

# **Une nouvelle politique publique de financement de la Santé dans le cadre de la couverture universelle au Mali**

**Laurence Touré<sup>1</sup>**

**Bamako, juin 2019**

---

<sup>1</sup> Mes remerciements à Valéry Ridde pour sa relecture de ce document et ses conseils.

## Table des matières

Liste des acronymes.....	5
Introduction.....	7
Méthode de collecte des données .....	9
I. Hhistorique d'un changement progressif de politique de financement de la santé, de 1991 à 2015.....	10
1.1 Bref rappel de la situation antérieure de gratuité totale des soins (avant 1991).....	10
1.2 Etape 1 : une période normale de mise en œuvre d'une nouvelle politique sectorielle de santé (1992-1997) .....	11
1.2.1 Contexte national : la nécessité de restaurer l'image de l'Etat et l'unité nationale.....	11
1.2.2 Sur le plan sanitaire, le pays amorce une réforme en profondeur.....	11
1.2.3 Dans ce contexte, l'ambition présidentielle de développer l'action et la protection sociales reste marginale .....	13
1.3 Etape 2 : La mise en œuvre de cette nouvelle politique sectorielle révèle rapidement certaines anomalies et des résultats non conformes aux attentes (1997-2003).....	16
1.3.1 L'institutionnalisation d'une implication d'acteurs profanes dans le secteur de la santé suscite certaines turbulences et résistances.....	16
1.3.2 La réforme en cours semble impuissante à améliorer durablement la fréquentation des formations sanitaires .....	17
1.3.3 L'approche sectorielle s'accommode difficilement de la scission du Ministère de la santé, de l'action sociale et de la promotion de la femme en deux entités distinctes et des velléités d'autonomisation du nouveau ministère en charge du social.....	18
1.4 Etape 3 : une phase d'expérimentations, où des tentatives sont faites pour amender le modèle en place (2003-2012).....	20
1.4.1 Sur le plan international, les programmes d'ajustements structurels font place aux politiques de lutte contre la pauvreté .....	20
1.4.2 Sur le plan sanitaire, des réformes visant un meilleur accès à des soins de qualité sont initiées .....	20
1.4.3 L'institutionnalisation d'innovations sociales majeures .....	22
1.5 Etape 4 : une fragmentation de l'autorité, au sein du secteur santé (2013-2015).....	25
1.5.1 Une sphère internationale toujours influente et clairement favorable à la CSU.....	25
1.5.2 La CSU, un outil de renforcement de la cohésion nationale pour un pays et un Etat en crise .....	26
1.5.3 Sur le plan sanitaire, bilans et planification mettent clairement en évidence l'ampleur des défis que l'approche « renforcement de l'offre » ne parvient pas à relever .....	27
1.5.4 Un contexte plus favorable à l'acceptation d'un renforcement de la demande via la protection sociale .....	28
II. Etape 5 : une période de contestation : L'adoption d'une nouvelle stratégie de financement de la santé et l'opérationnalisation du RAMU consacrent une période d'exacerbation des tensions dans le secteur santé (2015 – 20 ??).....	30

2.1	Un environnement macroéconomique national favorable jusqu'en 2017 à une augmentation de l'investissement national dans le secteur de la santé, qui bénéficie surtout au département chargé des questions sociales.....	30
2.2	Présentation du processus d'élaboration et d'adoption de la stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle et de son plan d'action.....	312
2.2.1	Un besoin d'information unanime sur le financement de la santé.....	31
2.2.2	Le processus d'élaboration et de validation de cette politique/stratégie de financement de la santé s'étire sur cinq ans .....	32
2.2.3	Le contenu potentiellement réformateur de cette politique fait paradoxalement peu débat entre 2013 et 2018 .....	33
2.2.4	Malgré une étude complémentaire sur les sources de financements innovantes, la question récurrente de la pérennité financière du RAMU n'est pas résolue .....	35
2.2.5	La collaboration intersectorielle difficile explique largement le très long processus d'élaboration et de validation de cette stratégie de financement de la santé et la pauvreté des débats d'idées.....	37
2.3	Présentation du processus d'opérationnalisation du RAMU (2015-2018) .....	40
2.3.1	Un dispositif technique théoriquement participatif pour l'élaboration d'une réforme sociale	41
2.3.2	L'exécution de la feuille de route : une leçon de pragmatisme .....	43
2.3.3	La loi concernant le RAMU est promulguée dans les délais impartis mais sans décret d'application .....	50
2.4	La période 2019-2020, déterminante pour l'avenir du RAMU, s'annonce chaotique .....	51
III.	Constats transversaux.....	53
3.1	Le changement de politique de financement de la santé se concrétise lentement, plus dans une dépendance technique internationale que dans un climat de concertation large et de consensus .....	53
3.2	La mutualité dans le RAMU : un enjeu central, oublié. ....	54
3.2.1	La mutualité, un dispositif reconduit au cœur du RAMU .....	55
3.2.2	Faire entrer les mutuelles dans le RAMU : le pari reste entier .....	55
3.3	La soutenabilité financière du RAMU suscite à tort scepticisme et résignation.....	59
3.3.1	Les performances et capacités budgétaires de l'Etat sont à dessein mal communiquées et de fait peu connues, ce qui alimente le scepticisme ambiant.....	59
3.3.2	Les conclusions de l'étude sur les financements innovants ont alimenté la résignation des acteurs quant à l'impossibilité de trouver une source de financement innovante, notamment en mobilisant le secteur minier .....	59
3.3.3	Les performances réelles du secteur minier invitent à questionner de manière plus incisive son éventuelle contribution pour financer les secteurs sociaux.....	62
3.3.4	Une nouvelle étude en perspective pour répondre à ce questionnement central.....	63
3.4	Un climat de compétition institutionnelle et financière préjudiciable à l'opérationnalisation du RAMU.....	65

3.4.1	La concrétisation du RAMU : un aboutissement de la logique d'émancipation du domaine social .....	65
3.4.2	Une compétition institutionnelle souterraine autour de la tutelle du RAMU .....	66
3.4.3	Une compétition plus ouverte autour de l'accès aux financements de la santé .....	69
3.5	Le manque de cohérence dans l'engagement politique au plus haut niveau de l'Etat et le déficit budgétaire enregistré par le Mali depuis 2018, attisent les tensions.....	71
3.5.1	Le RAMU, une priorité officielle.....	71
3.5.2	Dans les faits, un manque de volonté et de cohérence politique.....	72
Conclusions .....		74
Annexe 1 : Extrait du Rapport du FMI sur la fiscalité internationale et fiscalité foncière au Mali, p 2à à 26 .....		76
Annexe 2 : Liste des documents consultés .....		80

## Liste des acronymes

AFD	: Agence Française de Développement
AMO	: Assurance maladie obligatoire
AMU	: Assurance maladie universelle
ANAM	: Agence nationale d'assistance médicale
APD	: Aide publique au développement
ASACO	: Association de santé communautaire
BM	: Banque mondiale
CA	: Conseil d'administration
CANAM	: Caisse nationale d'assurance maladie
CDIS	: Coordinated Direct Investment Survey
CMIE	: Centre médical inter médicale
CMU	: Couverture maladie universelle
CPS	: Cellule de planification et statistique
CSAR	: Centre de santé d'arrondissement revitalisé
CSCOM	: Centre de santé communautaire
CSCR	: Cadre stratégique pour la croissance et de la réduction de la pauvreté
CSREF	: Centre de santé de référence
CSU	: Couverture sanitaire universelle
DFM	: Directeur des finances et du matériel
DNDS	: Direction nationale du développement social
DNPSES	: Direction nationale de la protection sociale et de l'économie solidaire
EDS	: Enquête démographique et de la santé
FAM	: Fonds d'assistance médicale
FBR	: Financement basé sur les résultats
FENASCOM	: Fédération nationale des associations de santé communautaire
FMI	: Fonds monétaire international
GFF	: Mécanisme de financement mondial
INPS	: Institut nationale de prévoyance sociale
ISCP	: Impôt spécial sur certains produits
MATCL	: Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales
MDSSPA	: Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées
MEF	: Ministère de l'économie et des finances
MPFFE	: Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant
MSAH	: Ministère de la solidarité et de l'action humanitaire
MSHP	: Ministère de la santé et de l'hygiène publique
MSSPA	: Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées
MUTEC	: Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture
OGD	: Organisme de gestion délégué
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
OPM	: Oxford Policy Management
PASCRM	: Projet d'appui à l'extension de la couverture du risque maladie
PDDSS	: Plan décennal de développement des services de santé
PMA	: Pays les moins avancés
PRODESS	: Programme de développement sanitaire et social
PSSP	: Politique sectorielle de santé et de population
PTF	: Partenaires techniques et financiers
RAMED	: Régimes d'assistance médicale
RAMU	: Régime d'assurance maladie universelle
UEMOA	: Union économique et monétaire Ouest-Africaine

UTM : Union technique de la mutualité

## Introduction

Le système sanitaire malien est régi depuis une trentaine d'années par les principes de l'Initiative de Bamako, avec des effets délétères sur le recours aux soins de la population malienne. Dans la perspective d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle, le gouvernement malien a décidé de promouvoir une nouvelle politique de financement de la santé et d'instaurer un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) qui met l'accent sur l'organisation et la promotion de la demande, tout en veillant à ce que l'offre de services puisse aussi remplir les conditions de qualité et de réactivité requises. Le RAMU s'appuie essentiellement sur trois mécanismes qui sont censés être complémentaires : l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) et les mutuelles de santé. Ces mécanismes sont aussi complétés par certains régimes spécifiques de gratuités et autres avantages catégoriels octroyés à certaines couches socio – professionnelles.

La mise en place d'un système de protection sociale contre la maladie pour l'ensemble de la population malienne constitue une initiative de l'Etat malien, inédite dans la région, une politique publique techniquement complexe, socialement innovante et d'une grande portée politique. Nous faisons l'hypothèse que rendre le RAMU effectif et obligatoire avec système de tiers payant et implication financière forte de l'État malien, constitue un potentiel changement de paradigme dans la politique de financement de la santé au Mali, jusque-là caractérisée par un dispositif profondément inéquitable, avec entre autres, le paiement direct au point de service dans le cadre du recouvrement de coûts.

Le processus d'opérationnalisation de cette nouvelle politique est en cours, et sa mise en œuvre ne saurait intervenir avant plusieurs années. A ce stade, il n'est pas possible de statuer sur la nature de ce changement de politique, de savoir, si les idées ont véritablement changé, si elles n'ont fait que suivre l'air du temps pour paraphraser Kingdon (1995) ou encore si elles se sont simplement adaptées aux idées (et incitatifs financiers) des bailleurs de fonds internationaux qui au Mali soutiennent entre 30 à 40% du budget de l'Etat.<sup>2</sup> Nous devons attendre pour cela la fin du processus d'opérationnalisation, d'élaboration d'un corpus législatif, d'un dispositif réglementaire et institutionnel, et la mise en œuvre effective du dispositif.

L'année 2018 signe néanmoins l'aboutissement de deux réalisations importantes :

- L'adoption de la stratégie de financement de la couverture sanitaire universelle et de son plan d'action,
- L'élaboration et promulgation de la loi instaurant le RAMU .

Nous avons choisi de retracer l'historique du processus d'opérationnalisation du RAMU dans le cadre de la couverture universelle santé, depuis son démarrage jusqu'à fin 2018, avec un intérêt particulier pour la période en cours. Pour cette période 2015-2018, nous chercherons à déterminer les ressorts du processus, les facteurs qui l'influencent ou qui l'alimentent, et qui peuvent, à terme, contribuer ou au contraire contrarier un changement de politique d'ordre paradigmatique.

Comme cadre d'analyse, nous avons mobilisé le cadre théorique de Hall, selon lequel il y aurait trois ordres de changement dans les politiques publiques :

---

<sup>2</sup> Des politiques de gratuité confrontées aux idées pro paiement des médicaments en Afrique de l'Ouest. V. Ridde, O. M. Samb, in *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, p 97

- Le changement de premier ordre concerne le réglage des instruments de politique publique. Par exemple, le taux de contribution d'un programme de protection sociale peut changer sans que cette politique soit altérée de manière plus profonde.
- Le changement de deuxième ordre concerne la création, le remplacement ou l'élimination d'instruments spécifiques de politique publique. Ainsi, un programme d'assistance sociale peut être remplacé par un autre.
- Finalement, le changement de troisième ordre renvoie à un « changement de paradigme », en vertu duquel les objectifs et les instruments de politique qui dominent un ou plusieurs secteurs d'intervention de l'État changent de façon systématique. Ce changement dans les idées qui guident les acteurs produit, à terme, une transformation fondamentale de l'action publique. Le changement de paradigme permet de mieux mettre en évidence les rapports de force entre les acteurs et expliquer les changements politiques plus radicaux.

	1 <sup>er</sup> ordre	2 <sup>ème</sup> ordre	3 <sup>ème</sup> ordre
Hall (1993)	Réglage des instruments	Création, remplacement ou élimination d'instruments	Changement de paradigme
Mines	Modifier le taux d'imposition des compagnies	Introduire des nouveaux règlements de protection de l'environnement	Renégocier les contrats afin d'assurer une plus grande participation et imputabilité publiques
<b>Santé</b>	<b>Réduire le tarif des consultations</b>	<b>Supprimer la tarification</b>	<b>Rendre l'assurance maladie obligatoire avec prépaiement des cotisations</b>

Source : Daniel Béland

Selon Hall, un changement de 3<sup>e</sup> ordre, ou changement paradigmatique, se produit en six étapes distinctes :

- Etape 1 : une période normale (durant laquelle se produisent de simples ajustements incrémentaux)
- Etape 2 : une accumulation des anomalies, définies comme l'ensemble des observations qui ne peuvent être traitées par les matrices cognitives en vigueur,
- Etape 3 : une phase d'expérimentations, où des tentatives sont faites pour amender le paradigme,
- Etape 4 : une fragmentation de l'autorité, où les tenants du paradigme en vigueur sont affaiblis au sein du sous-système considéré,
- Etape 5 : une période de contestation,
- Etape 6 : l'institutionnalisation du nouveau paradigme.

Nous faisons l'hypothèse que l'historique de la formulation et opérationnalisation de la nouvelle politique publique de financement de la santé via la RAMU, peut s'écrire selon les étapes d'un changement paradigmatique, selon le modèle théorique retenu. C'est ce que nous proposons de démontrer dans la première partie de ce document, en présentant successivement, après un bref rappel de la période antérieure, les étapes suivantes :



- La première étape correspond à la période pendant laquelle la politique de financement de la santé actuellement en vigueur au Mali, l'initiative de Bamako avec le principe de recouvrement de coût, a été mis en œuvre avec succès au Mali, dans quel contexte national et international, et la place qui était alors réservée à la question de l'accès aux soins et de la protection sociale (1992-1997)
- La deuxième étape, fera état des anomalies qui sont apparus dans ce modèle, à partir de 1997 et jusqu'en 2003.
- La troisième étape, correspondant à la période 2003-2012, fera ressortir les expérimentations alors en œuvre pour tenter d'amender le modèle en vigueur, et en particulier faciliter l'accès aux soins des populations.
- Dans une quatrième étape, nous ferons état des événements qui ont contribué à un affaiblissement des tenants de l'IB au profit des promoteurs de la protection sociale et du RAMU de 2013 à 2015, et qui ont abouti à ce qu'on peut qualifier de fragmentation de l'autorité en place.

Nous nous situons actuellement à l'étape 5 du modèle, dite de contestation, qui devrait se poursuivre au mieux jusqu'en 2020, date à laquelle le dispositif devrait pouvoir être mis en œuvre, au moins partiellement. Dans la deuxième partie de ce rapport, nous proposons de documenter cette phase 2015-2018, et les turbulences qui l'agitent, période qui correspond par ailleurs à la première feuille de route de l'opérationnalisation du RAMU. Nous centrerons notre attention sur le processus d'élaboration des deux réalisations majeures, pour restituer de manière plus précise les débats d'idées, les jeux d'acteurs et de pouvoir à l'œuvre. Les constats transversaux que nous pourrions établir, tant dans l'historique que pour la situation actuelle, permettront d'éclairer les perspectives futures.

### **Méthode de collecte des données**

Les sources de données incluent :

- la réalisation de 35 entretiens semi-structurés, menés de décembre 2017 à avril 2019, avec les différents acteurs impliqués, et notamment certains membres du groupe d'experts, chargés techniquement de l'opérationnalisation du RAMU. Nous verrons que le processus évolue de manière assez confidentielle et qu'il est indispensable, pour le documenter, de rester dans un cadre assez restreint de personnes, bien informées.

<b>Institutions</b>	<b>Nombre d'entretiens formels réalisés</b>
<b>Cadres techniques du MSAH dont groupe expert</b>	20
<b>Cadres du MSHP</b>	6
<b>Cadre Ministère des finances</b>	1
<b>PTF</b>	3
<b>ONG, société civile</b>	1
<b>Chercheurs</b>	4
<b>Total</b>	35

- L'exploitation d'une documentation disponible importante : documents de politiques, rapports d'étude, documents législatifs, ainsi que les articles ou ouvrages.

Cf liste en annexe 2

## I. Historique d'un changement progressif de politique de financement de la santé, de 1991 à 2015.

### 1.1 Bref rappel de la situation antérieure de gratuité totale des soins (avant 1991)

La décennie 1966-76 a vu la mise en œuvre du premier plan décennal de développement des services de santé (PDDSS) qui visait notamment à instaurer la gratuité des soins. Jusqu'à la fin des années 1980, le Mali a pratiqué la gratuité universelle des soins de santé. A l'instar des autres pays de la région, il souscrit aux recommandations de la conférence d'Alma Ata, sur les soins de santé primaires et au début des années 1980, le régime unique au pouvoir élabore une politique nationale de santé reposant sur ces principes. Le deuxième plan décennal de développement sanitaire couvrant la période 1981-1990 est donc basé sur la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) impliquant notamment le développement des structures de santé rurales, les agents de santé villageois et les caisses de pharmacies villageoises). L'Etat reste le principal fournisseur de soins, tant hospitaliers que de première ligne.

Il n'existe à l'époque aucun dispositif de protection sociale contre la maladie. A l'image de la MUTE<sup>3</sup> créée en 1980 par Alpha Oumar Konaré<sup>4</sup>, alors fonctionnaire de l'éducation nationale, les mutuelles interviennent prioritairement pour sécuriser l'approvisionnement céréalier des familles de fonctionnaires dans un contexte de non-paiement régulier des salaires. L'organisation mutualiste pour des acteurs relevant du secteur informel semble alors impossible à réaliser.

*« Alpha Oumar Konaré était enseignant quand il a créé la MUTE, dans la perspective d'aider les enseignants. Ces derniers n'étaient pas payés régulièrement et cette mutuelle leur permettait de disposer d'un sac de riz, un sac de mil, au moins 15 000F, que les salaires tombent ou que les salaires ne tombent pas. A cette époque-là, ce n'était pas pour les milieux communautaires, non. Il l'a créé pour que les travailleurs s'organisent pour faire face aux difficultés. A l'époque, on ne voyait même pas la possibilité d'organiser des choses comme ça avec le secteur informel. Le type de mutualité qu'il a imaginé, c'était pour des salariés qui pouvaient cotiser avec leur salaire. Pour le secteur informel, on pensait que ce n'était même pas envisageable. »* Cadre DNDS,

La situation sanitaire est déplorable : un enfant sur huit meure avant un an, un enfant sur quatre meure avant 5 ans et la mortalité maternelle avoisine 1000 pour 100 000 naissances vivantes.<sup>5</sup> Dans un contexte de gratuité des soins, on note un très faible accès aux formations sanitaires qui s'explique par le paiement des médicaments par les usagers<sup>6</sup> dans le contexte de pénurie caractérisant les formations publiques, la mauvaise qualité des prestations et une faible couverture sanitaire (moins de 30% de la pop habite à moins de 15 kms d'un centre de santé). Seules les activités encadrées par les programmes verticaux donnent quelques résultats.

Les piètres résultats du régime militaire au pouvoir dans le domaine sanitaire comme dans d'autres (le nord du pays est alors aux prises depuis quelques années avec une insurrection touarègue),

<sup>3</sup> Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture (MUTE)

<sup>4</sup> Il deviendra le premier président démocratiquement élu du Mali en 1992.

<sup>5</sup> UNICEF-MALI (1992), La situation des femmes et des enfants au Mali. UNICEF

<sup>6</sup> Coulibaly S et Keita M (1993), Les comptes nationaux de la santé au Mali, 1988-1991)

suscitent un profonds ressentiment dans le pays et les manifestations publiques se multiplient. Le coup d'état de 1991 constitue un tournant décisif dans l'évolution politique du pays, en mettant fin à ce régime autoritaire.

## **1.2 Etape 1 : une période normale de mise en œuvre d'une nouvelle politique sectorielle de santé (1992-1997) <sup>7</sup>**

### **1.2.1 Contexte national : la nécessité de restaurer l'image de l'Etat et l'unité nationale**

Après une période fragile de transition, les élections présidentielles d'avril 1992 consacrent l'avènement de la 3<sup>e</sup> république du Mali et de la démocratie. Le Président Alpha Oumar Konaré, nouvellement élu, se donne comme priorités de redorer le blason de l'Etat, mis à mal par 23 années de dictature militaire, et de restaurer l'unité nationale. La décentralisation, inscrite dans la nouvelle Constitution de 1992, s'impose, face à la difficulté croissante de l'Etat à faire face à ses obligations. Elle est encouragée par les instances internationales dans un contexte d'ajustement structurel, et perçue comme solution pour pacifier le nord du Mali.

Sur le plan économique, les politiques d'ajustement structurel imposées par le FMI se poursuivent, avec des effets sociaux dévastateurs. Une dévaluation de 50% du FCFA en 1994 vient aggraver une situation économique difficile pour beaucoup de maliens.

### **1.2.2 Sur le plan sanitaire, le pays amorce une réforme en profondeur.**

Les faibles performances du système de soins (faible taux d'utilisation des services, pénurie en RH, matérielles et intrants) ont deux conséquences.

- La décision de s'engager sur la voie de l'initiative de Bamako en 1987 a encouragé l'expérimentation de centres de santé avec participation communautaire et recouvrement des coûts, d'abord dans la région de Kayes dans le cadre d'un projet appuyé par la Banque mondiale (projet PDS)<sup>8</sup>, puis à Bamako à partir de 1987. Les premières associations de santé communautaire du Mali voient le jour et s'imposent bien que les centres de santé communautaires pilotées par des ASACO constituent alors un cadre illégal d'exercice de la médecine.
- Elles conduisent le pays à amorcer la formulation d'une nouvelle politique nationale de santé inspirée des principes de l'Initiative de Bamako.

L'adoption en décembre 1990 par le gouvernement du Mali de la Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP),<sup>9</sup> mise en œuvre à partir de 1992 dans le cadre du Programme de santé, de population et d'hydraulique rurale (PSPHR) sur financement de la BM, constitue une étape majeure dans le développement sanitaire et met fin à la gratuité historique. Cette politique se fixe comme objectifs l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et d'une plus grande performance des centres de santé. Les

---

<sup>7</sup> Cette partie est largement inspirée du document intitulé « La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996 », Z Maiga, F Traore Nafo et A. El Abassi, Studies in Health services Organisation and Policy, 12, 1999

<sup>8</sup> La construction de la médecine de famille dans les pays en développement, S. Dugas, M. Van Dormael, Studies in Health Services Organisation, and policy, 22, 2003, p 146

<sup>9</sup> Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées (1990), déclaration de politique sectorielle de santé et de population

expériences communautaires de centres de santé viennent enrichir la réflexion et le Cadre conceptuel de l'IB, soumis en conseil des ministres fin 1989, prévoit ainsi la décentralisation (avec une nouvelle définition des rôles de chaque échelon) et la responsabilisation effective des populations dans la gestion des centres de santé, au même titre que la nécessaire disponibilité des médicaments essentiels.<sup>10</sup>

Le processus d'élaboration et de mise en œuvre de cette politique sectorielle s'étend sur une dizaine d'années<sup>11</sup> :

- Définition de la politique de 89 à 91,
- Période d'expérimentations et d'élaboration de la stratégie de 91 à 93,
- Période des premiers résultats de 93 à 94,
- Passage à l'échelle amorcé à partir de 1994, et largement soutenu sur le plan international (notamment BM et UNICEF) et national (pressions politiques internes, pressions des populations encore non concernées par les projets pilotes, pressions internationales notamment BM et UNICEF).

Un partenariat basé sur la contractualisation est donc érigé comme principe de la politique nationale de santé. Il est applicable à l'ensemble du système malien de soins de santé primaires, ce qui implique une révision en profondeur des rôles de l'État et des populations. L'État quitte son rôle de prestataire direct des services de santé de base et le partage des responsabilités et des engagements financiers entre population et l'État est formalisé dans la convention d'assistance mutuelle. La question de l'accès aux soins est plutôt pensée à travers l'amélioration sensible et effective de l'accès géographique via la nouvelle carte sanitaire (priorité affichée du Ministère de la santé avec 80% du financement du PRODESS qui y est affecté)<sup>12</sup>, les tentatives de généralisation des génériques et de gestion des situations de référence d'urgences pour faciliter l'accès au 2<sup>e</sup> niveau de la pyramide sanitaire.

Cette réforme bouscule habitudes et intérêts établis et suscite de ce fait des réactions diverses, selon les acteurs : résistance, motivation, inertie. Ces positions évoluent au cours du temps, selon les étapes, chaque étape ayant ses alliés et ses enjeux, avec une tendance à un renforcement progressif du consensus en faveur de la réforme.<sup>13</sup> Ainsi, les étapes préparatoires à la mise en œuvre, de 89 à 93, bien plus longues et complexes que prévues, suscitent très peu d'oppositions aux nouveaux principes dans les services concernés par la réforme. La nécessité du changement est une évidence pour tous. Le cadre de référence est politiquement acceptable et les détails techniques encore trop imprécis pour susciter des inquiétudes.

Avec les premières réalisations à partir de 93 (premiers CSCOMs avec PMA et gestion communautaire, premier plan de développement sanitaire de cercle, amélioration du système de référence), donc la concrétisation de la politique, le personnel médical et les populations manifestent plus explicitement

---

<sup>10</sup> « La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996 », Z Maiga, F Traore Nafo et A. El Abassi, Studies in Health services Organisation and Policy, 12, 1999

<sup>11</sup> La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996 », Z Maiga, F Traore Nafo et A. El Abassi, Studies in Health services Organisation and Policy, 12, 1999

<sup>12</sup> Utilisation des services de santé de premier niveau au mali : Analyse de la situation et perspectives, M. Audibert, E. De Roodenbeke, BM, Avril 2005, p 19

<sup>13</sup> La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996 », Z Maiga, F Traore Nafo et A. El Abassi, Studies in Health services Organisation and Policy, 12, 1999

certaines réactions de crainte face à l'inconnu que représente la réforme, et aux déséquilibres de pouvoir qu'elle est susceptible d'engendrer. La dévaluation de 50% du FCFA en 1994 constitue une épreuve avec l'augmentation du prix des médicaments. Mais la viabilité (financière) des nouveaux CSCOM prime sur l'accessibilité financière aux soins pour les populations. Le volet équité de l'IB prévoit des mesures pour la prise en charge des plus pauvres, mais il est largement laissé à la discrétion des Associations de santé communautaires, très sensibles au risque de faillite des CSCOM.

Le plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) dont la tranche quinquennale constitue le PRODESS (programme décennal de développement sanitaire et social) sert de cadre de référence à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé par le ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Promotion de la Femme. La politique sectorielle offre à ce ministère le cadre adéquat pour une coordination des partenaires techniques et financiers (PTF) et la définition des modalités de collaboration entre l'État malien et les PTF.

### **1.2.3 Dans ce contexte, l'ambition présidentielle de développer l'action et la protection sociales reste marginale**

Le secteur social du ministère est largement impliqué dans la réforme, essentiellement dans les activités de sensibilisation des communautés, les approches communautaires, et le soutien et suivi des Asaco. Mais le nouveau président du Mali a des ambitions plus grandes, ambitions qu'il doit imposer aux bailleurs dans le PRODESS 1 pour la période 1998-2002.

*« Les partenaires considéraient les affaires sociales comme un appendice de la santé. La Banque mondiale à l'époque ne voulait même pas qu'il y ait de l'action sociale dans le PRODESS. Ses représentants disaient qu'il n'est pas possible de prendre les impôts des américains pour venir assister les indigents au Mali alors qu'ils ont des pauvres chez eux. C'est cette idée qu'ils mettaient dans la tête des partenaires. Le représentant de la Banque Mondiale à l'époque nous a même dit qu'au Sénégal, on a mis en place un plan décennal en santé et uniquement santé. Ici, il a fallu toute l'énergie de Modibo Sidibé au ministère de la Santé pour qu'on prenne en compte l'action sociale. Modibo Sidibé a dit la santé et l'action sociale vont ensemble et que dans le cadre d'un plan décennal, ça sera les deux ou bien qu'il n'y aura pas de plan décennal. »*  
Ex cadre Ministère de la santé, de l'action sociale et de la promotion de la femme

Suite à un voyage d'étude du système de protection sociale, en Tunisie, la volonté du Gouvernement de développer la protection sociale au Mali se traduit par la Déclaration d'une politique de solidarité, en 1993.<sup>14</sup> Une équipe de l'Action sociale du ministère de la Santé et de l'Action Sociale propose la création d'un code de protection sociale (droits pour les groupes vulnérables). En 1997, ce projet de loi n'est finalement pas adopté par le gouvernement ni soumis au vote, par crainte des conséquences financières pour l'Etat.

Parallèlement, un groupe ad hoc est mis en place dans le cadre de l'élaboration du plan décennal, placé directement sous la responsabilité du premier ministre. Il dispose d'une relative autonomie et a comme plan de route, l'élaboration d'une politique de protection sociale. La capacité technique de

---

<sup>14</sup> Déclaration de politique de développement social et de solidarité, DNAS, 24 p

gestion de l'assurance maladie au Mali est alors pratiquement nulle<sup>15</sup>. Le groupe ad hoc commande en 1997 une première étude de faisabilité « Etude sur l'AMO et le FAM » qui présente un montage institutionnel des différents régimes prévus (Assurance médicale obligatoire (AMO) et Fonds d'assistance médicale (FAM) et une estimation des coûts techniques des cotisations selon différents paniers de soins. Dans le plan décennal, il est fait mention (cf encadré) pour la première fois à une couverture universelle assurée, à terme, par la mutualité pour les professions libérales et les travailleurs indépendants, une assurance médicale obligatoire pour les salariés et fonctionnaires et un fonds d'assistance médicale pour les personnes pas couvertes par tout autre système d'assurance et reconnues indigentes.

*« Dans le contexte d'ajustement structurel, les experts étrangers, mobilisés pour l'élaboration du plan décennal, ont amené l'idée de prévoir un troisième volet au PRODESS intitulé « modalités de financements alternatifs de la santé avec AMO, FAM<sup>16</sup> et mutuelles ». » Cadre DND*

**PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL 1998 -2007, p 92**

**Objectif N°3 : Lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale. 1. La Promotion des mécanismes de Protection Sociale**

**1.2. L'Institution de l'assurance maladie obligatoire :** Une partie seulement des salariés du secteur formel et leurs familles ainsi que les fonctionnaires bénéficient théoriquement d'une couverture sanitaire. Cette protection qui ne couvre que 3 % de la population soit 250.000 personnes avec les ayant-droits est très partielle si on se réfère aux prestations proposées. En effet, les conditions de délivrance des soins dans les formations sanitaires sont très insuffisantes et dans tous les cas certaines dépenses de santé telles que les médicaments ne sont pas prises en charge, c'est pourquoi le futur plan prévoit d'instituer pour les couches concernées, une assurance maladie obligatoire contractualisée. Les critères suivants ont prévalu au choix d'un tel régime d'assurance : *i. Préserver l'existant* : Actuellement, l'INPS offre une protection contre la maladie aux travailleurs salariés qui sont soignés dans les CMIE de l'Institut. De même que les fonctionnaires bénéficient théoriquement d'une participation de l'Etat à leurs frais d'hospitalisation à hauteur de 80 %. Il est difficile de revenir sur les avantages acquis par ces populations en leur imposant une couverture inférieure.

