



Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale

Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Mali

Janvier 2017

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparé par Jenna Wright, Karishmah Bhuwanea, Ffyoa Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler.

Le projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG)

Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès des populations aux soins de santé. Dirigé par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires pour accroître leurs ressources nationales en matière de santé, gérer plus efficacement ces précieuses ressources et prendre des décisions éclairées en matière d'achats. Ce projet mondial de cinq ans et 209 millions de dollars vise à accroître l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, y compris le VIH / sida, la tuberculose, le paludisme et les services de santé génésique. Conçu pour renforcer fondamentalement les systèmes de santé, HFG apporte son soutien aux pays qui naviguent sur les transitions économiques nécessaires pour atteindre des soins de santé universels.

Janvier 2017

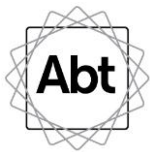
Cooperative Agreement No: AID-OAA-A-12-00080

Soumettre à:

Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Eleonore Rabelahasa,
Senior Health Systems Strengthening and Policy Advisor
USAID West Africa Regional Health Bureau

Citation recommandée : Wright, Jenna, Karishmah Bhuvanee, Ffyona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer and Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par le Projet Health Finance & Governance. Washington, DC: United States Agency for International Development.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)

LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

ÉTUDE PANORAMIQUE MULTIREGIONALE ET ANALYSE DE CERTAINS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

MALI

AVERTISSEMENT

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
I. Mali	11
I.1 Un aperçu bref de pays	11
I.2 Contexte.....	15
I.3 Le financement de la santé au Mali	15
I.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale	17
I.5 Opportunités en matière de financement de la santé	19
I.6 Sources.....	20

Liste des figures

Figure 1: Un aperçu bref de Mali.....	13
---------------------------------------	----

ACRONYMES

AMC	Assurance maladie communautaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire (Guinée, Mali)
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale (Mali)
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Bénin)
APSAB	Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (Burkina Faso)
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare (Cameroun)
CAMS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (Cameroun)
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Mali)
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Cameroun)
CNS	Comptes nationaux de santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Burkina Faso, Guinée)
CONSAMAS	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (Bénin)
CPS	Cellule de Planification et de Statistique (Mali)
CSU	Couverture sanitaire universelle
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
FCFA	Franc CFA (Burkina Faso)
GIZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / Société allemande pour la coopération internationale (Cameroun)</i>
HFG	Health Finance and Governance Project / Projet de Financement et Gouvernance de la Santé
INAM	Institut National d'Assurance Maladie (Togo)
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)
IPM	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
IPRES	Institut de Prévoyance Retraite et Sociale (Sénégal)
IST	Infection sexuellement transmissible
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (Burkina Faso)
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (Mali)
MS	Ministère de la Santé (Togo)

MSAH	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (Mali)
MSPH	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (Mali)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDS	Plan de Développement Sanitaire (Niger)
PDSS	Plan de développement sanitaire et social (Mali)
PF	Planification familiale
PMAS	Pool micro-assurance santé (Sénégal)
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (Bénin, Guinée, Togo)
PRODESS	Programme pour le Développement Social et Sanitaire (Mali)
PROMUSCAM	Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (Cameroun)
RAMED	Régime d'Assistance Médicale (Mali)
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle (Bénin)
SNFS pour la CSU	Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (Guinée)
SR	Santé de la reproduction
ST-AMU	Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (Burkina Faso)
TB	Tuberculose
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (Niger)
USAID	United States Agency for International Development
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
WARHO	West Africa Regional Health Office / Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'United States Agency for International Development (USAID) et mise en œuvre par le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance Project, HFG).

M. Abdoulaye Ba, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Cameroun, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le Dr Birahime Diongue, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Bénin, au Niger et au Togo. Le Dr André Zida, spécialiste de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Burkina Faso.

Le leadership, le soutien, la collaboration et les contributions des collègues de l'USAID/ Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (West Africa Regional Health Office, WARHO) ont été essentiels pour réaliser cette étude panoramique et cette analyse. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour le soutien fourni par le Dr Eleonore Rabelhasa, conseiller de haut niveau en politiques et renforcement des systèmes de santé (WARHO) et par Mme Rachel Cintron, responsable du Bureau de la Santé (WARHO). Les auteurs reconnaissent la participation active et la collaboration des Missions de l'USAID et de multiples partenaires de mise en œuvre et institutions non gouvernementales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Togo. Les auteurs sont également reconnaissants pour les contributions et la collaboration des ministères de la Santé et d'autres organismes gouvernementaux dans ces pays. Ils remercient tous les informateurs clés qui ont partagé leur temps et leur sagesse (voir la liste à l'Annexe C).

Enfin, les auteurs tiennent à remercier Bry Pollack et Suzanne Erfurth (Abt Associates) pour la révision du document, Alain Schuster et Julie Verbert (ASJV Associates) pour la traduction et Erin Miles et Audrey Hanbury (Abt Associates) pour la conception du rapport.

SYNTHESE

Reconnaissant qu'une population en bonne santé est favorable au développement économique, à la résilience et à la prospérité, de nombreux gouvernements se sont lancés sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU). La communauté internationale, les gouvernements nationaux et de nombreuses organisations privées et personnes physiques convergent sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un objectif qui mérite un accroissement des investissements financiers. L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer également l'état de santé de la population, en particulier pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Ce rapport a pour objet de présenter les conclusions d'une étude panoramique portant sur les tendances observées et les leçons apprises dans quinze pays de multiples régions. Nous avons effectué des analyses détaillées de huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Nous avons passé en revue le cadre de financement de la santé de sept autres pays qui en sont à diverses étapes du cheminement vers la CSU afin de tirer les leçons apprises et d'éclairer des stratégies possibles : Éthiopie, Ghana, Indonésie, Kenya, Malaisie, Nigeria et Afrique du Sud (« pays de référence »).

Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de la Santé pour la Région de l'Afrique de l'Ouest de l'*United States Agency for International Development* et ses Missions dans les pays concernés, et le secteur privé.

Le Chapitre 1 du rapport présente les constatations de l'étude panoramique résultant de l'étude des quinze pays. Les Chapitres 2–9 du rapport présentent les constatations approfondies produites par l'étude des huit pays ciblés, y compris des descriptions du cadre de financement de la santé de chacun de ces pays et des stratégies appliquées par leurs gouvernements pour la CSU et la planification familiale, et une discussion des points forts et des points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans ces pays.

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs grandes stratégies publiques pour le secteur de la santé, bien que la plupart des pays concernés ne pensent pas pouvoir atteindre la couverture sanitaire universelle pendant le terme de leurs stratégies actuelles. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à accroître progressivement la couverture de la population dans le cadre d'initiatives existantes ou de nouvelles initiatives. En général, les documents de stratégie de ces pays en matière de CSU s'appuient sur le concept d'*universalisme progressiste*, tel que décrit par Gwatkin et Ergo (2011) et adopté en 2013 par la Commission sur les investissements dans la santé du Lancet (Jamison et al. 2013). Cela signifie qu'ils incluent de multiples stratégies pour améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (et tout est censé se dérouler simultanément). La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques visant à engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale d'atteinte de la CSU. Cependant, la planification familiale

était souvent absente des principaux documents stratégiques élaborés, et elle était fréquemment traitée dans des documents distincts axés exclusivement sur la politique à suivre en matière de planification familiale ou de santé de la reproduction. Les gouvernements ayant des documents stratégiques séparés pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui mentionnent la planification familiale dans le contexte d'un plan stratégique plus général pour le système de santé ont généralement des plans moins détaillés à cet égard.

Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de la planification familiale, beaucoup des stratégies visant à améliorer l'accès à la planification familiale sont similaires, comme une sensibilisation accrue et l'augmentation de la demande par le biais du marketing social, la délégation de tâches afin de permettre la fourniture des services au sein de la communauté et l'augmentation du nombre des centres offrant des services de planification familiale.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par plusieurs mécanismes différents. La plupart des mécanismes de financement de la santé, ou parfois tous ces mécanismes, sont inclus dans le cadre de financement de la santé de tous les quinze pays. Les niveaux de couverture des services, de couverture de la population et de protection financière étaient variables.

Ces niveaux de couverture constituent une manière essentielle de mesurer les progrès des pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale. Pour évaluer ce dernier point, il est possible d'estimer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé couvrent les services de planification familiale (c.-à-d., cherchent à assurer leur fourniture), le pourcentage de la population pouvant accéder (et accédant) à ces services dans le cadre de chacun de ces mécanismes, et quel degré de protection financière est fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport développent chacun de ces mécanismes dans les huit pays ciblés ; les leçons tirées des sept pays de référence sont intégrées à l'analyse multirégionale du Chapitre 1.

Une fourniture de services de santé financée par l'État existe dans tous les pays de l'étude. Les fonds octroyés par les gouvernements aux établissements de santé leur permettent de fournir à leurs patients des services à prix réduit. Le gouvernement se charge souvent des achats ; dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour être consultés afin de déterminer comment les établissements de santé dépenseront les fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs de l'État est un *financement basé sur les intrants* (p. ex., paiement des salaires des travailleurs de santé, produits de base et infrastructure). Les gouvernements associent souvent un tel financement direct pour les services de santé au *financement du côté de la demande* (p. ex., paiement de services pour le compte de patients afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins) afin d'améliorer l'équité de l'accès aux services de santé.

La dispense de paiement des honoraires par les utilisateurs et l'octroi de bons sont deux exemples de mécanismes de financement favorables aux pauvres, car ils réduisent la part des coûts à la charge des ménages pauvres et vulnérables. L'expérience de la Malaisie comme pays à revenus intermédiaires, tranche supérieure, ayant une couverture sanitaire quasi-universelle par le secteur public en matière de prestation de soins de santé fournit des leçons qui seront utiles pour les pays d'Afrique de l'Ouest au fur et à mesure que leurs économies se développeront, leurs systèmes de santé atteignant un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements étant alors confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population. Les gouvernements peuvent maintenant mettre en place des cadres juridiques visant à permettre aux réformes du système de santé de répondre aux besoins changeants.

En général, au moins certains produits de base pour la planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par des travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public, mais ces systèmes de distribution peuvent être améliorés. Un régime de distribution de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale de longue durée et les services d'assistance en cas de

violences sexuelles. Ces subventions ciblent à la fois les ménages et les prestataires publics et privés. Elles peuvent être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières aux services prioritaires tels que la planification familiale, encouragent l'augmentation de la demande et s'efforcent d'améliorer la qualité du travail des prestataires de services publics et privés.

L'assurance maladie sociale fait souvent partie de la stratégie des gouvernements visant à acheter des services de santé en mobilisant et combinant des fonds de sources publiques et privées qui seront utilisés en fonction des capacités de paiement des membres. De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou de développer davantage des régimes d'assurance maladie sociale et ils ont fait adopter des lois dans ce but. Cependant, la mobilisation des ressources requises pour subventionner même des prestations de base pour les citoyens ayant des moyens limités ou n'étant pas du tout en mesure de payer pour les services de santé peut représenter un processus difficile et prenant beaucoup de temps à mettre en œuvre.

