

MINISTRE DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

SECRETARIAT GENERAL



**Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie
aux secteurs Agricole et Informel par les Mutuelles de Santé
et son Plan d'Actions (2021-2025)**

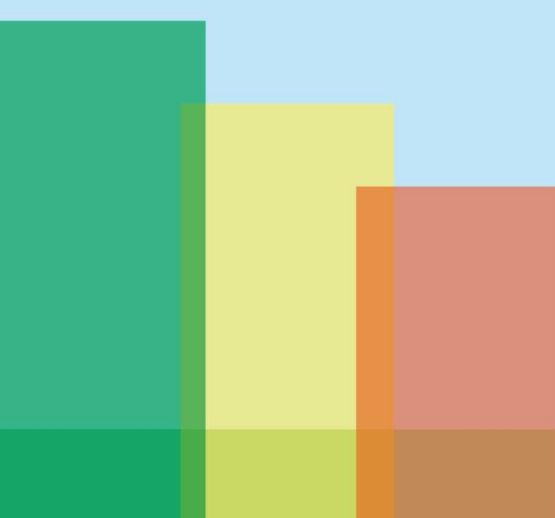


TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	ii
INTRODUCTION ET CONTEXTE :	1
I. DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE LA MUTUALITE AU MALI	4
1. Historique de la mutualité au Mali :	4
2. Situation actuelle de la mutualité	5
3. Paramètres fondamentaux :	6
4. Les risques couverts par les mutuelles de santé :	7
II. CADRE STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT	15
1. Objectif :	15
2. Approche générale et orientations stratégiques	16
3. Description des principaux défis, stratégies/ domaines d'intervention et des arrangements de mise en œuvre des activités :	18
4. Cadre logique :	27
5. Cadre Institutionnel de Mise en Œuvre et de Suivi :	39
6. Suivi et Evaluation :	40
7. Budget des activités	42



SIGLES ET ABREVIATIONS

N°	SIGLES	SIGNIFICATIONS
1.	AFD	Agence Française de Développement
2.	AGR	Activités Génératrices de Revenus
3.	AMAMUS	Agence Malienne de la Mutualité Sociale
4.	AMO	Assurance Maladie Obligatoire
5.	AN-RM	Assemblée Nationale de la République du Mali
6.	AOPP	Association des Organisations Professionnelles Paysannes
7.	APCAM	Assemblée Permanente des Chambres d'Agriculture du Mali
8.	ASACO	Association de Santé Communautaire
9.	AV	Assurance Volontaire
10.	CAMASC	Centre d'Appui aux Associations, Mutuelles et Sociétés Coopératives
11.	CCOCSAD	Comité Communal d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement
12.	CLOCSAD	Comité Local d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement
13.	CM/UEMOA	Conseil des Ministres de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
14.	CMU	Couverture Maladie Universelle
15.	CNAPESS	Centre National d'Appui à la Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire
16.	CNOP	Conseil National des Organisations Paysannes
17.	CNOS/PS	Conseil National d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale
18.	CREDD	Cadre Stratégique pour la Relance Économique et le Développement Durable
19.	CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
20.	CROCSAD	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement
21.	CSCom	Centre de Santé Communautaire
22.	CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
23.	CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
24.	CSU	Couverture Sanitaire Universelle



N°	SIGLES	SIGNIFICATIONS
25.	DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
26.	DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
27.	FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
28.	INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
29.	MIPROMA	Mutuelle Interprofessionnelle du Mali
30.	MUTEC	Mutuelle de l'Education et de la Culture
31.	ODD	Objectifs du Développement Durable
32.	OGD	Organisme Gestionnaire Délégué
33.	OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
34.	ONG	Organisation Non Gouvernementale
35.	PADSS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire et Social
36.	PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
37.	PDESC	Plan de Développement Economique Social et Culturel
38.	PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
39.	PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
40.	PTF	Partenaires Techniques et Financiers
41.	RAMED	Régime d'Assistance Médicale
42.	RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
43.	RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
44.	RSU	Registre Social Unifié
45.	UTM	Union Technique de la Mutualité
46.	VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immuno Déficience Acquis



INTRODUCTION ET CONTEXTE :

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1 241 238 km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1 500 km et d'Est en Ouest sur 1 800 km. Ses limites sont : au Nord l'Algérie et la Mauritanie avec lesquels il partage 7 200 km de frontière, à l'Est le Niger, au Sud le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire, au Sud-ouest la Guinée et à l'Ouest le Sénégal.

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2009), la population résidente du Mali s'élevait à 14 528 662 habitants en avril 2009 dont 51% de femmes et 49% d'hommes. Elle est estimée en 2018 à 19 599 288 habitants (Source DNSI).

La densité est d'environ 11,7 habitants au kilomètre carré. Le taux d'accroissement intercensitaire est de 3,6%.

La majorité de la population du pays réside en milieu rural (77,5%). La population inégalement répartie est caractérisée par sa jeunesse, 46,6% ont moins de 15 ans.

La situation de l'emploi est caractérisée par le taux élevé de chômage surtout chez les jeunes. Sur la tranche d'âge 15-64 ans, en 2017, le chômage touche 9.1% d'entre eux, 8% d'hommes, 10.4% de femmes, 8.1% en milieu rural et 12% en milieu urbain y compris Bamako. Le taux de chômage des 15-35 ans est de 14.9% en 2017 (14,2% pour les hommes et 15,7% pour les femmes). Le chômage touche particulièrement les jeunes dans certaines régions administratives plus que d'autres. C'est la région de Gao qui a le plus fort taux de chômage des jeunes 15-35 ans (54.8%), suivie de Koulikoro (46.8%) et Bamako (18.5%). Les régions de Sikasso (4.7%), Ségou (5.5%) et Kayes (6.1%) sont les moins touchées par le chômage des 15-35 ans. Le chômage frappe aussi plus fréquemment les jeunes de niveau d'éducation supérieure (44.2%) et secondaire (31.8%). En plus du niveau relativement élevé du chômage, le marché du travail est caractérisé aussi par le poids extrêmement élevé (97%) des emplois informels qui sont généralement précaires et peu rémunérés.

Pour améliorer l'état de santé de la population, le Mali a adopté le 15 décembre 1990 sa déclaration de Politique sectorielle de santé et de population. Elle est basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux durable du secteur de la santé. Elle ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays. Ceci a été reconfirmé par la Loi d'orientation sur la santé (N° 02-049 du 22 Juillet 2002), qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et d'une meilleure performance du système de santé.

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 a été mis en œuvre à travers deux programmes quinquennaux suivant l'approche sectorielle : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS I) sur la période 1998-2002 et le PRODESS II, sur la période 2005- 2009. Le PRODESS II a été par la suite prolongé à 2011 pour l'aligner sur la période du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011. Suite à l'évaluation de ce plan décennal, celui couvrant la période 2014-2023 a été élaboré et adopté pendant la période de transition 2012-2013. Il a été mis en œuvre à travers sa 1^{re} tranche quinquennale, PRODESS III 2014-2018. Tous ces documents stratégiques ont eu comme références, les 1^{re}, 2^e et 3^e générations du programme de lutte contre la pauvreté (CSLP, CSCR et CREDD) pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) devenus Objectifs du Développement Durable (ODD).

Dans le domaine du Développement Social, le Gouvernement du Mali a adopté :



- (i) **la Politique Nationale de Solidarité** le 16 octobre 2018 qui vise la création d'un environnement économique, politique, social, culturel et juridique permettant à tous les membres de la communauté de bénéficier des fruits de la croissance ;
- (ii) **la Politique Nationale de Protection Sociale** et son Plan d'actions le 12 octobre 2016 en vue « d'assurer un minimum de bien-être à tous les maliens, en luttant contre l'insuffisance monétaire, l'exclusion sociale et la discrimination » ;
- (iii) *la Politique Nationale de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire et son plan d'actions le 15 février 2016 en vue de « contribuer à la promotion d'une économie sociale et solidaire qui participe de manière efficace et efficiente à la création de richesse et d'emplois et à la lutte contre la pauvreté au Mali » ;*
- (iv) *la stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle, adoptée par le conseil des ministres suivant le Décret n°2018-0808/P-RM du 23 octobre 2018. Son objectif est de « contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population malienne et au développement durable du Mali ». La mise en œuvre de cette stratégie permet, en principe, de donner accès aux soins de qualité pour l'ensemble de la population du Mali en levant la barrière d'accessibilité financière et ;*
- (v) *la Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé et son Programme quinquennal, adoptée le 09 février 2011. La Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de santé « une commune, une mutuelle » s'inscrit dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle. Son objectif est : « d'améliorer significativement l'accessibilité financière des populations employées dans les secteurs informels et ruraux aux soins de santé de qualité au Mali ». Elle a démarré en 2012 à travers une Phase Pilote de trois ans couvrant les régions de Sikasso, Ségou et Mopti.*

La Protection Sociale est un droit garanti par les conventions internationales et consacré par la Constitution du Mali du 25 février 1992 en son article 17¹).

Depuis l'indépendance, le Mali a adopté une série de mesures législatives et réglementaires afin de renforcer la couverture des risques sociaux de la population. Quant à la protection sociale comme concept et composante des politiques publiques, c'est en 2002, que le Mali a adopté le premier document officiel : la Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale qui définissait les orientations stratégiques nationales dans le domaine de la protection sociale.

A la suite de la déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale, des plans d'actions ont été mis en œuvre : plans d'actions nationaux d'extension de la protection sociale de 2005- 2009 et celui de 2010-2014. Ces plans étaient consacrés à l'extension des champs d'application personnels et matériels de la protection sociale.

En 2015 le plan d'actions a été révisé pour harmoniser son horizon temporel avec le PRODESS II et le CSCRP. Cet exercice a abouti au plan d'actions 2016 – 2018 prenant en compte le contexte politico sécuritaire, la couverture maladie universelle et la protection sociale du monde Agricole et du secteur informel.

Aujourd'hui, l'Etat ambitionne de bâtir un meilleur système de protection sociale afin de renforcer la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité, améliorer l'accès des populations aux services sociaux de base et augmenter la résilience de la population aux chocs.

¹ L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la santé, et la protection sociale constituent des droits reconnus.



La mise en œuvre des initiatives innovantes consignées dans ces différents plans a permis d'enregistrer des résultats significatifs en matière de protection sociale (l'extension du champ de la sécurité sociale, de l'aide sociale, de l'action sociale), le cadre juridique et réglementaire ainsi que les arrangements institutionnels.

Malgré ces acquis, l'implémentation de ces plans a connu des limites par rapport à l'atteinte de certains résultats qui se présentent en 2019 comme suit :

- 6,31% de la cible des Mutuelles de santé ;
- 48,13% de la cible de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ;
- 72,02% de la cible du Régime Assistance Médicale (RAMED) en synergie avec les intervenants de la protection sociale (Source : rapport comité technique 2019, DNPSES).

La mise en œuvre du plan a aussi enregistré des acquis institutionnels :

- l'adoption de la PNPS et son plan d'actions ;
- la création du CNOS-PS ;
- la tenue des conférences nationales annuelles sur la protection sociale ;
- la création de la division filets sociaux au niveau de la DNPSES ;
- la disponibilité d'une plateforme sur le RSU ;
- l'érection du CAMASC (service rattaché) en CNAPESS (Direction Générale) ;
- la création de l'AMAMUS ;
- la mise en place du Groupe Technique Ad hoc de la Protection Sociale.

Malgré ces acquis, la mise en œuvre du plan a connu des insuffisances parmi lesquelles :

- l'absence de fonds de garantie et de fonds d'appui technique pour les mutuelles de santé ;
- la faible couverture des populations par les mutuelles ;
- le faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé ;
- l'évolution relativement lente de l'Assurance Volontaire mise en place au niveau de l'INPS ;
- l'insuffisance dans la coordination et le suivi de la stratégie ;
- la faible fonctionnalité du comité national d'orientation stratégique et ses démembrements ;
- l'insuffisance de financement de la phase pilote de la stratégie.

A cela, il convient de préciser que le contexte a été marqué par l'émergence de certaines pathologies telles que :

- les carences nutritionnelles chez les enfants et les femmes enceintes ;
- l'insuffisance d'hygiène et d'éducation sanitaire ;
- les maladies infectieuses et parasitaires ;
- le paludisme qui demeure un problème de santé publique de par son impact sur la mortalité, la morbidité chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans en particulier. Il représente la première cause de consultation dans les services de santé avec 32% des cas en 2018 (Annuaire statistique 2018) ;
- les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/SIDA ;
- les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles mentaux, etc.) ;
- les maladies tropicales négligées (filariose, dracunculose, onchocercose, etc..) ;
- les maladies à potentiel épidémique (méningite, fièvre jaune) constituent toujours des priorités en matière de santé.