En outre, dans le système actuel un nombre très limité de travailleurs sont en plus assurés auprès des compagnies d'assurance qui courent environ 80 % de leurs 95

<sup>15</sup> L'assurance médicale obligatoire au Mali : discussion d'un processus en cours, A Letourmy et O. Ouattara, in L'assurance maladie en Afrique francophone, G Dussault, P. Fournier, A. Letourmy, eds, 2006, P237, 238, Banque mondiale, série santé nutrition et pauvreté, p248

<sup>16</sup> Fonds d'assistance médicale qui deviendra le RAMED, régime d'assistance médicale

dépenses de soins. Il devient également difficile d'imposer à ces personnes un changement d'organisme. ii. *Le libre choix laissé aux assurés par rapport au taux de couverture et d'organisme assureur* : La loi définissant un minimum de prestations à couvrir, cette formule à l'avantage de tenir compte des possibilités économiques de chaque secteur d'activité. iii *Responsabiliser totalement chaque organisme dans l'équilibre financier du régime qu'il gère* : Cette formule permet d'impliquer les assurés eux-mêmes dans la maîtrise de leurs dépenses de santé. Elle permet surtout de désengager le budget de l'Etat en cas de déficit. En effet, toute subvention de l'Etat est difficile à admettre alors que l'Etat doit financer les actions de prévention, les soins de santé de base et les soins hospitaliers aux indigents. Le rôle de l'Etat doit se limiter à assurer ses contributions patronales pour les personnes qu'il emploie et à réglementer le régime (contrôle technique et financier, prix des prestations, liste des médicaments remboursables....). v. *La possibilité de développement de la mutualité grâce à ce type de régime* : En effet, parmi les organismes gestionnaires de ce régime, les mutuelles peuvent se voir confier la gestion de l'assurance-maladie des fonctionnaires et des retraités. Cela favoriserait l'essor des mutuelles car elles disposeront de ressources suffisantes constituées par la partie des cotisations des fonctionnaires directement prélevée à la source et reversée aux mutuelles qui gèrent l'assurance.

**1.2.1.** La mise en place d'un système d'assurance maladie obligatoire ciblant dans un premier temps les fonctionnaires, les travailleurs salariés et les retraités et couvrant les risques de santé. Elle débutera par la tenue des Etats Généraux avec les employeurs, syndicats et pouvoir publics pour fixer le cadre de l'assurance maladie obligatoire contractualisée et obtenir leur accord. Les textes sur l'assurance maladie obligatoire contractualisée seront adoptés dans le courant de l'année 1998, ils définiront : - les prestations ; - les bénéficiaires ; - les conditions de remboursement ; - les conditions d'affiliation et d'immatriculation ; - les modes de cotisation ; - la restructuration de l'INPS pour lui permettre de réussir sa mutation en organisme gestionnaire de l'assurance maladie ; **1.3. L'Institution d'un fonds d'assistance médicale** : Le fonds d'assistance médicale vise à répondre en priorité aux besoins de santé des personnes indigentes reconnues comme telles. Pour atteindre cet objectif, le fonds pourra assurer la dotation budgétaire globale des formations sanitaires afin de permettre aux personnes admises à l'assistance médicale de pouvoir bénéficier des soins médicaux. Chaque collectivité peut créer son fonds d'assistance médicale.

Les ressources du fonds proviennent de la subvention de l'Etat, des dons et legs, taxes diverses et en grande partie des contributions des collectivités locales. Le 96

fonds sera administré au niveau de chaque commune par le maire, dont la tâche sera : - de répartir les dotations budgétaires aux unités de soins ; - de contrôler et vérifier les prestations délivrées par les dites unités ; - de suivre les dépenses effectuées ; - de tenir un fichier relatif aux bénéficiaires de l'assistance médicale. L'autorité administrative locale concernée transmet le dossier à une commission d'assistance médicale dont la composition sera déterminée par le conseil communal. Cette commission a pour mandat d'examiner les dossiers de demande d'assistance médicale qui lui sont soumis. Proposer l'admission ou le refus de l'assistance médicale sur la base des critères relatifs à la situation socio-économique du postulant. La mise en place du fonds nécessitera : - l'organisation des négociations avec les collectivités locales et les pouvoirs publics sur la création du fonds dont l'intervention exclusive se fera dans le domaine des soins en faveur des personnes démunies ; - l'élaboration et adoption des textes réglementaires et législatifs fixant le statut et la gestion du fonds d'assistance, son mode de financement. Ces textes définissent en outre les critères d'identification des bénéficiaires de l'assistance médicale. Parmi les travaux qui seront lancés dans le cadre de la préparation de l'implantation des fonds figure celui visant à établir un formulaire d'identification des bénéficiaires de l'assistance médicale. La création des fonds d'assistance médicale se fera suivant un calendrier négocié avec les collectivités. Les compétences des responsables du fonds d'assistance médicale seront développées pour leur permettre de négocier avec les professionnels de la santé et maîtriser les mécanismes de gestion et d'organisation de ce type d'organisme. Ce programme de

formation sera mis au point et réalisé par un groupe de travail sur la promotion du fonds d'assistance médicale.

Comme autres acquis sociaux sur la période, on peut mentionner la production en 1996, d'un dispositif législatif et réglementaire régissant la mutualité, l'élaboration de manuels de formation et la création de l'UTM (Union Technique de la Mutualité) en 1998, avec l'appui de l'assistance technique française et belge.

### **1.3 Etape 2 : La mise en œuvre de cette nouvelle politique sectorielle révèle rapidement certaines anomalies et des résultats non conformes aux attentes (1997-2003)**

#### **1.3.1 L'institutionnalisation d'une implication d'acteurs profanes dans le secteur de la santé suscite certaines turbulences et résistances.**

Particularité malienne, les centres de santé communautaires (CSCOM) sont des structures privées à but non lucratif gérées par des associations de santé communautaires (ASACO), et supervisés sous l'autorité du médecin chef de district, également en charge du centre de référence. Cette réforme de décentralisation sanitaire est rapidement aux prises avec une gestion toujours insatisfaisante des ASACO qui, sans réel ancrage communautaire (seuls les premiers CSCOM relèvent d'une initiative populaire), peinent à s'imposer dans le dispositif.

Le processus de décentralisation administrative aboutit finalement à la création de 703 communes, de 49 cercles, de 8 régions et d'un district (Bamako) à l'issue des élections organisées en 1999. Dans ce contexte, et à l'issue d'un long processus de concertation et d'études, piloté par la Commission interministérielle de pilotage du transfert de compétences à travers le ministère de l'Administration territoriale et des collectivités locales (MATCL), le gouvernement signe les décrets de transfert de compétences dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique en juin 2002.<sup>17</sup>

L'implication des collectivités territoriales dans le dispositif sanitaire rend la situation plus complexe et conflictuelle encore. Ces deux réformes, décentralisation institutionnelle et sectorielle, confèrent en effet certains pouvoirs à des acteurs communautaires et aux élus, qui peinent à situer leurs responsabilités effectives et mutuelles. Premières responsables de la santé dans leur circonscription, les collectivités entendent exercer leur pouvoir et disposer des moyens de mettre en œuvre les activités et se retrouvent perpétuellement en conflit de compétences avec les asaco d'une part, les services techniques de l'Etat d'autre part. Le transfert des compétences aux collectivités décentralisées suscite en effet des résistances de la part des services techniques déconcentrés du ministère de la Santé, et leur collaboration avec les collectivités dont ils dépendent, reste très limitée.<sup>18</sup> La responsabilisation des collectivités est avant tout pour eux un moyen de compenser la faible disponibilité de ressources de l'Etat en disposant d'un nouveau bailleur local. Elle permet en outre de disposer de relais entre les populations d'une part, l'Etat et ses services techniques, d'autre part. Mais il n'est pas question de reconnaître à des acteurs profanes une quelconque légitimité à intervenir dans le domaine sanitaire. On retrouve ici toutes les dimensions d'une participation sans pouvoir de décision.

<sup>17</sup> Les compétences d'administration générale (fonctions d'état civil, recensement, police administrative, hygiène et assainissement, archives et documentation, etc.) ont été transférées depuis 1999 aux collectivités territoriales.

<sup>18</sup> La gouvernance de la santé dans la région de Sikasso, Laurence Touré, Mars 2011, Miseli



*« Les collectivités, ce sont pour moi des bailleurs mais des bailleurs qui attendent d'être baillés. Ils doivent être présents dans tout, on les utilise pour la gestion des petits conflits et cela marche. »* Service technique santé, District Sikasso, juin 08

*« C'est cela qui inquiète. Nous avons peur des blocages, des lourdeurs et il faut aussi qu'ils acceptent de donner les ressources comme programmé. Nous voyons les collectivités comme des courroies de transmission pas plus, il ne faut pas qu'ils se sentent trop maîtres, qu'ils noient les techniciens. Ils ont déjà cette tendance. Et si on a les ressources, on a tendance à être chef et à penser que les autres dépendent de toi. »* ST, District Sikasso, juin 08

Personne n'envisage le transfert de compétences comme un partage de pouvoir (pouvoir technique versus pouvoir politique) et une complémentarité des acteurs. Le pouvoir ne se partage pas, il s'arrache. Les termes employés le montrent :

*« Les agents de l'Etat forment un clan qui pense **qu'il est envahi**, que les collectivités sont trop exigeantes, qu'elles ont trop de prérogatives. Un agent de l'Etat dans un contexte d'analphabètes, c'est beaucoup de complexe de supériorité. »* ST, Développement social, juillet08

*« L'Assemblée régionale est une histoire récente et la décentralisation un processus en cours. Quand cela sera fini, nous allons **être sous la coupole** de l'Assemblée régionale en termes de distribution de ressources entre structures de santé. Prochainement, les services techniques vont être mis directement en relation avec les collectivités au lieu du gouverneur. Cela va être obligatoire car l'AR va le vouloir, **le crier haut et fort**. On sera **obligé de plier**. L'Etat est **en train de se déchirer** à chaque niveau. »* DRS, juin07

### **1.3.2 La réforme en cours semble impuissante à améliorer durablement la fréquentation des formations sanitaires**

Les premiers résultats de la nouvelle politique sectorielle constituent à l'inverse un effet de levier, les cadres étant mieux armés pour soutenir et promouvoir les nouvelles expériences.

L'information sur les premières expériences réussies se diffuse, améliore le climat de confiance qui entraîne à son tour une plus forte mobilisation des PTF. On note en effet une amélioration de la couverture sanitaire du pays : 30% de la population vit dans un rayon de 5km d'un CSCOM/CSAR<sup>19</sup> en 1999 contre seulement 3% en 93, 421 CSCOM/CSAR sont fonctionnels en 1999 contre 8 en 93, la couverture vaccinale est de 80 % sur les lieux d'expérimentations de la nouvelle politique.<sup>20</sup>

Mais la période reste caractérisée par une progression faible de l'utilisation des services qui évolue ainsi de 0,16 contact/an/hbt en 98 à 0,23 contact/an/hbt en 2003. Et la proportion d'accouchements assistés, qui était de 29% en 1998, plafonne à 42% en 2003.

Face à ce résultat jugé décevant, si l'on considère l'investissement important consenti pour le renforcement de l'offre de santé dans le cadre du PRODESS, très peu de voix s'élèvent pour dénoncer

---

<sup>19</sup> CSAR : centre de santé d'arrondissement revitalisé

<sup>20</sup> La construction de la médecine de famille dans les pays en développement, S. Dugas, M. Van Dormael, Studies in Health Services Organisation, and policy, 22,2003, p 152

la non-opérationnalisation du volet équité de l'IB et l'obstacle majeur que représente le paiement direct par l'utilisateur.

Type de financement des activités du PRODESS menées en 2002<sup>21</sup>

Extension de la couverture sanitaire : 80%

Lutte contre l'exclusion : 2,6%

Développement des ressources humaines 7,6%

Renforcement institutionnel : 8,6%

Les cadres du ministère de la Santé justifient le plus souvent ce résultat par l'intérêt trop marqué des populations pour la médecine traditionnelle et le fait que les dépenses de santé ne constituent pas leur priorité.

Un cadre conceptuel de l'organisation de la Référence Evacuation des urgences obstétricales est néanmoins adopté en 1997. Des initiatives, géographiquement plus localisées, tentent de résoudre la contrainte financière d'accès aux soins (Initiatives de caisses communautaires des groupements féminins, mutuelles adossées aux coopératives cotonnières)<sup>22</sup>. Sans portée nationale, elles ont le mérite de montrer que la disponibilité financière améliore considérablement la fréquentation des centres de santé.

### **1.3.3 L'approche sectorielle s'accommode difficilement de la scission du Ministère de la santé, de l'action sociale et de la promotion de la femme en deux entités distinctes et des velléités d'autonomisation du nouveau ministère en charge du social.**

En 2000, la volonté présidentielle d'accorder plus d'importance à la politique sociale se traduit par la création d'un ministère spécifique, le ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA). Habitué à un fonctionnement plutôt attentiste, dans l'ombre des professionnels de santé, et confronté à un déficit chronique, qualitatif et quantitatif, en ressources humaines, il peine à s'émanciper du domaine de la santé pour se construire autour de politiques plus ambitieuses que les activités qui lui ont été confiées depuis la création du secteur social.

*«Au départ, les affaires sociales se trouvaient avec le Ministère du Travail. Ensuite, le secteur social a été considéré comme un appendice du Ministère de la santé, où on n'a jamais cherché à l'organiser, où on le voyait comme un service annexe et on ne lui a jamais accordé d'importance. Vous savez, quand je suis arrivé au Ministère de la Santé, il y avait deux grandes directions, la Direction Nationale de la Santé et la Direction des affaires sociales. La Direction des affaires sociales bénéficiait peut-être du quart ou du cinquième ou peut-être même du dixième des fonds alloués. Tout le reste allait à la Direction de la santé, parce qu'on pensait que la Santé était plus importante. Il faut dire qu'à l'époque, les affaires sociales, c'était ce qu'on avait hérité des colons, apprendre aux femmes à tricoter, la nivaquisation des enfants...C'était les seules activités des affaires sociales à l'époque. » Cadre DNDS*

<sup>21</sup> Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives, M. Audibert, E. De Roodenbeke, BM, Avril 2005, p 15

<sup>22</sup> En 1998, la mutuelle de Nongon dans le cercle de Sikasso, permet au Cscm dirigé par un médecin, de passer de 0,5 contact par an et par hbt avant la création à 1 contact/an/hbt, après la création, Utilisation des services de santé de premier niveau au mali : Analyse de la situation et perspectives, M. Audibert, E. De Roodenbeke, BM, Avril 2005, p 46

Le PRODESS constitue toujours le cadre d'une approche sectorielle santé concertée (ce sont maintenant deux ministères qui le pilotent) mais il s'avère peu favorable et propice au renforcement institutionnel et technique du nouveau ministère. Il instaure plutôt un déséquilibre tant institutionnel que financier entre les deux ministères concernés. Ainsi par exemple, la gestion quotidienne du PRODESS est assurée par un secrétariat permanent, basé à la cellule de planification et de statistique (CPS) que les deux ministères partagent désormais, sans avoir été réformée. Son directeur est nommé par le Ministre de la santé et son personnel est composé exclusivement de médecins et d'économistes de la santé qui relèvent également de ce seul ministère.

Enfin, à la demande de certains bailleurs du PRODESS qui refusent d'avoir plusieurs interlocuteurs, l'accès aux financements du ministère des Affaires Sociales passe par le ministère de la Santé. Les financements dont le ministère dispose sont donc âprement discutés au secteur de la santé et toujours très en deçà des ambitions affichées.

*« La Banque Mondiale à l'époque nous avait défavorisés en disant ne vouloir qu'un seul interlocuteur. Et quand on s'est retrouvé avec deux Ministères, la Banque mondiale a dit que son seul interlocuteur serait toujours le Ministère de la Santé. Donc on était obligé de présenter nos activités et besoins de financement au Ministère de la santé qui à son tour allait négocier avec la Banque mondiale et ils négociaient en leur faveur. Nous avons eu des réunions interminables, tous les jeudis de chaque semaine pour discuter de ces questions-là et la Santé ne voulait pas débattre. » ex cadre MDSSPA*

Et de fait, le financement du PRODESS est presque exclusivement consacré au financement du renforcement de l'offre de soins (85% des financements du PRODESS contre 15% pour l'organisation de la demande).

*« Comme élément de blocage, il y avait la non disponibilité des partenaires, par manque de croyance. Il y avait beaucoup de choses pour lesquelles on n'avait pas de financement et quand on insistait pour en avoir plus, ils évoquaient d'autres priorités parce qu'ils pensaient que cela ne va pas marcher. » Cadre MSAH*

*« Vous savez le PRODESS, si on se dit la vérité, c'est quelque chose qui est financée par les partenaires de la santé. Donc dès que ce n'est pas directement la santé, ils ne sont pas très chauds. » Cadre MSAH*

Dans le prolongement de ce qui a été fait en 1997, le ministère des Affaires Sociales se dote en 2002 d'une déclaration d'une politique d'extension de la protection sociale, dont l'opérationnalisation s'avère lente et complexe. Le ministère ne dispose pas de ressources financières conséquentes, et doit en outre réussir à fédérer les acteurs autour du processus d'élaboration, et imposer son leadership aux autres ministères impliqués, pas toujours très intéressés ou coopératifs : le Ministère de la santé qui a perdu la maîtrise d'ouvrage du volet demande de la santé, le ministère du Travail et de la Fonction Publique qui, en 2000, vient d'être amputé de la tutelle de l'INPS et de la Caisse malienne de retraite (CMR), le ministère des Finances et le ministère de l'Intérieur et des Collectivités. Cette période est en outre caractérisée par l'élaboration de nouveaux plans, décennal puis quinquennal,<sup>23</sup> qui font l'objet de longues concertations nationales et retardent la mise en oeuvre de la politique de protection sociale

---

<sup>23</sup> 3<sup>e</sup> PDDSS est lancé en 1998 et prolongé jusqu'en 2009. Le premier PRODESS 98-2002, démarre finalement en 99 et s'étire jusqu'en 2004

qui s'inscrit dans ce cadre. Pour toutes ces raisons, les acquis dans le domaine social, restent faibles mais les bases sont posées.

#### **1.4 Etape 3 : une phase d'expérimentations, où des tentatives sont faites pour amender le modèle en place (2003-2012)**

##### **1.4.1 Sur le plan international, les programmes d'ajustements structurels font place aux politiques de lutte contre la pauvreté**

Cette période est caractérisée par la prise de conscience d'une nécessaire gestion des conséquences sociales des différents plans d'ajustement structurel. On note ainsi « une conversion de la communauté internationale à l'universalisme et à la réduction de la pauvreté. Les objectifs de développement pour le millénaire et à partir de 2015, les objectifs de développement durable, ont inscrit l'éradication de la pauvreté au cœur de leur programme. En matière de santé, un nouveau discours a émergé, voyant ces politiques non plus comme une charge sur un budget public déjà surendetté mais comme un investissement et un élément essentiel à une croissance économique durable ». <sup>24</sup>

*« Avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) retenus par la Communauté internationale en Septembre 2000, l'orientation de l'aide publique au développement, outre la poursuite des mesures en faveur de la croissance, est désormais officiellement engagée dans l'atteinte d'objectifs sociaux explicitement définis. Plus récemment, la lutte contre les inégalités a été ajoutée à l'agenda des agences d'aide. Les interventions de l'APD (aide publique au développement) dans le secteur social disposent ainsi d'une légitimité élargie. »* <sup>25</sup>

En application des consignes internationales, le Mali élabore un Cadre Stratégique pour la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011, qui constitue désormais le document de référence des politiques et programmes sectoriels dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

##### **1.4.2 Sur le plan sanitaire, des réformes visant un meilleur accès à des soins de qualité sont initiées**

Sur le plan sanitaire, malgré certaines avancées et une implication massive des PTF dans le secteur de la santé <sup>26</sup>, l'augmentation de la demande qui aurait dû découler de l'utilisation accrue des services de santé n'est pas observée. Le souci d'atteindre les Objectifs de développement du millénaire à l'horizon 2015 impose certaines réformes. Il est maintenant urgent d'améliorer les performances du système de santé et des voix de plus en plus nombreuses associent la stagnation des indicateurs au paiement

---

<sup>24</sup> Kingdon en Afrique, Théories de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso, A-L. Beaussier, Sciences Sociales et Santé, Vol 35, N°2, juin 2017, p 75

<sup>25</sup> Assurance maladie : Facteurs de lutte contre l'inégalité et la vulnérabilité et relation positive vis-à-vis de la croissance. Pascal Brouillet, in L'assurance maladie en Afrique francophone, G Dussault, P. Fournier, A. Letourmy, eds, 2006, Banque mondiale, série santé nutrition et pauvreté, p 521

<sup>26</sup> Le PO 2007 reprenait ainsi des attentes de financement de la composante santé du PRODESS provenant de 48 partenaires, plus les trois qui offrent un appui budgétaire sectoriel (Canada, Pays bas et suède). Il s'agit tant de bailleurs multilatéraux et d'agences des Nations unies que de bailleurs bilatéraux et de nombreuses ONG. », L'approche sectorielle dans le domaine de la santé, p 63

direct des soins par l'utilisateur et au mauvais rapport qualité/prix de l'offre sanitaire. A partir de 2004, on note ainsi le revirement de la BM qui s'aligne sur les positions des grandes institutions à propos de la gratuité des soins.

Dans le cadre du PRODESS II (2005- 2009), prolongé à 2011 pour l'aligner sur la période du CSCRP, puis encore jusqu'en 2012 du fait du Coup d'Etat, le gouvernement multiplie les initiatives pour améliorer l'utilisation des services de santé.

Suite à des décisions hautement politiques, et techniquement contestés dans leur formulation,<sup>27</sup> le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) institue ainsi des exemptions de paiement liées à des services (gratuité des ARV en 2004, gratuité de la césarienne en 2005, traitement gratuit du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans et pour les femmes enceintes en 2007). Une revue de la presse écrite montre qu'elle se fait faiblement l'écho des difficultés de mise en œuvre de ces politiques et des controverses que ces dernières suscitent. Son discours dominant souligne plutôt la pertinence des mesures politiques, leur application régulière et leur impact positif, supportant ainsi largement le camp du « pour ».<sup>28</sup> Ces politiques sont en revanche assez mal accueillies par les professionnels de santé qui y voient une dévalorisation de la profession médicale, une perte de ressources financières des centres et des professionnels de santé<sup>29</sup>. Dans la pratique, en termes d'impact, ces politiques n'entraînent pas de changement probant et durable des d'indicateurs.

Le Financement basé sur les résultats (FBR) est une politique qui tente d'améliorer la qualité de l'offre, en conditionnant l'accès à des primes individuelles et un renforcement matériel et financier des formations sanitaires, aux résultats obtenus. Dans la perspective de réduire la mortalité maternelle et néo-natale, le ministère de la Santé organise en 2012, une intervention pilote de mise en œuvre du FBR dans trois districts sanitaires de la région de Koulikoro (26 aires de santé). Ce projet pilote financé par la coopération néerlandaise (SNV) pose les principes d'un « FBR à la malienne », soit la prise en compte du contexte institutionnel de décentralisation administrative et sectorielle de la santé. Au plan national, la stratégie FBR a été retenue dans le nouveau plan décennal de développement sanitaire adopté en 2014. Ces expériences, très courtes, rendent difficile l'évaluation de leur impact. Leur pérennité est questionnée.<sup>30</sup>

Par ailleurs, et malgré la mise en place de cellule de décentralisation au sein du ministère de la Santé et de celui du travail, des affaires sociales et humanitaires, pour accélérer la mise en œuvre de la

---

<sup>27</sup> Émergence, formulation et mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement des soins de santé au Mali : synthèse du volet institutionnel, juin 2012. Y F. KONE, A. PREVALET, E. M'BAYE, S. TCHIOMBIANO, Miseli

<sup>28</sup> Presse sous influence, presse sans opinion. Traitement des politiques de gratuité des soins par les presses écrites nigérienne et malienne. Fabrice Escot et Abdoulaye Ousseïni, in « *Une politique de santé publique et ses contradictions* », *Karthala, Hommes et sociétés*, 2014, pp. 233-248.

<sup>29</sup> La gratuité comme révélateur des dysfonctionnements ordinaires du système de santé au Mali. Approche comparée des exemptions de paiement concernant le sida et la césarienne, Laurence Touré, in « *Une politique de santé et ses contradictions* », Jean Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde, Karthala, 2014, pp. 183-198 ; L'exemption de paiement du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes : une politique qui dérange, Laurence Touré et Youssouf Sanogo, in « *Une politique de santé et ses contradictions* », Jean Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde, 2014, Karthala, 2014, pp. 211-232 ; La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali. Laurence Touré, in *Afrique contemporaine* 2012/3 (n° 243), pages 49 à 63

<sup>30</sup> Donor-funded project's sustainability assessment : a qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali, Mathieu Seppey, Valéry Ridde, Laurence Touré, Abdourahmane Coulibaly, *Globalization and Health* 2017

décentralisation et de la déconcentration, le transfert des ressources financières du budget des Ministères vers les collectivités territoriales se concrétise un peu, mais très progressivement.<sup>31</sup>

### 1.4.3 L'institutionnalisation d'innovations sociales majeures

L'Etat, via le ministère ayant la tutelle de ce dossier, peine toujours à asseoir sa crédibilité face aux ambitions qu'il affiche. Beaucoup (société civile, techniciens, PTF) doutent encore de sa capacité à se doter de dispositifs publics de protection sociale dans le contexte malien (état pauvre, problèmes de gouvernance, système de santé déficient et corrompu).

*« Il y avait aussi le fait que les gens ne croient pas en la protection sociale. Je vais vous raconter une anecdote qui peut vous faire comprendre un peu. A l'époque, dans les années 2004, ou 2005, je ne sais plus, lors d'un comité de suivi du PRODESS présidé par le ministre, un haut cadre de la santé a levé la main. Il a dit que, dans la nuit on peut faire des rêves, c'est normal d'avoir des rêves, mais quand ces rêves sont irréalisables, on les garde pour soi. On n'est pas obligé de les partager avec les autres. Il faisait référence à l'AMO et au FAM à l'époque. Ça, c'était un rêve... Un très haut cadre de la santé... Alors que c'est pour soutenir son système, parce que l'Etat n'a pas les moyens et parce que le système ne peut pas être viable. Mais il jugeait cela trop ambitieux pour le Mali. »*  
Cadre MSAH, sept 18

En particulier, dans ce contexte tout nouvellement démocratique, l'imposition par l'Etat d'un dispositif à caractère obligatoire, via l'AMO, semble anachronique.

*« Pour l'assurance médicale obligatoire et le fonds d'assistance médicale, on n'a dû observer une pause dans le processus parce que les gens ne comprenaient pas qu'on veuille instaurer une assurance maladie obligatoire. Après la révolution en 1991, qui s'était soldée par un coup d'état et avait instauré la démocratie, les gens s'étaient sentis libérés. La notion de liberté qu'on promettait à l'époque s'associait mal avec une notion d'obligation. Donc les gens se disaient que plus rien ne doit être obligatoire. Certains cadres s'étaient mis en tête qu'il ne fallait plus obliger qui que ce soit à faire quoi que ce soit. »* ex cadre ministère MDSSPA

Ce scepticisme généralisé se traduit par un faible engagement de la sphère internationale en appui financier au département chargé du dossier. Les initiatives d'exemption de paiement, portées par le ministère de la Santé, et largement soutenues à l'internationale, occupent le devant de la scène politique et mobilisent l'attention générale et les financements internationaux. Elles éclipsent le développement du dispositif de protection sociale. Sur le plan international, les partenaires ont peu de solutions à proposer pour assurer le service après-vente de la CMU et en préciser le contenu.<sup>32</sup>

*« Si vous regardez les financements PRODESS prévus pour le financement alternatif, on ne mobilisait pas les 5% de ce financement pour la mutualité ni pour le Fonds d'Assistance Médical ni pour l'AMO, c'était très timide. C'est à partir de 2006, je crois qu'on est passé à 15% du budget du PRODESS alloué au social. Et même les 15%, pour les avoir, il a fallu une négociation entre les Ministres »* ex cadre MDSSPA

<sup>31</sup> Il n'est encore que de 19% en décembre 2018 (communication orale, cellule de décentralisation de la santé)

<sup>32</sup> Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres e Afrique, M. Noirhomme, J.M. Thomé, chapitre 15 in L'assurance maladie en Afrique francophone, G Dussault, P. Fournier, A. Letourmy, eds, 2006, Banque mondiale, série santé nutrition et pauvreté, p 439

Mais le souci d'améliorer la viabilité des CSCOM se traduit par un intérêt grandissant pour la protection sociale.

*« Avec la nouvelle politique, le CSCOM doit vivre sur les recettes issues de ces prestations. Toutes les études qui ont été faites ont été bonnes sauf la question de l'indigence. Les indigents ne peuvent pas payer. Vous savez que le CSCOM donne les médicaments à des faibles prix. Maintenant ceux qui n'ont pas les moyens de payer, quelle va être leur prise en compte ? La gratuité. Et on a vu que si on va à la gratuité, le CSCOM ne survivra pas. Il fallait donc trouver une solution pour eux. L'indigence constitue une pesanteur qui empêchait la mise en place et l'évolution correcte des ASACO. Pour éviter d'exclure les plus pauvres, depuis le 1<sup>er</sup> PRODESS, on a dit que le système alternatif, c'était deux choses : les mutuelles pour ceux qui peuvent cotiser, et de l'autre côté, pour que le système soit plus viable encore, la prise en charge gratuite des indigents. »* cadre DND

Cette période est caractérisée par une lente avancée du projet. Le manque d'intérêt pour la formulation de ces politiques, et notamment celle de l'AMO, se traduit par un sous-financement du secteur social, notamment pour la réalisation des études. En 2005, deux experts nationaux sont finalement désignés pour la synthèse des travaux réalisés et la proposition d'un schéma d'organisation institutionnelle pour l'AMO et le FAM. Sur la base de leurs conclusions, et sous la pression de certaines partenaires (OMS, Coopération française et néerlandaise), des études complémentaires sont demandées, « *une concernant le montage institutionnel proposé et en tirant les conséquences en terme de coût et d'investissement, et l'autre, technique, portant sur paramètres et les éléments quantitatifs des dispositifs proposés tant pour l'AMO et que pour le FAM* ». <sup>33</sup> Finalement en 2005, une seconde étude de faisabilité est réalisée. Elle propose différents scénarii relatifs à l'organisation institutionnelle du régime, et l'actualisation des données <sup>34</sup> suivie d'une concertation nationale autour de ses conclusions.

