



Couverture Universelle en Santé au Sahel

Innovations dans la mutualité : défis et apprentissages dans la perspective du Régime d'assurance maladie universelle au Mali

Laurence Touré, Pauline Boivin, Yacouba Diarra, Seydou Diabaté, Valery Ridde

Décembre 2022

Auteurs

Laurence Touré¹, Pauline Boivin¹, Yacouba Diarra¹, Seydou Diabaté¹, Valery Ridde²

¹ Association de recherche Miseli, Bamako, Mali

² Université Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, F-75006 Paris, France

Auteur correspondant

Laurence Touré

Association de recherche Miseli, Bamako, Mali. chat@afribonemali.net

Citation recommandée : Touré L., Boivin P., Diarra Y., Diabaté S. & Ridde V. (2022). *Innovations dans la mutualité : défis et apprentissages dans la perspective du Régime d'assurance maladie universelle au Mali*. Document de travail Unissahel n°11, Décembre 2022. Paris : Ceped. Disponible sur : <https://www.unissahel.org/publications/documents-de-travail>, DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.7431696>

Unissahel

L'objectif du programme UNISSAHEL est d'étudier les actions entreprises pour parvenir à la couverture universelle en santé (CUS) dans trois pays (Mali, Sénégal, Tchad) afin de soutenir les décisions politiques. Il est financé par l'Agence Française de Développement (AFD), porté par l'institut de recherche pour le développement (IRD) et le travail dans les pays se fait en partenariat avec le Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann (CRCF) au Sénégal, l'ONG MISELI au Mali et l'ONG BASE au Tchad.

Les documents de travail UNISSAHEL portent sur des recherches menées par des chercheurs du projet. Rédigés pour une diffusion rapide, ces documents n'ont pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs selon les normes usuelles. Les propos tenus n'engagent que leurs auteurs. Les droits sont détenus par les auteurs.

Déclarations

Financement : Cette recherche s'inscrit dans le cadre du programme UNISSAHEL (Couverture sanitaire universelle au Sahel), financé par l'Agence française de développement (AFD). Ce travail a également reçu le soutien du gouvernement français dans le cadre du plan d'investissement France 2030, dans le cadre de l'Initiative d'Excellence d'Aix-Marseille Université - A*MIDEX - Institut des Sciences de la Santé Publique d'Aix-Marseille (AMX-20-IET-014 et ANR-17-EURE-0020) géré par l'Agence Nationale de la Recherche.

Déclaration de conflits d'intérêts : Aucun conflits d'intérêt

Déclaration éthique : Cette étude a été approuvée par décision N° 34/2018/CE-INRSP du 26 décembre 2018 du comité d'éthique de l'INRSP au Mali.

Disponibilité des données et du programme : Les données sont disponibles sur demande auprès des auteurs

Innovations dans la mutualité : défis et apprentissages dans la perspective du Régime d'assurance maladie universelle au Mali

TOURÉ Laurence, BOIVIN Pauline, DIARRA Yacouba, DIABATÉ Seydou, RIDDE Valery

RÉSUMÉ

Introduction : Fin 2018, le Mali a institué le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) permettant de couvrir de manière plus équitable l'ensemble de la population malienne à travers la mise en œuvre concertée de trois dispositifs spécifiques gérés par une même instance, la CANAM : l'AMO pour les salariés et fonctionnaires, le RAMED pour 5% de la population la plus pauvre, et la mutualité pour les 78% des secteurs informel et agricole. Relever ce dernier défi suppose d'introduire certaines innovations tant dans le montage institutionnel et technique que dans l'offre mutualiste. On peut noter ainsi outre une certaine harmonisation dans le paquet de soins et a portabilité entre les trois dispositifs, la professionnalisation des mutuelles, le déploiement de mutuelles à l'échelle du cercle et le caractère obligatoire de l'adhésion. L'UTM est par ailleurs pressenti comme organisme de gestion déléguée du RAMU.

En 2015, le programme PADSS, mis en œuvre dans deux cercles de la région de Mopti de 2016 à 2021, se propose d'expérimenter la plupart de ces innovations mutualistes et d'être en cela un programme pilote pour le RAMU. L'étude porte sur cette expérimentation, et plus particulièrement sur les facteurs susceptibles d'influer son passage à échelle qu'elle propose, dans la perspective de la couverture universelle santé, incarnée au Mali par le Régime d'assurance médicale universelle (RAMU).