Cette situation pose de véritables défis pour la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie aux secteurs Agricole et Informel par les mutuelles de santé et son plan d'actions 2021-2025. Ainsi, en tirant les leçons de la mise en œuvre de la Phase pilote et des expériences du Programme d'Appui au Développement Sanitaire et Social phase II (PADSS II), il devient impérieux de guider la prochaine planification vers les solutions aux défis des cinq (5) prochaines années en perspective au Régime d'Assurance Maladie Universelle.



I. DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE LA MUTUALITE AU MALI

Dans le cadre de la révision de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie aux secteurs Agricole et Informel par les mutuelles de santé au Mali, un diagnostic de la situation de la mutualité au Mali nécessite un rappel historique, un résumé de la situation actuelle des mutuelles, les paramètres fondamentaux, les risques couverts, les rapports mutuelles de santé/prestataires, la contribution des mutuelles à l'atteinte des objectifs du PRODESS et enfin l'environnement du développement de la couverture maladie par les mutuelles de santé.

1. Historique de la mutualité au Mali :

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

- la période coloniale pendant laquelle des mutuelles de corporation notamment celles des postes et télécommunication, la mutuelle des chemins de fer et la mutuelle diocésaine ont vu le jour. Il s'agissait de groupements qui, quand bien même étaient fondés sur le principe de solidarité, relevaient plus du syndicat ou de l'administration centrale de l'entreprise au sein de laquelle ils voyaient jour. A l'époque, le risque maladie ne constituait pas une priorité de ces mutuelles. A l'indépendance du pays, la mutualité ne s'est pas beaucoup développée du fait même des options politiques que le Mali avait adoptées.
- la deuxième période se situe dans les années 80 marquées par les effets des programmes d'ajustement structurel et qui ont éveillé au sein surtout des travailleurs du secteur public, la nécessité de développer des instruments de solidarité pour amortir les chocs auxquels ils étaient confrontés. Cette volonté s'est manifestée par la naissance et le développement de mutuelles dont celle des travailleurs de l'éducation et de la culture (MUTEC) est le prototype. Ces mutuelles étaient plus soucieuses de garantir à leurs adhérents une prestation retraite et/ou décès. Elles faisaient appel aux notions de solidarité et de prévoyance par rapport à des risques certains tels que la retraite et cela compte tenu des difficultés d'accès aux premières pensions.
- la troisième époque dans l'évolution de la mutualité malienne démarre dans les années 90 avec l'adoption de la politique sectorielle de santé et surtout le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social avec ses différents programmes qu'il a comporté, a consacré un volet au développement des mécanismes alternatifs de financement de la santé à travers les mutuelles.

Cette nouvelle ère de la mutualité malienne est marquée par un engagement politique des pouvoirs publics exprimé dans différents documents (PDDSS, Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale, Plan d'Extension de la Protection Sociale). Cet engagement reste peu ressenti sur le terrain en termes d'opérationnalisation. Les années quatre-vingt-dix furent aussi celles de la définition d'un cadre juridique se traduisant par l'adoption de la loi N° 96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali et de quatre textes d'application de cette loi (deux décrets : Décret N° 96-136 / P-RM du 02 mai 1996 fixant les conditions de placement et de dépôts des fonds des mutuelles et le Décret N° 96-137 / P-RM du 02 mai 1996 établissant les statuts types des mutuelles, des unions et des fédérations de mutuelles. Deux arrêtés dont un interministériel ont été pris, il s'agit de l'Arrêté interministériel N° 97-0477 MSSPA / MATS-SG du 02 avril 1997 déterminant les procédures d'agrément des mutuelles et l'Arrêté N° 02-1742 / MDSSPA-SG du 19 août 2002 portant mécanisme de contrôle administratif et financier des mutuelles et organisations mutualistes.).

La réforme institutionnelle de 2000 qui a vu la création de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, donna un nouveau souffle au développement de la mutualité avec une meilleure organisation de la tutelle et la création d'un service dédié au renforcement des capacités



des acteurs de développement de la mutualité, le Centre d'Appui aux Associations, Mutuelles et Sociétés Coopératives (CAMASC).

Des réformes ont permis l'érection du CAMASC en Centre National d'Appui à la Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire (CNAPESS) en novembre 2017, la création de l'Agence Malienne de la Mutualité Sociale (AMAMUS) en juillet 2019 avec comme corolaire la redéfinition des missions de la DNPSSES et la désignation de l'UTM comme l'un des Organismes Gestionnaires Délégués (OGD) du RAMU.

2. *Situation actuelle de la mutualité*

Les efforts conjugués des pouvoirs publics, des partenaires et de la société civile ont permis d'aboutir en décembre 2019 aux résultats ci-dessous :

Tableau n°1 : Situation des mutuelles et des bénéficiaires en 2019

Régions	Mutuelles de santé et mixtes	Bénéficiaires en 2019	Bénéficiaires des prestations 2019
Kayes	21	88412	14115
Koulikoro	20	17642	9568
Sikasso	35	61050	25726
Ségou	40	32349	8726
Mopti	17	44249	22738
Tombouctou	15	ND	ND
Gao	8	ND	ND
Kidal	2	ND	ND
Ménaka	2	ND	ND
Taoudénit	0	0	0
Bamako	45	60060	4962
TOTAL	205	303 762	85835

Source des données : Base 2019 AMAMUS

NB : Les données des mutuelles des régions du Nord ne sont pas disponibles à cause de leur non fonctionnalité consécutive à l'insécurité et aux programmes de gratuité.

Tableau n°2 : Situation financière des mutuelles de santé en 2019

Cotisations			Dépenses		Solde
Attendues	Perçues	% recouvrement	Prestation	Fonctionnement	
1 015 366	669 324	65,92%	338 482 311	47 015 057	283 826 908
442	276				

Source des données : Base 2019 AMAMUS

Le montant recouvré auprès des membres pour le paiement de leurs cotisations dans les mutuelles de santé est en progression (363 363 937 F CFA) en 2018 par rapport à l'année 2017 (246 982 965 F CFA).

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

En dépit de ces difficultés de recouvrement et la faiblesse des effectifs d'adhérents, la majorité des mutuelles de santé parviennent généralement à honorer leur engagement, c'est-à-dire elles arrivent à



fournir des prestations aux membres et s'acquitter correctement des factures des prestataires de soins conventionnés.

Les mutuelles de santé ayant une plus grande couverture en 2019 étaient :

- la mutuelle de cercle de Mopti avec 18 970 bénéficiaires ;
- la Mutuelle Interprofessionnelle de Kayes avec 18 646 bénéficiaires ;
- la mutuelle du cercle de Bandiagara avec 13 427 bénéficiaires ;
- la mutuelle Interprofessionnelle du Mali (MIPROMA) avec 7 973 bénéficiaires ;
- la mutuelle Interprofessionnelle de Ségou avec 7 374 bénéficiaires ;
- la mutuelle de santé de la commune urbaine de Sikasso avec 7 020 bénéficiaires.

Les six mutuelles ont encaissé en cotisation, un montant de **128 851 017** francs CFA au titre de 2018. Leur performance s'expliquerait en partie par le fait qu'elles disposent de personnels salariés chargés de la sensibilisation, du recouvrement avec un bureau où la permanence est assurée. L'existence de personnel qualifié de gestion est un facteur déterminant pour la réussite d'une mutuelle.

Il ressort qu'en 2019, sur 205 mutuelles de santé 94 ont été cofinancées contre 96 en 2018, qui se répartissent inégalement sur le territoire national.

3. Paramètres fondamentaux :

a) Mutuelle sociale :

Le règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité au sein de l'UEMOA en date du 06 Juin 2009 définit les mutuelles sociales comme « des groupements qui essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droits, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences ».

A ce titre, elles assurent, notamment :

- la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;
- le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie.

b) Union de mutuelles sociales :

C'est « un regroupement de mutuelles sociales ayant une unité d'objet sur une base géographique ou professionnelle »

c) Fédération de mutuelles sociales :

C'est « un regroupement d'unions ayant une unité d'objet sur une base géographique ou professionnelle ».

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

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

Les membres de ces organes sont des bénévoles, n'ayant pas souvent les compétences requises de gestion de mutuelles, d'où la nécessité de professionnaliser le domaine.



Ce qui fait que ces organes ne tiennent pas leurs instances conformément aux statuts et règlement intérieur.

d) Les bénéficiaires :

Selon l'article 8 de la Loi N°2018-074/AN-RM du 31 décembre 2018 portant institution du régime d'assurance maladie universelle, le bénéficiaire est défini comme « toute personne ayant vocation à bénéficier des prestations garanties par le régime d'assurance maladie universelle ».

4. Les risques couverts par les mutuelles de santé :

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

- santé préventive et promotionnelle (consultation pré et postnatale, suivi des nourrissons sains, vaccination, planification familiale, éducation à la santé, assainissement, etc.) ;
- soins curatifs (consultations, soins infirmiers, médicaments, analyse de laboratoire, maladies chroniques, malnutrition et récupération nutritionnelle, etc.) ;
- soins hospitaliers (hébergement, actes médicaux, chirurgicaux et médicaments) ;
- soins spécialisés (consultation de médecins spécialistes, actes médicaux tels que radiologie, biologie clinique, soins dentaires et ophtalmologiques, etc.) ;
- transport des malades (évacuation, référence).

La mise en œuvre de la stratégie permettra aux assurés de bénéficier des prestations au niveau de l'ensemble de la pyramide sanitaire.

1. Rapports Mutuelles de santé/ Prestataires :

Les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de services sont consignées dans une convention qui lie les deux parties.

Les conventions insistent surtout sur la qualité des soins, la prescription des médicaments essentiels, le respect des schémas thérapeutiques standards d'une part et d'autre part les modalités et délais de règlement des factures.

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

2. Contribution des mutuelles aux objectifs du système de santé :

Avec 85 835 personnes servies au titre de 2019 pour un montant de 490 692 814 francs CFA, les mutuelles jouent un rôle important dans les interventions de lutte contre la maladie et le renforcement de l'équité dans le système de santé. Les cotisations collectées par les mutuelles servent à payer les prestations auprès des formations sanitaires. Les dépenses ainsi engagées permettent de renforcer la position financière des centres de santé.

NB : Notons que dans le système malien les mutuelles ne se chargent pas de la prise en charge des indigents, c'est-à-dire les personnes sans ressources suffisantes pour payer les cotisations à une mutuelle de santé. En principe ceux-ci doivent être pris en charge par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) conformément aux mécanismes définis dans la Politique Nationale de Protection Sociale.



Par ailleurs, les indices d'utilisation des services de santé sont bien meilleurs pour les mutualistes que pour la population non couverte. Si l'indice d'utilisation des services était de 0,40²contact/ habitant/ an en 2018, il était évalué pour la même période à 0,67contact/habitant/an pour les mutualistes.

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

Néanmoins, nous pouvons retenir que les mutuelles de santé se caractérisent entre autres par :

- une très faible adhésion des populations ;
- des difficultés de tenir leurs réunions statutaires ;
- des difficultés de fidélisation des adhérents ;
- une faible professionnalisation ;
- un faible niveau de gouvernance ;
- un faible niveau de recouvrement des cotisations.

Malgré ces difficultés elles participent à l'amélioration de la situation sanitaire d'ensemble en résolvant en partie le problème d'inaccessibilité financière aux soins de santé pour environ 6% de la population.

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

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

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

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

Cela s'est traduit par des actes concrets à l'actif du pouvoir public. En effet dès 1996 le premier régime démocratique du Mali a été l'un des premiers en Afrique à légiférer en matière de mutualité et à adopter les textes d'application³ de cette loi N°96-022 du 21 février 1996 / Régissant la mutualité en République du Mali, ce qui a effectivement favorisé l'éclosion du mouvement.

² Source : SNISS, 2018

³ Décret N° 96-136 / P-RM du 02 mai 1996 fixant les conditions de placement et de dépôts des fonds des mutuelles, Décret N° 96-137 / P-RM du 02 mai 1996 établissant les statuts types des mutuelles, des unions et des fédérations de mutuelles, Arrêté interministériel N° 97-0477 MSSPA / MATS-SG du 02 avril 1997 déterminant les procédures d'agrément des mutuelles. Arrêté N° 02-1742 / MDSSPA-SG du 19 août 2002 portant mécanisme de contrôle administratif et financier des mutuelles et organisations mutualistes.