Le déploiement du système ambitieux de payeur unique en Indonésie à partir de 2014 est en partie la conséquence d'une action en justice intentée par des citoyens et visant à rendre l'État responsable de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur le Système national de sécurité sociale. Au Nigeria, le fonds chargé de financer la prestation des services de santé de base (Basic Health Care Provision Fund) a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. En 2012, la loi du Ghana concernant la réforme du régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme) exigeait l'inclusion de la planification familiale d'une manière à déterminer par le ministre de la Santé, mais trois ans après, le gouvernement n'avait toujours pas élaboré les directives d'application de la politique et les consignes nécessaires pour intégrer les méthodes de planification familiale au régime. Le déploiement par le Gouvernement sud-africain de l'assurance maladie nationale avance bien, dans le cadre d'une approche en plusieurs phases devant durer plus de dix ans pour assurer sa mise en place.

Les gouvernements doivent affecter des fonds substantiels pour développer l'assurance maladie sociale, et de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale ciblant les employés du secteur formel, qui sont plus faciles à administrer. Cependant, la différence du niveau de protection financière entre le secteur formel (qui comprend souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et accroître la fragmentation du système de santé.

L'assurance maladie communautaire (AMC) est souvent incluse dans les stratégies de CSU des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de la perception de son avantage comparatif pour identifier et inscrire les secteurs de la population qui sont insuffisamment servis, ne sont pas assurés et comprennent essentiellement les travailleurs du secteur informel dans des régimes de mise en commun des risques. Bien que l'augmentation du nombre des régimes d'AMC puisse sembler faisable pour les gouvernements à court terme, le modèle conduit souvent à la mise en place de mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, au Ghana, des membres de la communauté se sont initialement portés volontaires pour gérer ces régimes ; toutefois, ces régimes se sont progressivement transformés en régimes à gestion plus professionnelle et leurs administrateurs sont devenus des agents de l'État.

L'adhésion aux régimes d'AMC est souvent facultative ou n'est pas contrôlée, et ces régimes sont souvent vulnérables à l'*anti-sélection*, une situation caractérisée par des adhésions disproportionnées par des personnes à haut risque et un faible taux d'adhésion par les personnes à faible risque. Les initiatives d'AMC telles que celles de l'Éthiopie peuvent permettre de créer des groupes plus importants de risques mis en commun, une fois que le gouvernement est en mesure de gérer la transition. Cette transition pourrait être bénéfique pour assurer que les membres des régimes d'AMC obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

L'assurance maladie privée est un mécanisme de financement de la santé existant dans les quinze pays de l'étude, mais son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à cibler

les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel. On note toutefois quelques rares exemples d'assureurs maladie privés et de régimes d'assurance communautaire privés qui ciblent les ménages à faibles revenus ou les travailleurs du secteur informel. Certaines sociétés privées fournissent d'elles-mêmes des subventions pour le paiement des primes ou d'autres prestations de santé offertes par des compagnies d'assurance maladie privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, par exemple au Kenya et au Nigeria. En général, ce modèle ne contribue pas substantiellement à la couverture de la population dans les pays ayant des secteurs formels peu développés.

Les dépenses à la charge des ménages représentent les paiements effectués directement par les ménages aux prestataires pour des produits et services de santé au moment de leur fourniture. Il s'agit du mécanisme de financement dominant dans la plupart des quinze pays de l'étude. Dans tous les pays concernés, les ménages paient toujours une contribution pour certains produits ou services de santé fournis, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements publics de santé. Dans les pays n'ayant que de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé ou de mise en commun des risques, les dépenses de santé à la charge des ménages représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses de santé totales sont généralement très élevées.

Il existe un intérêt croissant pour la mobilisation du financement privé. Étant donné que les dépenses des ménages constituent déjà une proportion élevée des dépenses de santé totales et que les pays ciblés ont des secteurs formels relativement faibles, cette étude n'a pas identifié de nombreux exemples de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé. Cependant, les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre des secteurs étendus de la population et protègent les ménages contre les coûts catastrophiques. Les gouvernements doivent réformer continuellement le système de santé afin de fournir une meilleure couverture, et une couverture plus équitable, à la population, et la voie vers la CSU doit évoluer progressivement en fonction des changements des besoins et des demandes de la population.

Les programmes subventionnés par des gouvernements qui ne disposent pas de suffisamment de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront, nécessairement ou à dessein, un segment limité de la population. Ceci peut cependant affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et l'atteinte de l'*universalisme progressiste* risque d'être compromise. Des mécanismes de financement de la santé sur une plus petite échelle ou plus ciblés peuvent promouvoir un accès plus équitable aux services essentiels. De plus, il est essentiel de garantir un accès universel à la planification familiale par le biais d'initiatives de CSU.

De nombreux gouvernements des pays ciblés par cette étude envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière en liaison avec les soins de santé et la poursuite de la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, développement de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de régimes de santé communautaires contribuant à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter de façon spectaculaire le nombre des régimes d'AMC afin d'atteindre un niveau d'inscriptions presque universel dans leur population. La couverture de la population par l'AMC et les autres formes d'assurance est faible dans la plupart d'entre eux.