C'est donc dans un contexte national et international encore sceptique que le Mali adopte en 2009 deux dispositifs de protection sociale, et à l'issue d'un long et difficile processus de formulation :

- L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui concerne les fonctionnaires et salariés du secteur privé et public, soit 17% de la population malienne totale. L'AMO procure à l'assuré et à ses ayants-droits (conjoint(es), enfant(s) et ascendant(s) direct(s), une prise en charge des soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requis. La prise en charge est à hauteur de 70% de l'ensemble des dépenses de santé en ambulatoire et de 80% lorsqu'il s'agit d'un traitement en hospitalisation. Pour bénéficier des services de l'AMO, les assurés et leurs employeurs paient une cotisation proportionnelle au salaire
- Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) : L'Etat malien a légiféré, mis en œuvre et financé à l'échelle nationale un dispositif de prise en charge médicale des plus pauvres, situation, assez unique dans la sous-région. Le RAMED est un régime qui concerne les indigents, c'est-à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale dont elle relève, soit environ 5% de la population malienne). Ce pourcentage

---

<sup>33</sup> L'assurance médicale obligatoire au Mali : discussion d'un processus en cours, A Letourmy et O. Ouattara, in L'assurance maladie en Afrique francophone, G Dussault, P. Fournier, A. Letourmy, eds, 2006, P237, 238, Banque mondiale, série santé nutrition et pauvreté

<sup>34</sup> Etude institutionnelle de l'AMO et du FAM » Letourmy et Diakité, 2003

résulte d'une évaluation basée, non pas sur un recensement des indigents qui n'a jamais été effectuée mais sur la capacité maximale de l'Etat à faire face à cette charge financière.<sup>35</sup>

L'assurance maladie obligatoire (AMO) est officiellement lancée en mai 2011, et le régime d'assistance médicale (RAMED), dispositif non contributif destiné aux indigents, en octobre de la même année. La mise en œuvre de l'AMO suscite un fort mouvement social d'opposition, orchestré par une des deux centrales syndicales, prétendument mal informée de cette réforme.

*« Les syndicats ont refusé tout simplement la mise en œuvre de l'AMO. Ils ont été associés à tout, mais quand ils ont voulu être président du conseil ou ceci ou cela, celui qui ne l'a pas eu, a dit qu'il n'a jamais été associé et qu'il ne partait pas. On a trouvé les lettres dans lesquelles le chef du syndicat en question a écrit pour dire qu'il a été associé à toutes les étapes du processus et qu'il était partant. Après ça, il dit qu'il n'a jamais été associé à quoi que ce soit. On ne l'a jamais cru. »* Cadre MSAH

« La persévérance des autorités maliennes à l'égard du projet AMO suggère qu'il existe une volonté politique mais la durée du processus fait penser qu'elle ne suffit pas à résoudre les tensions institutionnelles qui apparaissent ou à arbitrer entre des orientations contradictoires. »<sup>36</sup> Comme le souligne A. Letourmy, les prestataires de soins considèrent globalement cette initiative comme une menace, qui les concerne doublement :

- D'une part, en tant que fonctionnaires, ils sont susceptibles d'être affiliés à l'AMO, et de perdre ainsi les avantages qu'ils ont acquis (gratuité des prestations pour eux et leurs ayants droits) par rapport aux autres corporations
- D'autre part, en tant que professionnels de santé. La mise en place de ces dispositifs de protection sociale doit en effet s'accompagner de mécanismes de contrôle des prestations, va privilégier les médicaments génériques aux spécialités, et ne pas prendre en compte le secteur privé dans lequel les professionnels du public ont des intérêts particuliers (beaucoup d'intervenants dans le public développent des activités parallèles lucratives dans le privé).

Inquiet et soucieux de rétablir la paix sociale, le président Amadou Toumani Touré remet très vite en cause le caractère obligatoire de l'immatriculation à l'AMO, pourtant inscrit dans la loi. Par une simple déclaration publique à l'issue d'un conseil des ministres, début 2011, il décide de laisser aux intéressés le choix d'adhérer ou non à ce nouveau dispositif.

*« A l'INPS, ce n'était pas prélevé directement chez le travailleur, c'était le patron qui payait. La maladie était la part patronale. L'ouvrier ne payait pas, c'est le patron qui paye 2% pour son employé. Rien n'était prélevé sur le salaire de l'employé, c'est le patron qui payait. Tous ceux qui étaient concernés étaient instruits et beaucoup d'entre eux avaient étudié en Europe, ils savaient ce que c'était. Mais quand on est entré dans l'AMO, on devait prélever une part chez les ouvriers eux-mêmes qui n'ont pas bien compris. J'étais là le jour qu'ATT a pris la décision et nous a demandé de faire une communication verbale au conseil des ministres, pour dire que ceux qui ne sont pas encore prêts pour rentrer dans l'AMO, qu'on les laisse. Et qu'on continue avec ceux qui sont prêts. Si les autres voient les avantages, ils viendront forcément. Et c'est ce qui s'est vérifié,*

<sup>35</sup> Entretien avec un cadre responsable de l'élaboration de cette politique

<sup>36</sup> L'assurance médicale obligatoire au Mali : discussion d'un processus en cours, A Letourmy et O. Ouattara, in L'assurance maladie en Afrique francophone, G Dussault, P. Fournier, A. Letourmy, eds, 2006, Banque mondiale, série santé nutrition et pauvreté, p 250



*c'est tous ceux qui avaient refusé, qui sont en train de revenir. Voilà la décision que les gens ont mal interprétée. ATT n'a pas dit ça que cela devenait volontaire et n'a pas modifié les textes. D'ailleurs, pour enlever le caractère obligatoire, il fallait réviser la loi. La loi n'a pas été révisée. »*  
ex cadre MDSSPA

La mise en œuvre de l'AMO et du RAMED, qui proposent un paquet de bénéfices bien plus large que celui offert par la plupart des mutuelles à leurs adhérents, pose la question de l'équité entre les différents dispositifs. Pour tenter de réduire les inégalités constatées, l'État a élaboré en 2010 une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé,<sup>37</sup> mise en œuvre pendant une phase pilote de trois ans (2012-2014) dans les trois régions de Sikasso, Ségou et Mopti. Elle prévoit une subvention par l'État aux mutuelles à hauteur de 50% des cotisations, à condition que celles-ci offrent un paquet de bénéfices équivalent à celui de l'AMO (stratégie nationale d'harmonisation des paquets au sein de la Mutualité). La stratégie prévoit également d'aller vers une couverture communale (créer une mutuelle par commune soit 703 au total) avec des unions de districts pour assurer la prise en charge au niveau CSREF et hôpital régional. Les résultats semblent mitigés, faute d'une politique de communication adéquate et suffisante et du fait d'un contexte conjoncturel difficile en 2012 (retard de paiement de la part de l'État).<sup>38</sup>

## **1.5 Etape 4 : une fragmentation de l'autorité, au sein du secteur santé (2013-2015)**

### **1.5.1 Une sphère internationale toujours influente et clairement favorable à la CSU**

La couverture sanitaire universelle est généralement présentée comme supra-sectorielle, un réel enjeu de développement au-delà du secteur santé. Elle a comme objectif de favoriser l'accès à des soins de qualité et impose pour cela une approche renouvelée du financement de la santé. Le renforcement parallèle de l'offre et l'organisation de la demande sont des conditions indispensables à sa réussite. Elle représente un changement fondamental car elle « vient se heurter à 30 ans d'idées véhiculées par certains experts sur les modalités de financement des systèmes de santé, »<sup>39</sup> que les politiques d'exemption de paiement n'ont fait que bousculer. Certains la considèrent comme la troisième transition de santé mondiale.<sup>40</sup>

Dans le cadre de la lutte contre pauvreté, et maintenant convaincues que le recouvrement des coûts constitue un système profondément inéquitable qu'il faut nécessairement corriger, les arènes de la gouvernance internationale approuvent de façon unanime le mouvement vers cette nouvelle politique. Ainsi, dans une de ses résolutions (point 4), lors de sa 58<sup>e</sup> assemblée mondiale en mai 2005, l'OMS invite les pays membres à prévoir une transition vers la couverture universelle de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé tout en veillant à l'amélioration de la qualité de ceux-ci.

---

<sup>37</sup> Programme quinquennal de mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles au Mali, (2011-2015)

<sup>38</sup> Evaluation de la mise en œuvre de la phase pilote de la Stratégie Nationale d'Extension de la couverture par les Mutuelles de santé, Diakité, mai 2015

<sup>39</sup> P 96, Des politiques de gratuité confrontées aux idées pro-paiement des médicaments en Afrique de l'ouest, Valéry Ridde et Omar Mallé Samb, in Anthropologie du médicament au Sud, la pharmaceuticalisation à ses marges, sous la direction de A. Desclaux, et M. Egrot, L'harmattan,

<sup>40</sup> Ref ?

Et la dernière initiative des Nations unies adoptée en avril 2009 concerne la création d'un socle universel de protection sociale dont l'un des objectifs est l'accès pour tous aux biens et services sociaux tels que la santé, l'eau, l'éducation et l'alimentation.

On note également le démarrage dans l'espace UEMOA d'un projet d'appui à l'extension de la couverture du risque maladie (PACRM)). Un Groupe Technique Régional pour la Couverture du Risque Maladie a été mis en place et regroupe dans chacun des pays membres un représentant du département en charge de la CMU, un représentant de la santé et un représentant des finances. Il se réunit une fois par an pour analyser les efforts accomplis et les besoins d'accompagnement des pays en matière de CMU. Un Comité Consultatif de la Mutualité Sociale a aussi été mis en place au sein de l'UEMOA, pour le suivi de la mise en œuvre de la réglementation sur les mutuelles sociales et pour la promotion de la prise en compte de la mutualité dans le dispositif de CMU.

Sous cette influence internationale, et dans le souci d'honorer les engagements contractés, le Mali s'engage dans la concrétisation de cette couverture universelle.

*« Même l'OMS pousse vers la CMU donc on ne peut qu'accepter ce dispositif, obligatoirement ».* Cadre MSHP, septembre 18

### **1.5.2 La CSU, un outil de renforcement de la cohésion nationale pour un pays et un Etat en crise**

Cette période 2013-2015 est caractérisée par un affaiblissement de l'Etat suite à différentes crises politiques et sécuritaires : crise institutionnelle et politique grave, avec un Coup d'Etat en mars 2012, et d'une rébellion touarègue animée par le MNLA (indépendantiste) et Ansar Dine (salafiste), mouvements bientôt rejoints par les *djihadistes* d'AQMI et du MUJAO, contrée par l'intervention française en janvier 2013.

En juillet 2013, le pays retrouve un gouvernement démocratiquement élu et légitime (bien que de plus en plus contesté dans la capitale).

Le contexte conjoncturel post crise est caractérisé par :

- Une certaine prise de conscience, consécutive à la crise, de dysfonctionnements structurels importants dans le pays, corruption notamment.
- La nécessité pour l'Etat de rétablir un lien de confiance avec la population malienne
- Des priorités nationales liées à la conjoncture : situations d'urgence, stabilisation du pays, sécurisation et retour à la paix dans le Nord

Dans ce contexte, l'instauration de la couverture universelle est perçue comme un moyen de renforcer une cohésion nationale mise à mal ces dernières années, d'améliorer l'image d'un Etat, jugé largement corrompu et soumis à une menace djihadiste jusqu'au centre du pays.

*« C'est vraiment un enjeu politique très important. Le président ATT avait fait une apparition à la TV au moment où les gens boudaient l'AMO et il avait dit que de tout son mandat, la meilleure des choses qu'il a eu à faire c'est la mise en place de l'assurance maladie obligatoire. Les gens en ce moment n'avaient pas compris. Ils ont cassé la CANAM, tout emporté. Mais aujourd'hui c'est vraiment un engouement terrible. Tous ceux qui ont cassé sont revenus, ceux qui ne bénéficient pas de l'AMO sont en train d'envier ceux qui l'ont. Il s'agissait alors de mettre en place l'assurance maladie au profit d'une certaine catégorie de la population. L'AMO est souvent considéré comme un régime discriminatoire qui ne couvre que les fonctionnaires, les travailleurs salariés. Mais, quand l'annonce sera faite, qu'au-delà de l'AMO, nous venons de mettre en place quelque chose*

*qui ne va plus faire de discrimination, si l'Etat aujourd'hui parvient à mettre en place un système d'assurance maladie qui va faire venir toutes les personnes qui ont été oubliées par l'AMO.... C'est vraiment cet enjeu qui est là. » Cadre MSAH, décembre 2017*

### **1.5.3 Sur le plan sanitaire, bilans et planification mettent clairement en évidence l'ampleur des défis que l'approche « renforcement de l'offre » ne parvient pas à relever**

L'élaboration du nouveau plan décennal (PDDSS 2014-2023) et du PRODESS (2014-2018), à laquelle contribuent largement les partenaires techniques et financiers du secteur santé, est basée sur l'évaluation du plan décennal qui vient de s'achever. Cette évaluation fait ressortir un bilan peu satisfaisant :

- Les indicateurs de santé restent médiocres
  - La fréquentation de la consultation curative primaire est de 0,41 nouveau cas/hbt/an en 2015<sup>41</sup>.
  - La mortalité infanto-juvénile (décès pour 1.000 naissances vivantes) a baissé de 132 à 108 de 2004 à 2015 (83 pour l'Afrique subsaharienne en 2015)<sup>42</sup>. Mais la mortalité néonatale ne s'améliore pas (31 en 2004 et en 2015 – 28 pour l'Afrique subsaharienne en 2015) et représente 36% de la mortalité infanto-juvénile.
  - Le ratio de mortalité maternelle est passé de 582 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001 à 368 en 2012 (547 pour l'Afrique subsaharienne en 2015). La mortalité maternelle représente 32% de tous les décès des femmes de 15 à 49 ans. La mortalité néonatale précoce (0-6 jours) représente 83% de la mortalité néonatale, et donc 28% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.
- Le financement du secteur santé s'avère à la fois insuffisant et inefficace
  - Le financement de la santé repose très largement sur les ménages ce qui explique que le Mali connaisse une incidence de dépenses catastrophiques parmi les plus élevées (19%) au monde.<sup>43</sup> Les paiements directs des ménages représentaient plus de 65% des dépenses totales de santé dans les années 2009-2010 mais ils en représentent encore 46%, sans doute sous l'influence du début de la mise en place du système d'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel.
  - Le financement est par ailleurs insuffisant : le taux dédié à la santé dans le budget d'Etat reste de 50% inférieur aux engagements d'Abuja mais les modes de calcul de la part du budget national consacré à la santé sont multiples et font débat. Les dépenses totales de santé sont passées de 36 à 43 US\$, entre 2005 et 2014<sup>44</sup>, avec une augmentation sensible de l'aide extérieure (de 5 à 12 US\$ sur la même période).

<sup>41</sup> Annuaire statistique sanitaire, 2015

<sup>42</sup> MICS (enquête par grappe à indicateurs multiples) 2015

<sup>43</sup> Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle, 2014-2023, oct. 2013, p12

<sup>44</sup> Base de données OMS sur les dépenses de santé par pays, (WHO-NHA)

- L'allocation des ressources est inéquitable.
  - Même si certains progrès ont été réalisés, elle favorise encore largement le niveau national au détriment des niveaux déconcentrés, opérationnels, et Bamako plutôt que les zones de plus grande pauvreté.
  - L'allocation est en outre largement orientée vers l'offre au détriment de la demande. Enfin, selon le rapport d'évaluation du plan de développement sanitaire et social<sup>45</sup>, 71% du financement a bénéficié au niveau central. Le niveau déconcentré/décentralisé, qui couvre tous les coûts opérationnels, n'a obtenu que 29% du financement.

Les évaluations du secteur font ressortir les mêmes constats d'année en année, donnant l'impression que l'approche sectorielle ne parvient pas à résoudre les contraintes fondamentales du système de santé (gestion des ressources humaines, qualité des services, régulation du secteur privé lucratif, etc.) ce qui conduit à démotiver les acteurs impliqués dans cette approche. Dans le contexte, l'Assurance maladie universelle (AMU) apparaît bientôt comme un moyen de relever un défi, celui pour les formations sanitaires de générer davantage de revenus sans pénaliser les populations pauvres et la nécessité d'assurer l'équité dans l'allocation des ressources financières.

#### **1.5.4 Un contexte plus favorable à l'acceptation d'un renforcement de la demande via la protection sociale**

Sur le plan social, le bilan du PRODESS reste très mitigé. Il fait ressortir une faible pénétration des régimes assurantiels, situation attribuée aux problèmes de conception du RAMED, au démarrage difficile de l'AMO et à la faible attractivité de l'assurance mutualiste, privée d'implication réelle de l'Etat. Avec une couverture globale par l'assurance maladie (« obligatoire » et volontaire) estimée à seulement 7% de la population, l'opérationnalisation des trois dispositifs (AMO, RAMED, Mutuelles) reste un vrai défi pour le gouvernement malien. Le Mali doit par ailleurs solutionner le manque d'harmonisation des prestations offertes pour une meilleure équité et le manque d'articulation des différents dispositifs existants (gratuités, filets sociaux, dispositif assurantiels ou d'assistance). Le PRODESS 2014-2018 note ainsi que *« la cohabitation de dispositifs multiples de gratuité et d'exemption avec ceux de l'AMO, du RAMED et de la Mutualité pose des problèmes d'efficacité et d'efficience économique de l'accès aux soins des populations »*. Le système de financement (assurance maladie, fonds d'aide, exemptions) souffre d'un cloisonnement et d'une fragmentation extrême entre plusieurs agences (CANAM, ANAM, Mutuelles, Directions centrales des Ministères).

L'enjeu à relever sur le plan de la protection sociale reste énorme et peut alimenter le discours des plus sceptiques. Mais deux événements majeurs viennent contrebalancer ce bilan.

- Le premier est la réussite de l'AMO. Elle joue très favorablement sur le plan de l'acceptation sociale et sectorielle de la réforme de protection sociale. Après un démarrage difficile, cette politique sociale enregistre en effet des résultats satisfaisants. Les bénéficiaires potentiels apprécient le principe de tiers payant et adhèrent en masse, même si le dispositif reste assez lourd et lent. L'AMO fait en outre la démonstration, à un secteur sanitaire réticent (centres de santé, pharmacies, laboratoire et imagerie médicale), que ces dispositifs de tiers payant peuvent avoir un impact considérable et positif sur ses finances.

---

<sup>45</sup> Evaluation du plan de développement sanitaire et social, Août 2011, p 49

*« Aujourd'hui quand on voit l'assurance formelle, l'AMO, si on dit aux populations du secteur informel, du monde agricole que demain ils auront les mêmes services qu'un fonctionnaire ou un travailleur à travers le régime d'assurance universelle, ça peut vraiment créer un déclic. Et bientôt, dans les formations sanitaires, les gens qui ne seront pas des assurés, c'est eux qui vont souffrir. »* cadre MSAH, décembre 2017

*« Je crois que les opinions ont beaucoup évolué ces derniers temps avec l'assurance maladie (AMO). Beaucoup d'avancés ont été enregistrées. Aujourd'hui, les prescripteurs qui n'ont pas le cachet AMO veulent l'obtenir, le nouveau personnel des structures agréées également. L'AMO représente beaucoup de recettes aujourd'hui, pour les hôpitaux comme pour les pharmacies. Si une pharmacie arrête de servir à travers l'AMO, on en ressent la pression jusqu'au cabinet du ministre et dans les régions, le gouverneur est saisi. C'est vraiment une pression terrible. Et s'il y a des retards de remboursement, les pharmacies grincent les dents et menacent de suspendre pour quelques heures ou pour une journée la délivrance des médicaments à travers l'AMO. En fait aujourd'hui toutes leurs recettes pratiquement c'est à travers l'assurance maladie. Quand ils ont des factures impayées, c'est toute la chaîne de renouvellement qui est bloquée. Pour les hôpitaux, l'avantage, c'est qu'au-delà de la prescription de la consultation, les autres prestations, souvent coûteuses, sont remboursés par l'AMO. Donc cela fait des recettes assez substantielles. Et sur les recettes générées par l'hôpital, il y a les ristournes pour le personnel. »* cadre MSAH décembre 2017

*« Le scepticisme...il est récurrent. Pour l'AMO, on a vu des gens même qui nous disaient « Bon, c'est bien mais ça ne marchera pas chez nous. » Ça veut dire tout et ça décrit un peu le contexte du moment. Il y a des gens qui ont pensé que c'est quelque chose qui a été forgée dans l'intérêt des leaders politiques. C'était considéré comme quelque chose qui tombait du ciel. Disons qu'avec le recul, cela a beaucoup évolué mais ce qu'il faut tirer comme leçons, c'est que de toute façon c'est une réforme sociale qui par définition est très sensible... on voit en Europe la réforme de la retraite, ce que ça suscite comme débat et passion ....et ici surtout que les gens n'en avaient pratiquement jamais entendu parler. Cotiser pour accéder aux soins, que l'Etat gère ça, même le cas d'assurance privée, ce n'est pas très fréquent au niveau du vécu quotidien du commun du malien. Pour la question sociale, on peut dire qu'on a un tout petit peu résolu parce qu'il y a quand même beaucoup de choses qui ont évolué positivement. La question de la soutenabilité financière, elle est récurrente et partagée par tous les acteurs, c'est un souci. Il y a aussi la question de l'attractivité, de la qualité des prestations. Tout le monde effectivement souhaite qu'on accède à une meilleure qualité de prise en charge. Car, dans le contexte actuel, ce n'est pas toujours évident même si parfois il y a quand même le minimum. »* Groupe d'expert, octobre 18

- Le deuxième événement est la nomination en 2013, d'un nouveau ministre de la Solidarité, membre de l'entourage familial du président de la république et doté d'une forte personnalité. Son arrivée à la tête du ministère rééquilibre les pouvoirs en jeu au sein du secteur de la santé et jusque-là largement dominé, nous l'avons vu, par le ministère du même nom. Ainsi, alors que la question de la tutelle du RAMU est toujours en débat et revendiquée par le ministère de la Santé, il impose le ministère de la Solidarité pour la gestion de la demande, seul le volet offre de soins relevant du ministère de la Santé.

*« Il y a eu un atelier, à l'occasion de la restitution des études sur le panier ou sur les financements innovants, je ne sais plus....où il y avait beaucoup de divergences qui s'exprimaient. Les PTF et le*

*ministère de la Santé étaient plutôt favorables au fait qu'études et processus menant à la CSU au Mali soient conduits par la Cellule de planification et de statistique (CPS), avec en face les gens du ministère de la Solidarité, très minoritaires et assez frustrés d'une option qui favorisait de fait le ministère de la Santé. A l'époque, la santé était forte et la solidarité subissait, le ministre de la Solidarité était lui-même médecin. C'est l'arrivée du ministre actuel de la Solidarité qui a fait changer les choses. » Cadre MSAH, décembre 18*

## **II. Etape 5 : une période de contestation : L'adoption d'une nouvelle stratégie de financement de la santé et l'opérationnalisation du RAMU consacrent une période d'exacerbation des tensions dans le secteur santé (2015 – 20 ??)**

Cette phase, en cours, correspond selon nous à l'étape 5 d'un changement paradigmatique. Elle a démarré en 2015 et va sans aucun doute se poursuivre au moins jusqu'en 2020 pour le processus d'opérationnalisation, et au-delà pour la mise en œuvre.

Elle se situe dans le prolongement direct de la phase précédente (2013/2015), qui annonçait déjà certaines turbulences, et est caractérisé par une exacerbation des tensions au sein du secteur santé. Les avancées significatives de la réforme RAMU suscitent en effet une prise de conscience de l'enjeu considérable qu'elle représente, des changements radicaux dont elle est porteuse, notamment un nouveau regard global porté sur l'argent de la santé, les priorités et l'orchestration des finances. En outre, dans un pays où les domaines de la santé et de la solidarité sont portés par des ministères différents, cette réforme, qui entérine un partage de leadership autour des questions de santé et suppose une collaboration intersectorielle, inquiète. Enfin, cette réforme nécessite un engagement politique et financier de l'Etat, important, qui commence à être mis à l'épreuve. Tous ces éléments suscitent, expliquent, certaines tensions et contestations à ce stade d'avancement du processus RAMU.

Outre la fin de notre propre calendrier de recherche, fin 2018 est la date prévue pour la finalisation de la feuille de route concernant l'opérationnalisation du RAMU.<sup>46</sup> Les deux principaux acquis de la période sont l'adoption de la stratégie de financement de la santé et la promulgation de la loi portant institution du RAMU. Pour documenter les débats d'idées et jeux d'acteurs, nous avons choisi de retracer successivement les deux processus qui, de 2015 à 2018, ont conduit à ces acquis, après avoir brièvement présenté le contexte politique et économique de la période.

### **2.1 Un environnement macroéconomique national favorable jusqu'en 2017 à une augmentation de l'investissement national dans le secteur de la santé, qui bénéficie surtout au département chargé des questions sociales**

Economiquement, le Mali est un pays à revenu faible (classement Banque mondiale), à la 175ème place sur 188 pays selon l'indice de développement humain,<sup>47</sup> en-dessous de la moyenne de l'Afrique subsaharienne (SSA) et du groupe des pays les moins avancés (PMA). Le revenu national brut par habitant en 2016 était de 750 US\$ courant.

---

<sup>46</sup> Feuille de route 2015-2018

<sup>47</sup> PNUD. Rapport sur le développement humain 2016

Depuis la récession marquée en 2012 due à la crise politico sécuritaire, les finances publiques se portent bien. Une étude macro-économique<sup>48</sup> fait ressortir le bilan suivant pour la période 2013-2017:

- Une croissance économique soutenue et plus robuste durant les cinq années ayant suivi la crise politique de 2012 (évolution forte du taux de croissance annuel du PIB)
- Un niveau impressionnant de recettes fiscales ; le FMI indique que le Mali a enregistré entre 2012 et 2016 des recettes fiscales dont le niveau d'augmentation moyen est de 40% supérieur à la cible de performance.
- Un taux d'inflation faible et relativement stable (taux moyen d'augmentation annuelle de 1,07% entre 2012 et 2016, selon les données de la Banque Mondiale).
- Des perspectives positives de viabilité de la dette publique avec des seuils de surendettement très bas.

Ces mêmes observateurs concluent que l'environnement macroéconomique a été très favorable pendant cette période à une augmentation de l'investissement domestique dans le secteur de la santé. Ils remarquent que cet investissement bénéficie au département social au détriment du département de la santé. Ainsi, le taux d'ajustement budgétaire annuel moyen évolue positivement de 12,7% pour le département social entre 2013 et 2017 alors qu'il décroît de 5,1% pour le département de la santé sur la même période.<sup>49</sup>

En revanche, l'année 2018 ne s'inscrit pas du tout dans la perspective de fonctionnement économique vertueux des années précédentes. Selon un de nos interlocuteurs<sup>50</sup>, le déficit public passe de 2,3 à presque 5% du PIB. La pression fiscale qui était montée de 12% en 2012 jusqu'à presque 16% en 2017, avec une progression respectueuse des recommandations de l'UEMOA, est retombée à 12% en 2018. Cela signifie une perte de recettes fiscales significative. Une des hypothèses avancées pour expliquer cette situation est le paiement par anticipation des taxes et impôts de 2018, imposé par le gouvernement malien au secteur privé, en cette période pré-électorale, pour le financement des grandes réalisations du programme d'urgence présidentielle, et peut être de la campagne électorale du candidat IBK. La situation actuelle de banqueroute va être sans doute redressée en 2019, mais au prix de coupes budgétaires dans les secteurs sociaux et grâce au soutien de la sphère internationale, que l'argument sécuritaire et la menace djihadiste brandis par le gouvernement, ne laissent pas indifférents.

Sur le plan politique, et bien que fortement contesté dans la capitale, le président IBK a été reconduit dans ses fonctions à la présidence de la république en août 2018.

## **2.2 Présentation du processus d'élaboration et d'adoption de la stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle et de son plan d'action**

### **2.2.1 Un besoin d'information unanime sur le financement de la santé**

---

<sup>48</sup> Capitaliser sur la capacité focale accrue du gouvernement : investir dans la santé. Mise à jour situationnelle du système de financement de la santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle : résultats définitifs de la première phase, HP+, USAID, Février 19

<sup>49</sup> Capitaliser sur la capacité focale accrue du gouvernement : investir dans la santé. Mise à jour situationnelle du système de financement de la santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle : résultats définitifs de la première phase, HP+, USAID, Février 19

<sup>50</sup> Représentant PTF, entretien janvier 19

La préparation du nouveau plan décennal socio sanitaire (PDDSS, 2013-2024) a fait ressortir un manque d'informations, et en particulier sur les questions de financement de la santé.

*« Quelques faiblesses ont été pointées dans ce long processus du PRODESS entre fin 90 et 2015. Au moment de la transition vers le nouveau PRODESS 3, il est paru important de creuser la question du financement de la santé. C'était donc l'objectif de notre étude, et avant cela même de réunir dans un seul tous les documents qui traitaient déjà de cette question mais de manière éparse. L'objectif était de donner des orientations publiques en matière de financement de la santé »* chercheur, décembre 18

*« Dans le cadre du PRODESS, il y avait différents groupes d'appui et en particulier un groupe d'appui aux DFM des trois ministères, groupe multi disciplinaires, très impliqué. On faisait des réunions hebdomadaires et on voulait un document de plaidoyer chiffré. On a jugé utile d'avoir plus d'informations sur le financement de la santé car on n'avait pas les vraies tendances, combien vaut la santé, qui finance quoi, autant d'informations qui concernaient directement l'offre. En effet, le PRODESS est effectivement une politique mais il n'y a pas de données chiffrées, de vraies tendances pour développer un plaidoyer. On avait aussi le souci de bien compter la contribution des ménages et des collectivités...le bilan du PRODESS 2 montrait que la contribution des autres acteurs de la santé, collectivités notamment, est d'un taux très bas. Il était important d'approfondir comment capter les ressources des ménages, faire remonter les informations sanitaires, assoir le système sur une bonne visibilité de la contribution de chacun. On voulait par exemple faire une évaluation du coût des soins, le coût réel des actes, étude qui n'a jamais été faite... également le niveau de subvention de l'état, la surveillance épidémiologique et les stratégies à développer. Il y avait aussi un bilan des appuis que font aussi les PTF et qu'ignore le niveau central... ».* Cadre MSHP, décembre 18

Parallèlement, dans le cadre du processus d'accompagnement du Mali sur le chemin de la couverture universelle, il est question de définir plus précisément les contours du financement de la santé et plus particulièrement du volet demande, très peu documenté jusque-là.