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

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

- La contribution à la mobilisation des ressources pour le financement de la santé :

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

Par ailleurs, l'organisation mutualiste constitue une source de revenus plus stable pour les structures de soins. En effet, les membres de l'organisation deviennent un marché potentiel pour les structures avec lesquelles des conventions ont été signées pour assurer des services aux membres. Cette stabilité de revenus facilite la planification budgétaire dans la mesure où elle améliore la prévisibilité des moyens financiers afin d'engager des actions durables.

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

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

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

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

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

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

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

Une mutuelle peut contribuer à l'efficacité des institutions de soins de santé car les avantages offerts aux membres en échange de leurs contributions sont définis selon leurs besoins, et non en fonction de ce que les institutions de soins décident d'offrir. Les institutions de soins de santé seront dès lors plus



enclines à répondre aux besoins réels de la communauté, et leur politique d'investissement et les services qu'elles offrent seront mieux adaptés à la demande des usagers.

Les mutuelles peuvent influencer le comportement des institutions de soins directement et plus significativement par le biais de la contractualisation basée sur une approche de négociation aussi bien sur les conditions d'accès aux services pour les membres que sur les tarifs. Ces négociations, qui ont pour objectif d'obtenir les meilleures conditions possibles pour les meilleurs soins possibles, incitent clairement les institutions de soins à réaliser des économies sans que cela ne porte atteinte à la qualité de leurs services.

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

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

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

Au Mali bien avant l'indépendance, le colonisateur avait appuyé la création et le développement du mouvement coopératif en particulier dans le monde rural avec comme but principal l'organisation de la production pour mieux maximiser sa rentabilité au profit du commanditaire. Evidemment, le constat dans ces conditions, c'est qu'on se pose la question de savoir si les organisations issues de pareilles tractations peuvent être considérées comme mouvements sociaux ou société civile. Dans la mesure où l'initiative venait entièrement des pouvoirs publics pour leurs propres intérêts sans aucun contrôle réel des vrais acteurs, nous pouvons considérer que ces organisations ne constituaient pas une société civile.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Les départements directement concernés par l'assurance maladie sont :

- Le Ministère en charge de la Protection Sociale ;
- Le Ministère en charge de la Santé ;
- Les Ministères en charge du Budget, de l'Economie et des Finances.

Les deux premiers départements et celui de la promotion de la femme ont la responsabilité de la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS : 2014-2023) avec ses deux phases quinquennales de Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS III : 2014-2018 et PRODESS IV : 2019-2023) sont des catalyseurs importants du mouvement mutualiste au Mali.

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

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

Dans la première tranche du deuxième PDDSS (PRODESS III) la mutualité a été le premier dispositif que l'Etat a soutenu au Mali pour offrir des prestations de protection sociale. Depuis 2011, l'Etat accorde une subvention pour le développement de la mutualité de santé, dont le montant pour l'année 2020 s'élevait environ à 962 115 000 de FCFA.

La Politique Nationale de Protection Sociale confie aux mutuelles un rôle de couverture contre le risque maladie pour le secteur agricole et informel non pauvre et de fourniture de garanties complémentaires aux régimes d'assurance obligatoire. Ce rôle est réaffirmé dans la loi N°2018-074 du 31 décembre 2018 portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle à travers l'alinéa 3 de l'article 98 qui dispose « les personnes qui sont organisées en mutuelles sociales pour s'assurer une couverture médicale à titre volontaire doivent être obligatoirement affiliés et immatriculés au régime d'assurance maladie universelle dans le délai transitoire de deux ans ».



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

Les cadres de coordination se définissent ainsi qu'il suit :

Pour le PRODESS :

- **Au niveau national :** Le Comité de Suivi présidé par les ministères en charge du PRODESS et le Comité Technique conduit par les secrétaires généraux desdits ministères
- **Au niveau régional:** Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination, d'Evaluation et de Programmation du PRODESS (CROCEP) regroupant l'ensemble des cercles et présidé par le gouverneur de région ;
- **Au niveau cercle:** le Conseil de Gestion réunissant l'ensemble des communes et présidé par le préfet.

Pour le Conseil National d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale (CNOS-PS) :

- **Niveau National :**
 - le Conseil National d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale piloté par le Premier Ministre ;
 - le Comité Technique National d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale présidé par le Ministre en charge de la Protection Sociale et composé de :
 - ❖ la commission nationale Filets sociaux ;
 - ❖ la commission nationale de Sécurité sociale ;
 - ❖ la commission nationale de Mutualité.
- **Niveau régional :**
 - le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement (CROCSAD) ;
- **Niveau local :**
 - le Comité Local d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement (CLOCSAD) ;
- **Niveau communal :**
 - le Comité Communal d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement (CCOCSAD).

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

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



Dans le cas des mutuelles de santé, on peut estimer qu'étant donné leur vulnérabilité financière (liée essentiellement au faible effectif et aux difficultés de recouvrement des cotisations), la prise en charge des prestations en moins peut faire du bien. Mais en même temps on peut s'interroger si la prise en charge gratuite d'un besoin aussi important que la césarienne ou le paludisme, ne démobiliserait pas les mutualistes et les potentiels adhérents. La présence sur le terrain d'ONG avec des programmes de gratuité des soins constituerait une sérieuse menace à l'adhésion massive aux mutuelles de santé.

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

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

En effet, le PRODESS IV vise une couverture de 40% pour l'ensemble du pays par les institutions de sécurité sociale. Actuellement le niveau de couverture dans le domaine de la santé avoisine les 6%.

La projection de 40% de couverture se fonde sur l'objectif de couverture de 10% en 2021 avec l'opérationnalisation du RAMU.

Aussi, cette nouvelle stratégie pour la couverture du monde agricole et du secteur informel avec la mise en place des mutuelles de cercle, le maintien du principe de cofinancement et éventuellement l'augmentation du taux de cofinancement contribuera à rehausser le taux de couverture.

Le principal défi au développement des mutuelles est le repositionnement de l'Etat et des Collectivités Territoriales pour financer à hauteur de souhait le développement de la mutualité pour la couverture à terme des 78% de la population constituée essentiellement des secteurs Agricole et Informel.

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

h) *Les systèmes de support (d'appui) des mutuelles :*

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

Si l'Etat se réserve la mission principale de la mise en place d'un cadre légal propice au développement de la mutualité et de contrôle des mutuelles, les activités de promotion sont ouvertes à tout partenaire qui souhaite apporter une contribution au développement de la mutualité. C'est le cas de certains partenaires techniques et financiers du PRODESS, dont actuellement l'AFD, Medicus Mundi, l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes Belges, les Coopérations Néerlandaise et Canadienne, les acteurs de la société civile, les acteurs de la coopération décentralisée, les Collectivités Territoriales...

Ainsi sur le terrain en plus des services déconcentrés du Développement Social à savoir les Directions Régionales du Développement Social et de l'Economie Solidaire et les Services Locaux du Développement Social et de l'Economie Solidaire, d'autres promoteurs de mutuelles interviennent comme les antennes UTM et les ONG.

Mais il faut souligner que l'insuffisance de concertation entre les intervenants surtout avec les services de tutelle constitue une lacune à corriger. La mise en place et le fonctionnement des cadres de concertation permettront certainement d'éviter des erreurs d'approche.



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

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

i) Les Forces et faiblesses majeures du mouvement mutualiste

Forces au niveau des mutuelles :

- existence de mutuelles tant en milieu urbain que rural ;
- existence de convention entre mutuelles et prestataires ;
- promotion des médicaments essentiels ;
- contribution à la santé préventive ;
- existence d'une structure faîtière ;
- progression du nombre de mutuelles et de personnes couvertes.

Faiblesses au niveau des mutuelles :

- difficultés de recouvrement des cotisations ;
- timidité des activités de sensibilisation après le démarrage de la mutuelle ;
- très faible taux de couverture de la population cible ;
- tenue irrégulière des réunions statutaires ;
- non transmission des rapports d'activités à la tutelle ;
- inexistance de fonds de réserve légale ;
- diversité et non tenue des supports de gestion ;
- retard dans le renouvellement des organes ;
- surconsommation ;
- faible niveau de gouvernance des mutuelles ;
- insuffisance d'échanges d'expériences entre les mutuelles ;
- faiblesses dans la professionnalisation des mutuelles (personnel salarié, siège, outils bureautiques).

Forces au niveau des acteurs (Etat, PTF, ONG, Collectivités Territoriales, prescripteurs) :

- existence d'un cadre législatif et réglementaire ;
- existence d'un cadre institutionnel étoffé ;
- programmation d'activités de promotion des mutuelles ;
- soutien politique des pouvoirs publics ;
- diversité des partenaires et ONG ;
- existence d'agents de développement ;
- appui à la structure faîtière des mutuelles.



Faiblesses au niveau des acteurs (Etat, PTF, ONG, collectivités, prescripteurs) :

- insuffisance de financement des plans opérationnels ;
- insuffisance de concertation entre les acteurs ;
- insuffisance de personnel qualifié ;
- insuffisance de soins de qualité ;
- insuffisance de logistique et d'équipement ;
- absence de mesures incitatives pour augmenter considérablement le taux d'adhésion ;
- sur-prescription chez les mutualistes.

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

Ces efforts conjugués ont permis de produire les résultats présentés plus haut se caractérisant par une faible couverture aussi bien spatiale que numérique de la population cible des mutuelles (78% de la population totale du pays) avec comme conséquence la non-atteinte des objectifs fixés en matière d'utilisation des services de santé.

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

Cette stratégie révisée sur la base des résultats des évaluations de la stratégie initiale, se veut plus ambitieuse pour réduire l'écart énorme entre l'offre et la demande dû à l'accessibilité géographique et financière aux services de santé. Elle fait l'objet de la deuxième partie du présent document.

II. CADRE STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT

1. Objectif :

a) Objectif général :

« L'objectif général de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé est d'améliorer significativement l'accessibilité financière des populations employées dans les secteurs agricole et informel aux soins de santé de qualité au Mali. »

b) Objectifs spécifiques :

- Objectif Spécifique 1 : Renforcer le développement des organisations mutualistes ;
- Objectif Spécifique 2 : Renforcer les mécanismes de financement des mutuelles de santé ;
- Objectif Spécifique 3 : Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé ;
- Objectif Spécifique 4 : Promouvoir la communication pour le développement des mutuelles de santé ;
- Objectif Spécifique 5 : Renforcer le partenariat entre les différents acteurs ;
- Objectif Spécifique 6 : Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie ;
- Objectif Spécifique 7 : Assurer le renforcement institutionnel des structures pour la mise en œuvre de la stratégie.

Pour accroître l'adhésion aux mutuelles de santé, des solutions devront être trouvées aux faiblesses du rythme de développement des mutuelles de santé, de capacités des acteurs impliqués dans la promotion



de la mutualité et la gestion des organisations mutualistes, à l'insuffisance d'information et de sensibilisation sur la mutualité au niveau national.

Par ailleurs, la qualité des prestations offertes par les mutuelles de santé devrait être améliorée non seulement à travers la qualité des services des formations sanitaires aux différents niveaux de la pyramide, mais aussi à travers l'élargissement des paquets de bénéfiques des mutuelles de santé pour les rendre plus attractives pour les populations et les ménages.

Cependant l'amélioration de la qualité et l'élargissement des paquets de bénéfiques des mutuelles de santé nécessitent que des solutions soient trouvées à l'insuffisance de la contribution des acteurs en général, de l'Etat et des Collectivités Territoriales en particulier au financement des mutuelles de santé et à la faible implication des acteurs dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

La mise en œuvre de la présente stratégie nationale d'extension de la couverture maladies par les mutuelles de santé devra permettre d'arriver aux résultats suivants :

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

2. Approche générale et orientations stratégiques

Pour atteindre ces objectifs, la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé est basée sur sept axes :

- Axe 1 : le renforcement, le développement et l'organisation des mutuelles de santé ;
- Axe 2 : le renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé ;
- Axe 3 : le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé ;
- Axe 4 : le renforcement de la communication pour la promotion des mutuelles de santé ;
- Axe 5 : le renforcement du partenariat entre acteurs ;
- Axe 6 : la coordination, le Suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie ;
- Axe 7: le renforcement institutionnel des structures pour la mise en œuvre de la stratégie.

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

L'Etat s'engage donc à construire un système de financement de la santé basé sur la solidarité nationale. Il apportera les ressources nécessaires à la consolidation de ce système jusqu'à ce qu'il soit stabilisé et financièrement viable. Il ne s'agit pas pour l'Etat de subventionner entièrement les mutuelles de santé mais bien de marquer sa contribution à l'édification et à la consolidation d'un système de financement de la santé de manière pérenne.

A partir de là, l'Etat pourra réviser le niveau de sa contribution financière au dispositif mutualiste qui sera alors majoritairement soutenu par les recettes de cotisations tout en s'assurant que les dépenses de santé aujourd'hui supportées à 46 % par les ménages (Comptes nationaux de la santé 2018), soient progressivement et substantiellement transférées sur les institutions d'assurance maladie mutualistes.