L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités de renforcement pour tous ces mécanismes de financement ou de création de nouveaux mécanismes permettant d'accroître la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

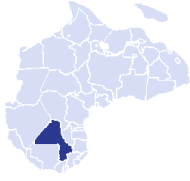
I. MALI

I.1 Un aperçu bref de pays



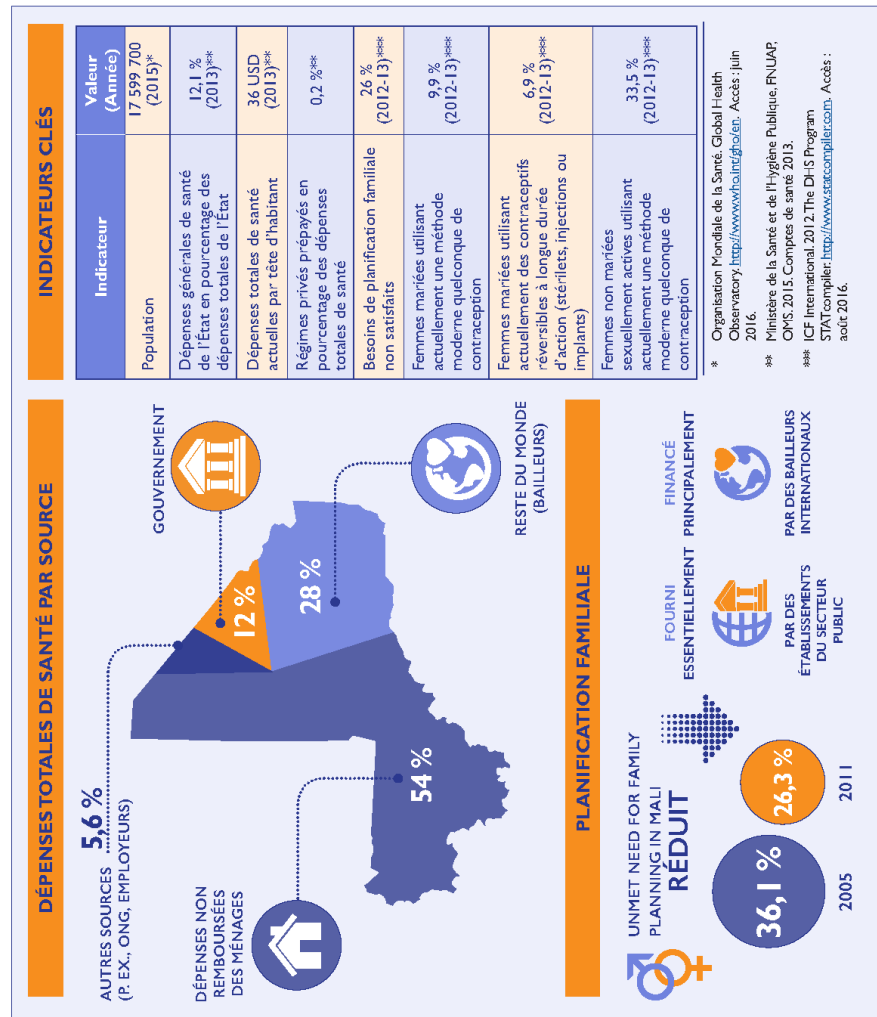


Mali



STRATÉGIES DE FINANCEMENT POUR METTRE EN PLACE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les stratégies du Mali pour améliorer la couverture des services de santé



La stratégie du Mali pour le financement de la CMLU, qui est en cours d'élaboration depuis 2002, est une stratégie à trois volets qui est gérée par le Ministère de la Protection Sociale. Le premier mécanisme de financement est le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), qui couvre les fonctionnaires, les membres du Parlement et de l'Assemblée Nationale, les membres des forces armées, les retraités et les membres de leurs familles. Le deuxième est le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), qui fournit une protection financière complète aux indigents. Le gouvernement a créé ces deux régimes par des lois en 2009. Le troisième mécanisme, l'assurance maladie communautaire, est en place depuis 2002. Il vise à augmenter la protection financière pour les travailleurs du secteur informel et les travailleurs agricoles. Le gouvernement fournit des subsides pour le paiement des primes d'assurance maladie communautaire aux ménages les plus pauvres. Le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2014-23 esquisse des objectifs ambitieux consistant à augmenter la couverture de la population par ces régimes d'ici 2023. Plus précisément, le PDSS cible une augmentation de la couverture de la population par l'AMO de 3,4 % à 16 % ; par le RAMED de 0,2 % à 5 % ; et par l'assurance maladie communautaire de 4,1 % à 20 %ⁱ. Ces trois régimes sont déployés dans le contexte de la décentralisation, où il est prévu que les collectivités territoriales jouent un rôle plus important dans la gestion de ces régimes et l'obtention des ressources dont ils auront besoin.

La planification familiale aura une place importante dans le forfait de services fourni. Le Mali a l'un des taux de fécondité les plus élevés au monde, à 6,1ⁱⁱ. Neuf et demi pour cent des femmes en âge de procréer utilisent une méthode de contraception moderne. Près des trois-quarts des utilisatrices de méthodes modernes se procurent des contraceptifs par le biais du secteur public, bien que l'accès au niveau communautaire ne soit pas adéquat. Les dépenses de planification familiale sont faibles, représentant 0,7 % des dépenses de santé en 2013ⁱⁱⁱ.

Défis et opportunités

Le Mali devra surmonter des obstacles pour convaincre sa population des avantages de l'assurance pour atténuer le risque financier des maladies. Le secteur informel n'a encore qu'une capacité financière limitée de contribution à des régimes d'assurance. Le gouvernement s'efforce d'intégrer divers régimes d'assurance maladie communautaire fragmentés afin de créer des groupes de risques de plus grande envergure et plus stables, ce qui entraînera également la réduction des coûts administratifs.

ⁱ Gouvernement du Mali, Plan décennal 2014-23 pour la Santé et le Développement Social Mali
ⁱⁱ Centre de Planification et de Statistique (CPSS/SDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Muryland, É-U.
ⁱⁱⁱ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2015. Comptes de la Santé 2013, Mali.