*« Le Partenariat avec l'OMS dans le cadre de P4H<sup>51</sup> pour cette étude, c'était un appui sollicité par notre ministère pour aller vers la CMU. »* MSAH, décembre 18

L'OMS, qui finance l'étude proposée dans le cadre de P4H, demande de faire converger cette initiative du département social avec les recommandations du PRODESS sur la nécessité de mener une étude sur le financement de la santé. Un consensus mou est finalement obtenu pour la réalisation d'une étude conjointe par la plate-forme P4H dont l'objectif est de « doter le Mali d'un document de politique de financement de la santé permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières par la santé et une meilleure accessibilité aux services de santé. »

## **2.2.2 Le processus d'élaboration et de validation de cette politique/stratégie de financement de la santé s'étire sur cinq ans**

L'étude sur le financement a été réalisée en 2013, et il était prévu qu'elle soit validée au plus tard en 2014, sa validation constituant la première étape sur le chemin de la CMU, un préalable à

---

<sup>51</sup> P4H, plateforme



l'opérationnalisation du RAMU. Dans les faits, le processus s'est poursuivi jusqu'en 2018, et a évolué concomitamment avec le processus d'opérationnalisation du RAMU.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Présidence IBK</b>						
<b>Ministère du Travail, des Affaires sociales et Humanitaires (A. Konate)</b>						
<b>Ministère de la santé et de l'hygiène publique (Ousmane Koné)</b>						
Etat des lieux du système de santé	x					
Elaboration de la politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023	x					
Atelier technique de validation de cette politique	x					
<b>Ministère de la solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord (A Konate)</b>						
Etude sur le panier de soins de base au Mali		x				
<b>Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Marie-M. Togo)</b>						
Etude sur le financement de la santé au Mali à travers des sources de financement innovantes				x		
<b>Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Samba Sow)</b>						
<b>Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (A Konate)</b>						
Présentation de la politique au secrétariat général du gouvernement					x	
Elaboration de la stratégie nationale de financement de la couverture universelle et de son plan d'action					x	
Validation de la stratégie et du plan d'action par le Secrétaire général du gouvernement					x	
Assises de la table ronde sur le secteur de la santé						x
Examen des documents en conseil de cabinet de la primature						x
2e passage pour examen des documents en conseil de cabinet						x
Adoption du décret portant approbation de la stratégie						x

### 2.2.3 Le contenu potentiellement réformateur de cette politique fait paradoxalement peu débat entre 2013 et 2018

Le processus démarre par l'élaboration de cette politique par deux consultants, dans le cadre de l'appui de la plateforme P4H au gouvernement malien. Le contenu n'est pas novateur puisque les auteurs s'appuient sur des travaux antérieurs, réalisés soit par la plateforme P4H, soit par A. Letourmy, consultant dont les propositions alimentent depuis longtemps les décisions et politiques de protection sociale au Mali. Mais il est ambitieux. Les propositions développées dans le rapport finalisé en 2014, introduisent ou entérinent des propositions susceptibles de bouleverser les équilibres en place : fort subventionnement de l'Etat, y compris pour la mutualité, équité dans l'accès aux soins et dans la

mobilisation des ressources du secteur. Il est prévu aussi la mise en place d'un Organisme unique de gestion du risque, l'AMU, l'instauration d'un régime d'assurance maladie de base obligatoire pour tous, un paquet de base de couverture sanitaire universelle dont la prise en charge sera assuré à 100% pour les démunis (5% pop), à 80% pour les pop du secteur informel et l'insertion progressive des gratuits. Le coût global du plan d'action sur 5 ans, est estimé à plus de 5 milliards avec trois sources de financement identifiés (Etat 62%, CT 12% et PTF 26%).

Ce document, présenté sous forme de politique lors de son passage dans le circuit d'approbation, n'est pas accepté comme tel. Le secrétariat général du gouvernement considère en effet qu'il existe déjà des politiques de santé et de protection sociale et qu'il est plus pertinent d'élaborer une stratégie articulée à ces politiques.

*« Dans le circuit d'approbation, les uns et les autres ont estimé que les deux départements, la santé et nous (la solidarité), on a trop de documents de politique, dans lesquels on parle même déjà de difficultés de financement de notre secteur. Faire encore un autre document de politique pour aborder les mêmes questions, le secrétariat général du gouvernement n'a pas trouvé cela pertinent. La préoccupation étant le financement de la couverture sanitaire universelle, ils ont souhaité que les trois départements se concertent afin d'aller vers un document de stratégie plutôt qu'un document de politique. C'est une question de terminologie seulement. Le contenu reste le même, sauf que les données du contexte ont été actualisées et les hypothèses réajustées. » cadre MSAH, février 18*

*« Lorsque le document a été introduit dans les circuits d'approbation du gouvernement, c'est là que l'option politique a été rejetée puisqu'il y avait déjà des politiques nationales tant de santé que de protection sociale, inutile d'en rajouter une. Plutôt partir avec l'option stratégie, et d'ailleurs le contenu du document s'apparentait plus à une stratégie qu'à une politique. La politique donne des orientations, et la stratégie dit comment atteindre ces résultats. L'attente centrale : comment faire pour que les ménages paient moins ? Quels mécanismes adopter ? La CMU est la stratégie. » MEF, novembre 2018*

Le secrétariat du gouvernement demande enfin la mise en cohérence de ce document avec les autres politiques publiques des secteurs, social et santé. Le ministère des finances évoque en effet le fait que dans la politique d'extension de la protection sociale, il est prévu une subvention de 50% des cotisations pour le secteur informel, rural, non pauvre par l'Etat alors que la subvention est de 80% dans le document présenté. L'une des deux options doit être choisie. Au final, c'est la version la plus ambitieuse qui est finalement retenue, sans grands débats alors que les opinions divergent sur le sujet.

*« Les 80% de subvention, c'est le groupe d'élaboration de cette stratégie qui en a décidé ainsi avec comme arguments, le contexte pauvre, le fait qu'une subvention forte était indispensable pour avancer rapidement et faire ancrer cette idée d'organisation de la demande. » Chercheur, décembre 2018*

Le ministère de l'Economie et des Finances juge la proposition d'une subvention à 80% certes idéale mais peu réaliste et très certainement inapplicable.

*« Tout le problème, c'est la prise en charge du secteur informel, ils ont proposé 80% avec une certaine progressivité dans la couverture de la cible alors que dans les documents précédents, il était question de 50% seulement, je ne sais plus trop les arguments qu'ils ont avancés...on ne*

*peut pas s'opposer à cela, seul le ministère des finances peut s'y opposer et nous on a dit que la soutenabilité de tout cela va poser problème ! C'est bien sûr l'idéal mais on ne peut pas prendre l'engagement ferme que l'état pourra financer cela. On ne peut donner que ce que l'on a. »* cadre, ministère de l'économie et des finances, décembre 18

Le ministère de la Santé quant à lui se déclare frustré par le fait que ce document est trop orienté sur le volet demande et qu'il prend insuffisamment en compte le financement de l'offre.

*« De notre point de vue, l'offre a été insuffisamment traitée dans l'étude P4H. Malheureusement pour nous, le document final validé a plutôt traité la demande que l'offre. »* Cadre MSHP, décembre 2018

*« Nous on pense que ce qui est dit là-dedans n'est pas suffisant. En plus, les tarifs sociaux qui sont appliqués sont sous-évalués, avec ça les praticiens sont sous-payés donc peu motivés. Il va falloir revaloriser tous ces tarifs et relever aussi le plateau technique. »* Cadre MSHP, novembre 2018

La Stratégie Nationale de Financement de la couverture Sanitaire universelle, finalement élaborée en décembre 2017,<sup>52</sup> reprend très largement les propositions du document de 2013<sup>7</sup> en organisant le contenu sous forme de stratégie et en actualisant les données du contexte.

*« En fait, le contenu n'a pas changé, c'est juste une question de nom. Ils ont changé aussi la présentation pour que cela prenne la forme d'une stratégie avec des axes. On a fait faire une étude inutile en fait. C'est une question d'expertise, une étude doit répondre à un vide or il y avait déjà des politiques avant, politique de protection sociale, politique de santé... qui prenaient en compte la question du financement. On avait besoin d'une stratégie pas d'une nouvelle politique. Les personnes qui ont commandité cela devaient le savoir. Un document de politique s'élabore avec plusieurs étapes et des réunions où le débat est porté. Ceux qui portaient le dossier n'ont pas su le défendre, on leur a fait savoir que cela n'était pas justifié mais comme le travail était déjà fait, on l'a transformé en stratégie, avec axes, budget par objectifs. Pour une stratégie, il n'y a pas besoin d'approbation à différents niveaux pour aller à l'application. »* Chercheur, novembre 18

Elle est finalement adoptée fin 2018, sans que les conditions d'acceptabilité sociale ou de pérennité financière des propositions n'aient été discutées. Une étude complémentaire sur les sources de financement innovantes a été demandée et réalisée pendant la période et avant la validation de la stratégie, mais nous allons le voir, ses résultats sont peu pris en compte.

#### **2.2.4 Malgré une étude complémentaire sur les sources de financements innovantes, la question récurrente de la pérennité financière du RAMU n'est pas résolue**

Le document de politique/stratégie de financement élaboré est basé sur une baisse considérable du financement direct de la santé par les ménages. Elle envisage de rendre obligatoire l'adhésion au RAMU afin de disposer de ressources conséquentes, issue du tiers payant, contribution dans la mesure du possible définie en fonction des ressources des ménages. Le document propose une évaluation des besoins de financement du RAMU, évalués à 17 milliards en 2016 et 84 milliards en 2026 pour une

---

<sup>52</sup> Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle, décembre 2017 ; Plan d'actions 2018-2022 de la SNFCSU, décembre 2017

couverture de 45% de la population malienne. Cela suscite un scepticisme sur la capacité de l'Etat à faire face à de tels engagements, d'autant qu'il est exclu de compter sur l'appui financier des partenaires internationaux pour une réforme à caractère social. La crise de 2012 a entraîné le retrait de la plupart des partenaires financiers et a montré à cette occasion les lourdes conséquences de la forte dépendance financière extérieure du système de santé. Une option fait consensus, pour trouver des ressources additionnelles pérennes, la mobilisation de sources de financement innovantes. Cette idée est alors assez courante, au Mali ou dans la sous-région, pour faire face à des problèmes de financement singuliers. Le Mali y a eu recours dans le cadre de la lutte contre le sida et du développement du tourisme.

*« Si la volonté de l'Etat est là, les finances publiques doivent s'y conformer, quitte à trouver d'autres sources de financement. Pour moi, la solution pérenne, c'est les financements innovants. L'Etat a validé la stratégie de financement de la santé, c'est déjà un engagement mais il peut toujours se rétracter, dire par exemple que prendre 80% de la cotisation des mutualistes en charge est trop. Pour que le système soit viable, il faut trouver d'autres sources de financement, des niches à exploiter pour alimenter un fonds spécial. Aujourd'hui, l'Etat a de l'expérience dans ce domaine, par exemple avec la taxe touristique destinée à développer le tourisme au Mali, taxe sur les billets d'avion et les hôtels. »* MEF, direction budget

Avant que la proposition de Politique/stratégie de financement soit présentée au gouvernement pour réflexion et débats avant son adoption, il est jugé nécessaire d'obtenir et de fournir aux décideurs davantage d'informations sur ce potentiel de ressources domestiques. Une étude est donc commanditée par le ministère de la Solidarité avec pour objectif de *« contribuer à mettre en cohérence la politique de levée des fonds avec les engagements en termes d'extension de la couverture cités plus haut et afin de déterminer les mécanismes innovants permettant de financer la couverture maladie universelle au Mali »*<sup>53</sup>. Le pilotage de cette étude se fait sous l'égide de la CPS (cellule de planification et de statistiques des 3 ministères concernés par le PRODESS). Le cabinet OPM (Oxford Policy Management) est retenu par l'OMS pour sa réalisation. Le ministère de l'Economie et des Finances n'est pas représenté lors de l'atelier de lancement, car peu favorable au fait de créer un fonds spécial RAMU. Face à ce qu'ils interprètent comme une marque de désintérêt de ce ministère pour cette question sensible qui le concerne assez directement, les responsables de la CPS sollicitent un entretien à la direction du Budget où ils se feront dire qu'ils n'ont qu'à évaluer leur besoin de financement et laisser le Budget trouver en interne les solutions, dans la mesure des capacités de l'Etat.

Le rapport provisoire de cette étude sort en juin 2016. Ses conclusions font apparaître que *« cinq mécanismes potentiels qui pourraient partiellement contribuer aux financements nécessaires pour un tel objectif ont été analysés. Certains mécanismes sont prometteurs, par exemple **une taxe additionnelle sur les billets d'avion, une taxe additionnelle sur la téléphonie ou une réallocation des recettes pour les taxes perçues sur les alcools.** D'autres mécanismes ne semblent pas justifiés, comme la taxe sur les remittances. Une réflexion est également nécessaire sur l'augmentation de l'espace fiscal voué à la santé. Dans le cadre de cette réflexion, le mécanisme lié au tabac n'a pas été retenu puisque le Mali a déjà atteint un niveau de taxation où toute autre introduction de taxe, aussi minime soit-elle, entraînerait l'utilisation du tabac de contrebande. Quant au dernier mécanisme, à savoir une taxe*

---

<sup>53</sup> Etude sur le financement de la santé à travers les sources de financement innovantes, p9

*additionnelle sur les ressources minières, celui-ci n'est pas envisageable dans le contexte économique et politique actuel. »*<sup>54</sup>

Un atelier de validation des résultats de l'étude est organisé. L'étude est validée mais son contenu déçoit. Présentée comme la solution miracle pour convaincre le gouvernement et les plus récalcitrants, elle n'apporte finalement pas la solution escomptée. Les propositions faites se révèlent finalement peu innovantes, et même difficilement envisageables au moment où le gouvernement prévoit la constitution d'un Fonds de développement durable pour faire face aux problèmes du nord Mali.

*« Je trouve que cette étude est qualitativement discutable dans la mesure où les niches proposées sont déjà lourdement taxées. On ne peut rien rajouter à ce niveau, ex tabac et alcool, billets d'avion idem...aussi mobilisé pour le VIH sida. La seule chose nouvelle et intéressante est la taxe sur la téléphonie mobile et là c'est le consommateur qui va payer au final ; mais cela peut générer beaucoup de ressources »* MEF, budget, décembre 18

*« Je me pose la question de savoir en quoi c'est innovant ; on a du mal à sortir des sentiers battus et à innover dans ce pays. L'objectif de l'étude était de savoir comment mobiliser des ressources additionnelles pour la santé. Les pistes identifiées ne présentent rien de nouveau. »* Chercheur, décembre 18

### **2.2.5 La collaboration intersectorielle difficile explique largement le très long processus d'élaboration et de validation de cette stratégie de financement de la santé et la pauvreté des débats d'idées**

Les réticences à collaborer entre le ministère de la Santé et celui de la Protection Sociale s'expriment dès le démarrage du processus autour de points terminologiques, en apparence anodins, mais pris très au sérieux par les deux ministères, au point de remettre en cause leur participation en l'absence de consensus.

*« Les ministres se sont achoppés sur une histoire de nom entre CMU et CSU. CMU, c'est une affaire sociale et si on utilise ce terme, le ministère de la santé dit qu'il n'a rien à voir avec ça, et d'ailleurs, ce jour-là, le ministre est sorti de la réunion. Si on dit financement de la santé ou CSU, cela renvoie à la santé au sens large offre et demande, avec en plus les déterminants de la santé, éducation, hygiène...c'est Ok pour le ministre de la santé mais le ministre de la solidarité dit qu'il n'est pas dedans. Finalement, on a tranché pour financement de la santé pour la CMU. »* Chercheur, décembre 18

*« La politique de financement de la santé, cela doit être porté par la santé. Il fallait donc un changement de nom, la politique de financement de la CMU, portée par la solidarité. Mais cette dichotomie est très dangereuse, il faut que les deux partent en même temps ; cela ne devait pas traiter que de la demande, donc on a proposé un autre nom car cela ne prenait pas assez en compte nos préoccupations. »* MSHP, novembre 2018

*« La, l'OMS est intervenue de façon plus présente, en disant, « non ne prenez pas seulement la CMU. En prenant la CMU on va s'intéresser seulement à la couverture du risque maladie. On ne va pas s'intéresser au point de l'offre de soins, donc allons-y avec la couverture sanitaire*

---

<sup>54</sup> Etude sur le financement de la santé à travers les sources de financement innovantes, p 7

*universelle »...il paraît que c'est leur slogan depuis 2011, qui parle à la fois de l'offre et de la demande...» MSAH, février 18*

*« La santé a pensé à un moment donné que la solidarité voulait s'approprier le financement santé du volet offre. » MSAH, décembre 18*

*« C'était lors du PRODESS, la DAF de la santé gère cette histoire de politique de financement et après c'est parti au développement social puisque les études P4H étaient faites sous la coupe du MSAH. Ils n'ont pas su faire le lien. » OMS, décembre 2018*

L'insuffisante prise en compte de cette grande difficulté à collaborer semble avoir impacté ensuite le déroulement du processus. La plupart des acteurs rencontrés s'accordent pour dire que sa durée et ses errances sont fondamentalement dues aux tensions et à un déficit de collaboration entre les trois ministères principalement concernés : le MSHP, le MSAH et le MEF.

*« Si cela a duré, c'est parce que beaucoup de gens ne parvenaient pas à s'entendre. Concernant les constats de départ, il y avait des visions différentes entre le ministère des finances et le ministère de la santé autour de la contribution de l'Etat à la santé : 15% tous ministères confondus pour le ministère des finances versus 7% pour ministère de la santé. Tout ce qui concerne plusieurs départements n'est pas facile à gérer. » MSAH, septembre 2018*

*« Quand les gens n'arrivent pas à s'entendre sur le portage du dossier, cela fait perdre beaucoup de temps. Il y a un manque de bonne foi. » MSAH, décembre 2018*

*« Le développement social a voulu mettre son label, « Couverture maladie universelle » qui concerne uniquement la demande et non la couverture sanitaire universelle qui prend en compte les trois dimensions. Ils voulaient faire passer cette pilule CMU et ils ont vraiment fait trainer le dossier avant qu'il soit amené au gouvernement pour discussion, au moins 2 ou 3 ans. En tant que porteurs du dossier, c'étaient à eux de faire cette démarche. On a quand même lutté pour qu'on change CMU par CSU. » OMS, Décembre 18*

*« Il n'y a pas eu de discussion autour des conclusions de ce document (politique/stratégie) mais ce qui est sûr, c'est que cette étude a été une source de tensions, avec une lacune : la santé ne s'est pas réellement engagée dans la définition de fourchettes financières concernant le développement de l'offre. Et on ne peut pas faire cela à leur place. Il n'y a pas eu de projection sur l'évolution de la couverture géographique, le déploiement des ressources humaines, seulement des intentions. Les réunions étaient pilotées par la CPS mais rien n'en est sorti, car cela n'était pas jugé opportun par la santé, ce n'était pas une préoccupation pour eux. » MSAH décembre 18*

*« A l'époque, ce sont des changements institutionnels qui ont fait que la partie offre est si faible dans ce document. Il y a eu des mouvements dans les deux départements, et en particulier l'arrivée d'un ministre de la solidarité qui a occupé un rang plus élevé que celui de la santé. Il avait beaucoup plus de poids, ce qui explique que l'accent a plutôt été mis sur la demande. Ce n'est pas parce que la solidarité portait le dossier qu'on a décidé de s'en dessaisir. Entre techniciens, il n'y avait aucune rivalité, les réunions se faisaient même dans notre salle de réunion. Mais la dimension politique a pris le pas. Et en plus, on ne s'est jamais entendu avec les consultants, avec leur vision, on trouvait qu'ils avaient une volonté tendancieuse... » MSHP, décembre 2018*

*« Le MSAH est devenu très puissant et en plus il n'hésite pas à montrer cette puissance. A l'époque, la santé était forte et la solidarité subissait, c'est le ministre actuel de la solidarité qui a fait changer les choses. Il faut dire qu'à l'époque le ministre de la solidarité était un médecin...Il y a eu de grands changements lors des élections de 2013 avec l'arrivée du ministre de la solidarité actuelle. » Cadre MSAH, décembre 18*

Enfin, la non implication directe, pleine et entière du ministère de l'Economie et des finances dans la réalisation de l'étude complémentaire sur les financements innovants, est mise en avant pour expliquer des résultats inexploitable.

*« La sélection des sources de financements possibles n'est pas très sensible car il n'y avait personne du ministère des finances dans l'équipe. Du coup le ministère des Finances ne s'est pas bien engagé pour l'identification de stratégies. Il aurait fallu faire un bilan des taxes déjà appliquées, et parmi celles-ci, quelle ponction possible faire pour le RAMU ...mais ils ne sont jamais francs sur ces questions » MSAH, décembre 18*

*« On attendait beaucoup de cette étude mais la DNPSES s'est rendue compte trop tard qu'il aurait fallu que ce soit les finances qui fassent le travail. Mais c'est l'OMS qui a fait le recrutement. » MSAH, décembre 18*

C'est la capacité et la volonté de ce ministère à produire et diffuser les informations attendues, qui sont finalement mises en cause.

*« Lors de l'atelier de validation, avec le ministre de l'Economie et des Finances, il est ressorti que les secteurs cités étaient déjà fortement ponctionnés. Les seules nouveautés qui sont ressorties, étaient la téléphonie mobile et les BTP. Les opérateurs de ces secteurs se sont plaints et aucune proposition concrète n'a été faite alors qu'une des recommandations de l'atelier avec l'OMS était justement d'identifier les aspects mobilisables pour le Ramu. On n'a pas acculé l'OMS. Les finances vont vouloir refaire l'étude avec des experts à eux. Pour entrer en profondeur dans les pistes, voir par exemple si une taxe sur Orange va suffire, sera alloué à quoi, sur quoi on peut prendre, qu'est-ce qu'on peut taxer en plus...Les consultants de l'OMS n'ont pas eu le travail facile. Aujourd'hui, tous les secteurs demandent des financements innovants. » MSAH, décembre 18*

*« Ce qui est sûr, c'est qu'il y a certainement des marges au niveau du ministère des Finances puisqu'on sait que le taux de pression fiscale au Mali est inférieur à ce qui est autorisé dans l'espace UMOA. Mais le ministère des Finances n'aime pas trop parler de nouvelles taxes, de peur de faire fuir les investisseurs. Alors que, dans la situation actuelle du Mali, beaucoup d'autres choses éloignent les investisseurs ! En fait, cette question dépasse complètement le domaine de la santé. C'est vers une réforme structurelle de l'économie malienne qu'il faut aller, élaborer des fichiers des contribuables, faire une cartographie des revenus disponibles à taxer, formaliser l'informel ...Il n'y a pas de piste miracle, il faut une réforme pour mieux connaître le contribuable et sa capacité à contribuer. Par ailleurs, s'il existe une possibilité d'augmenter les recettes fiscales, le ministère des Finances va chercher en priorité à combler son gap, son déficit budgétaire pour faire plaisir au FMI, il n'est donc pas évident qu'il accepte que cela soit consacré à la santé. » Chercheur, décembre 18*

De fait, la stratégie a été adoptée fin 2018 sans solution pour opérationnaliser le plan d'action. Aucun acte n'a été posé par le ministère de tutelle : aucune négociation entreprise avec le ministère de l'Economie et des finances ou avec les sociétés des secteurs identifiés, pas de discussions avec l'UEMOA. Depuis, suite aux problèmes du Nord, l'Etat a levé un fonds de développement durable pour y faire face, a opéré une révision fiscale, levé beaucoup d'exonérations et augmenté certaines taxes. Les résultats de l'étude sont largement obsolètes. Beaucoup de questions restent posées.

*« En acceptant la stratégie de financement, ce n'est pas seulement l'AMU, c'est aussi les 15% d'Abuja, il va falloir mettre l'argent à disposition à cette hauteur, avec les financements innovants, et les cotisations des maliens...on va prendre tout ça et voir au final ce qu'on peut faire avec ces ressources, comment les mettre ensemble. C'est le problème. Après il faut réfléchir sur l'efficience, il y a beaucoup trop de gaspillage. »* Cadre OMS, décembre 2018

*« La table ronde a recommandé que la stratégie de financement soit adoptée et qu'elle soit financée par le gouvernement. Parce que la promesse de 5 milliards que le premier ministre a faite pour le secteur n'est qu'une goutte d'eau dans le besoin actuel de ce secteur. C'est une volonté mais il faut que le ministère des Finances accepte que le secteur puisse atteindre 15% des dépenses du pays. Là où on est, on est très loin de là. »* cadre MSAH décembre 2018

*« J'ai été très peu associée après la restitution de l'étude, je suis de la santé et ils sont le développement social. Mais, je n'ai rien entendu dire que la suite qui aurait été donnée à cette étude, je pense que rien n'a été fait. »* chercheur, novembre 2018

*« Concernant la suite à donner pour les financements innovants, il y a obligation de discuter de cela avec le ministre des Finances, responsable des impôts, du niveau d'imposition et autres, mais l'impulsion doit être donnée par le MSAH. Et jusque-là, rien n'a été entrepris. »* Cadre ministère de l'Economie et des Finances, décembre 18

Pour répondre à ces questions, tout repose désormais sur une nouvelle étude sur les financements, qui doit être menée dans le cadre de l'opérationnalisation du RAMU.

## 2.3 Présentation du processus d'opérationnalisation du RAMU (2015-2018)

Calendrier d'exécution du processus d'opérationnalisation du RAMU	2015	2016	2017	2018
Création du Comité national de Réflexion et de Suivi pour l'opérationnalisation du RAMU et constitution du groupe d'expert		x		
Elaboration de la feuille de route et du plan d'action pour la CMU, 2015-2018		x		
Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord (A Konate)				
Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (A. Konate)				
Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Marie-M. Togo)				
Elaboration des TDR des études retenues		x		
Révision des TDR de l'étude sur le financement du RAMU			x	
Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Samba Sow)				
Assises de la table ronde sur le secteur de la santé				x



Adoption de l'avant-projet de loi portant institution du RAMU par le gouvernement				x
Adoption de l'avant-projet de loi portant institution du RAMU par l'Assemblée nationale				x
Promulgation de la loi par le Président de la république				x

### 2.3.1 Un dispositif technique théoriquement participatif pour l'élaboration d'une réforme sociale

Au Mali, le RAMU est élaboré et mis en place par le gouvernement à travers le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH), en relation avec les autres Départements, les partenaires sociaux, les partenaires techniques et financiers et la Société Civile.

Deux organes sont créés en novembre 2014 pour conduire le processus devant conduire à l'opérationnalisation en 2018 du RAMU mais les textes réglementaires définitifs, sous forme d'arrêtés, ne sortent qu'en 2016.

MSAH	Tutelle, en collaboration avec autres ministères	Coordination, portage
Comité national de Réflexion et de Suivi pour l'opérationnalisation du RAMU	Décision n°01165/MSAHRN-SG du juin 2015 portant création de ce comité Arrêté n°2016-0338/MSAHRN du 4 mars 2016 45 membres, liste nominative (Conseillers techniques, Secrétaires généraux, Directeurs nationaux, représentants des collectivités territoriales, partenaires sociaux, ONG, PTF)	Fonction politique : - Orientation (feuille de route) - Validation des propositions du groupe d'expert - Contrôle
Groupe d'expert (un modérateur et 5 sous commissions thématiques)	Décision n°01165/MSAHRN-SG du juin 2015 portant Liste nominative des experts Arrêté n°2016-0338/MSAHRN du 4 mars 2016 33 membres	Fonction technique - Animer les travaux - Produire les instruments - Réaliser les études - Organiser les concertations

*« Les experts retenus sont des techniciens, des spécialistes retenus pour leurs propres compétences, qui parlent et décident en leur nom, pas au nom du ministère qui les a proposé. Ce sont les ateliers de validation qui permettent justement aux ministères de valider les propositions techniques. »* Cadre MSAH, novembre 18

Sous la conduite du Directeur général de la CANAM, en qualité de modérateur, le groupe d'expert est réparti en cinq sous-groupes thématiques, pilotés chacun par un facilitateur :

- Sous-groupe « aspects pharmaceutiques et biomédicaux », composé de 5 membres
- Sous-groupe « Aspects juridiques, organisationnels et institutionnels », de 7 experts.
- Sous-groupe « Aspects techniques et financement », de 8 membres
- Sous-groupe « aspects communication et dialogue social », composé de 6 membres.

Comme toute loi portant sur une question sociale, il est jugé indispensable d'ouvrir largement les consultations et débats pour un processus réellement participatif, quel qu'en soit le coût. Pour éviter les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre de l'AMO, le processus de validation des décisions

concernant le RAMU doit s'organiser dans le cadre de larges ateliers de validation (société civile, centrales syndicales et patronat ; collectivités décentralisées, structures déconcentrées).

*« Cette large concertation est expliquée surtout par la peur, parce que ce sont des lois sociales qui amènent souvent des problèmes, des réactions...le cas de l'AMO par exemple, malgré tout ce qui a été fait, des gens après ont pu dire qu'ils n'ont pas été concertés. C'est pour cela que le gouvernement tient à ce qu'il y ait une participation massive de tout le monde et que depuis la base, depuis l'élaboration, ce soit élargi à tout le monde. Même des religieux sont invités. Je ne dis pas qu'ils ne peuvent pas contribuer ...mais souvent malheureusement.... c'est ça aujourd'hui on veut que tout le monde participe. Les gens sont venus même des coins les plus reculés du Mali pour assister à ces travaux. Donc un monde fou. C'est vraiment pour dire que tout le monde a été convié, tout le monde a participé, tout le monde est au courant. Ces politiques sociales touchent aux revenus des gens, donc c'est vraiment ça. » Membre groupe expert, MSAH, janvier 17*

*« Lors de nos travaux, il y a quand même différentes instances de validation. Au cas où il y a trop de tiraillements, la question est mise au débat pour les grands ateliers ou pour l'instance supérieure qui va trancher. C'est toujours comme ça que nous travaillons. Si le groupe d'expert n'arrive pas à se mettre d'accord sur un point, le point est mis au débat. » Membre groupe expert, MSAH, janvier 17*

*« Ce dispositif-là, c'est vraiment parce que là on touche au revenu des gens, donc c'est vraiment ça, ça concerne que ces politiques sociales » membre groupe expert, relevant du MSAH*

*«Le comité de réflexion se réunit ici, dans la salle de réunion du département. Les dossiers leur sont transmis avant. Il y a les syndicats, les quatre centrales syndicales du Mali, le patronat, les départements ministériels, la société civile et les collectivités territoriales. Donc chacun en fonction de son centre d'intérêt analyse le dossier et on en discute. Tous ces acteurs sont concernés par la sécurité sociale. » Cadre MSAH, Février 18*

Parallèlement, une plateforme pour la société civile pour la CMU se met en place, sous la direction de la Fenascom (Fédération nationale des associations de santé communautaires). Elle organise des réunions, assure l'animation de la Journée de la couverture universelle (le 12 décembre) et participe largement au processus de validation.

*« La plateforme, c'est une initiative de la société civile intéressée par la thématique. On a peu d'informations sur elle, mais quelquefois, elle nous envoie son imput par rapport à certaines de nos productions. » Membre groupe expert, MSAH, décembre 18*

*« La société civile a bien voulu accompagner le gouvernement en mettant un groupe similaire que le gouvernement a responsabilisé : la plate-forme de la société civile pour la CMU dirigé par la FENASCOM, l'UTM, avec des ONG (Word Vision, Save the Children) qui les accompagnent je crois. Ils ont aussi des sous-groupes qui réfléchissent et apportent leurs contributions. En fait ils participent quelquefois à des réunions que le facilitateur organise. Donc ils contribuent...par exemple par rapport au document pour la stratégie pour la couverture sanitaire universelle, ils ont joué un rôle de lobbying. Ils ont interpellé la primature pour le retard accusé dans l'adoption de ce dossier par le gouvernement, puis encore pour la commémoration de la journée de*

*couverture sanitaire universelle le 12 décembre. En tout cas leur contribution se fait sentir. Surtout ils savent que pour le régime d'assurance universelle c'est eux à travers l'UTM par exemple qui aura le rôle le plus difficile.»* cadre MSAH, janvier 17

Les partenaires techniques et financiers ne participent pas aux rencontres techniques, en appui au processus. Certains acteurs le regrettent, conscients que l'expertise technique dans le domaine actuair restait encore limitée au Mali et que l'implication des PTF aurait entraîné un meilleur partage et des discussions autour des voyages d'étude et des études réalisées.