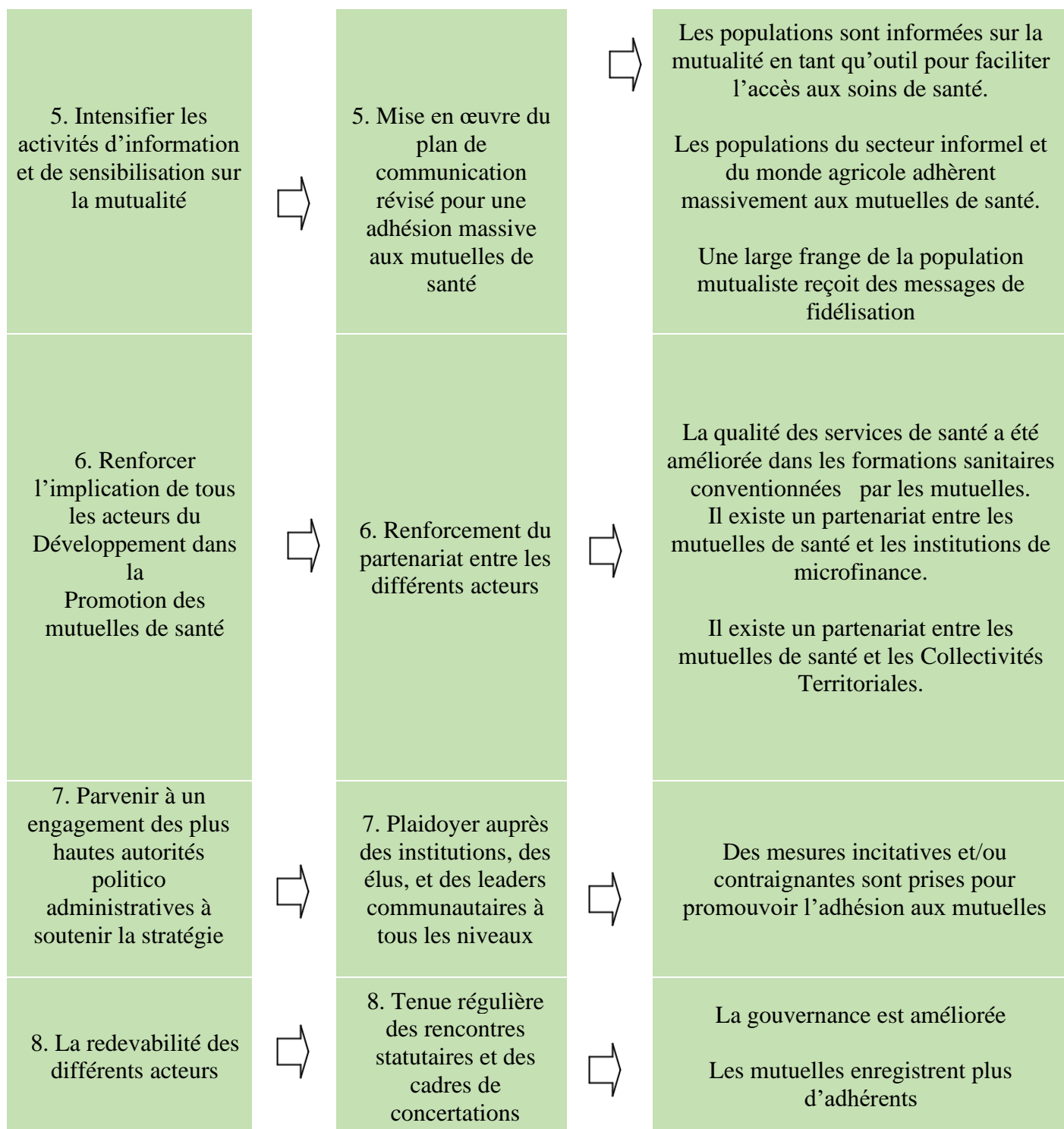


L'opérationnalisation du RAMU contribuera à cette révision de la contribution financière de l'Etat et cela avec l'élargissement de la solidarité entre différents dispositifs de prise en charge du risque maladie (AMO, RAMED, Mutuelles de santé et gratuités).

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

Principaux défis		Stratégies		Résultats Attendus
1. Intensifier le rythme de développement (la mise en place, structuration et restructuration) des mutuelles de santé	⇒	1. Renforcement des activités de mise en place/restructuration des mutuelles de santé de cercle et la structuration du mouvement mutualiste	⇒	<p>Une mutuelle de cercle/ commune du District de Bamako est fonctionnelle dans chaque cercle/commune de Bamako.</p> <p>Une union de mutuelles de santé de région est fonctionnelle dans chaque région Une fédération nationale de mutuelles est fonctionnelle au niveau national</p>
2. Accroître la contribution des acteurs au financement des mutuelles de santé	⇒	2. Renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé	⇒	<p>Les mutuelles de santé contribuent significativement à la mobilisation des ressources internes pour la santé.</p> <p>Une subvention octroyée par l'Etat et le fonds national de garantie contribue au financement des mutuelles de santé.</p> <p>Le financement des AGR au profit des mutualistes a amélioré leur capacité contributive.</p>
3. Obtenir l'engagement des collectivités pour soutenir la stratégie (inscription dans les PDESC)	⇒	3. Plaidoyer/formation des élus et sensibilisation des populations	⇒	<p>Prise en compte de la promotion des mutuelles dans les PDESC par l'inscription et le financement des activités de soutien aux mutuelles</p> <p>Les mutuelles bénéficient de l'appui financier et matériels des collectivités</p>
4. Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la promotion de la mutualité et la gestion des organisations mutualistes	⇒	4. Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé	⇒	<p>Les acteurs de la mutualité sont formés sur la conception, la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé.</p> <p>Les acteurs de la mutualité disposent des moyens logistiques et des équipements pour accomplir leurs missions.</p> <p>Les organisations mutualistes rendent compte chaque année de leur bilan selon la réglementation en vigueur.</p>





3. Description des principaux défis, stratégies/ domaines d'intervention et des arrangements de mise en œuvre des activités :

Axe stratégique 1 : Le renforcement, le développement et l'organisation des mutuelles de santé

a) Principaux défis :

Pour traduire le potentiel social des mutuelles de santé dans l'extension de la couverture du risque maladie à la majorité des maliens, il faudra faire face aux principaux défis du développement et de réorganisation du mouvement mutualiste. Le rythme de développement des mutuelles de santé a été lent



au cours des dernières décennies parce qu'on n'a pas mis assez à profit les principaux acteurs au niveau local. En effet, le personnel de santé, les ASACO et les Collectivités Territoriales ont été faiblement impliqués dans la promotion de la mutualité. Les mutuelles de santé existantes souffrent de plusieurs faiblesses dont l'insuffisance de fonctionnalité des organes, les faibles taux d'adhésion et les faibles capacités des organes en planification et gestion. Par ailleurs, la faible taille des mutuelles de santé se traduit par la faiblesse de la mise en commun des risques et la fragmentation des systèmes mutualistes.

b) Stratégies et domaines d'intervention :

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

- le renforcement des mutuelles de santé existantes ;
- la création de nouvelles mutuelles de santé à dimension cercle/commune de Bamako ;
- la création des Unions de mutuelles de santé de région ou du district de Bamako ;
- la mise en place d'une Fédération nationale des mutuelles de santé.

c) Arrangements de mise en œuvre par niveau :

- ***Les comités d'initiative mutualiste :***

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

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

Les comités d'initiative mutualiste disparaîtront à l'avènement des mutuelles de santé de cercle/commune de Bamako, union des mutuelles de région et fédération nationale de mutuelles qu'ils ont promues.

- ***Les organisations mutualistes :***

- Mutuelles de santé de cercle et de commune du district de Bamako :

La carte administrative du Mali comporte 58 cercles et 6 communes de Bamako dans lesquels seront installées autant de mutuelles de cercle/communes de Bamako.

La mutuelle cercle/commune de Bamako s'occupe à travers ses sections de l'animation des populations vivant sur son territoire, de l'émission des appels de cotisation et du recouvrement des cotisations auprès des adhérents. Elle s'occupera aussi du paiement des factures de prestations avant l'opérationnalisation du RAMU, de la facilitation et de la médiation entre les mutualistes et les structures de santé conventionnées.



Chaque mutuelle de cercle représenté par une section au niveau communal, se dotera d'un comité de sensibilisation dont le rôle est la promotion des services de la mutuelle et la collecte des cotisations.

La mutuelle de cercle/commune de Bamako tiendra les statistiques sur les effectifs, les cotisations et les prestations conformément aux outils de gestion qui leur seront fournis.

Vu que certaines zones du pays disposent déjà de mutuelles de santé, alors que d'autres en sont complètement dépourvues, le mode d'implantation des organisations mutualistes dépendra de la configuration du paysage mutualiste de chaque zone ciblée. C'est ainsi que, dans les zones non couvertes, la mise en place des mutuelles de cercle/commune de Bamako précédera celle de l'union régionale.

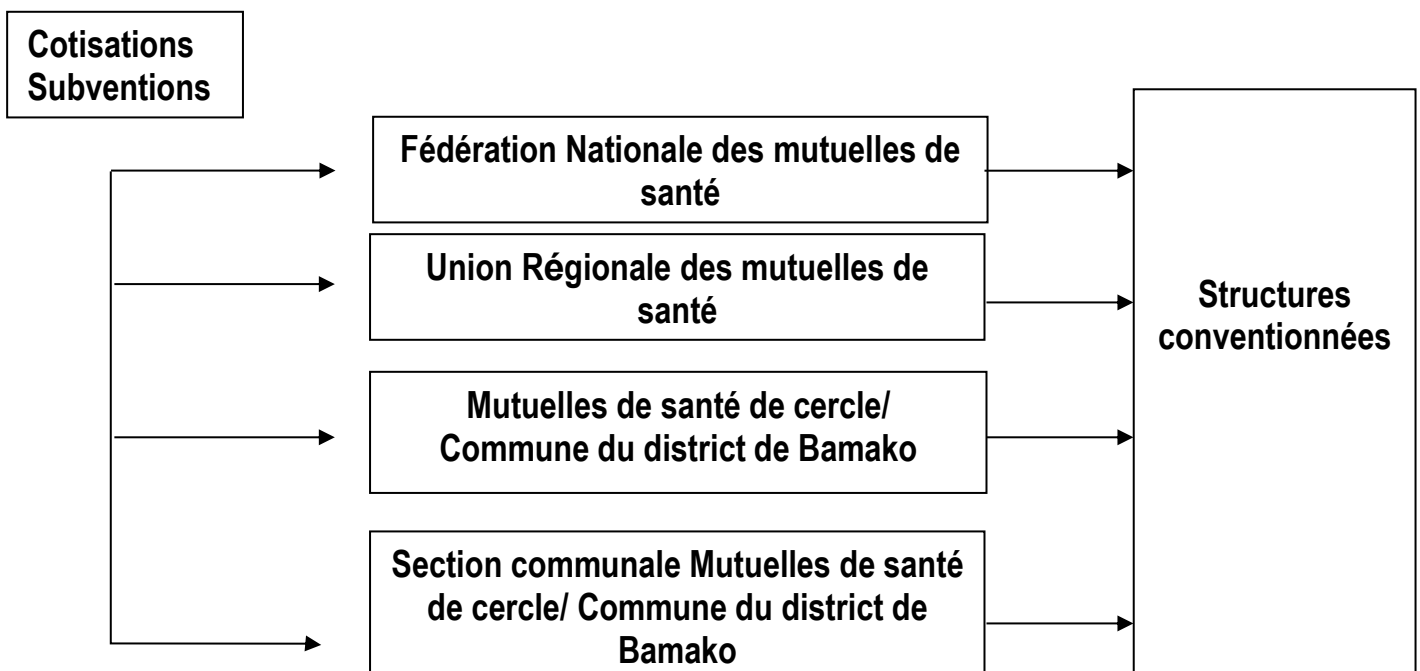
- **Union régionale de mutuelles :**

Elle sera créée dans chacune des quatorze (14) régions administratives et du district de Bamako soit au total quinze (15) unions régionales. L'Union Régionale des Mutuelles de santé sera une structure faîtière de l'ensemble des mutuelles de santé de cercle et des communes du district de Bamako.