Le rôle du secteur public dans le financement de la santé

Les secteurs public et privé contribuent aux trois principales fonctions du financement de la santé :



LE RÔLE DU SECTEUR PUBLIC DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

<ul style="list-style-type: none"> Revenus du budget général (12 % des DTS) Subventions ou prêts de partenaires de développement (28 % des DTS) Impôts sur les salaires payés par les employeurs du secteur public pour l'assurance sociale santé (1,5 % des DTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement met les risques en commun au niveau national en finançant les établissements de santé du secteur public. L'AMO met en commun les risques de tous les fonctionnaires, membres du Parlement et de l'Assemblée nationale, membres des forces armées et retraités, ainsi que les membres de leurs familles. Le RAMED met en commun les risques de la population indigente. Les régimes d'assurance maladie communautaire gèrent le risque au niveau de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement achète des services fournis à la population dans des établissements de santé publics par les moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> » Paiements d'intrants fixes » Paiements pour des services à l'acte selon les barèmes d'honoraires négociés (pour l'AMO et le RAMED) » Exonération de l'obligation de paiement des frais à la charge des usagers pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans Le gouvernement pilote actuellement des projets de paiements basés sur les résultats aux prestataires du service public dans la région de Koulikoro. Les régimes d'assurance maladie communautaire achètent des services en effectuant des paiements à l'acte, conformément à un barème d'honoraires négociés.
--	--	--

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

<ul style="list-style-type: none"> Paiements non remboursés des ménages (54 % des DTS) Cotisations prépayées volontaires des ménages (0,12 % des DTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Les assureurs privés offrant une assurance maladie volontaire mettent les risques en commun au niveau du régime, mais la pénétration au Mali est faible et représentait moins de 0,2 % en 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé. Les assureurs privés achètent des services de santé pour le compte des personnes inscrites.
---	---	---

Mécanismes de financement de la santé par segment de la population :

Mécanismes de financement de la santé disponibles
À la population varie :

	SECTEUR PUBLIC		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	☑	☑	☑
Assurance sociale santé obligatoire	☑ (Assurance Maladie Obligatoire)		
Assurance sociale santé volontaire			☑ (Régime d'Assurance Maladie Exonération de l'obligation de paiement des primes ou du ticket modérateur pour les personnes admissibles)
Assurance maladie communautaire volontaire		☑	

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	☑		
Dépenses non remboursées	☑	☑	☑

À PROPOS DE CETTE SÉRIE

Cet aperçu sur un pays est l'un d'une série de 15 aperçus produits par le projet Health Finance & Governance. Les aperçus résument des informations sur les programmes de financement public et privé pour les services de planification familiale et de santé qui aident les pays concernés à atteindre la couverture maladie universelle. Voici le lien pour consulter la série et un rapport récapitulatif : www.hfgrproject.org.



1.2 Contexte

Le financement de la santé est un bloc de construction fondamental d'un système de santé et il joue un rôle crucial pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale. Les gouvernements utilisent souvent plusieurs mécanismes de financement de la santé pour avancer en direction de la couverture sanitaire universelle. Dans le Chapitre I, nous avons présenté les tendances en matière de financement de la santé dans quinze pays répartis entre diverses régions et tiré des leçons qui pourraient être applicables au Mali et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Mali et identifie les opportunités qui pourraient permettre au gouvernement et aux autres parties prenantes de développer, renforcer et étendre leurs mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.

Des spécialistes en financement de la santé du Projet Health Finance and Governance (HFG) de l'USAID ont recueilli les informations présentées ci-dessous. Le Projet HFG a effectué une recherche documentaire et une collecte de données dans le pays même (entretiens avec des parties prenantes influentes, collecte de documents de politique générale et de planification) pour illustrer les mécanismes de financement de la santé dans le secteur public et le secteur privé du pays, et il a identifié des opportunités pouvant permettre au gouvernement d'étendre la couverture de la population et des services ou la couverture financière pour les services de santé et de planification familiale.

Le parcours du Mali vers la couverture sanitaire universelle est intégré à son système de protection sociale. La Politique nationale de protection sociale de 2002 exprime le droit de tous les citoyens à la protection sociale, que le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH) mettra en œuvre. Deux régimes importants de financement de la santé – l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les fonctionnaires, y compris les membres de l'armée et les agents de sécurité, et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents – ont été établis dans le cadre de cette politique. Le Mali a également une longue tradition d'assurance maladie communautaire, qui est réglementée par la loi depuis 1996. Le Mali a des plans ambitieux visant à (i) étendre la couverture de la population par le RAMED et l'AMC, et, ultérieurement, (ii) élargir le forfait de prestations couvertes par l'AMC afin de l'aligner sur ceux de l'AMO et du RAMED.

1.3 Le financement de la santé au Mali

Ces régimes représentent les principales méthodes grâce auxquelles le Mali a l'intention d'atteindre la CSU. Ces régimes, ainsi que d'autres mécanismes de financement de la santé existant actuellement, sont décrits en détail ci-dessous.

1.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le gouvernement fournit des services de santé à la population en utilisant un réseau de 1 204 centres de santé communautaires, 63 centres d'orientation sanitaire, huit hôpitaux dispensant des soins secondaires et cinq hôpitaux dispensant des soins tertiaires. Ces services sont financés par le gouvernement en accordant des budgets basés sur les intrants aux établissements. Le financement basé sur les résultats ou sur les extrants a été déployé à Koulikoro – cinq districts en 2015 et dix en 2016 – avec certains résultats positifs. Certains services sont gratuits pour tous ; par exemple, les césariennes et les services pour la tuberculose et la lèpre. Tous les services aux indigents sont gratuits, tout comme le traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans. Ces services gratuits sont fournis parallèlement à l'AMO, au RAMED et à l'AMC. Pour tous les autres services, les usagers doivent payer le prix d'une consultation.

