de ses membres participe ainsi à la prise en charge des frais liés à leur santé. Elle a pour objectif de faciliter : l'accessibilité financière aux services de santé, la continuité dans les soins et l'amélioration de la qualité des soins de ses adhérents/bénéficiaires.

Il est ainsi instauré le système du tiers payant, avec un ticket modérateur de 25 % du coût des prestations ce qui a l'avantage pour l'assuré mutualiste de ne pas avoir à recourir à une procédure de remboursement auprès de sa mutuelle, et n'exigeant pas de lui une trop grande disponibilité financière immédiate lorsqu'il doit recourir à des soins de santé.

Les actions de MIPROMA permettent une réduction considérable des coûts de traitement de l'assuré mutualiste en cas de maladie. Une réduction de l'ordre d'au moins 75%.

Elle facilite par conséquent l'accès aux soins de santé de ses membres.

Il ressort de cette étude que MIPROMA constitue un bon outil de lutte contre la pauvreté et de développement local en général et dans la CVI en particulier, mais elle se trouve confrontée à des difficultés qui freinent son épanouissement.

Effet, des problèmes liés au fonctionnement se font recensés, en plus de cela, elle est conventionnée avec très peu de structures sanitaires pour une prise en charge de ses adhérents/bénéficiaires.

MIPROMA a besoin d'être mieux structurée aujourd'hui, et un appui de la part des partenaires permettrait d'acquérir des compétences permettant d'améliorer davantage ses actions au profit de ses adhérents/bénéficiaires. Pour cela, l'implication de tous les acteurs est donc indispensable.

## BIBLIOGRAPHIE

### A. Ouvrages Généraux

**BRUNET-JAILLY, JOSEPH** ; *Innover dans le système de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest* ; Edition Karthala, Paris, 1997.

**BRUNET-JAILLY, JOSEPH** ; *Se Soigner au Mali* ; Edition Karthala ; Paris ; 2004.

**HILHORST T., AI** ; *Dynamiser la Santé Communale* ; Amsterdam ; KIT Publishers ; 2005.

**HILHORST T., BAGAYOKO D., DAO D., LODENSTEIN E., TOONEN J.** ; *Dynamiser la Santé Communautaire* ; SNV-KIT, Bamako, 2005.

**KONATE M. K., KANTE B., DJENEPO F.** ; *Politique de santé communautaire et viabilisation économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali* ; AFD ; Paris; 2006.

**LETOURMY A., PAVY- LETOURMY A.** ; *La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu* ; Agence Française de Développement (AFD) ; 2005.

**NIANGALY A., KANTE N., SOUMARE, N'DAYE A.** ; *Qualité des soins dans les Centres de Santé Communautaires de la région de Koulikoro (République du Mali)* ; Revue Médecine d'Afrique Noire ; 2001.

**USAID/PHR, BIT/ACOPAM, ANMC, WSM** ; *Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Mali* ; International Labour Organization (ILO) ; 2001.

### B. Ouvrages Spécifiques

**BIT** ; *Micro Assurance Santé AssEF* ; Rapport de suivi 2003-2004.

**DIAWARA M., OUATTARA A.** ; *Aperçu des mouvements coopératif et mutualiste du Mali* ; juillet 2008 ; SOCODEVI. Site Web : [www.socodevi.org](http://www.socodevi.org)

**DIAWARA M., OUATTARA A., BOUARE S.** ; *Étude diagnostique du mouvement coopératif et mutualiste du Mali* ; septembre 2007 ; SOCODEVI.

**DNPSES** ; *Guide pour le développement de la mutualité au Mali à l'intension des agents de la tutelle* ; novembre 2003.

**DNPSES** ; *Répertoire national des mutuelles du Mali, 2008.*

**DOUMBIA B.** ; *L'extension de la Mutuelle de Santé Scolaire Espoir dans la Commune VI du District de Bamako* ; Rapport de stage à la SNV/Bamako ; janvier 2008.

**DOUMBIA B., MUELLER L.** ; *L'utilisation des services de la santé de base par la population pauvre : cas du quartier de Sabalibougou en Commune V du District de Bamako* ; rapport de stage à la FENASCOM mai 2008.

**KONATE M. K., KANTE B., Dr DJÈNÈPO F.** ; *Politique de Santé Communautaire et de Viabilisation Economique et Sociale des CSCOM au Mali : étude de cas en milieu urbain et rural* ; septembre 2003 ; préparé pour le projet RUIG/UNRISD «Mondialisation; inégalité et santé»,

**MDSSPA** ; PRODESS II : *Composante Développement Social (2005 – 2009)* ; Version finale ; septembre 2004.

**MDSSPA** ; PRODESS II : *Composante Santé (2005 – 2009)* ; décembre 2004.

**MIPROMA** ; *Statuts et Règlement intérieur* ; Document polycopié.

**PIA WAELKENS M., CRIEL B.** ; *Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne : Etat des lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche* ; mars 2004 ; Site Web <http://www.concertation.org>

**SISSOUMA I.** ; *Rapport de diagnostic du Mouvement Mutualiste Malien* ; UTM ; octobre 2005.

**SNV, Centre OMD** ; *Rapport Diagnostic PDESC/OMD Commune VI* ; juillet 2008.

**SNV/Bamako** ; *Etude de faisabilité de la Mutuelle de Santé Scolaire Espoir* ; septembre 2008.

**USAID / PHR, BIT / ACOPAM, ANMC, WSM** ; *Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de Santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de Santé : cas du Mali* ; avril 1998 ; Site Web <http://www.phrplus.org>

**UTM, KAFO JIGINEW, MACIF, ETIMOS – France, SOCODEVI** ; *Mutuelle de santé de la région de Sikasso : Plan de mise en œuvre* ; septembre 2006.

### **C. Mémoires et Thèses**

**BAGAYOKO B.** ; *La contribution du secteur de la micro finance dans la réduction de la pauvreté au Mali : Cas du Réseau CANEF de Hamdallaye en Commune IV du district de Bamako*. Mémoire de fin d'études ; 2009.

**N'DIAYE P.** ; *Développement des mutuelles de santé en Afrique (Analyse comparative des approches et de leurs impacts)*, Thèse de Médecine ; Dakar ; juin 2006.

**SAKO N.** ; *Evaluation de la prise en charge des adhérents de la garantie santé dans le centre de santé MIPROMA de 2005 – 2006* ; Thèse de Médecine ; Bamako ; 2009.

**TRAORE O. S.** ; *Analyse de la situation des mutuelles de santé de la commune urbaine de Sikasso : état des lieux et perspectives*, Mémoire de fin de cycle ; mars 2009.

### **D. Webographie**

- ◆ <http://www.ilo.org/step>
- ◆ <http://www.microinsurance.org/gimi>
- ◆ <http://www.mpfef.gov.ml/http://www.mutualite.com/web/Frameset.nsf>
- ◆ <http://www.mutualite.com>
- ◆ <http://www.mutualitemalienne.org.ml>
- ◆ <http://www.socialsecurityextension.org>
- ◆ <http://www.socodevi.org>