- **Fédération nationale des mutuelles de Santé :**

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

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



Axe Stratégique 2 : Le renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé :

a) Principaux défis :

Si les mutuelles de santé doivent devenir l'instrument principal de l'extension de la couverture du risque maladie parmi les segments de la population (secteurs informel et Agricole), il faudra faire face aux défis liés à leur financement. Jusqu'ici, la mobilisation des ressources pour mettre en œuvre des programmes d'animation, de formation, d'appui à l'organisation nécessaires pour l'émergence des mutuelles de santé a été faible. Par ailleurs, la faible capacité contributive des populations cibles surtout des secteurs Agricole et informel n'a pas permis aux mutuelles de santé de leur offrir des paquets de bénéfices suffisamment attractifs et permettant de faire face aux principaux problèmes de santé. En effet, les Collectivités Territoriales sont faiblement intervenues jusque-là pour soutenir le financement des mutuelles de santé. L'Etat ayant mis en place un régime d'assurance obligatoire pour les employés du secteur formel et leurs ayants droits, a pour une question d'équité mis en place le RAMED et engagé le cofinancement des mutuelles de santé pour l'extension de l'assurance maladie.

b) Stratégie et domaines d'intervention

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

- le renforcement de la collecte des cotisations des adhérents des mutuelles de santé ;
- la mobilisation des ressources locales d'appui à la mutualité ;
- la subvention des mutuelles de santé par l'Etat et les PTF ;
- le parrainage, le jumelage, dons et legs ;
- la mise en place d'activités génératrices de revenus ;
- l'inscription d'une ligne budgétaire dans les PDESC comme « Appui aux mutuelles de santé » ;
- la mise en place, l'alimentation et le suivi d'un Fonds national de garantie des mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations.

c) Arrangements de mise en œuvre

Les ressources des mutuelles de santé proviendront prioritairement des cotisations de leurs membres. Cependant en vue d'impulser le développement des mutuelles de santé et généraliser la couverture du risque maladie dans le cadre du RAMU et au profit de la majorité des maliens, le Gouvernement apportera une contribution financière visant à remédier à la faible capacité contributive des populations des secteurs Agricole et informel. Cette contribution de l'Etat sera réalisée sous forme de subvention appelée cofinancement aux mutuelles de santé.

Ainsi le financement des mutuelles de santé est assuré par les cotisations des adhérents dont une proportion est prise en charge par l'Etat et les Partenaires techniques et financiers sous forme de subvention (cofinancement des mutuelles de santé). L'octroi et les conditions d'utilisation de cette subvention aux mutuelles de santé sont précisés dans un document de convention signé entre l'Etat (représenté par le département de tutelle) et les mutuelles de santé, qui précise les objectifs suivants :

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



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

Axe stratégique 3 : Le renforcement des capacités des acteurs impliqués pour le développement des mutuelles de santé :

a) Principaux défis :

Les perspectives d'extension de la couverture du risque maladie et de renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé sur la base du financement public nécessitent que des solutions soient trouvées aux problèmes des capacités des acteurs dans le cadre de l'encadrement et la gestion des mutuelles de santé. Il est nécessaire de faire face aux faiblesses des connaissances des acteurs de développement au niveau local sur les principes, les modes d'organisation et de fonctionnement des mutuelles de santé pour appuyer la promotion de la mutualité.

Par ailleurs, il est nécessaire de :

- faire face aux insuffisances de la gestion des organisations mutualistes ;
- professionnaliser la gestion des mutuelles de santé ;
- pallier les faiblesses des systèmes d'information ;
- promouvoir les mécanismes de redevabilité.

Enfin, il est important de renforcer l'encadrement technique des mutuelles de santé par l'Etat, de dynamiser davantage le partenariat entre l'Etat et les organismes intervenant dans l'assistance technique aux mutuelles de santé et d'augmenter significativement les ressources consacrées à l'assistance technique des mutuelles de santé.

b) Stratégie et domaines d'intervention :

Pour faire face à ces défis, l'objectif stratégique de cet axe est de renforcer les capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé et l'accent est mis sur les domaines d'intervention suivants :

- la formation des acteurs sur la mise en place, la gestion administrative et financière et le suivi des mutuelles de santé ;
- les services d'appui conseils aux mutuelles, unions de mutuelles de santé et fédération nationale ;
- le développement de systèmes d'information et des outils de gestion ;
- le renforcement des capacités d'intervention des acteurs en termes d'équipements, de logistiques, de ressources humaines ;
- l'alimentation du Fonds national de garantie des mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations.

c) Arrangements de mise en œuvre :

L'Etat, dans le cadre de la mise en œuvre des activités de la mutualité, a défini les missions de chaque structure impliquée dans le développement des mutuelles de santé en lien avec la politique nationale de protection sociale au Mali :

La DNPSES : les missions de la division mutualité sociale sont:

- élaborer et suivre la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes et projets de promotion et de développement des mutuelles sociales;



- mener des études et recherches dans le domaine de la mutualité sociale et des risques couverts par les mutuelles sociales ;
- assurer le suivi et le contrôle des organismes publics et privés contribuant au développement de la mutualité sociale au Mali.

L'AMAMUS : ses missions sont :

- instruire les dossiers d'agrément des mutuelles sociales et des structures faitières ;
- tenir le registre d'immatriculation des mutuelles sociales et des structures faitières ;
- suivre et contrôler les mutuelles sociales agréées et les structures faitières ;
- prendre les mesures conservatoires nécessaires à la sauvegarde des intérêts des membres des mutuelles sociales et des structures faitières ou des tiers concernés ;
- veiller au renforcement des capacités des agents sur la mutuelle sociale à tous les niveaux ;
- produire des données statistiques sur la mutualité ;
- contribuer au développement des mutuelles dans le cadre du Régime d'Assurance Maladie Universel (RAMU).

Le CNAPESS : les missions du CNAPESS sont :

- concevoir les modules de formation, les manuels et tous autres documents utiles à la promotion des organisations et entreprises d'économie sociale et solidaire ;
- renforcer les capacités des responsables et membres des organisations et entreprises d'économie sociale et solidaire dans les domaines de la gestion administrative financière et comptable, la recherche de partenaire, la mobilisation des ressources ;
- renforcer les capacités opérationnelles de ces organisations et entreprises d'économie sociale et solidaire ;
- assurer l'appui conseil aux organisations et entreprises d'économie sociale et solidaire ;
- réaliser des études et recherches en Economie Sociale et Solidaire et dans les disciplines connexes, en lien avec la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire.

L'UTM : elle a pour missions de :

- assurer le développement des mutuelles sociales ;
- contribuer à la gestion et l'extension de la couverture des risques sociaux.

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

Axe stratégique 4 : le renforcement de la communication pour la promotion des mutuelles de santé

a) Principaux défis :

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



b) Stratégie et domaines d'intervention :

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

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

c) Arrangements de mise en œuvre :

Les activités de communication pourront s'inscrire dans la contractualisation avec des prestataires sur la base du plan de communication révisé et adopté par l'ensemble des acteurs. Elles prendront en compte les différents échelons des organisations mutualistes.

Le suivi des activités de communication sera intégré au suivi global de la stratégie.

Le département en charge de la mutualité veillera sur la fonctionnalité des organes de pilotage et de suivi de la stratégie pour une meilleure prise en compte des activités de communication.

Axe stratégique 5 : le renforcement du partenariat entre acteurs :

a) Principaux défis :

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

Aussi, le niveau de collecte des cotisations aux mutuelles reste relativement faible, car les opportunités de renforcement de la fonction et des procédures de collecte des cotisations à travers les relations avec les institutions de microfinance ont été faiblement exploitées.

b) Stratégie et domaines d'intervention :

Pour faire face à ces défis et constats, l'objectif stratégique de l'axe est de renforcer le partenariat entre acteurs à plusieurs niveaux. Dans ce cadre, l'accent est mis sur le partenariat avec les acteurs suivants :

- les formations sanitaires ;
- les institutions de microfinance ;
- les Collectivités Territoriales ;
- les organisations socioprofessionnelles (ASACO, APCAM, CNOP, AOPP, APCMM, sociétés coopératives, autres associations et groupements).

c) Arrangements de mise en œuvre :

Les relations entre les différents acteurs devront nécessairement être formalisées. Les réunions des comités de suivi aux différents niveaux constituent les cadres privilégiés de concertation entre les



différentes parties prenantes au développement de la mutualité niveaux commune, cercle et région. Le leadership est assuré par les gouverneurs, préfets, sous-préfets.

Les processus en cours tels que la médicalisation des CSCom, la mise en œuvre du processus d'accréditation (qualité des soins), le passage à échelle de la stratégie nationale de survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, permettront d'améliorer significativement la qualité de l'offre de soins.

Axe stratégique 6 : La coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie :

a) Principaux défis :

L'environnement institutionnel de la mutuelle de santé est assez fourni. Le défi majeur reste la coordination des interventions de l'ensemble des parties prenantes. Nous notons une insuffisance dans la tenue régulière des organes de pilotage et de suivi notamment le comité technique nationale d'orientation stratégique de la protection sociale (la commission nationale de la mutualité sociale). Aussi la stratégie élaborée avec son premier plan quinquennal (2011-2015) n'a été évaluée qu'à travers sa phase pilote.

b) Stratégie et domaines d'intervention :

Pour lever ces défis l'accent sera mis sur les interventions prioritaires suivantes :

- la mise en place et le fonctionnement des organes de gestion aux niveaux régional, local et communal ;
- la mise en place des conseils paritaires de suivi de la mise en œuvre des conventions ;
- la mise en place des organes de contrôle et de gestion du fonds de garantie (conseil paritaire de surveillance et le conseil paritaire de gestion) ;
- la prise en charge des frais des réunions des organes de coordination.

c) Arrangements de mise en œuvre :

Les réunions des organes de suivi constituent les cadres privilégiés de concertation et de coordination des interventions des acteurs pour le développement de la mutualité à tous les niveaux.

Axe stratégique 7 : Les structures chargées de la mise en œuvre de la stratégie sont renforcées au plan institutionnel :

a) Principaux défis :

Les perspectives d'extension de la couverture du risque maladie et de renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé sur la base du financement public nécessitent que des solutions idoines soient trouvées aux problèmes d'insuffisances constatées chez les acteurs dans le cadre de l'encadrement et la gestion des mutuelles de santé. Au-delà de cette dimension pour un meilleur encadrement technique aux fins de la professionnalisation des mutuelles de santé, il y a une insuffisance notoire de matériels et d'équipements pour l'ensemble des structures.

b) Stratégie et domaines d'intervention :

Pour faire face aux défis de renforcement institutionnel des acteurs l'accent sera mis sur les domaines d'intervention suivants :

- le renforcement des capacités des acteurs en termes d'équipements, de logistiques, de ressources humaines ;
- l'alimentation du Fonds national de garantie des mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations.



c) Arrangements de mise en œuvre :

L'Etat dans le cadre de la mise en œuvre des activités de la mutualité a défini les missions de chaque structure impliquée dans le développement des mutuelles de santé en lien avec la politique nationale de protection sociale au Mali. Les différentes structures, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie bénéficieront d'un appui en matériels, équipements, logistiques, et ressources humaines.



4. Cadre logique :

Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Vision : « Un Mali où la couverture maladie des secteurs Agricole et informel contre le risque maladie est assurée grâce à l'adhésion massive de leurs membres aux mutuelles de santé »				
Objectif Général : L'objectif général de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé est d'améliorer significativement l'accessibilité financière des populations employées dans les secteurs Agricole et informel aux soins de santé de qualité au Mali.				
Axe stratégique 1 : Le renforcement, le développement et l'organisation des mutuelles de santé				
<i>Objectif stratégique 1 : Renforcer le développement des organisations mutualistes</i>	Nombre de mutuelles de cercle/ commune Bamako qui ont bénéficié d'appui pour le renforcement et le développement			
Résultat stratégique attendu 1 : La dimension territoriale des mutuelles est rehaussée (cercle, région et national)	Nombre de cercle/ commune de Bamako couvert par les mutuelles de santé			
Activité 1 : Appuyer la mise en place de 62 ⁴ mutuelles de santé de cercle/communes district de Bamako	Nombre de mutuelles de santé de cercle/commune Bamako qui assurent la prise en charge effective des bénéficiaires	Existence des agréments ; Existence de conventions de prestations ; Rapports d'activités des mutuelles de santé.	Le dispositif de mise en place et d'assistance aux mutuelles de santé est adapté ; Les Collectivités Territoriales et les ASACO s'engagent effectivement dans la promotion des mutuelles de santé ; Le personnel de santé et les prestataires s'engagent effectivement dans la	Non appropriation de la stratégie par les acteurs ; Faible mobilisation des ressources par les acteurs.
Activité 2 : Appuyer la mise en place de 11 ⁵ Unions Régionales des mutuelles de santé	Nombre d'unions régionales de mutuelles de santé mises en place et fonctionnelles	Existence d'agrément rapports d'activités		
Activité 3 : Appuyer la mise en place d'une (1) Fédération Nationale des mutuelles de santé	Existence de Fédération Nationale de mutuelles de santé fonctionnelle	Existence d'agrément rapports d'activités		

⁴ Il s'agit des 58 cercles (exceptés Bandiagara et Mopti) plus les 6 communes du District de Bamako.