Les services de planification familiale font partie du forfait minimum de services disponibles dans les établissements publics. Il existe des besoins substantiels en matière de planification familiale : la population du Mali augmente de 3 % chaque année, avec un taux de fécondité de plus de six

naissances par femme (Banque mondiale 2016). Environ 26 % de la population en âge de procréer a un besoin non satisfait de planification familiale (ICF International 2012). Le Plan d'Action National pour la Planification familiale 2014-2018 a pour but d'augmenter le taux de prévalence des contraceptifs de 9,9 % (en 2013) à 15 % en 2018 (MSPH 2014). Le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2014-2023 met en lumière un accès inéquitable aux services de planification familiale dans le pays. Le PDSS vise à assurer la disponibilité des services aux niveaux des établissements de santé et de la communauté ; à développer l'octroi de contrats aux prestataires privés ; à accroître la demande de services de planification familiale par les hommes, les femmes et les adolescents ; et à augmenter la disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action.

1.3.2 L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les fonctionnaires

L'AMO a été établie par une loi en 2009. Elle couvre les fonctionnaires, les membres du Parlement (Assemblée nationale), l'armée, les retraités et les membres de leur famille. Le régime est financé par les contributions des employés/retraités et par celles des employeurs. En 2014, l'AMO couvrait 3,4 % de la population, par rapport à son objectif de 17 % (Réseau d'apprentissage collaboratif 2016). Elle couvre les soins ambulatoires (y compris les tests de diagnostic et l'imagerie), les soins aux patients hospitalisés, les accouchements et les médicaments. Elle ne rembourse pas les soins qui sont déjà gratuits dans les établissements publics (voir ci-dessus), les traitements à l'étranger, les soins non essentiels (comme la chirurgie esthétique) et les lunettes. L'AMO subventionne 80 % des coûts d'hospitalisation et 70 % des coûts des soins ambulatoires dans un réseau de 1 529 établissements, et les membres paient le solde au moment où les soins sont dispensés.

Elle est gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), qui est tenue de vérifier si les services sont couverts et si les tarifs ne dépassent pas les taux fixés à l'avance, de déterminer le montant des paiements et de régler le prestataire. La CANAM est supervisée par le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire au niveau central. Comme toutes les vérifications se déroulent au niveau central, les remboursements prennent souvent un certain temps.

1.3.3 Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents

Le RAMED, également établi par une loi en 2009, fournit des soins de santé totalement subventionnés aux membres les plus pauvres de la population. Il assure une protection complète contre les risques financiers ; ses membres n'ont pas de cotisations à payer, et il n'y a pas de ticket modérateur. Ces derniers doivent être certifiés comme étant indigents par le maire de leur localité. Le RAMED couvre également les conjoints, les enfants de moins de 14 ans et les élèves/étudiants de 14-21 ans, ainsi que les enfants handicapés, les prisonniers et les résidents d'établissements caritatifs et des orphelinats. En 2014, seulement 0,5 % de la population était couverte par le RAMED, par rapport à un objectif de 5 % (Réseau d'apprentissage collaboratif 2016).

Le RAMED est accepté dans un réseau d'établissements de santé publics, privés et confessionnels. Il est financé par le gouvernement (approximativement 65 %) et par les collectivités locales (35 %), bien que la contribution de ces dernières soit censée augmenter à l'issue de la décentralisation engagée dans le pays. La couverture de la population est toujours très faible, en dépit du fait que les soins sont gratuits pour les membres. Les causes possibles en sont que les bénéficiaires potentiels ne savent pas forcément qu'ils ont droit à la gratuité des soins et qu'ils ne savent pas comment s'inscrire. Le fait que les autorités locales soient réticentes quand il s'agit de délivrer des cartes d'indigent, parce qu'elles craignent que la communauté soit contrainte de payer les factures non réglées, a également été cité comme un problème. L'Agence Nationale d'Assistance Médicale gère le RAMED sous la supervision du Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire. L'Agence Nationale d'Assistance Médicale est chargée de recouvrer les revenus, d'enregistrer les membres, d'assurer la conformité des prestataires, de vérifier les demandes de remboursement et de traiter les paiements aux prestataires.

1.3.4 L'assurance maladie communautaire

Historiquement, les mutuelles de santé au Mali ont été développées pour les fonctionnaires dans le secteur de l'éducation, pour le personnel des chemins de fer et pour les membres des forces armées et de la police. Ces mutuelles existent toujours, mais le gouvernement utilise maintenant des mutuelles pour fournir également une protection contre les risques financiers aux ménages du secteur informel (ceux qui ne sont pas couverts par l'AMO ou par le RAMED). Ce groupe représente 78 % de la population. En 2014, il était estimé que seulement 4,1 % de la population totale était couverte par l'AMC (Réseau d'apprentissage collaboratif 2016).

Les prestations fournies par les mutuelles sont moins généreuses que celles de l'AMO ou du RAMED ; elles couvrent les services de base tels que les services préventifs, les soins curatifs essentiels et le transport des patients. Les mutuelles de santé concluent des contrats avec des prestataires de soins publics et privés (principalement des centres de santé communautaires). À la fin de 2014, 186 mutuelles avaient 308 354 membres (Réseau d'apprentissage collaboratif 2016). Les mutuelles sont financées par les cotisations des membres et (pour certains membres) par des subventions du gouvernement. Le gouvernement paie 60 % des coûts des soins ambulatoires et 75 % des coûts des patients hospitalisés pour tous les membres ; les membres paient le solde au moment où les soins sont dispensés. Les mutuelles encaissent les cotisations des membres dans leurs bureaux. Ce processus de recouvrement en personne n'est pas pratique et coûte cher, et il est particulièrement difficile pour les membres habitant dans des régions éloignées. L'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) a lancé une application basée sur la téléphonie mobile pour les mutuelles du Mali en 2013. En juin 2014, plus de 300 membres des mutuelles dans tout le pays avaient payé des primes par téléphone.