*« Contrairement à l'AMO, où quand on faisait les ateliers de mise en place, on était accompagné de certains partenaires techniques qui participaient même aux travaux, cette fois-ci ce n'est pas le cas. Il n'y a pas de PTF dans les groupes de travail. Je ne sais pas pourquoi. Pour moi ce n'est pas une bonne chose parce que j'étais là quand on mettait en place ce que nous avons aujourd'hui à l'AMO, je sais quel a été l'apport des partenaires techniques. Je sais comment ils nous ont aidés par leur expérience. Même dans l'élaboration des textes, c'était vraiment des idées qui nous ont beaucoup servis. Ça aurait été intéressant que nous soyons dans les travaux de tous les jours avec des partenaires techniques.»* Membre groupe expert, janvier 18

### **2.3.2 L'exécution de la feuille de route : une leçon de pragmatisme<sup>55</sup>**

#### **a) Des conditions d'exécution de la feuille de route peu réalistes**

Une feuille de route 2016- 2018 a été élaborée par le comité d'expert, validée par le comité de suivi puis en atelier. Elle définit l'ensemble du processus, des activités à réaliser, leur coût et les bailleurs pré-identifiés. Mais ce timing a été largement déterminé par l'agenda électoral. Des directives ont été données pour que la loi instituant le RAMU soit votée avant l'échéance électorale de 2018. L'agenda proposé est donc peu réaliste.

*« Le démarrage effectif, ce n'était pas avant 2016 et pour une durée de trois ans, une utopie juste pour coïncider avec les élections. Sinon de manière plus réaliste, on avait prévu au départ fin 2019, et c'est ce qui va se produire. »* Membre Groupe expert, septembre 18

*« Nous sommes déjà en 2018 et nous allons tout faire pour qu'avant les élections, tout soit annoncé, qu'on dise publiquement que ce régime-là est mis en place. C'est l'objectif que nous visons.»* membre groupe expert, janvier 18

*« Objectivement ce qui a été retenu, c'est qu'en 2018 le régime soit mis en place. Ça dépend de ce que les gens entendent par être mis en place. Cela peut être les textes. Si les textes sont prêts, on considère qu'officiellement, c'est mis en place. L'autre chose, c'est de dire que c'est officiellement créé et opérationnel... Et là je pense qu'il faut être réaliste. Nous, nous n'avons jamais compris qu'en 2018 ça va être opérationnel. L'entendement qu'on a, c'est qu'en 2018, on doit avoir instauré le régime, c'est-à-dire qu'on doit avoir pris les textes qui permettent d'opérationnaliser. »* Membre groupe d'expert, sept 18

---

<sup>55</sup> Le pragmatisme, c'est « quelqu'un qui s'adapte à toute situation, aux contraintes de la réalité, et qui est orientée vers l'action pratique ». Dictionnaire Larousse

Par ailleurs, le dispositif technique chargé de l'opérationnalisation du RAMU fonctionne depuis 2016, mais en sous-régime.

- Le temps de travail et de rencontre des différentes commissions et du grand groupe est inférieur aux prévisions initiales, par ailleurs peu réalistes (trois jours plein par semaine, pour des fonctionnaires en poste)
- Il n'y a pas de planification rigoureuse des activités dans le temps.
- Le fonctionnement du groupe d'expert est très dépendant de la réalisation d'études, sur la base desquelles sa réflexion doit être construite. Or, la plupart d'entre elles ne sont pas réalisées avant le dernier trimestre 2018. Et la plus importante d'entre elles, celle portant sur toutes les questions ayant trait au financement, n'a pas encore été attribuée.

*« On a constaté qu'il y avait beaucoup d'obstacles à franchir pour la réalisation de ces études. C'est ce qui a motivé le groupe à travailler sur le projet de loi sans attendre les études mais maintenant, on est en panne, pour ainsi dire. On doit réviser les projets de textes, mettre la carcasse mais on n'a pas de précisions car les études n'ont pas été réalisées. On ne sait pas ce qui empêche la réalisation de ces études, à plus forte raison de gérer le problème. »* Membre comité d'expert, septembre 2018

*« Il y a beaucoup de retard dans l'attribution de ces marchés d'étude, mais je ne sais pas du tout pourquoi. Chaque sous-groupe a fait des TDR donc tout était techniquement prêt. On n'a pas compris pourquoi la DFM n'arrivait pas à attribuer ces marchés, l'argumentation n'était pas claire, ils ne servent que des discours, des accusations mutuelles. L'explication que j'ai moi, c'est un manque de financement, cela peut avoir joué, et aussi le manque d'engagement des bailleurs. Par exemple, l'AFD s'était engagée sur un thème, mais là aussi, rien, et je ne sais pas pourquoi »* Cadre, ministère de l'Economie, novembre 18

*« Par rapport au retard cumulé, aux erreurs/études demandées, Il faudrait dire les choses au ministre mais on dirait que les gens s'autocensurent, qu'ils ont peur, sans doute pour leur poste. On ne peut pas aller dire cela au ministre ou au Secrétaire général. »* Cadre MSAH

#### **b) Une gestion très centralisée du financement du processus, tant dans les sources que dans les montants disponibles et leur utilisation effective**

Le RAMU, y compris son processus d'opérationnalisation, doit être financé par le budget d'état. Ce principe, visant une meilleure pérennité de cette réforme sociale (un engagement à la mesure des moyens internes disponibles), a été largement appliqué.

*« Tous les pays aujourd'hui sont dans la logique d'aller vers l'assurance maladie universelle. Le Mali, qui a beaucoup cheminé avec l'AMO, ne peut pas rester en marge. Donc nous allons nous y mettre malgré le faible soutien financier extérieur. Si on aboutit, avec ceux qui nous ont soutenus, on va montrer que c'était faisable et on l'a fait. »* Cadre MSAH, novembre 18

*« Le financement de ce dispositif, c'est l'Etat malien. Il n'y a pas de partenaire pour le moment si ce n'est le financement de certaines études. Le processus est participatif et c'est très coûteux, les ateliers, les frais d'hébergements, de transport, c'est un budget énorme. Pour le moment c'est*

*l'Etat, en tout cas à cette phase-là d'atelier de validation et autres, c'est l'Etat qui prend en charge. » Cadre MSAH, janvier 18*

Le budget de la feuille de route a sans doute été surestimé dans sa version initiale<sup>56</sup> (3 287 000 000 FCFA) requis) par le groupe d'expert mais c'est finalement un montant largement inférieur de 100 millions FCFA par an qui est mis à disposition sur le budget d'état pour financer le fonctionnement du groupe d'expert, les réunions du comité de suivi, les voyages d'études et les études. Dans la lettre de cadrage qui définit les orientations budgétaires au Mali, la protection sociale est considérée comme un secteur prioritaire. Mais les allocations budgétaires ne reflètent pas cette priorité. Le ministère des finances impose son arbitrage.

*« Dans un premier temps, le groupe d'expert avait élaboré un plan d'action et identifier les activités à mener. Le montant de ce plan d'action, défini aussi par le groupe d'expert, s'élevait à plusieurs milliards. Mais seulement 100 millions ont été mis à notre disposition par an pour l'opérationnalisation, c'était le montant disponible dans le budget d'état. » Membre comité d'expert, ministère des finances*

*« Quand la DFM défendait le dossier concernant les moyens à mettre en place dans le cadre d'un budget prévisionnel, il semblait très difficile de faire comprendre l'importance de la chose. Le ministère des Finances disait qu'il n'y a pas besoin d'autant de ressources, que ce sont des fonctionnaires de l'Etat qui sont membres du comité d'expert, et qu'il n'est pas utile de les dédommager autant. Les indemnités ont été revues à la baisse et ce qui avait été annoncé, lorsque les gens ont postulé, était loin de ce qui a été accepté finalement. » Membre comité d'expert, novembre 18*

*« On peut dire que le vrai premier financement du processus Ramu c'est 2019. Avant cela, il y avait seulement le financement des comités d'expert et de suivi et de deux ateliers de validation, un pour validation des voyages d'étude/feuilles de route et l'autre pour validation du projet de loi. Et le financement des voyages d'étude. » Membre groupe expert, septembre 2018*

Les postes de dépenses principaux sont le fonctionnement du groupe d'expert (location de locaux, indemnités des experts) et la réalisation des études et voyages d'étude. Pour y faire face, le dispositif bénéficie néanmoins de la mise à la disposition de ressources complémentaires par certains organismes publics dépendant du MSAH, la CANAM, l'INPS. Le fait que le montant de cet appui ne soit pas communiqué suscite quelques interrogations et inquiétudes de certains acteurs.

*« Comme je l'ai dit, les partenaires n'ont pas beaucoup contribué. Le ministère a un appui du budget d'état, 100 millions annuel, pour tout ce dispositif, ce qui est très insuffisant. Donc les caisses aujourd'hui qui gèrent l'assurance maladie, la CANAM avec les deux OGD et l'ANAM font des appuis avec les volets de développement qui sont dans leurs portefeuilles. Avec ces volets de développement, ils peuvent prévoir des petites ressources qui accompagnent aujourd'hui le financement au niveau du ministère. » Cadre MSAH, Février 18*

Ce financement interne, national et sectoriel, confère une forte autonomie au ministère de la Solidarité qui pilote le dispositif. Cela facilite une gestion peu transparente des ressources, une prise de décision

---

<sup>56</sup> Feuille de route pour l'opérationnalisation de la couverture maladie universelle au Mali

unilatérale, et certains se demandent si l'absence de financements extérieurs n'est même pas voulue par le ministre, pour mieux garder la main sur les décisions et les opérations financières.

*« Concernant le financement du processus, aucun PTF n'a appuyé. On sait que le financement disponible est insuffisant, mais je ne pense pas que le modérateur ou autres vont chercher des partenaires... alors que certaines opportunités pourraient être saisies »* Cadre ministère de l'Economie et des Finances, novembre 18

*« Le ministère était en pourparlers pour le financement de la grosse étude qui reste à réaliser. L'AFD avait donné son accord de principe à l'issue des discussions entre techniciens. Mais il semble que l'AFD n'ait pas été saisi officiellement par le ministère. »* Cadre MSAH

Il est difficile de déterminer si les conditions de financement du processus constituent un facteur limitant, tellement les informations à ce sujet restent confidentielles. Les discours à ce sujet restent assez contradictoires, tant sur la disponibilité des fonds que sur les montants disponibles, et réellement mobilisés. Le manque d'argent est souvent avancé pour expliquer telle ou telle décision, report, annulation, mais des soupçons de mauvaise gestion des fonds disponibles circulent dans ce contexte post électoral.

### **c) Les piliers conceptuels que sont les études et voyages d'étude font largement défaut comme soutiens à la réflexion et pour alimenter les débats**

Les experts ont très vite identifié des besoins d'informations complémentaires et élaboré des TDR pour des voyages d'études et des études. Dans l'un et l'autre cas, ces matériaux n'ont pu être capitalisés et pleinement exploités.

Sur quatre voyages d'étude, trois ont été réalisés, en France, en Belgique et au Maroc en 2016 et 2017. Les rapports ne sont pas tous disponibles et surtout n'ont été ni largement partagés, ni discutés à ce jour.

*« En fait il était question qu'on se retrouve pour partager les différents rapports, les amender, les harmoniser, synthétiser les grandes leçons retenues mais ce n'a pas été encore fait. Le rapport sur le voyage en France n'est pas disponible à mon niveau. »* Membre comité d'expert, octobre 18

Le groupe d'expert a établi par ailleurs une longue liste d'études à réaliser. Lors de la première réunion du comité de réflexion, le modérateur a proposé de se limiter à 6 études, pour plus d'efficience.

- Etude sur l'évaluation des gratuités de soins et leur transfert progressif vers le système d'AMU,
- Etude sur les modalités de prise en charge et du paiement des actes médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'exploration
- Etude sur la qualité de l'offre de soins dans les structures de santé à conventionner dans le cadre du RAMU,
- Etude sur le financement du RAMU (estimations des besoins de financement global et par catégorie, sources et modalités de mobilisation, stratégie d'adhésion aux mutuelles),

- Etude sur l'évaluation du dispositif de délégation de gestion entre la CANAM et les OGD et les modalités d'optimisation
- Analyse de la situation en matière de communication et élaboration d'un plan de communication pour le RAMU.

Sur les six études finalement validées par le comité de réflexion, pour un montant global de 115 millions<sup>57</sup>, cinq ont été réalisées dont trois les deux derniers mois de l'année 2018, dans des conditions contraignantes, voire inquiétantes :

- Un délai court de 2 mois a été donné aux consultants pour la réalisation de ces études afin de pouvoir procéder au paiement sur le budget 2018  
*« La DFM voulait que les bureaux d'étude rendent leurs rapports avant la fin de l'année budgétaire pour que ce soit imputé sur 2018 mais ce n'est pas de bonnes considérations de presser les bureaux d'étude, alors qu'ils doivent prendre le temps de faire le travail. Surtout qu'on sait que les bureaux font souvent un travail très superficiel... »* Cadre du Ministère des finances, décembre 2018
- Les propositions techniques n'ont pu être discutées avec le groupe d'expert, faute de temps.  
*« Les consultants devaient venir à une réunion du groupe d'expert pour présenter leurs propositions techniques mais cela n'a pas été possible puisque le modérateur n'était pas là...or, ils ne pouvaient pas attendre son retour car doivent rendre leur rapport avant décembre pour que les fonds soient imputés sur 2018 »* membre groupe d'expert,

Enfin, l'attribution et la réalisation de l'étude centrale sur les questions de financement (19 sous-objectifs) que tout le monde attend, a finalement été reportée à 2019. Son contenu a fait l'objet de multiples discussions et modifications (de plusieurs études ciblées à une seule regroupant toutes les questions ayant trait au financement<sup>58</sup>) sans que des raisons des choix qui ont été posées, n'aient pu être explicitées.

*« Pourquoi on est passé de plusieurs études à une seule, c'est difficile à dire. La raison avancée est qu'il y aurait eu un manque de cohérence si plusieurs bureaux avaient traité chacun un aspect... ».* Cadre, Ministère des finances

De même, plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer le retard dans l'exécution des études, le manque de financement, la lourdeur de la procédure de passation des marchés/conditions de décaissement des fonds sur budget d'état, la défection des partenaires techniques et financiers, notamment l'AFD...mais sans grande conviction.

*« Chaque sous-groupe a fait des TDR donc tout était techniquement prêt. On n'a pas compris pourquoi la DFM n'arrivait pas à attribuer ces marchés, l'argumentation n'était pas claire. On ne savait pas que c'était aussi difficile de passer des marchés, de monter ces dossiers de passation. Ils ne servent que des discours, des accusations mutuelles, comme justifications du retard. »* Membre groupe expert, MEF, novembre 18

*« L'erreur a été de laisser de gros chantiers au financement des partenaires. Par exemple, l'AFD a proposé de financer l'étude sur les gratuités, mais jusque-là, on est dans des procédures, très*

<sup>57</sup> Liste des études validées par le Comité de Réflexion pour l'opérationnalisation de la Couverture maladie universelle Secrétariat général du MSAH

<sup>58</sup> Termes de référence de l'Etude sur le financement du RAMU au Mali, groupe d'expert, sous-groupe Aspects techniques et financement, version corrigée 2018

*lourdes alors que c'est vital pour nous...On est bloqué parce que ces études ne sont pas réalisées »*  
groupe expert, MSHP, sept 18

*« Au final, sur la question du financement et des mutuelles, une seule étude a été retenue avec 19 objectifs spécifiques alors que nous en avions prévu spécifiquement sur les mutuelles. Je n'étais pas très chaud pour cela car cela va être difficile de trouver un bureau d'étude qui a toutes ces compétences. Un bureau s'est engagé mais je n'en sais pas plus. Concernant la cause de cette réduction drastique du nombre d'études, on ne peut pas me dire à moi qu'il n'y a pas d'argent pour ces études. Lors d'une rencontre en 2017, j'avais demandé s'il ne fallait pas gérer les questions de financement et le DFM m'avait alors dit qu'il a plus d'argent disponible que de besoins financiers. »* Membre groupe expert, octobre 18

La raison la plus probable tient à la personnalité d'un ministre qui suscite dans son entourage beaucoup de craintes et ne supporte difficilement la contradiction.

#### **d) Un déficit de communication et un circuit décisionnel très court**

Dans les faits, le processus de validation et de prise de décision concernant le RAMU semble finalement assez opaque et fermé avec, là encore, des difficultés à dépasser les intérêts sectoriels.

- Seules deux réunions du comité de réflexion et de suivi ont été organisées. L'information et la représentation des différentes institutions et sensibilités dans la prise de décision reste de fait limitée.
- La prise de décision est largement assumée par le ministre du MSAH. Le modérateur du groupe d'experts semble assurer un rôle de courroie de transmission directe des informations/décisions entre le groupe d'experts et le ministère de tutelle

*« Rien n'a été dit ni discuté sur l'attribution des études, à qui, dépouillement...c'est sans doute le modérateur qui est au courant avec le DFM mais personne d'autres, et cela veut dire que c'est le ministre qui a décidé et qu'il veut éviter des discussions et débats sur ce choix, sur leurs propositions techniques et financières...On ne pourra rien changer si le ministre est derrière cela donc inutile qu'on sache. »* Membre Groupe d'expert, octobre 2018

*« Sur l'ensemble des groupes, cinq études ont été approuvées. On avait proposé trois études sur la mutuelle mais le modérateur a éliminé cette proposition, alors qu'il n'avait que quelques supporteurs très minoritaires. Ce qui explique cela, c'est une décision unilatérale du ministre qu'il est obligé qu'appliquer. On avait neuf objectifs pour les trois études, et on a finalement tout dissous, les objectifs de cette étude et les autres dans une seule étude avec dix-neuf sous-objectifs. »* Membre groupe expert, octobre 18

Le facteur temps et le facteur financier sont deux contraintes souvent évoquées pour justifier les raccourcis dans la prise de décision mais la personnalité du ministre en charge du dossier semble également jouer un rôle non négligeable. Cette situation est une source de démotivation pour les techniciens, de critique et désengagement pour les acteurs relevant des ministères associés. D'autant que les décisions sont rarement argumentées et que les considérations politiques l'emportent sur des arguments techniques sans discussion possible ni explications. Le groupe d'expert s'inquiète particulièrement des conditions dans lesquelles les décisions ont été prises concernant les études à réaliser.



*« Même pour les études, on a tout fait pour que la mutualité ait une étude à part qui ne se mêle pas aux autres parce qu'elle concerne 70% des maliens. Et finalement, on a mis tous les financements ensemble y compris les financements de la mutuelle. C'est le facilitateur qui sait d'où viennent les idées. En tout cas moi je sais que comme ça, ça ne peut pas marcher. »* membre du groupe d'expert, janvier 2018

*« Concernant les études en cours dans le cadre du RAMU, il faut qu'on évalue le coût réel des actes...on est dubitatif, on ne sait pas ce que cette étude sur le financement va donner...Est ce que le politique ne va pas prendre le pas sur le technique ? »* Cadre MSHP

Le niveau d'information des membres du groupe d'expert, reste insuffisant, nous l'avons vu, et dépend aussi de leur fréquentation effective aux réunions. En revanche, les cadres des ministères concernés qui ne font pas partie de ce groupe, sont très peu informés sur l'état et les conditions d'avancement du processus d'élaboration du RAMU. La politique de communication du groupe d'expert sur ses activités semble inexistante, même de manière informelle. L'étude menée par HP+<sup>59</sup>, dans le cadre d'une action de plaidoyer et d'accompagnement de l'opérationnalisation du RAMU auprès du seul ministère de la Santé<sup>60</sup>, fait ressortir les mêmes constats et souligne que ce ministère et celui des Finances sont insuffisamment impliqués et informés.

*« Notre équipe a un rôle d'accompagnement du processus, un rôle officiel. Nous avons réalisé une étude dont on va présenter les résultats préliminaires prochainement, faire des recommandations et voir les perspectives après avoir recueilli le point de vue de tous. L'objectif de notre étude était de faire le bilan de l'état d'avancement du processus et des causes du retard enregistré, comprendre pourquoi cela n'a pas avancé. Comme résultat n°1, nous constatons un manque de communication entre acteurs au cours de ce processus. Le ministre des Finances veut être mieux associé, il veut voir quelle définition du paquet on a fait. Le ministre de la Santé doit être associé aussi. L'ex ministre de la santé qui nous accompagnait comme consultante n'était pas au courant de certaines questions concernant le RAMU.<sup>61</sup> Il n'y a jamais de comptes rendus en interne non plus. On relève par ailleurs qu'il n'y a pas de communication entre les sous-groupes du comité d'expert, entre les membres du groupe et la tutelle, et même à l'intérieur d'un sous-groupe, les gens ne sont pas au même niveau d'information. »* chercheur, novembre 18

Certaines conclusions du document de restitution de cette étude font ressortir les points suivants :

- Le processus de mise en œuvre de la CSU de 2013 à 2017 a subi des retards importants causés par un niveau d'appropriation inégal à travers les secteurs concernés aggravé par un manque de véritable gouvernance : ancrage institutionnel inadapté et absence de continuité dans le processus de prise de décision
- La problématique de la communication et de l'organisation peut avoir un effet sur la mise en œuvre de la CSU.

Elle recommande de ce fait d'aller vers une autorité supra ministérielle (primature) pour la gouvernance du RAMU.

---

<sup>59</sup> Capitaliser sur la capacité focale accrue du gouvernement : investir dans la santé. Mise à jour situationnelle du système de financement de la santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle : résultats définitifs de la première phase, HP+, USAID, Février 19

<sup>60</sup> Ce qui explique sans doute que le ministre de la Solidarité se soit excusé à maintes reprises pour indisponibilité et au final n'ait pas pu être rencontré par l'équipe de consultants.

<sup>61</sup> A noter pourtant qu'elle faisait partie du groupe d'expert avant sa nomination comme ministre !

### **2.3.3 La loi concernant le RAMU est promulguée dans les délais impartis mais sans décret d'application**

Le projet de loi portant institution du Régime d'Assurance maladie universelle a été adopté par le gouvernement en date du 20 juin 2018, juste avant les élections. La loi n°2018-074 portant institution du Régime d'assurance maladie universelle a été votée par l'Assemblée nationale le 13 décembre 2018 et promulguée par le président de la république le 31 décembre 2018.

La loi prévoit :

- L'assujettissement de tous les maliens au RAMU, sans discrimination, avec la possibilité pour ceux qui le souhaitent et le peuvent de souscrire à des assurances complémentaires
  - o Les catégories de personnes relevant des dispositifs contributifs sont les assujettis à l'AMO et les acteurs du secteur informel, du monde agricole et des professions libérales organisées ou affiliés soit à une mutuelle de santé, soit à l'assurance volontaire de l'INPS
  - o Les catégories relevant des dispositifs non contributifs sont les assujettis au Ramed et les bénéficiaires des gratuités instituées par les textes législatifs ou réglementaires.
- Les prestations de soins garanties par le RAMU sont les mêmes pour tous. Les conditions et les modalités de prise en charge directe des frais de soins de santé sont déterminées par décret pris en conseil des ministres. La liste des prestations garanties est fixée par arrêté conjoint du ministère chargé de la Protection Sociale, du ministère chargé de la Santé et du ministère chargé des Finances.
- Les cotisations des personnes assujetties sont définies en fonction de leur statut.
- Les bénéficiaires du RAMED disposent d'une prise en charge médicale à 100% assurée par le RAMU.
- La gestion du RAMU est confiée à la CANAM, Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Certaines de ses compétences sont déléguées à des organismes gestionnaires délégués, (OGD), que sont l'Union Technique de la Mutualité, l'Agence Nationale d'Assistance Médicale, la Caisse Malienne d'Assurance Maladie et l'Institut National de Prévoyance Sociale.

Ce résultat, pour important qu'il soit, n'engage pas encore trop le gouvernement malien. Les décrets d'application, qui en précisent les modalités, n'ont pu être finalisés, et par prudence comme par principe, la loi reste évasive sur certaines questions qui nécessitent des compléments d'informations et des discussions. L'évaluation des besoins financiers du RAMU n'est pas encore effective. Elle repose jusque-là, sur des informations éparses et pas toujours ajustées ou actualisées. De ce fait, lorsque l'avant-projet de loi portant création du RAMU est passé en conseil des ministres puis devant l'assemblée nationale, pour être finalement adopté, il a été décidé qu'il n'y serait pas fait mention du financement nécessaire, des estimations financières du coût, faute d'informations suffisantes.

*« Lors des dernières discussions, à ce stade de la loi, on est plutôt tenté de mettre sous silence l'incidence financière car il y a beaucoup de paramètres qui ne sont pas encore cernés. »* cadre MSAH, octobre 2018

Au final, les textes fondateurs ont été adoptés mais leur concrétisation est en devenir. Les acteurs plutôt favorables à une proposition moins généreuse et moins « impliquante » pour les finances de l'Etat (cadres des ministères de la Santé et des Finances notamment) présentent d'ailleurs les décrets comme des « portes de sortie ». Ils attendent, des études à venir, les arguments permettant de reconsidérer les ambitions du RAMU à la baisse.

*« Toute la question est celle de la soutenabilité de ce dispositif ambitieux...de toute façon, concernant le RAMU on a voté la loi mais on s'est gardé des portes de sorties avec les décrets ; et l'étude sur le financement doit beaucoup nous édifier sur cela. »* groupe expert, MSHP, septembre 18

*« La question des 80% de subvention de la mutualité, certains disent que l'Etat ne pourra pas. Les responsables du processus évoquent eux-mêmes l'idée de faire plusieurs scénarii avec différentes hauteurs de subvention »* Cadre MSAH, septembre 2018

*« L'Etat a adopté la stratégie de financement, c'est déjà un engagement mais il peut toujours se rétracter, dire par exemple que prendre 80% de la cotisation des mutualistes en charge est trop. »*  
Cadre ministère de l'Economie et des Finances, novembre 18

## **2.4 La période 2019-2020, déterminante pour l'avenir du RAMU, s'annonce chaotique**

Cette période est celle de l'élaboration des décrets d'application du RAMU, donc de définition plus précise du contenu réel de la réforme, de ses contours (finalisation du dispositif législatif et réglementaire d'ici fin 2020). L'élaboration des décrets va imposer de fait des discussions et débats autour des principaux enjeux, et peut-être, enfin, une ouverture réelle du processus à d'autres acteurs.

Une feuille de route a déjà été élaborée pour 2019, qui prévoit :

- La réalisation de l'étude sur le financement
- L'exploitation des conclusions des études réalisées en vue d'élaborer et d'enrichir les projets des textes d'application de la loi
- L'élaboration de cinq projets de décrets, leur examen et validation :
  - décret fixant les modalités d'application de la loi portant institution du RAMU
  - décret fixant les conditions, délais et modalités de financement, de recouvrement des cotisations et des contributions au titre du RAMU
  - décret portant approbation de la convention type de délégation de gestion dans le cadre du RAMU
  - Décret fixant les délais et modalités de conclusion des conventions entre les prestataires de santé et l'organisation de gestion du RAMU
  - Décret fixant les principes de tarification préférentielle et les taux de couverture des prestations de soins de santé du RAMU
- L'élaboration du projet de loi portant création de la CANAM
- La réalisation de l'étude sur le système d'information de la CANAM
- La réalisation de l'étude sur le cadre organique de la CANAM
- L'appui à la DNPSES et à la mutualité dans la mise en œuvre du plan d'action de développement de la mutualité dans le cadre du RAMU.

Il est également prévu le financement du plan d'action communication qui organise l'ouverture d'un dialogue avec les grandes faitières de l'économie sociale. Ainsi, en janvier 2019, le ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire a procédé à la cérémonie d'ouverture de la journée d'information et sensibilisation des membres des organisations faitières de sociétés coopératives, associations et autres groupements des chambres consulaires et centrales syndicales pour leur adhésion aux mutuelles de santé en vue de renforcer le RAMU.

L'équipe en charge de l'opérationnalisation du RAMU dispose toujours d'un budget de 100 millions pour faire face à la nouvelle feuille de route. Mais pour la première fois, en 2019, une ligne budgétaire a été créée pour le RAMU. Sur les 9 milliards demandés pour l'exécution de la feuille de route, 1,5 milliards ont été accordés<sup>62</sup>.

*« Pour le financement de 2019, on a proposé l'anticipation avec une ligne de crédit pour la mise en place de l'assurance, pour renforcer capacités de la CANAM, en équipements, ressources, élaboration d'un nouveau organigramme, et une ligne de crédit à la création des mutuelles, en attendant de savoir quelles vont être les autres sources de financement. » membre comité d'expert, novembre 18*

*« Les 1,5 milliard pour 2019, c'est la Direction Nationale du Budget qui en a décidé ainsi, sur la base de ce que l'Etat peut donner. Le ministre de la Solidarité écrit au ministère des Finances pour demander tel montant et le ministre des Finances répond en fonction de sa disponibilité. Cela a été validé par le ministre, en fonction de la marge de manœuvre de l'état cette année, quitte au département de faire des ponctions sur d'autres lignes budgétaires pour compléter. » Cadre ministère de l'économie et des finances, novembre 18*

*« Il y a beaucoup de coupes partout. L'UEMOA a donné des instructions pour que chaque état soit à l'équilibre, pour ne pas dépasser tant de % de dettes / PIB... Au Mali, cela veut dire moins de 100 milliards dans le budget 2019. Dont 1,5 milliard pour le RAMU en 2019...cela a suscité beaucoup de grincement de dents à la santé puisque ce fonds est réservé pour l'opérationnalisation du RAMU. » Cadre MSAH, janvier 19*

En 2019, de nouveaux cycles de programmes quinquennaux sont en cours d'élaboration, nouveau PRODESS 2018-2023,<sup>63</sup> programmation 2012-24 de l'UNICEF, du PAM, de la FAO. Des opportunités financières complémentaires sont à saisir.

Depuis début 2019, le rythme et la durée de rencontres du groupe d'expert ont augmenté, avec comme cahier des charges, l'obligation de finaliser dans les plus brefs délais de nouveaux textes. Ainsi, quatre premiers décrets et l'élaboration du projet de loi portant création de la CANAM ont été finalisés à ce jour, ce qui permet au ministère d'être conforme dans ses engagements, au programme annuel du gouvernement.

---

<sup>62</sup> Les principales coupes budgétaire concernent les lignes : démarrage effectif des campagnes d'enrôlement biométrique des bénéficiaires du RAMU, mise en œuvre des activités d'accompagnement du plan d'extension des mutuelles de santé dans le cadre du Régime d'Assurance Maladie Universelle et subvention au cofinancement des mutuelles de santé

<sup>63</sup> Le PRODESS IV est actuellement en cours d'élaboration. Les CROCEPS (débat régionaux avant la consolidation nationale) ont démarré en février 2019.

### **III. Constats transversaux**

#### **3.1 Le changement de politique de financement de la santé se concrétise lentement, plus dans une dépendance technique internationale que dans un climat de concertation large et de consensus**

Concernant le RAMU, la Stratégie Nationale de Financement de la Santé dans le cadre de la CMU et la loi portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle, qui entérinent des propositions ambitieuses (implication financière tout à fait déterminante de l'Etat, réforme à visée nationale, et tous secteurs confondus) et des principes forts (obligation, équité : même panier de soins de base, conditions d'accès aux soins en fonction des besoins et contributions des ménages en fonction des ressources) sont les deux principaux acquis de la période.

Une réforme de cette importance prend nécessairement du temps, d'autant qu'il n'existe pas d'expériences de cette envergure dans la sous-région, dont le Mali pourrait s'inspirer pour finaliser sa réforme et résoudre les aspects qui s'annoncent particulièrement complexes (couverture d'un secteur informel multiforme notamment). Les temps morts peuvent être des périodes de lente acceptation des idées les plus réformatrices. Mais ici, le timing des processus qui ont débouché sur ces réalisations a surtout été déterminé par des considérations politiques ou personnelles des ministres ou de la Présidence : projet de loi devant avant les élections de 2018, décrets à finaliser pour une bonne notation du ministère en charge du dossier pour l'année écoulée.