⁵ Il s'agit des 10 régions opérationnelles plus le District de Bamako.



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 4 : Former 124 animateurs gestionnaires en animation sur la mutualité	Nombre d'agents formés	Rapports d'activités	promotion des mutuelles de santé.	
Activité 5 : Former 124 responsables des mutuelles de santé de cercles et les membres des FELASCOM sur la mutualité sociale	Nombre de responsables formés	Rapports d'activités		
Activité 6 : Former 767 délégués mutualistes communaux des mutuelles de santé de cercle sur la mutualité sociale.	Nombre de membres formés	Rapports d'activités		
Activité 7: Mettre à disposition des mutuelles de cercle/communes district de Bamako 124 animateurs/gestionnaires	Nombre d'animateurs/gestionnaires mis à disposition	Existence de contrat de travail ; Décision d'affectation ; Acte de prise de service.		
Axe Stratégique 2 : Le renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé				
<i>Objectif stratégique 2 : Renforcer les mécanismes de financement des mutuelles de santé</i>	% de budget d'état alloué au financement des mutuelles			
Résultat stratégique attendu 2 : La situation financière des mutuelles est améliorée et un mécanisme de financement pérenne des mutuelles est fonctionnel et renforcé	Proportion de mutuelle de santé de cercle bénéficiant du cofinancement			
Activité 1 : Assurer le cofinancement de 64 mutuelles de santé cercle/communes Bamako	Nombre de mutuelles de santé cofinancées Nombre d'adhérents/ bénéficiaires	Les bordereaux de transfert de fonds ; Les ordres de virements.	Un environnement juridique favorable au développement de la mutualité existe ; L'Etat met en place un dispositif financier d'appui à la mutualité ; Synergie d'action entre les	La faible mobilisation des ressources financières
Activité 2 : Alimenter le fonds de garantie de 3% des cotisations pour les 64 mutuelles de santé	Niveau de mobilisation des contributions par acteurs (Etat, Collectivité, Mutuelles de santé)	Les bordereaux de versements ; Les mandats ; les ordres de virements.		



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 3 : Recouvrer des cotisations des 64 mutuelles de santé	Taux de recouvrement	Les reçus Les registres des cotisations Les relevés bancaires	institutions de microfinances et les mutuelles de santé.	
Activité 4 : Appuyer le financement de 320 Activités Génératrices de Revenus (AGR) pour les mutuelles de santé soit (Cinq (5) par cercle)	Nombre d'AGR financées	Bordereaux de remise de fonds ; Rapports d'activités des AGR ; Supports de gestion des AGR.		
Axe stratégique 3 : le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé,				
<i>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé,</i>	Proportion d'acteurs ayant bénéficié du renforcement des capacités			
Résultat stratégique attendu 3 : Les capacités des acteurs sont renforcées	Nombre d'acteurs formés			
Activité 1 : Former/mettre à niveau 500 agents des services déconcentrés du Développement Social (DRDSES et SLDSES) sur la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé	Nombre d'agents formés	Les rapports de formation	Un environnement juridique favorable au développement de la mutualité existe ; L'Etat met en place un dispositif financier d'appui à la mutualité ; Le dispositif d'assistance technique aux mutuelles de santé est adapté.	La faible mobilisation des ressources financières
Activité 2 : Former/mettre à niveau 2000 acteurs (Prestataires, Autres services techniques, Collectivités, Administration, ASACO, leaders communautaires et autres associations et groupements) sur la mutualité	Nombre d'acteurs formés	Les rapports de formation		



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 3 : Former/mettre à niveau 140 animateurs gestionnaires sur la mutualité	Nombre d'animateurs/ gestionnaires formés	Les rapports de formation		
Activité 5 : Former 140 animateurs gestionnaires sur les techniques d'animations en mutualité	Nombre d'animateurs formés	Rapports d'activités		
Activité 6 : Former les délégués mutualistes communaux des mutuelles de cercle	Nombre de membres formés	Rapports d'activités		
Activité 7 : Former 64 agents SLDSES, 22 DRDSES, 3 CNAPESS, 30 AMAMUS 4 DNPSES, 4 UTM sur le plan comptable de la mutualité sociale	Nombre de personnel formé sur le plan comptable	Rapports de formation		
Activité 8: Former 140 animateurs gestionnaires sur le plan comptable de la mutualité sociale	Nombre d'animateurs formés sur le plan comptable	Rapports de formation		
Activité 9 : Former 64 agents SLDSES, 22 DRDSES, 3 CNAPESS, 3 AMAMUS 4 DNPSES en audit des mutuelles de santé	Nombre de personnel formé en audit des mutuelles de santé	Rapports de formation		
Activité 10 : Former les formateurs en animation sur la mutualité	Nombre de formateurs formés	Rapports d'activités		
Axe stratégique 4 : le renforcement de la communication pour la promotion des mutuelles de santé				
<i>Objectif stratégique 4 : Promouvoir la communication pour le développement des mutuelles de santé</i>	Nombre d'activités de communication pour la promotion et le développement des mutuelles réalisées			
Résultat stratégique attendu 4: La communication pour le développement des mutuelles de santé est renforcée	Nombre d'activités de communication pour le développement des mutuelles réalisées			



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 1 : Organiser périodiquement des sessions de plaidoyer à l'endroit des élus pour la promotion des mutuelles de santé	Nombre de sessions de plaidoyer organisées	Rapports d'activités	Mobilisation des ressources financières suffisantes à temps) ; Disponibilité des supports de communication et du PIC ; Disponibilité des ressources humaines qualifiées à tous les niveaux.	Inexistence des radios fonctionnelles dans tous les cercles ; Non accompagnement du PIC par les PTF.
Activité 2 : Réviser le plan intégré de communication (PIC) pour la promotion des mutuelles	PIC disponible	Document du plan révisé		
Activité 3 : Réviser le guide de communication de référence sur la communication interpersonnelle	Guide disponible	Document du guide révisé		
Activité 4 : Produire les supports de communication pour les responsables des mutuelles, des ASACO, des agents de santé communautaire des CSCOM et des comités d'initiative mutualiste	Nombre de supports produits	Documents de supports		
Activité 5 : Réaliser 11 ateliers de dissémination du plan de communication révisé	Nombre d'ateliers de dissémination réalisé	Rapports d'activités		
Activité 6 : Faire le suivi trimestriel de la mise en œuvre des conventions de diffusion	Nombre de suivis trimestriels réalisés	Rapports d'activités		
Activité 7: Réaliser 7800 Diffusions de messages de sensibilisation sur les médias par an	Nombre de diffusions réalisées	Rapports de diffusion		
Activité 8 : Sensibiliser 1872000 personnes par an dans les communes sur la mutualité par les animateurs gestionnaires les leaders communautaires et les communicateurs traditionnels	% de personnes sensibilisées par an	Rapports d'activités		



Hiérarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 9 : Faire le suivi trimestriel de la diffusion des messages par les radios de proximité et les chaînes de télévisions	Nombre de suivis réalisés	Rapports d'activités		
Activité 10 : Organiser un plaidoyer par an et par région/District de Bamako pour l'appui à la promotion des mutuelles de santé auprès des ministères chargés des finances, du développement rural, de l'artisanat, des syndicats, des élus locaux, des partenaires techniques et financiers, des ONG, des institutions de microfinances	Nombre de sessions de plaidoyer organisées	Rapports d'activités		
Activité 11 : Organiser 10 séances de plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives pour la prise des mesures incitatives en faveur d'une adhésion massive aux mutuelles de santé	Nombre de sessions de plaidoyer organisées	Rapports d'activités		
Activité 12 : Instituer une journée nationale de la mutualité	Journée instituée	Textes d'application		
Activité 13 : Organiser la journée nationale de la mutualité par an	Nombre de journées organisées	Rapports d'activités		
Axe stratégique 5 : le renforcement du partenariat entre acteurs				
<i>Objectif stratégique 5 : Renforcer le partenariat entre les différents acteurs</i>				
Résultat stratégique attendu 5 : le partenariat entre les différents acteurs est renforcé				
Activité 1 : Faire signer 139 conventions de diffusion des messages	Nombre de conventions signées	Copies conventions signées	La mobilisation des ressources financières à temps ;	Non engagement des autorités politico



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
par les radios aux niveaux régional et local			La signature des contrats aux niveaux région et cercle est un gage de succès pour la mise œuvre des contrats de diffusion des messages sur les mutuelles de santé ; L'inscription des activités de promotion des mutuelles dans les PDESC est facteur d'engagement pour la mobilisation des ressources des collectivités.	administratives pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie
Activité 2 : Prendre en compte la promotion des mutuelles dans 778 PDESC	Nombre de PDESC avec activités d'appui aux mutuelles	PDESC Région/ cercle/commune		
Activité 3 : Organiser 4 voyages d'études et de rencontres d'expériences réussies	Nombre de voyages d'études et de partages effectués	Rapport de mission		
Activité 4 : Mettre en place 64 conseils paritaires pour le suivi et l'évaluation des conventions entre les différents acteurs	Nombre de conseils paritaires mis en place Nombre de conseils paritaires fonctionnels	Rapports de mise en place Acte de création PV de réunions et compte rendus		
Activité 5 : Organiser 75 concertations avec les collectivités au niveau local et régional sur la mutualité	Nombre de concertations organisées	Rapports d'activités		
Activité 6 : Organiser 2 table-rondes pour la mobilisation des ressources avec les PTF en faveur des mutuelles	Montant des annonces faites par les partenaires ; Taux de mobilisation du financement (% montant mobilisé)	Rapports d'activités		
Axe stratégique 6 : la coordination, le Suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie				
Objectif stratégique 6 : Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie	Nombre d'activités de coordination, de suivi et d'évaluation réalisées			
Résultat stratégique attendu 6 : la Coordination, le Suivi et l'Evaluation de la stratégie est assurée	Nombre d'activités de coordination, de suivi et d'évaluation réalisées			
Activité 1 : Tenir les 76 réunions des organes de suivi de la mise œuvre de la stratégie aux niveaux national, régional et local	Nombre de réunions tenues	PV de réunion	La mobilisation des ressources financières pour la tenue des réunions des comités de suivi	Non engagement des autorités politico administratives et les PTF pour soutenir la



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 2 : Initier un arrêté rectificatif de la composition de la commission de travail du comité technique national d'orientation stratégique de la protection sociale CNOS /PS	La composition de la commission est rectifiée	Copie de l'arrêté de rectification	est un facteur de fonctionnalité de ces organes	mise en œuvre de la stratégie
Activité 3 : Tenir les 76 réunions du comité technique de la mise en œuvre des conventions prestataires/mutuelles dans les cercles par an	Nombre de réunions tenues	PV de réunion		
Activité 4 : Evaluer 1 fois le plan à mi-parcours	Une évaluation à mi-parcours est faite	Rapport d'évaluation disponible		
Activité 5 : Réaliser l'évaluation finale du plan	Une évaluation finale du plan est faite	Rapports d'activités		
Activité 6 : Réaliser quatre (4) études et enquêtes sur la mutualité	Nombre d'études et d'enquêtes réalisées	Rapports des études et d'enquêtes		
Activité 7 : Assurer le suivi contrôle des organismes publics et privés 1 fois/an par la DNPSES	Nombre d'organismes publics et privés suivis et contrôlés	Rapport de mission		
Activités 8 : Assurer le suivi contrôle semestriel des mutuelles de santé de cercles, des unions et de la fédération par le niveau national	Nombre de mutuelles de cercle/unions/fédérations suivies et contrôlées par le niveau national	Rapports de suivi contrôle		
Activités 9 : Assurer le suivi contrôle trimestriel des mutuelles de cercles et des unions par les DRDSES	Nombre de mutuelles de santé de cercle/unions suivies et contrôlées par les DRDSES	Rapports de suivi contrôle		
Activités 10 : Assurer le suivi contrôle mensuel des mutuelles de cercles et les sections par les SLDSES	Nombre de mutuelles de cercle suivies et contrôlées par les SLDSES	Rapports de suivi contrôle		
Axe stratégique 7 : Renforcement institutionnel des structures pour la mise en œuvre de la stratégie				