Il n'est pas toujours facile de s'inscrire à une mutuelle. Il peut être difficile de payer régulièrement des primes pour les travailleurs ruraux du secteur informel ayant des revenus saisonniers. Les mutuelles ont une période d'attente initiale de trois mois pendant laquelle les membres n'ont pas droit aux prestations. Une période d'attente réduit l'antisélection (la tendance à s'inscrire quand on a besoin d'utiliser les services), mais elle peut également dissuader des membres potentiels qui sont en bonne santé de s'inscrire. Pour certaines mutuelles, les nouveaux membres doivent se rendre dans un établissement de santé qui accepte l'AMC pour pouvoir s'inscrire et payer les droits d'adhésion : ceci représente un fardeau pour certains ménages, et les transports sont un coût supplémentaire qu'ils associent à l'AMC.

1.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les ménages effectuant des dépenses directes pour les soins sont la principale source de financement pour le secteur de la santé ; en 2013, environ 54 % des dépenses totales de santé provenaient des dépenses à la charge des ménages. C'est l'un des taux les plus élevés de dépenses à la charge des ménages en Afrique de l'Ouest. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, des taux supérieurs à 50 % contribuent à des dépenses catastrophiques ou à l'appauvrissement pour 5 % des ménages (Ke et al. 2010).

1.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale

Le PDSS de 2014-2023 développé par le Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (MSPH), le Ministère du Travail, le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH) et le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF) présente une vision de la fourniture d'un accès universel à des services de qualité. Les objectifs de couverture universelle de la population, d'accès à un forfait de services et de protection contre les risques financiers y figurent clairement. Par exemple, le plan vise à augmenter la proportion de la population couverte par l'AMC

de 4,1 % à 20 % ; par l'AMO de 3,4 % à 16 % ; et par le RAMED de 0,2 % à 5 %, le tout d'ici 2023 (Gouvernement du Mali 2015a). Collectivement, ces régimes devraient garantir à au moins 45 % de la population l'accès à un forfait des prestations de base d'ici 2023.

Plus récemment, le troisième Programme de Développement Sanitaire et Social (2014-2018, PRODESS III) a mentionné explicitement l'objectif de la CSU et établi l'AMO, le RAMED et l'AMC comme étant les principaux mécanismes permettant d'y parvenir. Ces régimes sont sous la responsabilité du MSAH. La Cellule de Planification et de Statistique (CPS), partagée par le MSPH, le MPFEF et le MSAH, devrait jouer un rôle important en associant le MSPH et le MSAH pour coordonner le déploiement de l'AMC, et il est attendu que tous les deux soient engagés activement dans son développement.

Une version préliminaire de la Stratégie de financement de la santé du Mali 2014-2023 pour la CSU a été préparée et est en cours de finalisation. Elle vise essentiellement à augmenter les contributions du gouvernement (au niveau central et au niveau des entités décentralisées) pour la santé et à lier les contributions des ménages à leur capacité de payer. Ceci se traduit par des prélèvements automatiques pour le secteur formel, des subventions complètes pour les indigents et des contributions limitées pour les ménages non pauvres du secteur informel. Une difficulté à surmonter sera de réduire la dépendance par rapport aux contributions des bailleurs (qui représentaient 28 % des dépenses de santé en 2013) tout en réduisant les paiements directs des ménages (MSPH 2015). Le gouvernement souhaite réduire le financement provenant de ces deux sources en développant les mutuelles dans tout le pays. PRODESS III avait prévu initialement 60 nouvelles mutuelles par an pendant la phase de mise en œuvre, mais cet objectif a été réduit ensuite à dix par an.

La stratégie du Mali pour la CSU vise à créer des groupes de risques plus grands en unifiant des groupes de risques fragmentés. Actuellement, chaque mutuelle gère et met ses risques en commun de façon indépendante, comme le font l'AMO et le RAMED. La stratégie prévoit également plus de mécanismes d'achats stratégiques pour améliorer l'efficacité. La décentralisation, pour le financement de la santé et la fourniture des services de santé, est une composante clé de la réforme du secteur de la santé au Mali. Il est prévu que les autorités locales affectent plus de ressources financières à la santé pour réduire les dépenses des ménages dans leurs communautés.

Le Plan National d'Action pour la Planification familiale 2014-2018 met en lumière les difficultés rencontrées dans le cadre des tentatives de fourniture d'un accès universel aux services de planification familiale. Du côté de l'offre, la population rurale à un faible niveau d'accès aux services de planification familiale (37 % des travailleurs de santé résident dans les zones rurales où ils fournissent des services à 78 % de la population). La planification familiale fait partie du forfait de services de santé essentiels dans les établissements publics, mais en 2012 seulement 82 % des établissements étaient en mesure de fournir des services de planification familiale de base (pilules, injectables, préservatifs), et moins de 10 % des établissements pouvaient fournir toute la gamme des contraceptifs.