Deux autres constats peuvent être posés :

- Les aspects techniquement les plus complexes, socialement les plus dérangeants et financièrement les plus lourds, n'ont pas été abordés (panier de soins universel, coût subvention mutualité, mesures incitatives pour l'adhésion aux mutuelles, etc.). Tout se passe comme si on cherchait à repousser à plus tard ce qui risque de déranger, ce qui demande un réel investissement politique et financier.
- Le souci d'une concertation nationale pour faire remonter des opinions et alimenter la réflexion, pour obtenir un consensus relatif autour d'une réforme sociale sensible, ne s'est pas concrétisé. On constate qu'en dehors du groupe d'experts, peu d'acteurs sont informés de ce qui se construit autour du RAMU, y compris d'autres cadres des ministères concernés.

Il semble ainsi que l'apprentissage social, à savoir construire sur la base des expériences passées (du niveau national au niveau le plus local) et nouvelles informations disponibles, ait été jusque-là peu mobilisé. Très peu alimenté par une réflexion ouverte à la base et un effort de retour critique sur les expériences passées, le processus de réflexion et de prise de décision reste top-down, assez confidentiel, très en deçà des positions de principe sur la nécessité de réussir une large concertation nationale autour de cette réforme sensible.

Pour alimenter les débats sur la formulation du RAMU, le groupe d'experts est plutôt dans l'attente de la réalisation d'études sur financement par le budget d'Etat, par des experts internationaux, pourtant peu imprégnés du contexte. On se situe donc dans le cadre d'une dépendance technique internationale, pourvoyeuse d'idées, et d'une assez faible prise en compte du contexte et de ses

caractéristiques sociales pour construire un système de protection sociale, amarrés aux pratiques locales.<sup>64</sup>

Certains observateurs déplorent cette forte dépendance du groupe d'experts aux résultats des études complémentaires demandées alors que le groupe dispose de compétences professionnelles variées, y compris maintenant d'expertise actuariale, et de la possibilité de capitaliser les expériences antérieures (la formulation de l'AMO, finalement assez récente, pourrait par exemple constituer une base de réflexion intéressante, tant sur le bilan du processus suivi, des écueils rencontrés que des réalisations).

*« Ils font faire beaucoup d'études par d'autres mais eux-mêmes ne font rien malgré leur expérience et les voyages d'études qu'ils ont fait. » chercheur, novembre 18*

*« Il était prévu initialement que certains membres du groupe d'expert, selon le profil requis, soient associés aux consultants des études pour leur réalisation, que les propositions techniques des consultants soient largement débattues au sein du groupe d'expert, de même que les résultats provisoires. Mais rien de tout cela n'a été possible, peut-être par crainte du coût que cela pouvait représenter. » Cadre MSAH, janvier 2018*

*« Le fait que les études soient réalisées par des consultants, par des yeux extérieurs, rendent leurs conclusions plus crédibles même si ce sont des choses qu'on sait par avance parmi les experts. On préfère que ce soit des consultants pour qu'on ne dise pas ensuite que ce sont justement les experts, donc des personnes désignées par les ministères d'IBK qui le disent...on a peur des politiciens, des syndicalistes et de la manière dont ils vont comprendre les choses si cela vient de nous. » Cadre MSAS, mai 2019*

On peut se demander dans quelle mesure la mobilisation de l'expertise internationale ne constitue pas

- D'une part, un moyen de faire porter les idées potentiellement déstabilisantes (principe d'obligation par exemple), par les consultants, de mettre la technique et les chiffres en paravent pour mieux les présenter au public, comme incontournables.
- D'autre part, le moyen de pallier l'incapacité de mener des débats contradictoires constructifs intersectoriels et une consultation réelle de l'opinion publique, pratiques finalement assez peu habituelles et usitées. L'incapacité du groupe d'expert à contribuer efficacement sur le plan des idées, et de procéder à une approche concertée, relève peut-être de cette double infirmité.

*« On a un problème. C'est un processus qui doit être largement débattu, connu, concerté mais on constate que la société civile ne joue pas son rôle de transmission de l'information, de faire remonter les attentes...Il y a un problème de représentativité mais aussi de redevabilité. Les députés eux-mêmes ne rendent pas compte à leurs populations, personne ne rend compte et cela pose des problèmes après au moment de la mise en œuvre. On a donc prévu un financement pour des campagnes d'information. » membre groupe expert, MEF, novembre 18*

### **3.2 La mutualité dans le RAMU : un enjeu central, oublié.**

---

<sup>64</sup> L'ouvrage de R. Vuarin, constitue semble-t-il la seule tentative dans ce sens. Voir « Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation ou « venez m'aider à manger mon lion », 2000, l'harmattan.

Dans le cadre de l'opérationnalisation du RAMU, la gestion de la question de la mutualité, et donc de la couverture de 78% de la population, illustre cette incapacité ou refus à aborder de front et dans les plus brefs délais, les problèmes les plus complexes.

### **3.2.1 La mutualité, un dispositif reconduit au cœur du RAMU**

Dans le cadre de la mise en place de la CMU, l'importance du rôle des mutuelles a été réaffirmée. Il semble toutefois que cette option ait été retenue, par défaut plus que par conviction :

- Le dispositif mutualiste est prévu par la politique de protection sociale, depuis son origine.
- Aucune alternative acceptable n'est disponible ni même connue.  
*« Pourquoi les mutuelles doivent faire partie du RAMU ? Parce qu'il n'y a pas d'autres solutions ...rires... on évoque aussi l'idée de participation communautaire qui aiderait ... pourtant on a vu le piètre résultat de l'implication communautaire dans le domaine de la santé avec les Asaco. »*  
Chercheur, décembre 2018

L'option gratuité, soutenue et proposée par certains bailleurs comme solution pour atteindre la CSU (dont l'AFD dans le cadre de l'initiative I3S), a plutôt servi d'image repoussoir, et facilité l'acceptation de la mutualité, même par les plus sceptiques.

*« On est arrivé à faire adhérer l'AFD à l'optique de créer des mutuelles pour que les populations puissent bénéficier des soins de santé, au lieu de mettre en place un système de gratuité qui tue le système d'assurance. »* cadre MSAH

*« Le Niger a retenu l'option gratuité dans le cadre de I3S. Ils vont se casser le nez, on a de l'expérience la dedans (césarienne, paludisme, 100% de gratuité dans le nord où les consultations étaient à 50 FCFA). Il va toujours y avoir des problèmes de ruptures, de plus en plus. La santé ne peut pas être gratuite, et puis ce n'est pas une bonne vision, celle de la santé au rabais. »* Cadre MSHP

- L'expérience de la mutualité n'est pas probante mais elle est soutenue et jugée perfectible, via l'augmentation du subventionnement de l'Etat, l'amélioration du panier de soins, et la professionnalisation du secteur.  
*« Pourquoi ce choix ? Il y a beaucoup de difficultés avec les mutuelles mais elles ont fait quand même leurs preuves...et puis on pense qu'avec plus de professionnalisation, cela peut marcher. Il faut dire aussi qu'il y a des grands leaders de la mutualité qui influencent beaucoup, qui poussent les mutuelles au-devant de la scène. »* Membre groupe expert, cadre MSHP

Ainsi, dans la loi sur le RAMU, le dispositif mutualiste a été retenu pour augmenter de manière significative la couverture du secteur informel non indigent, en renforçant leur déploiement sur le territoire et en réduisant le coût de la cotisation pour les ménages (prise en charge de 80% par l'Etat contre 50% jusque-là). Le paquet de soins proposé aux mutualistes est le même que pour les autres catégories de population. L'objectif visé est la couverture du risque maladie de 45% de la population malienne à l'horizon 2023.

### **3.2.2 Faire entrer les mutuelles dans le RAMU : le pari reste entier**

Pour autant, faire entrer la mutualité dans le RAMU constitue un enjeu important, dans tous les domaines, technique, financier et social et institutionnel :

- Il est question de couvrir 78% de la population malienne, une population très hétérogène, souvent analphabète, et de subventionner à 80% cette couverture maladie. L'enjeu financier et technique est considérable.
- L'implication de l'Etat dans la solidarité est très récente, ce domaine étant jusque-là considéré comme privé pour la majorité des maliens. Et les ressorts sociaux sur lesquels la réforme pourrait s'appuyer semblent faire défaut.

*« Lors de ce voyage d'étude en Belgique, il a été très intéressant de voir ce que les belges ont réussi à construire en terme de système de protection sociale sur la base des mutuelles confessionnelles, qui prenaient finalement en compte toutes les confessions. Nous ici au Mali, ce n'est pas possible, on n'en est pas arrivé à ce stade-là. Les religieux sont dans le dogme et son application, on frôle le fanatisme. On est loin d'une réflexion plus ouverte sur les questions de solidarité. »* Cadre MSAH, septembre 18

Par ailleurs, certaines dispositions de la réforme peuvent susciter des résistances. Le caractère obligatoire de l'adhésion aux mutuelles suppose que l'Etat dispose d'un capital confiance que les citoyens ne lui reconnaissent pas actuellement. La loi suppose d'imposer également le principe d'équité et de solidarité nationale, donc la « contribution des riches pour les pauvres », et de reconsidérer par conséquent la perception populaire, éémique, de l'équité.

*« C'est un système quand même qui est accepté, la solidarité nationale. Mais la sensibilisation doit porter sur ça, qu'on explique que c'est un système de solidarité qu'on est en train de mettre en place, et que chacun doit contribuer selon ses moyens et être pris en charge selon ses besoins. Il faut que cette idée soit véhiculée un peu partout, pour faire penser les gens autrement. Nous sommes dans le même village, nous n'avons pas le même revenu, il faut que moi j'accepte de payer plus que mon cousin qui ne parvient même pas à avoir à manger. Il y a une forte sensibilisation à faire. Tout le système repose sur ça. Sensibiliser les gens, les faire adhérer à l'idée de solidarité je pense que c'est le plus important pour la réussite de ce régime là. »* Cadre CANAM

- L'articulation institutionnelle mutuelles/RAMU ne va pas de soi. Une réforme de l'UTM s'impose et pourtant l'UTM a été retenue comme organisme gestionnaire délégué (OGD) dans la loi instituant le RAMU.  
*« L'UTM est une faitière du monde mutualiste. L'agence ne peut pas devenir OGD du RAMU car l'OGD a une gestion technique de l'assurance, l'agence ne peut pas jouer ce rôle, elle serait juge et partie. L'UTM doit revoir ses fonctions, certaines doivent lui être enlevées. »* Chercheur, décembre 2018

Et les principes de mutualité semblent a priori assez peu compatibles avec les principes du RAMU :

- L'implication forte de l'Etat, notamment financière, suppose de reconsidérer le statut de l'UTM dont le conseil d'administration est composé exclusivement des mutualistes, donc de faire accepter à la fois une entrée de l'Etat dans le CA et une perte d'autonomie des mutuelles.



*« Beaucoup de questions restent à résoudre car il y a différents principes peu compatibles avec le RAMU : l'adhésion volontaire, le niveau de cotisation différent, l'harmonisation à prévoir et sans doute difficile à faire. » Cadre MSHP*

*« Pour la mutualité, on n'a pas beaucoup avancé. L'UTM est mise en place par le réseau des mutualistes. Le conseil d'administration de l'UTM est composé des représentants des mutuelles membres de ce réseau. Or pour déléguer une mission de service publique à l'UTM, avec des ressources aussi importantes, il faut que l'Etat soit représenté dans le conseil d'administration. Est-ce que ce format actuel est conforme ? Non je ne pense pas. » Cadre MSAH, janvier 19*

- La loi prévoit un assujettissement de tous les maliens à la CMU, le secteur informel et agricole étant assujetti via la mutualité, ce qui va à l'encontre du principe de base de la mutualité : l'adhésion volontaire. Les modalités incitatives restent donc à trouver en dehors de la mutualité.

*« En respectant les principes de base de la mutualité, on se rend compte que malgré les sensibilisations, la population adhère peu et que les gens qui adhèrent aux mutuelles, ne restent pas fidélisés. Dans le cadre de la CMU, le secteur informel et agricole est assujetti à l'assurance universelle à travers la mutualité. Donc de façon opérationnelle il faudrait qu'on arrive à définir maintenant les mécanismes de cet assujettissement, conditionner par exemple l'accès à certains services de base ou à certains appuis à l'adhésion à une mutuelle de santé. Dans le cadre par exemple du secteur coton, on est vraiment favorable à ce que le gouvernement puisse trouver un mécanisme contraignant obligeant ce secteur-là à assujettir leurs sociétaires dans la mutuelle pour bénéficier des subventions du coton. Idem pour le secteur rizicole, pour les intrants pour l'aliment bétail. Comment faire en sorte que tous ces acteurs qui sont face à des risques de santé réels qui compromettent même leur activité de base (parce qu'à la survenue de la maladie, il faut souvent bazarder les biens pour faire face à cette prise en charge), donc comment faire en sorte que les appuis dont ils peuvent bénéficier soient conditionnés à leur affiliation à la mutuelle ? » Conseiller MSAH*

*« Le caractère obligatoire est incontournable. Les économistes disent que ce n'est pas négociable, la question des externalités négatives de la santé, c'est comme la vaccination, c'est un bien commun à surveiller. Le vrai problème, ce n'est pas d'obliger, c'est ce qu'on va faire avec l'argent, c'est réussir à assurer une couverture santé avec cet argent. On ne se fait plus confiance dans ce pays. Pendant l'étude que nous avons réalisée sur le processus d'opérationnalisation du RAMU, on a compris que pour l'AMO, le problème avait été la manipulation de groupes faciles à manipuler autour de cette question d'obligation, une révolte orchestrée par le syndicat qui n'a pas été retenu dans la gestion de la CANAM. Et cela a entraîné des problèmes de gestion car pour attirer les gens à nouveau, la CANAM a cédé sur certains points (le privé, les spécialités...). Cela peut poser des problèmes à terme ...Ce n'est pas un problème d'imposer la présentation d'une carte d'assuré, pour bénéficier de certaines choses, à condition qu'on en bénéficie. » Economiste de la santé, chercheur*

*« Un des problèmes de la mutualité, un frein, c'est ses principes mêmes, et en particulier l'adhésion volontaire et libre. Cela a ses limites. Même nous, fonctionnaires, si nous étions libres d'aller payer notre cotisation retraite, beaucoup n'auraient rien comme pension au final...C'est*

*un principe auquel nous ne pouvons pas toucher mais il faut voir comment résoudre cela. Ce problème est lié aussi à celui de recouvrement des cotisations qui dépend des personnes elles-mêmes. Avec l'AMO, on a eu beaucoup de problèmes avec l'obligation mais maintenant les gens font la queue pour revenir. Il faut donc trouver des contraintes en dehors du champ mutualiste...Les gens évoquent le Rwanda en disant que c'est ok là-bas mais c'est une dictature donc pas un modèle à suivre. Là-bas, les mairies ont interdit aux bars de servir à boire à ceux qui ne peuvent pas montrer leur carte mutualiste ! Moi j'ai étudié en France et quand j'ai eu une bourse, on m'a dit qu'il fallait obligatoirement que je prenne une assurance. Au Mali, il ne manque pas de dispositions contraignantes possibles, l'Etat subventionne les intrants agricole pour le coton, pour le riz, l'aliment bétail, le matériel de pêche, ...on peut bien conditionner l'accès à cela à l'adhésion à une mutuelle...avoir une bonne santé, c'est bien produire, donc tout est lié...En plus, c'est ce même Etat, qui propose de subventionner les cotisations à 80%. » Cadre MSAH octobre 18*

Comme on le constate, ces questions, dont tout le monde mesure l'importance, sont à peine défrichées.

- On note très peu de consultations de la population, de la base mutualiste notamment, pour construire sur du consensus.  
*« Il faut séparer les fonctions obligatoirement dans les mutuelles et aller vers l'abandon de certaines de leurs prérogatives. Où a lieu ce dialogue ? Je ne sais pas. »* chercheur, décembre 18
- Aucune étude portant spécifiquement sur la mutualité n'a été retenue alors que plusieurs avaient été proposées sur ce sujet complexe.  
*« Concernant les mutuelles, tout reste à voir. On avait pensé à des études là-dessus et les faire financer par le budget spécial d'investissement, par exemple une étude pour identifier toutes les stratégies pour la mutualité, mais cela n'a pas été accepté. Du coup, on va se contenter de recycler un travail de l'UTM. Et dans le cadre de leur programme triennal de renforcement, on va faire un programme de renforcement de l'UTM dans le cadre du Ramu ; cela a été décidé ici lors d'une de nos réunions par le modérateur, par manque de moyens financiers »* membre groupe expert, MSAH  
 Il a été finalement décidé que l'étude sur le financement, dans sa version révisée de 2018 prendrait en compte toutes les questions concernant les mutuelles. Cette étude compte ainsi dix-neuf sous-objectifs de l'étude sur les financements dont *« proposer des stratégies de création à grande échelle et généralisée des mutuelles, proposer des stratégies/mesures incitatives d'adhésion aux mutuelles de santé, adaptées aux secteurs agricole et informel, évaluer le niveau de la couverture maladie par les mutuelles de santé, proposer des stratégies de pérennisation des structures mutualistes. »*<sup>65</sup>
- Le PADSS2, mis en œuvre dans la région de Mopti sur financement de l'AFD, est considéré comme un projet pilote permettant d'orienter dans les années à venir les décisions concernant l'opérationnalisation du nouveau dispositif mutualiste dans le cadre de la CMU. Il vient à peine de commencer.

---

<sup>65</sup> TDR de l'Etude sur le financement du RAMU au Mali, version révisée de 2018.

### **3.3 La soutenabilité financière du RAMU suscite à tort scepticisme et résignation**

La soutenabilité financière du RAMU constitue pourtant une préoccupation centrale qui, en l'absence de données concrètes sur les besoins et les sources de financement, donne lieu à de multiples spéculations qui alimentent à leur tour le scepticisme en vigueur.

Depuis la réalisation et validation de l'étude sur les sources de financement innovantes en 2017, aucune avancée significative sur le sujet n'est observée. On constate tout à la fois un manque d'information des experts sur les capacités réelles de l'Etat à faire face à cet enjeu financier et une résignation quant aux opportunités de financement mobilisables, y compris et surtout de la part du secteur minier.

#### **3.3.1 Les performances et capacités budgétaires de l'Etat sont à dessein mal communiquées et de fait peu connues, ce qui alimente le scepticisme ambiant.**

Les experts semblent reproduire, sans trop le questionner, le discours récurrent du ministère de l'Economie et des Finances sur la rareté des ressources nationales. De ce fait, l'étude macro-économique<sup>66</sup>, réalisée en 2018 et présentée en février 2019, a suscité un fort étonnement :

- en montrant la bonne santé financière du Mali de 2013 à 2017 et la satisfaction des institutions des institutions de Bretton Woods.
  - Le taux de croissance annuel du PIB du Mali avant et après la crise politique montre une croissance économique soutenue et plus robuste durant les cinq dernières années ayant suivi la crise politique.
  - Le Fonds Monétaire International indique que le Mali a enregistré entre les années fiscales 2012 et 2016 des recettes fiscales dont le niveau d'augmentation moyen est de 40% supérieur à la cible de performance.
  - Un taux d'inflation faible et relativement stable : taux moyen d'augmentation annuelle de 1,07% entre 2012 et 2017.
  - Un niveau de performance par rapport à la viabilité de la dette dans les pays à faible revenu et des perspectives positives de viabilité de la dette publique avec des euils de surendettement très bas
  - Une croissance plus rapide des recettes par rapport aux dépenses entre 2014 et 2017
- En concluant que « l'environnement macroéconomique est très favorable à une augmentation de l'investissement domestique dans le secteur de la santé (diapo 11). »

#### **3.3.2 Les conclusions de l'étude sur les financements innovants ont alimenté la résignation des acteurs quant à l'impossibilité de trouver une source de financement innovante, notamment en mobilisant le secteur minier**

Lors de la réalisation de cette étude en 2016, les fonctionnaires de plusieurs organismes (Ministère de l'économie et des finances, Ministère du commerce et de l'industrie) ont été rencontrés par les consultants pour discuter du bien-fondé de l'instauration d'une taxe dans le secteur minier. Ils se sont déclarés globalement réticents, arguant que le secteur était déjà surtaxé et que les contrats signés

---

<sup>66</sup> Capitaliser sur la capacité focale accrue du gouvernement : investir dans la santé. Mise à jour situationnelle du système de financement de la santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle : résultats définitifs de la première phase, HP+, USAID, Février 19

avec les compagnies internationales ne permettaient pas d'appliquer de nouvelles taxations, comme en témoignent les verbatim ci-dessous, extraits du rapport.<sup>67</sup>

*« Les sociétés minières, qui sont surtout des sociétés extractives de l'or, sont assujetties à plusieurs taxes. Toutes ces sociétés ont établi des conventions avec l'État et ces conventions contiennent des clauses de stabilité fiscale. Une possibilité à envisager serait de formaliser l'orpaillage et de l'imposer pour la couverture maladie universelle (CMU) »* Cabinet du Ministère de l'économie et des finances, 2016

*« Une forte volonté politique serait nécessaire puisque les sociétés minières ne peuvent subir aucune nouvelle taxation pendant la durée de leur titre minier. »* Ministère du commerce et de l'industrie, 2016

*« L'or, qui est la principale ressource minière exploitée au Mali, subit actuellement des fluctuations importantes. Les compagnies extractives sont en difficulté et de nombreuses mines sont en voie d'épuisement. Une réallocation de la part du gouvernement serait en cours pour financer la malnutrition et la lutte contre le VIH/sida. »* Ministère des mines, 2016

*« Une augmentation de l'impôt spécial sur certains produits (ISCP) pour l'or serait possible pour financer la CMU. »* Direction nationale de l'industrie, 2016

*« Les mines sont tarissables. Comme la production est en baisse, le secteur souffre actuellement de difficultés de financement pour la prospection de nouveaux gisements. De nombreuses mines sont en cours de fermeture, avec d'autres mines prévues pour 2018. Les ressources minières sont déjà suffisamment taxées et n'offriraient pas de revenus stables puisque leur durée de vie est connue. »* Direction nationale de la géologie et des mines (DNGM)

Bien que le potentiel minier soit jugé considérable au Mali, la taxation du secteur des mines ne fait pas partie des propositions retenues après analyse par les consultants. Ces derniers concluent en effet que *« la proposition d'une taxe supplémentaire sur les ressources minières paraît difficile. Pendant la période de validité des titres miniers, les assiettes et les taux des impôts et taxes demeureront les mêmes qu'à la date de délivrance de ces titres. Aucune nouvelle taxe ou imposition de quelque nature que ce soit ne sera applicable au titulaire ou bénéficiaire pendant cette période. Seuls valent les droits, taxes et redevances minières en cours et ceux qui pourraient être édictés par les organisations internationales dont le Mali est membre. De plus, il existe un manque de transparence sur les taxes payées par ces entreprises et sur les quantités effectivement extraites. Ce manque de transparence pose un problème de responsabilité de la part des décideurs envers leur population. »*<sup>68</sup>

Cette conclusion et les débats qu'elle a suscités, font ressortir deux constats :

- L'impossibilité pour les consultants de réunir des données fiables sur le secteur des mines
- Une grande résignation de la part des commanditaires de l'étude, peu surpris de cette fin de non-recevoir.

---

<sup>67</sup> Le financement de la santé au Mali à travers les sources de financement innovantes Rapport Final. Mariame TRAORE et Nouria BRIKCI (OPM), 08 Juin 2016, p 28

<sup>68</sup> p 29

*« Les mines comme source de financement, c'est compliqué. Il faudrait revoir les conventions et ce n'est pas facile. De plus, les mines interviennent dans la santé mais au niveau local. Il faudrait voir comme cela peut être transféré au niveau central. »* ex MSAH et MSHP, octobre 2018

*« Comme source de financement, Il y a aussi le secteur minier, tout le monde sait qu'il y a de l'argent là-bas. Mais on en fait un sujet tabou. »* cadre MSHP, novembre 18

*« Le financement par les mines n'est jamais évoqué, bien que cela soit un secteur lucratif. Il y a des contrats, et il est impossible d'en tirer quelque chose de plus au niveau national. D'ailleurs, les mines font partie des acteurs qui étaient contre l'AMO. Le personnel était assujéti au régime de protection contre la maladie que proposait l'INPS avec 2% de prélèvement pour les employeurs et rien pour les salariés. En outre, les miniers investissent beaucoup d'argent dans des infirmeries des mines, avec un plateau technique renforcé, un financement géré par l'INPS pour les ravitailler en médicaments. Personne n'a intérêt à ce que le système arrête, et du coup, le secteur des mines est un des deux seuls secteurs économiques avec les banques, à ne pas être encore dans l'AMO. Il reste hors la loi. »* Cadre MSAH, septembre 2018

*« Les lobbyings sont très forts dans ce secteur. Les compagnies minières qui viennent ici, ces énormes compagnies, c'est des firmes internationales. Ils sont beaucoup moins faciles à manipuler que les banques qui sont là même si les banques sont aussi une association assez solide. Moi je ne suis pas tout à fait au parfum mais je sais que même au niveau du ministère des Finances, on vous brandira le fait qu'il y a des choses qui sont prélevées déjà, donc il ne faudrait pas écraser ce secteur... »* Cadre MSAH, novembre 18

*« Les mines ??? ...rires...Ce n'est pas facile, il faut rentrer dans des négociations terribles avec ces sociétés. C'est envisageable mais avec une forte volonté politique. Le potentiel réel est énorme, sans compter le système d'orpaillage qui échappe largement à l'état. »* MEF, budget, décembre 18

*« Lors des entretiens, j'ai juste entendu dire que les mines étaient déjà à leur plafonds et qu'ils ont des accords fixés incontournables, inchangeables. Sans compter qu'elles font déjà beaucoup localement. Il y a l'exemple de la mine de Morila qui va fermer et qui finance des AGR pour ses employés. »* Chercheur, novembre 18

*« Concernant les mines, le problème, c'est d'arriver à les convaincre. Il n'y a rien comme réflexion à ce sujet, ni sur rien d'ailleurs....les mines ne sont jamais abordées... »* PTF, octobre 18

*« Les mines comme source de financement ? C'est d'un intérêt évident pour le sujet de l'étude mais tout ce qui met en jeu des intérêts internationaux, est très difficile. C'est l'économiste qui parle...cela dépasse le Mali...qui d'ailleurs ne produit pas assez pour pouvoir faire pression, on n'est pas l'Afrique du sud »* MSHP, décembre 18

Plus qu'un impensé, mobiliser l'argent du secteur minier demeure aujourd'hui impensable dans l'état actuel de la gestion des finances publiques. Il semble ainsi que l'AMV (Vision minière africaine) adoptée depuis quelques années par le Mali, n'a pas induit de grands changements dans la gestion du secteur et la perception que les acteurs nationaux en ont. Pour les cadres des secteurs social et sanitaire, et en l'absence d'une collaboration étroite avec le ministère de Finances et une volonté politique forte, il n'est pas envisageable de compter sur les ressources générées par le secteur minier.

### 3.3.3 Les performances réelles du secteur minier invitent à questionner de manière plus incisive son éventuelle contribution pour financer les secteurs sociaux

Ces dernières années, les études se multiplient concernant la fiscalité du secteur et elles font ressortir tour à tour le potentiel du secteur en matière de ressources fiscales, le manque de transparence dans la gestion du secteur, et un manque à gagner important pour l'Etat malien en termes de fiscalité du fait de la corruption.

« Le risque de fausses déclarations, fraude et évasion fiscale dans la production, transport et commerce de l'or dans les trois pays objets de l'étude est réel. Cela est surtout dû à l'absence de statistiques fiables sur la production d'or artisanal, et à la haute valeur de l'or, qui en facilite le transport et l'exportation en fraude, notamment vers les pays limitrophes où les taxes à l'exportation sont moindres. En principe, le taux de la taxe sur les exportations d'or dans la plupart des pays producteurs ouest africains est fixé entre 3 à 5 % de la valeur du cours mondial. Dans la réalité chaque État applique un calcul différent de l'assiette imposable, ce qui évidemment se répercute sur les montants effectifs à payer lors de l'exploration (Laporte, 2017). Le Mali par exemple, a longuement imposé une taxe de 3 % non sur la valeur de marché de l'or (20,9 millions de FCFA le kilo pour l'or pur à 92 %), mais sur une valeur fixée à 5,5 millions de FCFA le kilo (appelée « valeur mercuriale »), ce qui résultait en une taxation de 165 000 FCFA (251 euros) le kilo exporté (3 % de 5,5 millions de FCFA), au lieu de celle attendue de 627 000 FCFA (955 euros); de ce fait le Mali était devenu la plaque tournante du commerce de l'or en provenance de toute la sous-région, comme indiqué dans un rapport d'enquête publié en 2017 (Martin et Helbig de Balzac 2017). En dépit de cette taxation généreuse, comme indiqué précédemment, seules 4 tonnes d'or artisanal passent chaque année par le circuit légal au Mali. »<sup>69</sup> Selon la même étude, « l'attribution de titres miniers comme couverture pour l'achat d'or est rendue possible car les dispositions du Code Minier qui prévoient le retrait des titres en cas de non-exécution des travaux ne sont pas respectées sur le terrain (entretien avec la FNOM, 2018).<sup>70</sup>

En 2018, un article portant sur **les exonérations fiscales dans le secteur minier au Mali**<sup>71</sup>, dénonce « un manque à gagner de plusieurs milliards de francs CFA par an pour l'Etat malien. Le Mali est le 4e producteur Africain d'or et exploite à moindre échelle d'autres minerais tels que le diamant, la bauxite, le phosphate, le fer, l'uranium et le manganèse. Le secteur minier a contribué directement et indirectement pour 21,6 % aux recettes fiscales de l'État (3,28% du PIB) en 2011 et représente ainsi un enjeu essentiel de mobilisation des recettes domestiques. Cependant, la société civile souligne que « l'or ne brille pas pour tous les Maliens » en raison des nombreuses exonérations fiscales dont bénéficient les industries extractives. L'Initiative sur la Transparence des Industries Extractives (ITIE), dont le Mali est membre depuis 2007, pointe du doigt les exonérations de TVA, droits de douanes et autres taxes directes et indirectes prévues dans les codes miniers pour les entreprises titulaires de permis de recherche ou d'exploitation des mines. Par ailleurs, le FMI critique les clauses de stabilité « excessivement généreuses », fixées à 30 ans par les codes miniers (1991, 1999, 2012) alors que les durées de vie des mines d'or sont en général de 10 ans. La Coalition Publiez Ce Que Vous Payez

<sup>69</sup> L'or à la croisée des chemins : Étude d'évaluation des chaînes d'approvisionnement en or produit au Burkina Faso, au Mali et au Niger, Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), 2018, p 28

<sup>70</sup> Idem, p 30

<sup>71</sup> Jeune Afrique, Mali : un rapport conteste les exonérations accordées aux miniers, 18 avril 2016 : <http://www.jeuneafrique.com/318760/economie/mali-rapport-conteste-exonerations-accordees-aux-miniers/> (consulté le 24 mai 2017).