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
<i>Objectif stratégique 7: Assurer le renforcement institutionnel des structures pour la mise en œuvre de la stratégie</i>	Existence d'un mécanisme de renforcement institutionnel fonctionnel			
Résultat stratégique attendu 7 : Les capacités des acteurs de la mise en œuvre de la stratégie sont renforcées	Taux d'exécution du plan de renforcement des capacités (formation, équipement)			
Résultat 7.1 : Les capacités de la DNPSSES et ses services déconcentrés sont renforcées pour la mise en œuvre de la stratégie	Nombre d'équipements logistiques disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.	La mobilisation des ressources financières pour le renforcement des investissements	Non accompagnement de l'Etat et des PTF
Activité 1: Doter la DNPSSES et ses services déconcentrés en 77 véhicules 4x4 de supervision	Nombre de véhicules disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 2: Doter la DNPSSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 88 motos TVS de supervision	Nombre de motos disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 3 : Doter la DNPSSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 64 ordinateurs de bureau	Nombre d'ordinateurs de bureau disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 4: Doter la DNPSSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) 88 ordinateurs portables	Nombre d'ordinateurs portables disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 5: Doter la DNPSSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 88 imprimantes multifonctionnelles	Nombre d'imprimantes disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 6 : Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 12 photocopieuses	Nombre de photocopieuses disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 7 : Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) de 88 vidéos projecteurs	Nombre de vidéos projecteurs disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 8 : Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en mobiliers de bureau	Nombre de mobiliers disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 9 : Assurer la formation de longue durée pour 26 agents de la DNPSES et ses démembrements sur la mutualité (2 agents par région et 4 au niveau national)	Nombres d'agents formés	Attestation de formation		
Sous total R1				
Résultat 7.2 : Les capacités de l'AMAMUS sont renforcées	Nombre d'équipements logistiques disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.	La mobilisation des ressources financières pour le renforcement de l'investissement	Non accompagnement des PTF
Activité 1 : Doter l'AMAMUS en 2 véhicules 4x4 de supervision	Nombre de véhicules de supervision disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 2 : Doter l'AMAMUS en 5 motos TVS de supervision	Nombre de motos disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 3 : Doter l'AMAMUS en 5 ordinateurs de bureau	Nombre d'ordinateurs de bureau disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 4 : Doter l'AMAMUS en 5 ordinateurs portables	Nombre d'ordinateurs portables disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 5: Doter l'AMAMUS en 5 imprimantes multifonctionnelles	Nombre d'imprimantes disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 6 : Doter l'AMAMUS en 1 photocopieuse	Nombre de photocopieuses disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 7 : Doter l'AMAMUS de 2 vidéos projecteurs	Nombre vidéos projecteurs disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 8 : Assurer la formation de longue durée pour 2 agents sur la mutualité	Nombres d'agents formés	Attestation de formation		
Sous total R 2				
Résultat 7.3 : Les capacités du CNAPESS sont renforcées	Nombre d'équipements logistiques disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.	La mobilisation des ressources financières pour le renforcement de l'investissement	Non accompagnement des PTF
Activité 1: Doter le CNAPESS en 2 véhicules 4x4 de supervision	Nombre de Véhicules de supervision disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 2: Doter le CNAPESS en 2 motos TVS	Nombre de motos disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 3 : Doter le CNAPESS en 2 ordinateurs de bureau	Nombre d'ordinateurs de bureau disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 4: Doter le CNAPESS 3 ordinateurs portables	Nombre d'ordinateurs portables disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 5: Doter le CNAPESS 3 imprimantes multifonctionnelles	Nombre d'imprimantes disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 6: Doter le CNAPESS en 1 photocopieuse	Nombre de photocopieuses disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 7 : Doter le CNAPESS d'1 vidéo projecteur	Nombre vidéos projecteurs disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 8: Assurer la formation de longue durée pour 2 agents sur la mutualité	Nombres d'agents formés	Attestation de formation		
Sous total R3				
Résultat 7.4 : Les capacités de l'UTM sont renforcées	Nombre d'équipements logistiques disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.	La mobilisation des ressources financières pour le renforcement de l'investissement	Non accompagnement des PTF
Activité 1: Doter l'UTM et ses démembrements en 12 véhicules 4x4 de supervision	Nombre de véhicules de supervision disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 2: Doter l'UTM et ses démembrements en 789 motos TVS de supervision	Nombre de motos disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 3 : Doter l'UTM et ses démembrements en 230 ordinateurs de bureau	Nombre d'ordinateurs de bureau disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 4: Doter l'UTM et ses démembrements en 206 ordinateurs portables	Nombre d'ordinateurs portables disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 5: Doter l'UTM et ses démembrements en 230 imprimantes multifonctionnelles	Nombre d'imprimantes disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 6: Doter l'UTM et ses démembrements en 12 photocopieuses	Nombre de photocopieuses disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 7: Doter l'UTM et ses démembrements en mobilier de bureau (1table, 4 chaises, 1 armoire)	Nombre mobiliers disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		
Activité 8 : Doter l'UTM et ses démembrements en 86 vidéos projecteurs	Nombre de vidéos projecteurs de disponibles	Factures ; Bordereaux de livraison.		



Hierarchie des résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification / moyens de vérification	Hypothèses	Risques
Activité 9: Recruter 703 animateurs gestionnaires des points de service (un point par commune)	Nombres d'agents recrutés	Contrat de travail		
Activité 10 : Construire et équiper les sièges pour 64 mutuelles de cercle, unions et fédération	Nombre de sièges construits et équipés	Dossiers d'appel d'offres PV de réception		

5. Cadre Institutionnel de Mise en Œuvre et de Suivi :

a) Instruments de mise en œuvre :

La stratégie nationale révisée d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé aux secteurs Agricole et informel sera mise en œuvre à travers des programmes quinquennaux qui préciseront les objectifs quantifiés de couverture de la population, leur incidence sur l'utilisation des services de santé ainsi que les projections financières associées. En outre, chaque programme devra expliciter les activités nécessaires pour l'atteinte des résultats attendus.

Chaque année, les différents services chargés de la mise en œuvre de la stratégie réaliseront les activités opérationnelles à exécuter en conformité avec le cadre programmatique. Elle servira également de référence dans l'élaboration de plans d'opération annuels dans le cadre du processus habituel de planification.

b) Cadres institutionnels pour le suivi :

Les activités de pilotage et de suivi de la stratégie s'intègrent parfaitement aux dispositions du Décret N°2016-0677/PM-RM du 05 septembre 2016 portant création du Conseil National d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale qui prévoit :

Niveau National :

- le Conseil National d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale ;
- le Comité Technique National d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale composé de :
 - ❖ la Commission Nationale de Filets Sociaux ;



- ❖ la Commission Nationale de Sécurité sociale ;
- ❖ la Commission Nationale de Mutualité.

Niveau régional :

- le Comité Régional d’Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement (CROCSAD) ;

Niveau local :

- le Comité Local d’Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement (CLOCSAD) ;

Niveau communal :

- le Comité Communal d’Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement (CCOCSAD).

6. *Suivi et Evaluation :*

Le suivi consistera à collecter et analyser de façon continue les informations concernant la mise en œuvre de la stratégie nationale d’extension de la couverture maladie aux secteurs Agricole et informel par les mutuelles de santé. Le suivi permet de relever les progrès accomplis, de cerner les difficultés, faire un feedback, de résoudre les problèmes.

Quant à l’évaluation, elle consistera en la collecte et l’analyse à intervalle régulier des informations sur l’efficacité et l’impact de la stratégie.

a) Méthode de suivi :

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

b) Méthode d’évaluation :

- enquêtes sur les dispensateurs de soins ;
- enquêtes communautaires (enquête sur les ménages, enquête sur une population cible) ;
- revue de la stratégie ;
- analyse des rapports de suivi-contrôle ;
- études et enquêtes spéciales.



5. Schéma d'organisation du dispositif de mutualisation du risque maladie

Organisations mutualistes	Zone de rayonnement	Suivi de la stratégie
Fédération nationale des mutuelles de santé	Territoire national	CNOS-PS Comité Technique/ CNOS-PS (Commission Mutualité)
Union régionale de mutuelles de santé	Région/District de Bamako	CROCSAD
Mutuelle de santé de Cercle/Commune de Bamako	Cercle /Commune de Bamako	CLOCSAD
Section de mutuelle de santé de Cercle/Commune de Bamako	Commune/Quartier de Bamako	CCOCSAD



7. Budget des activités

ACTIVITES		Coût (en 000 F CFA)				
		2021	2022	2023	2024	2025
Objectif général : Améliorer significativement l'accessibilité financière des populations employées dans les secteurs agricole et informel aux soins de santé de qualité au Mali.						
Axe stratégique 1: Le renforcement, le développement et l'organisation des mutuelles de santé,						
Objectif stratégique 1: Renforcer le développement des organisations mutualistes						
Résultat stratégique attendu 1: La dimension territoriale des mutuelles est rehaussée (cercle, région et national)						
Activité 1: Appuyer la mise en place de 62 mutuelles de cercle/communes district de Bamako	AMAMUS	300 000	225 000	225 000	180 000	0
Activité 2: Appuyer la mise en place de 11 Unions Régionales des mutuelles	AMAMUS	0	0	15 000	9 000	9 000
Activité 3: Appuyer la mise en place d'Une (1) Fédération Nationale des mutuelles	AMAMUS	0	0	0	10 000	0
Activité 4 : Former 767 animateurs gestionnaires en animation sur la mutualité	CNAPESS	0	70 000	70 000		0
Activité 5 : Former les responsables des mutuelles de cercles et les FELASCOM	CNAPESS	0	25 000	25 000	0	0
Activité 6 : Former les délégués mutualistes communaux des mutuelles de cercle	SLDSES	137 370	137 370	0	0	0
Sous/total résultat stratégique 1		437 370	457 370	335 000	199 000	9 000
Axe 2 : Le renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé.						
Objectif stratégique 2 : Renforcer les mécanismes de financement des mutuelles de santé						
Résultat stratégique attendu 2: Le mécanisme de financement pérenne des mutuelles est disponible et renforcé						
Activité 1: Assurer le cofinancement de 64 mutuelles cercle/communes Bamako	AMAMUS	2 917 200	5 834 400	9 266 400	13 041 600	16 302 000
Activité 2: Alimenter le fonds de garantie pour les mutuelles de santé	AMAMUS	87 516	175 032	277 992	391 248	489 060
Activité 3: Recouvrer les cotisations des mutuelles de santé	UTM	2 917 200	5 834 400	9 266 400	13 041 600	16 302 000



ACTIVITES		Coût (en 000 F CFA)				
		2021	2022	2023	2024	2025
Activité 4: Appuyer le financement de 320 Activités Génératrices de Revenus (AGR) pour les mutuelles (Cinq (5) par cercle)	AMAMUS	500 000	1 000 000	1 500 000	200 000	0
Sous/total résultat stratégique 2		6 421 916	12 843 832	20 310 792	26 674 448	33 093 060
Axe 3 : Le renforcement des capacités des acteurs impliqués pour le développement des mutuelles de santé,						
Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités des acteurs impliqués pour le développement des mutuelles de santé						
Résultat stratégique attendu 3 : Les capacités des acteurs sont renforcées						
Activité 1: Former/mettre à niveau 500 agents du niveau national et des services déconcentrés du Développement Social (DRDSES et SLDSES) sur la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles	AMAMUS	36 750	49 000	24 500	12 250	0
Activité 2: Former/mettre à niveau 2000 acteurs (Prestataires, Autres services techniques, Collectivités, Administration, ASACO, leaders religieux et d'associations) sur la mutualité	CNAPESS	123 000	123 000	41 000	123 000	0
Activité 3: Former/mettre à niveau 767 animateurs/gestionnaires sur la mutualité et les techniques d'animations	AMAMUS	6 800	65 280	65 110	3 400	0
Activité 4 : Former 767 animateurs gestionnaires en animation sur la mutualité	AMAMUS	0	70 000	70 000		
Activité 5 : Former 767 responsables des mutuelles de cercles et les FELASCOM	CNAPESS	0	25 000	25 000	0	0
Activité 6 : Former 192 délégués mutualistes communaux des mutuelles de cercle	CNAPESS	137 370	137 370	0	0	0
Activité 7: Former les formateurs en animation sur la mutualité	SLDSES	30 000	0	30 000	0	0
Sous/total résultat stratégique 3		166 550	237 280	130 610	138 650	-
Axe stratégique 4 : Le renforcement de la communication pour la promotion des mutuelles de santé,						
Objectif stratégique 4 : Promouvoir la communication pour le développement des mutuelles de santé						
Résultat stratégique attendu 4: La communication pour le développement des mutuelles de santé est renforcée						
Activité 1 : Organiser périodiquement des sessions de plaidoyer à l'endroit des élus pour la promotion des mutuelles de santé	SLDSES/ DRDSES	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
Activité 2 : Réviser le plan intégré de communication (PIC) pour la promotion des mutuelles	AMAMUS	10 000	0	0	0	0