Les dépenses pour la planification familiale représentaient 0,7 % des dépenses de santé en 2013 (Gouvernement du Mali 2015b). Le rapport sur les Comptes nationaux de santé de 2013 ne montre pas de ventilation des dépenses pour la planification familiale, mais la santé de la reproduction était financée essentiellement par des bailleurs étrangers (75 %), le gouvernement (4 %) et d'autres sources dans le pays, comme les ménages et les ONG (20 %). Le Plan National d'Action pour la Planification familiale 2014-2018 s'est fixé pour but d'augmenter le rôle du secteur privé en élaborant une stratégie visant à impliquer davantage le secteur privé dans la fourniture des services de planification familiale et à accroître le nombre des franchises sociales avec le secteur privé dans toutes les régions. La planification familiale n'est pas incluse dans le forfait de prestations de l'AMO, et le plan 2014-2018 propose également d'élaborer une politique visant à introduire un tiers payeur pour les services de planification familiale ciblant les adolescentes et les femmes pauvres. L'application du plan 2014-2018 coûtera 33 millions USD. Le gouvernement du Mali s'est engagé à apporter une contribution de 10 % du coût total des contraceptifs dans ses établissements. Cette contribution, rendue possible par les engagements des bailleurs, couvrira 76 % des coûts totaux du plan.

1.5 Opportunités en matière de financement de la santé

Comme indiqué ci-dessus, plusieurs ministères participent au renforcement du secteur de la santé et à la poursuite des efforts vers l'atteinte de la CSU. Bien que cette approche multisectorielle soit louable, elle nécessite une excellente coordination pour assurer son succès. L'évaluation du secteur de la santé de 2015 révèle que le Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène a du mal à coordonner les activités de tous les acteurs au sein du secteur de la santé (partenaires techniques et financiers, prestataires du secteur privé, compagnies d'assurances, mutuelles). Ceci est compliqué encore plus par le besoin d'assurer la coordination avec d'autres ministères. Cependant, le Mali est plus avancé que certains autres pays d'Afrique de l'Ouest en ce sens que de nombreux mécanismes de coordination de multiples parties prenantes existent déjà aux niveaux national et local pour planifier, coordonner et contrôler la mise en œuvre de PRODESS III et de la CSU de façon globale. Ces mécanismes fournissent une excellente opportunité de poursuivre les efforts pour atteindre la CSU.

La construction de capacités techniques et organisationnelles pour aider les groupes de travail technique à concevoir et développer les mutuelles ainsi qu'à planifier l'expansion de l'AMC de façon plus détaillée contribuera à accélérer les réformes. La construction de capacités pourrait être axée sur la définition et l'amélioration du forfait de prestations, l'amélioration des processus visant à déterminer l'admissibilité des membres pour les subventions, la consolidation des mutuelles en groupes de risques régionaux (et ultérieurement nationaux) et l'implication d'acteurs au niveau communautaire afin de faire un plaidoyer pour l'AMC.

Malgré plus de 20 ans d'existence de l'AMC au Mali, la couverture de la population demeure très faible, et il y aura beaucoup à faire pour atteindre l'objectif du gouvernement – 78 %. La culture de solidarité, qui est très forte au Mali, a cultivé des mécanismes financiers informels pour la protection contre les risques financiers, comme des dons ou des prêts de réseaux sociaux qui incluent des membres de la famille et des amis. Actuellement, les mutuelles sont encore mal connues, et de nombreux travailleurs du secteur informel ne connaissent pas leur existence ou ne comprennent pas comme l'AMC pourrait les aider à réduire le fardeau des coûts des services de santé et les risques d'appauvrissement en cas de maladie. Une culture de solidarité sociale fournit une base commune pour introduire l'AMC en informant la population sur les avantages que l'assurance, un mécanisme plus formel de gestion des risques, procure.

La technologie fournit de nouvelles opportunités très prometteuses pour rendre l'AMC plus attrayante pour les membres et les établissements de santé ; par exemple, en utilisant des téléphones mobiles pour faciliter l'inscription et l'enregistrement, le paiement des primes et le paiement des prestataires. L'amélioration de la gestion des mutuelles et leur transformation pour les rendre plus conviviales contribuera aussi à faciliter le recrutement et à fidéliser les membres, ce qui réduira les coûts administratifs du régime.

Les discussions sur l'Évaluation du secteur de la santé en 2015 ont montré une représentation insuffisante du secteur privé dans les cadres institutionnels du Mali qui gouvernent le secteur de la santé au niveau central comme au niveau local (y compris les organisations professionnelles, les organisations de la société civile et d'autres acteurs du secteur privé). Ceci peut être dû en partie à la perception traditionnelle selon laquelle le secteur privé s'intéresse plus aux bénéficiaires qu'à la santé et au bien-être de la population. PRODESS III demande au gouvernement d'affecter plus de ressources à l'élaboration d'une stratégie officielle pour un partenariat public-privé ; cet effort sera important pour faire en sorte que le gouvernement puisse tirer parti des forces du secteur privé pour atteindre la CSU.

1.6 Sources

- Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International. 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Maryland, USA.
- Gouvernement du Mali. 2015a. *2014-23 Plan Décennal pour la Santé et le Développement Social*. Bamako, Mali.
- Gouvernement du Mali. 2015b. *2013 Comptes de santé*. Bamako, Mali.
- ICF International. 2012. « The DHS Program STATcompiler ». Base de données hébergée sur le Web. Accédé en août 2016 à <http://www.statcompiler.com/>
- Réseau d'apprentissage collaboratif. 2016. « Mali : Mutuelles. » Accédé en juillet 2016 à <http://programs.jointlearningnetwork.org/content/mutuelles>
- Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (MSPH). 2014. *Plan d'Action National de Planification Familiale du Mali 2014-2018 : projet*. Bamako, Mali.
- Banque mondiale. 2016. « Population growth (annual %). » Accédé en août 2016 à <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW>
- Xu, Ke, Priyanka Saksena, Matthew Jowett, Chandika Indikadahena, Joe Kutzin et David B. Evans. 2010. *Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection against Financial Risk* (World Health Report Background Paper, N° 19). Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.