(CPCQVP) Mali dénonce la baisse du taux d'imposition qui régit ces contrats, passant de 45% en 1991 à 30% depuis l'adoption du code minier de 2012. Selon un rapport de PCQVP l'ensemble des exonérations fiscales représentent un manque à gagner de plusieurs milliards de francs CFA par an. »

Enfin, une étude sur la fiscalité internationale (essentiellement les questions transferts de profits des sociétés minières à l'étranger) et foncière réalisée en février 2019 par le FMI dans le cadre d'une mission d'assistance technique, nous a été communiquée par le bureau du FMI au Mali et doit être rendue publique dans les semaines à venir. Elle montre que l'Etat a un potentiel fiscal important à dégager et qu'il doit travailler à mobiliser ces recettes, notamment dans le secteur minier. Cf annexe 1

Le FMI s'engage à les accompagner dans la perspective d'améliorer la collecte des recettes et de mieux taxer le secteur minier.<sup>72</sup>

D'une manière générale, les PTF pensent que l'APD (l'aide publique au développement) constitue un levier essentiel pour collecter plus de ressources domestiques au Mali<sup>73</sup>. L'approche qu'ils privilégient pour soutenir le Gouvernement malien dans la mobilisation de quantités plus importantes de ressources domestiques repose sur la promotion de deux politiques fiscales prioritaires : d'une part, l'élargissement de l'assiette fiscale et, d'autre part, la lutte contre les exonérations fiscales. L'aide publique au développement (APD) est alors un levier fondamental pour mettre en oeuvre ces politiques fiscales à travers un ensemble d'outils allant de l'assistance technique pour les administrations fiscales maliennes à la mise en place de critères spécifiques de décaissements de l'appui budgétaire. Il est également indispensable de soutenir une meilleure affectation des ressources domestiques vers les secteurs sociaux de base et de renforcer les organismes de contrôles et les contre-pouvoirs pour une meilleure redevabilité<sup>74</sup>

### 3.3.4 Une nouvelle étude en perspective pour répondre à ce questionnement central

A ce jour, le besoin de financement du RAMU n'a toujours pas été réévalué et cette question délicate doit être traitée dans le cadre de l'étude sur le financement du RAMU au Mali, attribuée à un bureau d'étude ivoirien, et dont la réalisation est prévue en 2019. Les 19 sous-objectifs de cette étude<sup>75</sup>, sont les suivants :

1. Exploiter les dispositifs institutionnels en vue de proposer un cadre de gestion unifiée et inclusive, en évitant les oppositions, les doubles emplois ou la mise en concurrence des différents systèmes ;
2. Connaître la structure des coûts des « prestations admissibles » au régime de couverture maladie universelle ;
3. Evaluer le coût de la couverture maladie universelle ;
4. Dégager le niveau de contribution et d'équilibre par système de tiers payant (AMO, RAMED, Mutuelles, Gratuits) ;

<sup>72</sup> Fiscalité internationale et fiscalité foncière, Mali. G Rota-Graziosi et M. Ben Brahim, FMI, rapport technique, février 2019

<sup>73</sup> Mobiliser les ressources domestiques au service des plus pauvres au Mali. Quel rôle pour l'aide publique au développement française, Note d'analyse OXFAM France/OXFAM au Mali, décembre 17

<sup>74</sup> Mobiliser les ressources domestiques au service des plus pauvres au Mali. Quel rôle pour l'aide publique au développement française, Note d'analyse OXFAM France/OXFAM au Mali, décembre 17

<sup>75</sup> TDR de l'étude sur le financement du RAMU au Mali, Novembre 2016

5. Estimer le besoin de financement global et par catégorie de Régime ;
6. Estimer le niveau de cotisation par catégorie assujettie permettant l'équilibre global du Régime ;
7. Définir les modalités de prise en charge de certaines catégories d'assujettis, notamment le personnel diplomatique ;
8. Proposer les modalités d'une articulation pertinente dans la gestion du RAMU et la branche « Accidents du travail et Maladies Professionnelles » de l'INPS et de la CMSS ;
9. Définir les modalités efficaces d'une affiliation des assujettis de l'actuel « Régime d'Assurance volontaire de l'INPS » au RAMU ;
10. Etablir les modalités de tarification des prestations pour les cliniques, cabinets et autres établissements de soins privés ;
11. Estimer les charges liées aux actions de prévention dans le cadre du RAMU ;
- 12.** Analyser les modalités de financement d'un régime complémentaire géré par le RAMU en plus du régime de base de ce dernier (Couverture VIP) ;
13. Procéder à une analyse actuarielle susceptible d'assurer la pérennité du RAMU sur une dizaine d'années ;
14. Proposer des stratégies de création à grande échelle et généralisée des mutuelles ;
15. Proposer des stratégies /mesures incitatives d'adhésion aux mutuelles de santé, adaptées aux secteurs agricole et informel ;
16. Définir les modalités de mobilisations des financements pour les systèmes contributif et non contributif ;
17. Evaluer le niveau de la couverture maladie par les mutuelles de santé ;
18. Proposer des stratégies de pérennisation des structures mutualistes ;
19. Définir les modalités de mise en place d'un fonds de soutien du RAMU.

L'implication pleine et entière du ministère des Finances et une volonté politique sans faille, s'imposent pour identifier les sources de financement mobilisables.

*« Concernant les pistes identifiées par l'étude sur les financements innovants, il n'y a rien de nouveau. Il existe certainement des marges au niveau du ministère des Finances puisqu'on sait que le taux de pression fiscale au Mali est inférieur à ce qui est autorisé dans l'espace UEMOA. Mais le ministère des Finances n'aime pas trop parler de cela, de nouvelles taxes, de peur de faire fuir les investisseurs. Or dans la situation actuelle du Mali, beaucoup d'autres choses éloignent les investisseurs !!! En fait cette question dépasse complètement la santé. C'est vers une réforme structurelle de l'économie malienne qu'il faut aller, fichiers des contribuables, cartographie, revenus disponibles à taxer, formaliser l'informel... il n'y a pas de piste miracle, il faut une réforme pour mieux connaître le contribuable et sa capacité à contribuer. Par ailleurs, s'il existe une possibilité d'augmenter les ressources fiscales, le ministère des Finances va chercher en priorité à combler son gap, son déficit budgétaire pour faire plaisir au FMI. Pas évident donc qu'il accepte que cela soit consacré à la santé. C'est une option de politique du pays. » Chercheur, décembre 2018*



### 3.4 Un climat de compétition institutionnelle et financière préjudiciable à l'opérationnalisation du RAMU

#### 3.4.1 La concrétisation du RAMU : un aboutissement de la logique d'émancipation du domaine social

L'historique socio sanitaire que nous avons retracé dans la première partie de ce document pour éclairer la situation actuelle, fait ressortir l'histoire complexe et imbriquée des deux domaines de la santé et de la solidarité au Mali, et la dépendance dans laquelle le social a été maintenu très longtemps, dans le cadre du PRODESS, avec des activités largement subordonnées aux besoins exprimés par la santé, à savoir la sensibilisation autour des associations de santé communautaires.

*« Je pense que les gens font énormément de confusion, confusion dû souvent à notre petite histoire qui a fait que le ministère de la Santé a toujours été, et c'est compréhensible, le ministère central. Pour nous, la santé est un risque social, on raisonne comme ça. Mais l'histoire en a fait surtout une affaire de la profession médicale. Toute la dimension sociale est restée, si tu veux, une petite annexe au service de la santé. »* cadre MSAH, novembre 18

Le Ministère puis le département de la santé a exercé une longue tutelle sur le développement social, d'abord institutionnelle jusqu'en 2000 (un seul ministère pour les deux secteurs), puis financière dans le cadre du financement PRODESS, et enfin symbolique (les professionnels de santé se considèrent seuls légitimes pour aborder tout ce qui a trait à la santé).

L'émancipation du domaine social, d'abord institutionnelle avec la création du ministère de la solidarité en 2000, puis technique avec la définition d'une politique sociale pour le Mali (2002), se concrétise par l'instauration de l'AMO et du Ramed en 2009. L'émancipation financière s'ébauche avec un partage des financements du PRODESS selon une clef de répartition encore largement favorable au financement de l'offre de santé lors des premiers PRODESS. Le financement complètement autonome du processus d'opérationnalisation du RAMU grâce à la contribution des organismes tels que la CANAM, l'ANAM, l'INPS, entérine cette indépendance financière.

Dans ce contexte, un consensus ambigu s'est finalement imposé au Mali autour de la nécessité de reconsidérer la question de financement de la santé. Par consensus ambigu, nous entendons *« une mesure qui paraît faire consensus mais n'est pas nécessairement le fait d'un accord clair entre tous les acteurs sur les buts assignés au dispositif. Des acteurs n'ayant pas la même vision du monde réussissent à trouver un terrain d'entente sur une mesure parce que subsiste une ambiguïté sur les buts ou les résultats escomptés permettant finalement à chaque acteur de trouver une interprétation acceptable pour lui. »*<sup>76</sup>

La période actuelle est caractérisée par la concrétisation des ambitions de l'Etat en matière de protection sociale contre la maladie. Un premier pas a été franchi et il est attendu en 2019, et de manière plus réaliste en 2020, une orientation décisive de la politique de financement de la santé au Mali avec la formulation du RAMU, dans toute son acceptation.

La concrétisation des nouveaux principes de financement de la santé, qui laisse de moins en moins de part aux doutes et aux interprétations, entraîne très naturellement un certain durcissement des positions, une manifestation plus tangible des oppositions au projet. Il est clair que la période à venir,

---

<sup>76</sup> ?????

avec l'élaboration des décrets et les discussions que cela va engendrer, va cristalliser de manière encore plus perceptible, les tensions sous-jacentes.

Mais elles s'expriment déjà, même si c'est souvent de manière officieuse et plus insidieuse. De l'avis général, le climat de compétition autour d'enjeux institutionnel et financier, constituent aujourd'hui le principal frein à la mise en œuvre de la réforme.

*« Quand les deux ministères étaient ensemble, il n'y avait pas autant de problème. Maintenant il y a deux camps et le camp du développement social longtemps bâillonné par le ministère de la Santé veut maintenant des structures séparées, une indépendance...il faut changer cette philosophie de rébellion. On a commencé à insuffler un autre esprit dans la santé, ouvrir le secteur à des non médecins, le ministre, les directeurs d'hôpitaux maintenant sont souvent des administrateurs. Il faut continuer à faire avancer cette philosophie. » PTF*

*« Il y a surtout un manque de volonté politique, un manque de leadership entre les deux ministères. Tout le problème est là, et c'est ce qui explique grandement le retard. On a éclaté le ministère de la Santé pour placer des gens car avant tout était dans un seul, avec un PRODESS en 4 axes dont le financement alternatif. Avec le partage des ministères, on a deux départements qui ne se parlent pas et ne coordonnent pas les choses. Les ministres de santé successifs se sentent déresponsabilisés par rapport à cela, malgré mon insistance pour qu'ils se sentent impliqués. » PTF, décembre 18*

### **3.4.2 Une compétition institutionnelle souterraine autour de la tutelle du RAMU**

Le RAMU relève de la tutelle du ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire, ce que défendent les cadres de ce département, conscients que leur légitimité à assumer ce rôle leur est contestée par le département de la Santé, notamment.

*« Rares sont les gens qui se posent la question de savoir si mettre en place des infrastructures de santé, un plateau technique efficient, du bon personnel et médicaments, cela suffit pour que les gens puissent accéder à ces services. Cette question n'est jamais posée, et quand les gens la posent, ils pensent que ceux qui s'occupent de santé peuvent régler aussi l'autre question. A mon avis ce n'est pas tout à fait vrai. De par les missions que le gouvernement a assignées au niveau des différents départements, la problématique de l'offre de service est assumée par le ministère en charge de la santé. Qu'il y ait des infrastructures, qu'il y ait du personnel, qu'il y ait des médicaments, qu'il y ait une qualité de prise en charge, personne ne peut discuter cette compétence, cette prérogative au ministère de la Santé. Mais ça ne suffit pas si on veut une politique complète. Toute la problématique de la demande sociale relativement à l'accès à ces infrastructures et ces prestations, c'est pris en charge par un autre département qui est celui de la solidarité parce que l'accès aux soins de santé en organisant ou en enlevant la barrière financière, c'est une problématique de protection sociale. Donc cette dimension de la question qui complète l'autre est assumée par un ministère et ce sont ces missions qui lui sont assignées. Maintenant les gens sur le terrain se disent... bon parce que tout simplement la problématique même du travail social a été toujours si vous voulez une problématique annexe. Il faut qu'on évolue. La problématique de la sécurité sociale, la protection sociale, pour ce qui concerne le risque maladie, est forcément lié à la disponibilité des services de santé mais ça ne veut pas dire qu'il faut les confondre. Et ça ne veut surtout pas dire qu'il faudrait qu'en tant que travaillant dans le domaine de la santé, on soit amené à offrir les services de santé et à acheter les services*

*de santé. Donc cette confusion au niveau de beaucoup de personnel, ça existe. » Groupe d'expert, cadre MSAH, novembre 18*

*« Il y a fortement cette envie qui est là qui voudrait que l'assurance maladie soit gérée par le ministère de la Santé. D'autres pays font comme ça. C'est peut enlever aussi l'assurance maladie de champ vaste de la protection sociale et que pour nous ce n'est vraiment pas une bonne chose. Au lieu de voir seulement l'assurance maladie il faut voir le champ de la protection sociale et qu'on réfléchisse de cette façon comment promouvoir la protection sociale dans son ensemble comment faire jouer les différentes branches entre elles ? Je pense que si on voit la chose de cette façon, qu'on voit en termes de sécurité sociale au lieu de se limiter à l'aspect assurance maladie seulement. » membre groupe expert, relevant du MSAH*

Les cadres du ministère de la Santé ne remettent pas en cause officiellement la tutelle du ministère de la Solidarité sur le RAMU mais pensent qu'il serait plus rationnel et efficace de piloter ensemble l'offre et la demande, ce qui ne peut se faire que par le ministère de la Santé, seul habilité à gérer le volet offre. Les recommandations internationales, selon lesquelles l'offre et la demande doivent se développer en harmonie, constituent pour l'heure leur argumentaire officiel. Les partenaires ne semblent pas toujours perçus comme neutres dans le débat concernant la tutelle du RAMU.

*« Dans les divergences autour de l'approche offre/demande, l'OMS est porté sur le ministère de la Santé » membre comité d'expert, MSAH*

*« Concernant la récupération de ce dossier protection sociale par la santé, plusieurs partenaires sont en faveur de ça : l'OMS, l'UNICEF... ils pensent que cela ne peut pas marcher sans que l'offre et la demande n'aillent ensemble et si ce n'est pas la santé, personne ne peut gérer ensemble l'offre et la demande... il y a eu un atelier en 2014, et PTF et santé étaient plutôt favorables au fait qu'étude et processus soient conduits par la CPS, contre les gens du MSAH, très minoritaires et refusant cette option, assez frustrés même. » Cadre MSAH, membre du groupe d'expert, novembre 18*

De l'avis général, le montage actuel ne fonctionne pas, malgré certaines dispositions prises (faire signer les arrêtés par les deux ministres par exemple) et, de l'avis unanime, cela constitue un des principaux facteurs de blocage du processus d'élaboration du RAMU.

*« On a quand même beaucoup d'arrêtés interministériels signés par les deux ministres. Pour qu'on ne dise pas que ça vient seulement du développement social, le gouvernement a voulu que ce soit les deux ministres qui signent. » Membre comité d'expert, MSAH*

*« Ce n'est pas en termes de résultats que les gens voient les choses, c'est plutôt en fonction de querelles de personne, des querelles d'intérêt autour des moyens à mettre en œuvre pour l'atteinte des résultats. Certains pensent aujourd'hui que le processus traine parce qu'il y a des oppositions (ministère santé, OMS). Si on ramène le RAMU à la Santé, cela va susciter beaucoup de conflits. En fait il faut impliquer tout le monde chaque fois qu'il y a des décisions à prendre. » Membre groupe expert, relevant du MSAH, décembre 18*

Au-delà des tensions qui s'expriment autour de la tutelle du RAMU, entre les deux ministères, il semble également qu'une compétition se soit installée entre les deux ministres. Nous avons vu que l'arrivée du ministre actuel de la solidarité en 2013, a modifié singulièrement le rapport de force et qu'il a réussi à s'imposer et imposer ses vues concernant le RAMU. Depuis sa nomination en 2017, le ministre de la Santé<sup>77</sup>, qui dispose également de relations privilégiées avec le Président de la république, tente de reprendre la main sur le dossier Couverture santé universelle. Et tout dernièrement, il semble avoir marqué des points avec l'annonce présidentielle d'une gratuité des soins, dans le cadre de la réforme du système de santé.

*« Les gens de la santé n'ont pas une bonne vision, ils veulent qu'on leur rattache tout.. « ça relève de moi », les africains tiennent beaucoup à cela. Et si cela ne relève pas de moi, je ne trouve aucun moyen de travailler dans ce cadre. » Cadre MSAH, décembre 18*

*« Le ministre de la Solidarité est plus coté actuellement sur le plan politique, les gens ont peur de lui. Cela représente une vraie pesanteur de leadership politique. » PTF décembre 18*

*« La santé est en train de montrer que techniquement, ils assurent plus. Le nouveau ministre peut jouer sur sa réputation de bon technicien pour convaincre... tant que le ministre actuel de la Solidarité est là, rien ne va changer mais après, c'est bien possible qu'ils parviennent à leurs fins. » Cadre MSAH, décembre 18*

Bien conscients du déficit conséquent de collaboration inter ministérielle qui découle de cette situation, certaines voix s'élèvent pour proposer une modification du montage institutionnelle avec un déplacement de la tutelle, non pas au ministère de la Santé (ce changement serait source de trop lourdes tensions et sans doute même de blocages) mais à un niveau plus neutre ou plus consensuel (CPS, primature, etc.).

*« Pour piloter le dispositif, il faudrait un cadre de concertation comme le PRODESS. » Cadre MSHP*

*« Lors de la préparation du PRODESS, on a fait des propositions dans le sens de la coordination de renforcement du PRODESS, avec la CPS comme noyau central ; mais il faut aller vers la relecture du cadre organique actuel de la CPS qui est complètement obsolète et pas efficace pour faire la coordination. Cela permettrait aux différents ministères du PRODESS de mieux se reconnaître. On pourrait avoir des propositions fédératrices à ce moment-là. » PTF, décembre 18*

*« Nous avons un problème de gouvernance, lié à des questions de personnes aussi. Le RAMU dépend en fait de trois ministères sans qu'il y ait un niveau supra, et cela pose problème. Un ministre ne peut pas demander des comptes à un autre ministre, du même niveau que lui. C'est celui qui est en charge du dossier qui doit informer les autres, les impliquer. Ce qu'il ne souhaite pas toujours faire pour garder la main sur le dossier. Or, depuis longtemps, plus personne ne suit ce dossier à la primature. Il faut dire qu'il y a eu cinq premiers ministres en 5 ans et que les dossiers de passation ne se font pas dans les règles ; certains quittent avec beaucoup de frustrations et avec toutes leurs informations, sans aucun souci de coopération. Dans le domaine de la Santé, le Secrétaire Général a aussi changé trois fois. Comme structure de pilotage, on a pensé à la CPS puisqu'elle dépend des trois ministères du PRODESS. L'Idéal, ce serait la primature*

---

<sup>77</sup> en poste jusqu'en mai 2019. Depuis mai 2019, un nouveau ministre de la Santé a été nommé, M. Sidibé.

*si le premier ministre en fait son problème. Ce qui est sûr, c'est que la configuration actuelle n'est pas bonne. Le document produit par le département des ressources humaines montre que les ressources les plus qualifiées sont toutes au ministère de la Santé. Par ailleurs, les ministres n'ont pas le même poids, pas le même pouvoir. Le ministre de la Solidarité est là depuis longtemps, depuis toujours et c'est un proche de la présidence. En tout cas, il n'utilise pas cette proximité pour faire bouger le RAMU. Il faut qu'un homme au plus haut niveau en fasse son problème, prenne le dossier, si c'est le nouveau premier ministre, ce serait très bien.»* chercheur, décembre 18

*« La solution pour la gouvernance du processus, son pilotage ? Les gens évoquent souvent une instance supra ministérielle mais je pense qu'il faudrait plutôt un bon leadership par un ministre. A la primature, on va confier ce dossier à un conseiller technique qui va être débordé. Il y a trop d'urgences autour des questions de sécurité. La CPS, ce n'est pas non plus une bonne idée car c'est en dessous du ministère de la Solidarité. Le cabinet du ministre de la Solidarité peut bien gérer.»* Cadre Ministère de l'économie et des finances

Le ministère de l'Economie et des Finances reste relativement en marge du processus, et s'en plaint d'ailleurs, et son intervention se limite trop souvent, en fin de processus, au moment de l'arbitrage budgétaire. Cet arbitrage ne se fait pas toujours selon des considérations techniquement acceptables, faut sans doute d'avoir été impliqué plus sérieusement pendant les phases de réflexion et formulation des propositions. En 2019, c'est sur le budget alloué au ministère de la Santé pour le financement des gratuités qu'il a ponctionné pour faire face à la demande budgétaire du ministère de la Solidarité pour le financement 2019 de l'opérationnalisation du RAMU (sous prétexte que les gratuités doivent basculer dans le RAMU). De telles décisions ne sont pas de nature à améliorer les relations entre les deux ministères concernés.

### **3.4.3 Une compétition plus ouverte autour de l'accès aux financements de la santé**

Pour le ministère de la Solidarité, porteur du dossier, la nouvelle stratégie de financement de la santé est imposée par les faibles résultats enregistrés jusque-là. Il faut renouveler l'approche pour faciliter l'accès aux soins des populations.

A l'inverse, certains cadres du ministère de la Santé que nous avons rencontrés, et pour certains membres du comité d'expert, persistent à privilégier le renforcement de l'offre à l'organisation de la demande. *« Il faut rendre l'offre de santé attractive et les usagers s'organiseront d'eux-mêmes en mutuelle »*. Ce discours est assez récurrent dans les couloirs du ministère de la santé, mais les alternatives pas toujours très clairement formulées.

*« Moi j'ai une autre vision, peut être un rêve : pourquoi ne pas partir sur la situation inverse : dans chaque aire de santé, avec les Asaco, on peut évaluer les besoins pour satisfaire les attentes de la population dans tous les domaines, et l'état peut compenser le déficit via le Ramu, le principe de FBR devrait permettre de venir compléter le gap financier. Sinon, si les structures ne sont pas en mesure de fournir les prestations, cela va décourager les gens. »* Membre du groupe d'expert, MSHP,

Les cadres du ministère de la Santé que nous avons rencontré pensent en outre que le RAMU, et au préalable l'AMO, constitue une opportunité de financement du renforcement de l'offre non concrétisé, alors que la qualité des soins est indispensable pour la réussite des dispositifs de protection

sociale. Et qu'une insatisfaction des professionnels de santé, leur faible implication, ne peut qu'avoir des conséquences néfastes sur l'avenir du RAMU.

*« Ils (la CANAM et autres caisses de sécurité sociale) ont aujourd'hui beaucoup plus d'argent que la santé mais ils refusent d'appuyer l'offre avec ça. Le lien entre l'offre et la demande, il faut travailler là-dessus. S'il y a de l'argent dans la demande, on doit financer l'offre. Ici ce sont deux départements mais en France c'est un seul qui gère tout. Dans les journaux, j'ai vu hier que la CANAM se porte très, très, bien. Or aujourd'hui, se pose partout le problème de la qualité des soins. Actuellement il y a un fossé, avec les gens de la santé qui disent, « je prescris des spécialités, ils vont rembourser, il y a de l'argent là-bas »...or il ne faut pas oublier la part quand même payé par les populations...cela ne doit pas se faire mais cela se fait, ce n'est pas du tout rationnel...C'est la même chose pour les examens médicaux qui sont demandés... en plus les privés peuvent être remboursés par la CANAM alors qu'on ne devrait pas autoriser cela pendant que des hôpitaux n'ont rien. » Membre comité d'expert, MSHP, décembre 18*

*« L'offre est quand même prépondérante, il faut amener les médecins et autres à adhérer à cette politique sans quoi ils vont la couler en prescrivant à tort et à travers. Les médecins, surtout les grands professeurs, n'aiment pas être contraints mais il faut leur expliquer pour qu'ils participent...Ils ont développé tout cela, Canam et autres, sans associer la santé, sans communication. Or des discussions sur l'offre sont prépondérantes. » PTF, décembre 18*

Ils contestent ainsi le fait que le budget de la Santé soit alloué au renforcement de la demande, et en particulier au large subventionnement de la mutualité par l'Etat.

La question du transfert des gratuités illustre bien cette compétition dans l'accès aux financements. L'intégration des gratuités dans le RAMU est un principe établi depuis longtemps, visant à créer des passerelles entre les différents mécanismes existants, pour rationaliser l'utilisation des ressources. Le transfert des gratuités fait néanmoins débat. Le ministère de la Santé souhaite les conserver, au moins toutes celles qui ne sont pas exclusivement financées sur le budget de l'Etat. De fait la plupart dépendent de financements internationaux dont les bailleurs refuseraient de verser leurs fonds dans des caisses de sécurité sociale, pour mieux contrôler leur utilisation.

*« Bon, cette question de transfert progressif des gratuités, je crois que ça été recommandé par les instances du PRODESS, le comité de suivi la recommandé. Et dans les documents de politique aujourd'hui, la stratégie de financement, ça fait partie d'un axe important que l'assurance universelle puisse prendre en compte ces éléments de gratuité. Maintenant, on n'a pas défini les types de gratuités qui devront en tout cas basculer. En ce moment, c'est des subventions qui seront allouées au régime d'assurance, quitte à mieux rentabiliser ces ressources. Donc l'Etat, au lieu de mettre à disposition de la Santé un fonds pour l'acquisition des intrants et le remboursement des actes posés, va allouer ces ressources au ministère de la Solidarité. Il y a le système d'assurance pour maintenant payer l'acte établi. Il y a toutes les chances pour qu'une bonne partie des gratuités bascule. » cadre MSAH*

*« Il y a une adhésion générale aujourd'hui au RAMU. Le problème qui soulève des débats, c'est l'intégration des gratuités. Les avis sont partagés, certains pensent qu'il faut aller progressivement et par étape et par gratuité... il est difficile par exemple de mettre la vaccination dans l'AMO » chercheur, novembre 18*

*« Concernant l'intégration des gratuités dans le RAMU, je ne suis pas contre mais il y a des études préalables à faire. Ce qui est sûr, c'est que les PTF qui financent ces gratuités vont se retirer si elles sont inscrites dans le programme de l'état. L'USAID qui gère par exemple les moustiquaires ne voudra jamais que la gestion soit assurée par l'état, pour le moment ils passent par des ONG internationales. Et puis chaque gratuité a son mode de financement, ses modalités, ce n'est pas facile...C'est tout cela que l'étude doit nous montrer...»* Membre comité d'expert, MSHP

Une étude sur le transfert des gratuités a été demandée par le groupe d'expert. La version provisoire du rapport<sup>78</sup> vient d'être diffusée. Les consultants dressent un bilan législatif des gratuités existantes, de leur impact, de leur coût (incomplet souvent par manque de données consolidées) mais le transfert est très peu étudié : pas d'analyse des problèmes, des avantages et inconvénients mais une recommandation centrale : tester le transfert à partir de la gratuité des césariennes qui est la seule gratuité financée complètement sur le budget d'état et voir pour les autres sur la base de cette expérience. Il n'est pas évident que cette étude permette de faire avancer la question.

Sur le plan international, l'appui financier pour la mise en œuvre du RAMU reste tout à fait dérisoire et le positionnement des partenaires plutôt attentiste qu'engagé. Dans le secteur santé, la plupart préfèrent encore soutenir l'offre de santé, à l'image de la Banque Mondiale, avec Le Mécanisme de financement mondial (GFF). L'appui du GFF au Mali « permettra d'opérationnaliser la réforme du système de santé<sup>79</sup> notamment les actions prioritaires en faveur de la santé maternelle et infantile ainsi que la stratégie de financement du secteur de la santé basée sur la couverture maladie universelle ainsi que le financement basé sur les résultats. »<sup>80</sup>

### **3.5 Le manque de cohérence dans l'engagement politique au plus haut niveau de l'Etat et le déficit budgétaire enregistré par le Mali depuis 2018, attisent les tensions**

Nous l'avons vu, le contexte national est peu propice à la mise en œuvre d'une réforme sociale de cette importance. Les ressources de l'Etat sont rares (on peut presque parler de faillite de l'Etat après l'échéance électorale de 2018), et les fonctions régaliennes de l'Etat les accaparent largement (défense nationale notamment). Dans ce contexte, la compétition entre secteurs sociaux pour l'accès à ces ressources est exacerbée.

#### **3.5.1 Le RAMU, une priorité officielle**

Cette réforme dispose potentiellement de tous les éléments pour être considérée comme une priorité gouvernementale, bénéficiant d'un engagement ferme et visible de l'Etat au plus haut niveau

- Le Mali a pris des engagements aux niveaux sous régional et international concernant la CSU. L'institution du régime d'assurance maladie universelle participe de l'atteinte des objectifs de développement durable de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de couverture sanitaire.

---

<sup>78</sup> Etude portant sur l'évaluation des gratuités de soins et leur transfert progressif vers le système d'assurance maladie universelle, version provisoire, Novembre 18, cabinet M2CI (management, conseil, comptabilité et informatique)

<sup>79</sup> Cette réforme s'inscrit résolument dans le renforcement de l'offre de soins et sur le plan de la demande, prévoit une large politique de gratuité pour les enfants et les personnes de plus de 60 ans.

<sup>80</sup> Plaquette de présentation du Mécanisme de financement mondial (GFF), MSHP et BM

- Elle participe aussi de la mise en œuvre du plan décennal de développement sanitaire et social, du programme de développement sanitaire et social, de la politique nationale de protection sociale et son plan d'actions 2016-2018.
- Le RAMU est un des axes du programme présidentiel et participe aussi de la mise en œuvre du plan d'actions du programme présidentiel d'urgence sociale. Cet intérêt présidentiel a été confirmé lorsque la loi instituant le RAMU est devenue une promesse électorale, conditionnant largement l'exécution de la feuille de route et son échéance de 2018.
- Le ministre en charge du dossier est un proche du président de la République et il y a tout lieu de penser qu'il dispose de ce fait d'une oreille attentive de celui-ci et d'un accueil favorable des demandes qu'il peut formuler pour renforcer ou faciliter le processus.

En dépit de cette situation a priori favorable, le positionnement de l'Etat, et de la présidence, reste ambigu, prudent dans la gestion de ce dossier et finalement assez peu cohérent.

### 3.5.2 Dans les faits, un manque de volonté et de cohérence politique

Nos interlocuteurs dénoncent la faible implication de l'Etat en termes de communication sur le RAMU, à certaines étapes importantes, et plus spécifiquement l'absence de mention de la mutualité, repensée dans le cadre du RAMU. Ceci est perçu comme un manque de courage politique pour défendre les aspects les plus novateurs de la loi.

*« Le problème, c'est que ni le ministre ni le Président n'ont parlé de mutuelles quand la loi sur le Ramu est passée, ils ont évoqué l'AMO, le Ramed, mais pas les mutuelles. Rien, et on veut aller au RAMU !!! Ils auraient pu évoquer cela et la possibilité de contraintes qui vont venir s'appliquer prochainement à ceux qui restent en dehors. Dire par exemple que la santé est un droit mais qui a des droits a aussi des devoirs. Ils n'ont rien dit parce que les élections approchaient et qu'il ne fallait pas rendre les gens mécontents. Or qui dit mutuelle, dit cotisation... »* membre groupe expert, relevant du MSAH

*« Le groupe d'expert s'est plaint du faible portage politique du RAMU ...en fait, on n'a pas formulé cela officiellement, on murmure cela entre nous. En tant que techniciens, il faut trouver les mots justes. On aurait voulu que notre ministre ou le président fasse mieux ressortir cette problématique dans leurs discours pour accompagner le processus. »* Membre groupe expert, relevant du MSAH, décembre 18

*« On avait organisé un atelier au moment de l'adoption de la loi RAMU. Le ministre avait invité beaucoup d'autres ministres et avait choisi l'hôtel MAEVA palace au lieu de la maison des aînés à cause de cela, pour que cela ait un plus grand retentissement. Mais malheureusement, il était le seul ministre présent le jour de l'atelier...peut-être parce que le même jour, le premier ministre était à l'hôtel Radisson avec certainement beaucoup de ministres qui voulaient se montrer là-bas. »* Membre groupe expert, relevant du MSAH, novembre 18

- Nous avons pu noter le faible engagement financier de l'Etat en faveur du processus d'opérationnalisation d'une réforme présentée pourtant comme enjeu global de développement.
- Il est important de noter également que le financement alloué au ministère de tutelle, que certains considèrent presque à l'agonie, par pénurie de ressources humaines et matérielles,



reste très faible. Sur le plan périphérique, les agents sont presque condamnés à l'inactivité faute de budget de fonctionnement. On ne note aucune perspective réelle d'amélioration alors même que le volet protection sociale et filets sociaux constitue à lui seul un pôle d'activités croissant.