ACTIVITES		Coût (en 000 F CFA)				
		2021	2022	2023	2024	2025
Activité 3 : Réviser le guide de communication de référence sur la communication interpersonnelle	AMAMUS	3 000	0	0	0	0
Activité 4 : Produire les supports de communication pour les responsables des mutuelles, des ASACO, des CSCOM et des cellules d'initiative mutualiste	AMAMUS	30 000	0	0	0	0
Activité 5 : Faire la dissémination du plan de communication révisé	AMAMUS	55 000	0	0	0	0
Activité 6 : Suivre la mise en œuvre des conventions de diffusion	SLDSES/ DRDSES	27 000	27 000	27 000	27 000	27 000
Activité 7: Diffuser les messages de sensibilisation sur les médias	SLDSES/ DRDSES	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000
Activité 8 : Sensibiliser les populations dans les communes sur la mutualité par les animateurs gestionnaires	SLDSES/ DRDSES	72 000	72 000	72 000	72 000	72 000
Activité 9 : Faire le suivi de la diffusion des messages par les radios de proximité	SLDSES/ DRDSES					
Activité 10 : Organiser annuellement séances de plaidoyer pour l'appui à la promotion des mutuelles de santé auprès des ministères chargés des finances, du développement rural, de l'artisanat, des syndicats, des élus locaux, des partenaires techniques et financiers, des ONG, des institutions de microfinance	DNPSES	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Activité 11: Organiser 10 séances de plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives pour la prise des mesures incitatives en faveur d'une adhésion massive aux mutuelles de santé	DNPSES	2 000	2 000	0	0	0
Activités 12 : Organiser la Journée nationale de la mutualité	DNPSES	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Sous/total résultat stratégique 4		424 000	326 000	324 000	324 000	324 000
Axe stratégique 5 : Le renforcement du partenariat entre acteurs						
Objectif stratégique 5 : Renforcer le partenariat entre les différents acteurs						
Résultat stratégique attendu 5 : le partenariat entre les différents acteurs est renforcé						
Activité 1 : Faire signer les conventions de diffusion des messages par les radios aux niveaux régional et local	DRDSES/SLDSES	10 000	0	0	0	0



ACTIVITES		Coût (en 000 F CFA)				
		2021	2022	2023	2024	2025
Activité 2 : Prendre en compte la promotion des mutuelles dans les PDESC	SLDSES	0	0	0	0	0
Activité 3 : Organiser 4 voyages d'études et de rencontres d'expériences réussies	DNPSES	50 000	50 000	0	0	0
Activité 4 : Mettre en place un comité paritaire par cercle pour le suivi et l'évaluation des conventions entre les différents acteurs	DRDSES/SLDSES	0	0	0	0	0
Activité 5 Organiser 75 concertations avec les collectivités au niveau local et régional sur la mutualité	DRDSES/SLDSES	129 000	129 000	129 000	129 000	129 000
Activité 6: Organiser une table-ronde pour la mobilisation des ressources avec les PTF en faveur des mutuelles	DNPSES	20 000	0	0	0	0
Sous/total résultat stratégique 5		209 000	179 000	129 000	129 000	129 000
Axe stratégique 6 : la coordination, le Suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie						
Objectif stratégique 6: Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie						
Résultat stratégique attendu 6 : la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie est assurée						
Activité 1 : Tenir les réunions des comités de suivi de la mise œuvre de la stratégie aux niveaux national, régional et local	SLDSES/ DRDSES/ DNPSES	46 000	46 000	46 000	46 000	46 000
Activité 2 : Initier un arrêté rectificatif de la composition de la commission de travail du Comité technique National d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale CNOS /PS	DNPSES	0	0	0	0	0
Activité 3 : Tenir les réunions du comité technique de la mise en œuvre des conventions prestataires/mutuelles dans les cercles	SLDSES	5 000	8 750	12 500	15 500	15 500
Activité 4 : Evaluer à mi-parcours le plan	DNPSES	0	0	15 000	0	
Activité 5 : Réaliser l'évaluation finale du plan	DNPSES	0	0	0	0	30 000
Activité 6: Réaliser 4 études et enquêtes sur la mutualité	DNPSES	50 000	0	50 000	0	0
Activité 7: Assurer le suivi contrôle des organismes publics et privées	DNPSES	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000



ACTIVITES		Coût (en 000 F CFA)				
		2021	2022	2023	2024	2025
Activités 8: Assurer le suivi contrôle des mutuelles de cercles des unions et de la fédération par le niveau national	AMAMUS	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
Activités 9: Assurer le suivi contrôle des mutuelles de cercles et des unions	DRDSES	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000
Activités 10: Assurer le suivi contrôle des mutuelles de cercles et les sections	SLDSES	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Activités 11: Assurer la mise en place et le fonctionnement des organes de contrôle et de gestion du fonds de garantie (le conseil paritaire de surveillance et le conseil paritaire de gestion)	AMAMUS	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Sous/total résultat stratégique 6		173 500	127 250	196 000	134 000	164 000
Axe 7: Renforcement institutionnel des structures pour la mise en œuvre de la stratégie						
Objectif stratégique 7: Assurer le renforcement institutionnel des structures pour la mise en œuvre de la stratégie						
Résultat stratégique attendu 7.1 : Les capacités de la DNPSES et ses services déconcentrés sont renforcées pour la mise en œuvre de la stratégie						
Activité 1: Doter la DNPSES et ses services déconcentrés en 77 véhicules 4x4 de supervision	DFM	0	805 000	966 000	0	0
Activité 2: Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 88 motos TVS de supervision	DFM	0	26 400	26 400	0	0
Activité 3 : Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 64 ordinateurs de bureau	DFM	13 600	13 600	0	0	0
Activité 4: Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) 88 ordinateurs portables	DFM	12 100	12 100	0	0	0
Activité 5: Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 88 imprimantes multifonctionnelles	DFM	0	35 200	35 200	0	0
Activité 6: Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 12 photocopieuses	DFM	0	9 000	0	0	0
Activité 7: Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en 88 vidéos projecteurs	DFM	22 000	22 000	0	0	0



ACTIVITES		Coût (en 000 F CFA)				
		2021	2022	2023	2024	2025
Activité 8: Doter la DNPSES et ses services déconcentrés (y compris les districts sanitaires) en mobiliers de bureau	DFM	0	4 950	4 950	0	0
Activité 9: Assurer la formation de longue durée pour 4 agents sur la mutualité	DNPSES	30 000	0	30 000	0	0
Sous total R1		77 700	928 250	1 062 550	0	0
Résultat 7.2 : Les capacités de l'AMAMUS sont renforcées pour la mise en œuvre de la stratégie						
Activité 1: Doter l'AMAMUS en 2 véhicules 4x4 de supervision	DFM	23 000	23 000	0	0	0
Activité 2: Doter l'AMAMUS en 5 motos TT de supervision	DFM	0	3 000	0	0	0
Activité 3 : Doter l'AMAMUS en 5 ordinateurs de bureau	DFM	0	0	2 125	0	0
Activité 4: Doter l'AMAMUS 5 ordinateurs portables	DFM	0	0	1 375	0	0
Activité 5: Doter l'AMAMUS en 5 imprimantes multifonctionnelles	DFM	0	0	4 000	0	0
Activité 6: Doter l'AMAMUS en 1 photocopieuse	DFM	0	750	0	0	0
Activité 7 : Doter l'AMAMUS de 2 vidéos projecteurs	DFM	0	500	500	0	0
Activité 8: Assurer la formation de longue durée pour 4 agents sur la mutualité	AMAMUS	30 000	15 000	15 000	0	0
Sous total R 2		53 000	42 250	23 000	0	0
Résultat 7.3 : Les capacités du CNAPESS sont renforcées pour la mise en œuvre de la stratégie						
Activité 1: Doter le CNAPESS en 2 véhicules 4x4 de supervision	DFM	0	23 000	23 000	0	0
Activité 2: Doter le CNAPESS en 2 motos	DFM	0	1 200		0	0
Activité 3 : Doter le CNAPESS en 2 ordinateurs de bureau	DFM	0	850		0	0
Activité 4: Doter le CNAPESS 3 ordinateurs portables	DFM	0	825		0	0
Activité 5: Doter le CNAPESS 3 imprimantes multifonctionnelles	DFM	0	2 400		0	0
Activité 6: Doter le CNAPESS en 1 photocopieuse	DFM	0	750		0	0
Activité 7 : Doter le CNAPESS en 1 vidéo projecteur	DFM	0	500	0	0	0



ACTIVITES		Coût (en 000 F CFA)				
		2021	2022	2023	2024	2025
Activité 8: Assurer la formation de longue durée pour 2 agents sur la mutualité	CNAPESS	15 000	0	15 000	0	0
Sous total R3		15 000	29 525	38 000	0	0
Résultat 7.4 : Les capacités de l'UTM sont renforcées pour assurer leur mission d'organisme de gestion délégué (OGD) dans le cadre du RAMU						
Activité 1: Doter l'UTM et ses démembrements en 12 véhicules 4x4 de supervision	DFM	0	138 000	138 000	0	0
Activité 2: Doter l'UTM et ses démembrements en 789 motos TVS de supervision	DFM	120 000	90 000	90 000	120 000	53 400
Activité 3 : Doter l'UTM et ses démembrements en 230 ordinateurs de bureau	DFM	19 550	19 550	19 550	19 550	19 550
Activité 4: Doter l'UTM et ses démembrements 206 ordinateurs portables	DFM	11 550	11 275	11 275	11 275	11 275
Activité 5: Doter l'UTM et ses démembrements en 230 imprimantes multifonctionnelles	DFM	33 600	32 800	32 800	32 800	32 800
Activité 6: Doter l'UTM et ses démembrements en 12 photocopieuses	DFM	0	4 500	4 500	0	0
Activité 7: Doter l'UTM et ses démembrements en mobilier de bureau (1table, 4chaises, 1 armoire)	DFM	21 150	21 150	21 000	21 000	21 150
Activité 8 : Doter l'UTM et ses démembrements 86 vidéos projecteurs	DFM	9 000	8 500	8 500	8 500	8 500
Activités 9: Recruter les animateurs gestionnaires des points de service (un point par commune)	UTM	0	0	0	0	0
Sous total R 4		214 850	325 775	325 625	213 125	146 675
Sous total résultat stratégique 7		360 550	1 325 800	1 449 175	213 125	146 675
TOTAL		8 192 886	15 496 532	22 874 577	27 812 223	33 865 735



8. SCHEMA DE FINANCEMENT ET DE MOBILISATION DES RESSOURCES :

Le financement de la stratégie d'extension de la couverture maladie par les mutuelle de santé est assuré par l'Etat, les collectivités locales, les communautés, les ménages, les Partenaires Techniques et Financiers, les acteurs du secteur privé, les organisations de la société civile conformément à la législation en vigueur.

Les Partenaires techniques et financiers, les acteurs du secteur privé, les organisations de la société civile seront sollicités pour appuyer l'effort du Gouvernement.

1) Estimation globale du coût du plan d'action 2021-2025 :

Le financement global du Plan d'Actions 2021-2025 est estimé à **108 766 692 000** Francs CFA se répartissant ainsi qu'il suit :

a) Par année :

- 2021 : **8 360 256 000, soit 07,69 %**
- 2022 : **15 728 902 000, soit 14,46 %**
- 2023 : **22 999 577 000, soit 21,15 %**
- 2024 : **27 812 223 000, soit 25,57 %**
- 2025 : **33 865 735 000, soit 31,14 %**

b) Par résultat stratégique :

- AXE 1:1 437 740 000, soit 1,32 %
- AXE 2:99 344 048 000, soit 91,34 %
- AXE 3:1 197 830 000, soit 1,10%
- AXE 4:1 722 000 000, soit 1,58 %
- AXE 5 :775 000 000, soit 0,71 %
- AXE 6 :794 750 000, soit 0,73 %
- AXE 7 :3 495 325 000, soit 3,21 %.



2) Plan de financement du Plan d'Actions 2021-2025 :

Les coûts des activités du Plan d'Actions 2021-2025 ont été estimés sur la base des informations fournies par certains intervenants d'une part et à partir des estimations faites à partir de la mercuriale des prix d'autre part.

Le financement du Plan d'Actions 2021-2025 se fera à travers :

- les contributions de l'Etat représenté par les départements ministériels,
- les apports des Collectivités Territoriales,
- les recouvrements de cotisations,
- les contributions des différents Partenaires Techniques et Financiers du Mali.