*« Ce département va mourir si cela continue, il n'y a plus personne. Dans ma division, on a trois personnes sur sept postes prévus, et à la division filets sociaux, on a quatre personnes sur sept. Or je viens de voir que pour 2018, le ministère de la fonction publique a organisé un recrutement qui concerne tous les corps sauf le nôtre... Alors que cinq personnes partent à la retraite et que trois demandent des mutations. Je ne sais pas pourquoi. Par contre, il y a eu des recrutements, sans concours, ici à la DNPSES qui ont suscité beaucoup de murmures. C'est aussi le seul département qui n'a pas de crédits de fonctionnement, au niveau cercle. On a lutté sans succès pour ça, l'ensemble des directeurs régionaux ont même écrit pour cela.....l'année dernière, et c'était une première, une ligne budgétaire a été prévue pour le fonctionnement, à Sikasso. »* cadre MSAH, octobre 2018

Enfin, le positionnement du gouvernement vis-à-vis de l'orientation à privilégier pour atteindre la couverture universelle santé, est assez déconcertant et peu linéaire.

Dans le cadre de son appui I3S en 2016, l'AFD avait souhaité appuyer les gratuités pour aller vers la Couverture Universelle Santé et s'était heurté à un refus de la partie malienne qui avait plutôt sollicité un appui à la mutualité. Le projet PDDSS2, qui en découle, expérimente ainsi la mise en œuvre et subvention de mutuelles de cercle, tel que prévu dans le RAMU.

Pourtant, lors de l'atelier national de haut niveau de la réforme du système de santé du Mali, fin février 2019, alors que la loi sur le RAMU venait d'être votée, le président a annoncé une large politique de gratuité, applicable immédiatement et concernant les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les personnes de plus de 70 ans. A noter que cet aspect de la réforme a été improvisé et ne faisait pas partie des discussions qui ont animé le groupe de techniciens chargés de l'élaborer.

L'articulation avec le RAMU, déjà complexe à résoudre avec les gratuités antérieures rebondit ainsi. Cette annonce rend par ailleurs caduque l'étude qui vient d'être finalisée sur « l'évaluation des gratuités de soins et leur transfert progressif vers le système d'assurance maladie universelle »<sup>81</sup> puisqu'elle élargit de manière considérable le pôle des gratuités à transférer. A noter que dans ce même rapport et au moment même où il est prévu d'étendre encore les gratuités, les consultants constatent que « la pérennité des exemptions de paiement est loin d'être assurée. La persistance de dysfonctionnements majeurs dans la gestion et le financement de la politique de gratuité de soins déstabilise aujourd'hui fortement les structures sanitaires confrontées à d'importants retards de remboursement de la part de l'Etat. Cette situation pourrait à terme aboutir à une remise en cause pure et simple de la gratuité des soins au Mali. » (Résumé exécutif, p 5)

---

<sup>81</sup> L'évaluation des gratuités de soins et leur transfert progressif vers le système d'assurance maladie universelle, KSP, Rapport provisoire, novembre 18

Les gratuités qui viennent d'être annoncée sont présentées comme purement politiques, sous la pression mais avec les promesses d'appui financier de partenaires américains dont le ministre de la Santé (en poste jusqu'en mai 2019) est proche (liens familiaux et professionnels avec les EU). Certains pensent que l'objectif caché de cette annonce est de replacer le ministère de la Santé au cœur de la perspective de la couverture universelle santé, de reprendre la main en termes d'initiatives en faveur accès aux soins, de perturber le RAMU et au final, de garder les gratuités dans le giron du ministère de la Santé, en les rendant trop lourdes donc intransférables.

## Conclusions

Le Mali a fait le pari de mettre en place une nouvelle politique de financement de la santé, économiquement, techniquement et socialement ambitieuse. Nous avons retracé l'évolution lente du processus, avec depuis 2015, une accélération et la réalisation concrète, fin 2018, de deux réalisations majeures, l'adoption de la Stratégie de financement de la Santé pour la CSU et la promulgation de la loi sur le RAMU. La concrétisation d'une nouvelle politique, parce qu'elles marquent un tournant majeur, suscitent des tensions et contestations grandissantes.

En outre, ces acquis demeurent néanmoins fragiles et on est encore loin d'une politique publique opérationnalisée par un ensemble de mesures concrètes, prêtes à être mises en œuvre. Il est par conséquent bien possible que le changement de paradigme que constitue potentiellement cette réforme de financement de la santé ne débouche que sur un changement de surface (lascoumes), avant même qu'on aborde la phase de la mise en œuvre de la politique.<sup>82</sup>

L'étude plus approfondie de la période actuelle, fait ressortir certains constats qui nous paraissent conditionner, et peut-être même compromettre, l'avenir du processus. Ces constats relèvent tant de la question de l'exercice du pouvoir et des prises de décisions, que de la place des idées dans le débat.

- Un manque évident de cohérence et de volonté politique au plus haut niveau, concernant les priorités à soutenir en matière de santé dans le cadre de la CSU, avec sans doute sous-jacente, la crainte de heurter une opinion publique que rien n'a préparé jusque-là à une réforme de cette nature, présentée et perçue pourtant par l'Etat comme une source de cohésion et d'unité nationales. Un continuum dans les efforts de réforme doit être mieux assuré et assumé.
- Des tensions intra-sectorielles entre les deux ministères en charge du dossier, le ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire, et le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, qui limitent considérablement les débats constructifs autour d'idées novatrices. Ces tensions sont exacerbées par le manque de continuité et d'engagement fort de l'Etat, mais également et de manière plus insidieuse par les partenaires techniques et financier du secteur santé. Leur neutralité sur certaines options retenues et défendues par l'Etat malien est questionnée. Leur

---

<sup>82</sup> « Dans son article, Lascoumes (2006) met aussi l'accent sur un enjeu significatif pour l'analyse des trois ordres de changement en Afrique sub-saharienne: la question de la mise en œuvre des politiques. Par exemple, concernant un possible changement de paradigme, il écrit justement que « S'il n'est pas décliné en programme de politique publique et opérationnalisé par un ensemble de mesures concrètes et mises en œuvre, il n'y a qu'un changement de surface et le nouveau paradigme se dissout en écran de fumée. » (Lascoumes 2006: 417), belan présentation atelier

engagement technique et financier en faveur du RAMU reste très faible, y compris dans le cadre du PRODESS.

- Le mode de prise de décision peu consensuel et confidentiel adopté par le Ministère de tutelle, le MSAH, pour gérer ce dossier. Outre le climat de rivalité qui s'instaure entre les deux ministères du secteur, on peut déplorer également la très faible implication d'autres ministères, et notamment celui de l'Economie et des Finances dans la gestion d'un dossier dont l'avenir dépend aussi de sa soutenabilité financière, qu'il pourrait valablement contribuer à évaluer.
- Les tensions politiques et techniques entre ministères impliqués conduisent plutôt leurs cadres à s'en remettre aux conclusions d'études réalisées par des consultants, plutôt qu'à s'entendre autour de l'organisation de larges consultations nationales en vue de l'obtention d'un consensus. Nous avons noté ainsi la très faible ouverture publique des débats sur les options de fonds retenues dans la loi, options qui restent encore toutes à concrétiser à l'occasion de l'élaboration des décrets, faute d'informations suffisantes et surtout de débats d'opinions autour des principales idées novatrices dont la loi est porteuse.

Avec le renouvellement du gouvernement par le premier ministre nouvellement nommé, Boubou Cissé, une grande partie des affaires sociales (et en particulier le RAMU) reviennent à la santé dans le cadre du ministère de la Santé et des Affaires Sociales, avec comme ministre, l'ancien directeur de l'ONUSIDA, Michel Sidibé. Le ministère de la Solidarité et de la Lutte contre la Pauvreté demeure, presque sans contenu, avec comme ministre, l'ancien ministre MSAH, M. H. KONATE. Nous verrons ce que ce changement institutionnel va induire sur le processus d'opérationnalisation du RAMU et le changement de politique de financement de la santé.

### **III. LES TRANSACTIONS IMPORTANTES POUR L'ECONOMIE MALIENNE**

#### **A. Les ventes de minerais**

**23. L'industrie minière aurifère détient une place prépondérante dans l'économie malienne et est dominée par les entreprises multinationales.** Ces sociétés représentent en 2016 plus de 80% des exportations maliennes. De plus, les exonérations de droit de douanes accordés aux sociétés minières prennent une part croissante des recettes douanières totales, passant de 7,73% en 2011 à 12.04% en 2016. La principale source d'exonération est liée aux produits pétroliers. Les risques d'optimisation fiscale sont donc fortement corrélés aux pratiques des sociétés minières et aux mesures d'exonération dont elles bénéficient.

**24. La sous-évaluation du CA est une pratique de transfert de profit particulièrement dommageable non seulement pour les recettes de l'IS, mais aussi pour les redevances minières.** Les entreprises exportatrices sont davantage susceptibles de minimiser leur CA en vendant leur production à un prix de transfert significativement inférieur au prix de marché. Au Mali, il s'agit principalement des sociétés minières qui peuvent vendre le minerai qu'elles extraient auprès de sociétés liées situées à l'étranger en vue de son raffinage.

**25. Les ventes d'or sont susceptibles d'une optimisation de prix de transfert au regard de :**

- **La quantité de minerai.** La DGD et la Direction nationale de géologie et des mines (DNGM) assurent la vérification des exportations d'or et sont présents lors des pesées. Le risque d'abus est donc relativement faible. Il convient toutefois de maintenir des contrôles importants.
- **La teneur du minerai en or et en autres minerais de valeur.** Les vérifications effectuées par les différentes directions concernées reposent sur les analyses effectuées par le contribuable lui-même sur le site de la mine et sur les rapports des raffineries qui sont renvoyés au Mali. Ces supports permettent de limiter le risque d'abus, sans l'éliminer complètement. Il est recommandé de considérer le développement de capacités propres de vérification de la teneur du minerai exporté sur la base d'une analyse coût-bénéfice. Cette capacité doit permettre de taxer les minerais de valeur exportés autre que l'or.
- **Les pratiques de *hedging* ou ventes à terme.** Cette pratique consiste à comptabiliser le chiffre d'affaires des ventes de l'or à un prix différent du cours du jour. Différentes manipulations de ces techniques peuvent permettre de réduire significativement les revenus des mines. Le code minier de 1991 obligeait les sociétés à constater des produits d'exploitation valorisés à la valeur carreau mine. Toutefois, cette règle n'a pas été reprise dans les codes miniers suivants (bien qu'elle soit incluse dans la convention type du code minier de 1999). Il est donc recommandé de réintégrer une réglementation pour valoriser l'or au prix des cours du jour de l'exportation dans le code minier en cours de rédaction et de façon consistante avec la détermination de la base imposable aux redevances minières.

#### **Recommandations :**

- Développer des capacités propres de vérification de la teneur du minerai exporté sur la base d'une analyse coût-bénéfice ;
- Insérer une règle de détermination du CA des ventes de minerai dans le nouveau code minier consistante avec la détermination de la base imposable aux redevances minières.

#### **B. Les transactions financières**

**Une exposition extrême aux transactions avec les pays à fiscalité privilégiée**

**26. Les données du *Coordinated Direct Investment Survey* (CDIS) du FMI indiquent qu'une part très importante des investissements directs étrangers (IDE) à destination du Mali transite par des pays à**

**faible fiscalité.** Fin 2017, le Royaume-Uni est de loin le principal investisseur au Mali. Toutefois, ces investissements doivent plutôt être attribués aux Territoires britanniques d'outre-mer et dépendances de la Couronne britannique<sup>9</sup> comme Jersey et les Îles Caïmans car (i) le Royaume-Uni ne publie pas pour fins de confidentialité d'investissement au Mali et (ii) les données publiques et de la DGI confirme cette analyse. Ce sont plus de 52% des IDE entrants du Mali qui transitent par des pays à fiscalité privilégiée.

**27. Les risques attribuables à cette exposition aux transactions avec les pays à fiscalité privilégiée se voient accentués par une sous-capitalisation très importante des sociétés minières.** Les sociétés minières et leurs sous-traitants à la DGE font état d'un ratio médian de total d'actif sur capital social économiquement aberrant de 2 6278.49%. Ce ratio, couplé à une analyse des liasses fiscales démontre que leur activité est financée principalement par de la dette plutôt que du capital, ce qui leur permet de bénéficier de la déductibilité des intérêts. Les données miroir sont les données reportées par les pays contrepartie, c'est-à-dire les pays d'où sont censés venir les investissements sous forme de capitaux ou de dettes.

**28. Les données des liasses fiscales révèlent également des capitaux propres très élevés pour les sociétés les plus profitables en raison de l'accumulation de réserves.** Une telle situation démontre que les sociétés minières repoussent dans la mesure du possible le versement de dividendes à leurs actionnaires, ce qui permet d'éviter le paiement de dividendes à l'Etat malien<sup>13</sup> qui participe au capital de ces sociétés ainsi que le paiement de l'IRVM. Cela peut se doubler d'une stratégie de mise à disposition des excès de trésorerie auprès de sociétés liées par le biais des comptes détenus à l'étranger (cf. sous-section sur le non-respect des obligations de rapatriement des devises étrangères).

**29. L'analyse de la légalité des structurations d'investissement des sociétés minières au regard de la loi malienne est complexe compte tenu de la diversité des dispositions des codes miniers (CM), des conventions minières particulières, et des réglementations de l'OHADA et doit faire l'objet d'une analyse au cas par cas.** Les CM de 1991, 1999, 2012 et le projet de CM en cours de rédaction instituent tous des réglementations différentes en la matière, et les conventions minières dérogent parfois au code auquel elles se réfèrent. De façon synthétique, il convient de noter que :

- La plupart des sociétés minières en phase d'exploitation sont régies par les CM de 1991 et de 1999 qui instituent une limitation de déductibilité des intérêts à la dette intragroupe contractée à hauteur de 100% du capital social (article 103 d du CM de 1991 et article 18.17 de la convention type du code minier de 1999). Ces dispositions ne sont pas suivies dans la pratique.
- Les conventions minières individuelles prévoient parfois des dérogations au CM. Ces inconsistances doivent être éliminées dans le cadre de l'ensemble des conventions futures.

Toutefois certaines conventions prévoient des conditions précises de sous-capitalisation et de taux d'intérêts, dont il est nécessaire de vérifier le respect.

- Plusieurs sociétés minières font état de capitaux propres négatifs. Cette situation est susceptible d'être en contradiction avec les réglementations de l'OHADA. Les articles 371 à 373 prévoient que lorsque les capitaux propres d'une société deviennent, du fait des pertes constatées, inférieures à la moitié du capital social, les associés doivent être consultés et les capitaux propres doivent être reconstitués dans les deux ans suivants à hauteur de la moitié du capital social, sous peine de dissolution de la société. La DGI doit vérifier que cette réglementation est suivie et se coordonner avec les services compétents de l'Etat gérant la participation dans les sociétés minières.

**30. Au-delà des sociétés minières, l'analyse des données issues de la base de données SIGTAS démontre une pratique généralisée de sous-capitalisation.** Sur les 228 contribuables dont les informations comptables ont été saisies correctement pour l'année fiscale 2017, 45 ont un niveau

d'emprunt supérieur à 300% du capital social. Il convient de souligner l'importance d'un renseignement exhaustif de la base de données SIGTAS en particulier à la DGE afin de pouvoir utiliser pleinement cette base pour des analyses et affiner la politique de contrôle fiscal.

**31. Bien que délicats à mesurer de façon précises, les enjeux financiers de cette souscapitalisation sont à considérer comme très élevés compte tenu de l'ampleur de la pratique et méritent une attention particulière.** Les conséquences fiscales se répercutent non seulement sur la déductibilité à l'IS des intérêts comptabilisés, mais également potentiellement sur l'IRVM. Il est par exemple possible aux entreprises de comptabiliser les intérêts versés aux sociétés liées, et donc les déduire de l'IS, tout en incorporant les intérêts non versés au principal de la dette, ce qui permet d'éviter le paiement des intérêts et donc le déclenchement de l'IRVM.

Plus généralement, cette pratique de sous-capitalisation influe également sur la balance des capitaux et le développement bancaire et financier du pays.

**32. La loi de finances pour l'exercice 2019 institue une règle de sous-capitalisation limitant la déductibilité des intérêts de la dette intragroupe à hauteur de 100% du capital social (article 51 6-a du CGI).** Le Mali a fait le choix d'une règle fondée sur un ratio de dette sur capital plutôt qu'une règle basée sur un ratio d'intérêts sur une mesure de profitabilité telle que l'excédent brut d'exploitation. Il est toutefois recommandé de valider l'efficacité de cette règle en 2020 (2019 étant la première année d'application) en s'assurant que (i) le ratio de 100% n'est pas trop restrictif, (ii) le capital social est une base plus pertinente que les capitaux propres, (iii) cette règle ne constitue pas un frein à l'investissement et (iv) elle limite efficacement les pratiques d'optimisation fiscale compte tenu des faibles niveaux de profitabilité déclarée au Mali. Le cas échéant, la disposition pourra être adaptée.

**33. De plus, cette règle de sous-capitalisation ne concerne pas les principales sociétés minières en exploitation qui bénéficient d'une clause de stabilité fiscale.** Pour ces entreprises, il est nécessaire de mettre en oeuvre un contrôle systématique de l'application des réglementations applicables à chaque société. Outre la sous-capitalisation, ces contrôles doivent porter sur le respect des taux d'intérêts autorisés car certaines entreprises doivent appliquer un taux dérogatoire au droit commun, i.e. un taux Libor majoré de deux points plutôt que le taux directeur de la BCEAO majoré de trois points. Enfin, il est nécessaire de valider que le nouveau CM et les futures conventions minières n'entravent pas l'application de cette règle pour les nouveaux projets miniers.

#### **Recommandations :**

- Renseigner de façon exhaustive SIGTAS pour une politique de contrôle fiscal plus pertinente.<sup>25</sup>
- Réaliser une analyse de la légalité du financement des investissements dans les sociétés minières au regard des CM, conventions minières et réglementations OHADA dans le cadre de contrôles fiscaux. Ces contrôles doivent porter sur la sous-capitalisation et les taux d'intérêts appliqués.
- Réaliser en 2020 une analyse de la pertinence de la règle de sous-capitalisation en termes d'investissement et de protection de la base taxable.
- S'assurer de l'application de la règle de sous-capitalisation aux conventions minières devant être régies par le CM en cours d'élaboration.

#### **Le non-respect des obligations de rapatriement des devises étrangères**

**34. Par dérogation au droit commun, les sociétés minières industrielles et d'orpaillage sont autorisées à posséder un compte off-shore afin de payer les remboursements de prêts, les importations directement réglées à l'étranger, les versements de salaires du personnel expatrié.** Cette dérogation est accordée en raison des dépenses importantes en devises étrangères. Les sociétés bénéficiaires ont toutefois l'obligation de rapatrier le résiduel des revenus provenant des exportations

d'or. Une mission conduite par la BCEAO en juin 2017 a analysé en détail les taux de rapatriements afin de vérifier le respect de cette obligation.

**35. Ce rapport met en évidence des manquements importants à cette obligation avec un défaut de rapatriement particulièrement élevé de l'ordre de 962 Mds FCFA en 2016.** Les sociétés minières occupent une part prépondérante dans ce défaut et supportent une responsabilité conjointe avec les banques.

**36. D'un point de vue de fiscalité internationale, ces manquements soulèvent plusieurs problématiques d'optimisation :**

- Une réduction de l'investissement potentiel au Mali ;
- Les excédents de trésorerie déposés à l'étranger peuvent donner lieu à des rémunérations d'intérêts qui échappent à l'IS malien. Ceux-ci peuvent être mis à disposition d'autres sociétés liées via un système de *cash-pool* (trésorerie mise en commun) rémunéré de façon non conforme au principe de pleine concurrence ;
- Cette mise à disposition des excédents de trésorerie facilite le report du versement de dividendes, évitant ainsi le paiement de dividendes non-prioritaires à l'Etat malien et le paiement de l'IRVM ;
- Certaines sociétés rapatrient la trésorerie via les comptes de sociétés liées directement en FCFA, ce qui entraîne une possibilité d'optimisation fiscale via l'utilisation de taux de change avantageux.

**37. Il est donc recommandé de considérer le maintien de la dérogation accordée aux mines et, à défaut, de mettre effectivement en oeuvre les préconisations du rapport de la mission de la BCEAO.**

**Recommandations :**

- Prendre des mesures pour faire respecter le fonctionnement des comptes off-shore (incluant le compte de domiciliation et le compte de dépenses extérieures) ;
- Assurer les déclarations effectives des engagements vis-à-vis des créanciers ;
- Mettre fin aux encaissements en FCFA en provenance de sociétés du groupe ;
- Prendre des sanctions à l'égard des sociétés minières et des banques qui ne respecteraient pas leurs obligations ;
- Insérer une disposition spécifique dans l'instruction administrative sur les prix de transfert visant les conventions de trésorerie. Une proposition est présentée en annexe 1.
- De coordonner les efforts de tous les acteurs publics concernés dont la Banque Centrale.

## Annexe 2 : Liste des documents consultés

Titres	Auteurs	Date
Termes de référence de l'étude sur le financement du régime d'assurance maladie universelle au Mali	Groupe d'experts RAMU	novembre-16
Proposition d'agenda pour la mise en place du RAMU courant 2019	Groupe d'experts RAMU	décembre-18
Synthèse de l'atelier d'échange entre experts sur les concepts de base et la production de document de feuille de route pour l'instauration du RAMU	MSAHRN	avril-16
Point sur le processus de mise en place du RAMU dans le cadre de la couverture sanitaire universelle	Luc Togo	novembre-17
Draft de budget plan de communication RAMU	Groupe d'experts RAMU	
Projet de feuille de route CNAPESS/RENAPESS pour la promotion de l'économie sociale et solidarité 2ième semestre 2018-2021	CNAPESS	mai-18
Compte rendu de réunion du comité de réflexion pour l'opérationnalisation de la CMU	Groupe d'experts RAMU	novembre-16
Récapitulatif des décrets à élaborer et des renvois y afférents dans le cadre du RAMU	Groupe d'experts RAMU	
Décision n°0236 MSHRN-SG, portant modification de la Décision n°0165/MSAHRN-SG du 08 juin 2015, fixant la liste des membres du Groupe d'experts pour l'instauration en 2018 de la Couverture Maladie Universelle au Mali	MSAHRN	juillet-15
Arrêté n°0338/MSAHRN-SG portant mise en place d'un comité de réflexion et de suivi de la mise en place des dispositifs de protection sociale pour l'opérationnalisation de la couverture maladie universelle au Mali	MSAHRN	mars-16
Projet de feuille de route conjoint à court terme (juin-décembre 2018)	CNAPESS / RNAPESS	mai-18
Liste des études validées par le Comité de réflexion pour l'opérationnalisation de la Couverture Maladie Universelle		
Feuille de route d'appui conjoint P4H au Mali		
Le régime d'assurance maladie universelle au Mali: état des lieux de la réforme		
Loi n°... /AN-RM du..... Portant institution du régime d'assurance maladie universelle	Assemblée Nationale	
Etude de dossier: Analyse du document de stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle.	Direction Générale du Budget	décembre-17
Compte rendu de réunion interministérielle	Direction Générale du Budget	juillet-17
Rapport d'étape du groupe d'experts pour l'instauration du régime d'assurance maladie universelle au Mali en 2018	Groupe d'experts RAMU	octobre-16
Couverture sanitaire universelle: Vers l'accélération du régime sanitaire	niarela.net	
Architecture institutionnelle globale de mise en œuvre de la CMU au Mali		



Communiqué du conseil des ministres du mercredi 20 juin 2018	Secrétariat Général du Gouvernement	juin-18
Mobilisation des ressources et financement des stratégies nationales d'extension de la couverture du risque Mali: "état des lieux, défis et perspectives"	MSAHRN	novem bre-15
Budget détaillé du fonctionnement du groupe d'experts pour l'opérationnalisation de la CMU (2ième semestre 2015)		
Compte rendu de la réunion de la commission restreinte pour l'instauration de CMU	MSAHRN	mai-15
Draft de la feuille pour le suivi de la mise en œuvre de la couverture médicale universelle		
Décret N°2019-0332/PM-RM portant répartition des services publics entre la primature et les départements ministériels	Primature	mai-19
Loi n°2018-074/du 31 décembre 2018 portant institution du régime d'assurance maladie universelle	Présidence de la république	décem bre-18
Note sur la mise en place du groupe d'experts pour la préparation du dispositif de protection sociale dans le cadre de la CM	MSAHRN	
Budget récapitulatif du fonctionnement du Groupe d'experts pour la période 2015	Groupe d'expert RAMU	
Budget détaillé sur le fonctionnement du groupe d'experts pour l'opérationnalisation de la CMU		
Budget prévisionnel du RAMU - Projet de Budget d'Etat 2019 DRAFT	MSAH	
Plan d'actions du groupe d'experts pour l'opérationnalisation du RAMU	Groupe d'experts RAMU	
Feuille de route pour l'opérationnalisation de la couverture maladie universelle au Mali		
Feuille de route CMU		mars-15
Relecture du projet de loi portant institution du RAMU	ANAM	décem bre-17
Synthèse générale des journées de concertation sur l'avant-projet de loi instituant le RAMU au Mali	MSAHRN	novem bre-17
Avis de réunion n°0150/MSAH-SG	MSAHRN	décem bre-17
Termes de référence: Mini atelier d'élaboration du plan de couverture d'assurance maladie	MSAHRN	juin-13
Atelier de validation l'état des lieux du système de financement de la santé		mai-13
TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE SUR LES MODALITES DE LA DELEGATION DE GESTION DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE	Groupe d'experts RAMU/Sous-Groupe Aspects Juridiques et Institutionnels	novem bre-16
TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE SUR LE FINANCEMENT DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE AU MALI	Groupe d'experts RAMU/Sous-Groupe Aspects Techniques et Financement	novem bre-16

TERMES DE REFERENCE DE L'ANALYSE DE SITUATION ET L'ELABORATION D'UN PLAN DE COMMUNICATION POUR LE RAMU	Groupe d'experts RAMU	novembre-16
TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE SUR LA QUALITE DE L'OFFRE DE SOINS DANS LES STRUCTURES DE SANTE DANS LE CADRE DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE	Groupe d'experts RAMU	novembre-16
Termes de référence de l'évaluation des gratuités de soins et leur transfert progressif vers le système d'assurance maladie universelle	Groupe d'experts RAMU	août-16
TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE SUR LES MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE ET DU PAIEMENT DES ACTES MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PHARMACEUTIQUES ET D'EXPLORATIONS	Groupe d'experts RAMU	novembre-16
rapport de mission conjoint pour la mise en place de la couverture universelle de santé au Mali	MDSSPA/P4H	février-12
Rapport provisoire de l'état des lieux de la couverture maladie universelle au Mali	MDSSPA/OMS	août-11
Etat des lieux du système de financement de la santé au Mali	Toure c.	
Série "25 ans de l'Initiative de Bamako": l'expérience des ASACO au Mali	Jean-Benoît Falisse	avril-12
Capitaliser sur la Capacité Fiscale Accrue du Gouvernement: Investir dans la Santé	USAID/HP+	février-19
Capitaliser sur la capacité fiscale accrue du Gouvernement: Investir dans la santé	USAID/HP+	avril-19
La santé communautaire au Mali: Acquis, enjeux et perspectives après deux décennies de mise en œuvre	AG IKNANE; Mali Santé Publique	juillet-05
LISTE DES ETUDES RETENUES DANS LE CADR DU RAMU		
PROBLEMATIQUE DE LA COUVERTURE SOCIALE DU RISQUE MALADIE AU MALI		
Rapport final: Le financement de la santé au Mali à travers des sources de financement innovantes.	Mariame TRAORE et Nouria BRIKCI	juillet-16
MALI - ACCELERATING PROGRESS TOWARDS UNIVERSAL HEALTH COVERAGE	Banque mondiale	
Mobilisation des ressources et financement des stratégies nationales d'extension de la couverture du risque Mali: "état des lieux, défis et perspectives"	MSAHRN	novembre-15
Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal	Oumar Ouattara; Pascal N'diaye. ResearchGate	juin-17
PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL 1998 -2007	Ministère de la santé	
Plan d'Actions 2018-2022 de la Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle	MSHP ; MSAH ; MPFFE	décembre-17
Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023	MSHP ; MSAH ; MPFFE	
Rapport provisoire de la mission d'évaluation externe du Programme de Développement Sanitaire et Social	ETC Crystal – HERA – <i>Alter</i>	novembre-02

RAPPORT NATIONAL SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN DURABLE,	MASHPA	novembre-12
Recommandations des études actuarielles		
PROFIL DU SYSTÈME DE SANTÉ DU MALI		février-05
Recommandations sur Financement de la santé table ronde		
La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996	Zakaria Maiga, Fatoumata Traoré Nafo et Abdelwahed El Abassi. Studies in Health Services Organisation & Policy	décembre-99
Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle	MSHP ; MSAH ; MPFFE	décembre-17
Mali : Voici l'intégralité de la Politique Générale du Gouvernement présentée ce 12 juin aux députés !	<a href="http://afrikinfos.net/2017/06/12/mali-voici-lintegralite-de-la-politique-generale-du-gouvernement-presentee-ce-12-juin-aux-deputes/">http://afrikinfos.net/2017/06/12/mali-voici-lintegralite-de-la-politique-generale-du-gouvernement-presentee-ce-12-juin-aux-deputes/</a>	juin-17
How extractive industries affect health: Political economy underpinnings and pathways	Ted Schreckera, Anne-Emanuelle Birnb, Mariajosé Aguilerac. Health and Place 52 (135–147)	juillet-05
La Vision minière pour l'Afrique et les transformations des cadres réglementaires miniers: les expériences du Mali et du Sénégal		
MOBILISER LES RESSOURCES DOMESTIQUES AU SERVICE DES PLUS PAUVRES AU MALI	OXFAM	décembre-17
Rapport technique: Fiscalité internationale et fiscalité foncière	Grégoire Rota-Graziosi; Mehdy Ben Brahim	décembre-19
L'or à la croisée des chemins : Étude d'évaluation des chaînes d'approvisionnement en or produit au Burkina Faso, au Mali et au Niger	OCDE	
MISE EN CONTEXTE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE : Transformations des politiques publiques minières en Afrique subsaharienne.	Mylène Coderre et Bonnie Campbell	février-18
Accès à la santé, ressources minières et rôle des politiques publiques: Evolution du cadre réglementaire du secteur minier au Mali	Alfousseyni Dawara et Amadou Keita	février-18
Pour une aide au développement qui cible la lutte contre les inégalités	OXFAM	avril-19
Séminaire sur la fiscalité minière et pétrolière : Afin de faire profiter aux populations locales	L'Informateur	juillet-14