Méthode : Elle repose sur une collecte de données par entretiens, aux niveaux national et local, auprès des différents acteurs impliqués dans l'expérimentation et la protection sociale (N=136), sur l'analyse des documents produits (N=42) et sur de longues missions d'observations au niveau des mutuelles et des formations sanitaires. Le cadre d'analyse retenu (Greenhalgh et al 2004) concernant la diffusion et le maintien des innovations dans le secteur sanitaire, permet de faire ressortir le potentiel et les limites de cette expérimentation en mettant l'accent sur le contour des innovations retenues et leur articulation, leurs conditions très concrètes de mise en œuvre, resituées dans leurs contextes.

Résultats : La proposition mutualiste innovante constitue un pas décisif pour assurer la couverture maladie des secteurs agricole et informel au Mali. Cependant, les tergiversations au plus haut niveau de l'État ou sur le plan international, et la frilosité, tant financière qu'idéologique, pour renouveler la proposition mutualiste, pénalisent cette expérimentation. La volonté réformatrice doit être amplifiée et soutenue à l'avenir pour espérer le passage à échelle d'un dispositif moins coûteux car techniquement et institutionnellement plus efficace. Par ailleurs, à défaut d'intention politique de mobiliser les ressources nationales existantes et d'accepter un réel changement de paradigme dans le financement de la santé, il est à craindre que la recherche de viabilité financière se fasse une nouvelle fois au détriment de la performance du dispositif. Cette analyse et la mise en perspective de cette expérimentation avec d'autres expériences africaines montrent que l'intérêt porté à la viabilité technique et

institutionnelle d'une proposition conditionne sa viabilité financière et ses performances, pour un passage à échelle réussi.

Mots-clés : Régime d'assurance maladie universelle, Mali, financement de la santé, système de santé

INTRODUCTION

La plupart des pays africains rencontrent de nombreux obstacles pour le renforcement de la performance de leur système de santé et l'atteinte de la couverture universelle en santé (CUS). Ceux qui ont reconduit la mutualité pour couvrir les secteurs informel et agricole sont confrontés au bilan décevant des mutuelles communautaires ces 30 dernières années. En effet, dans leur forme initiale d'une adhésion volontaire et d'une gestion communautaire, les mutuelles de santé n'ont pas tenu leurs promesses (1). Malgré quelques succès relatifs dans la région pour leurs (rares) bénéficiaires, au Bénin par exemple (2), elles sont restées à petite échelle, ne protégeant faiblement qu'une très petite part de la population (1). Aujourd'hui au Kenya, 9% de la population est adhérente d'une mutuelle communautaire (3) et 5% au Sénégal (4) malgré une politique ambitieuse de CSU depuis 10 ans (5).

Ces dernières années, plusieurs pays tentent ainsi d'innover et de faire évoluer le mode de fonctionnement des mutuelles. Des recherches ont montré que la présence de gestionnaires professionnels était un facteur de performance des mutuelles de santé (6). Des travaux en République Démocratique du Congo dans les années 1990 avaient incité à la création de mutuelles à plus grande échelle, notamment celle du district de santé (7). Rares sont pourtant les pays à s'être lancés dans cette diffusion. Le Sénégal a entrepris la transformation de mutuelles communales à des mutuelles départementales, tout en s'étant assuré auparavant d'avoir une offre de soins de qualité (8). Cela s'est avéré efficace pour

augmenter la couverture. Le Rwanda est un exemple intéressant car ses mutuelles locales sont passées à l'échelle d'un réseau national à partir de 2006 avec un changement complet de fonctionnement. Aujourd'hui, l'adhésion aux mutuelles est obligatoire et leur gestion professionnelle est sous une gouvernance très centralisée (9). Mais elles doivent encore faire face à des défis d'équité, notamment pour protéger les plus pauvres malgré des subventions à l'adhésion (10). De fait, peu de pays ont rendu progressif le paiement des cotisations et adhésions aux mutuelles de santé (11) à l'image du Rwanda qui a instauré une cotisation annuelle variant en fonction de quatre groupes socio-économique de la population (« Ubudehe »). Les plus pauvres (17,1%) sont totalement exemptés de la cotisation de 3 US\$, les deux groupes intermédiaires payent ces 3 US\$ et il est demandé 7 US\$ au groupe le plus élevé (0,1% de la population). Quelques pays ont innové en subventionnant les adhésions à ces mutuelles, soit pour toute la population afin d'accroître la demande générale, soit spécifiquement pour les indigents après un processus de ciblage variable selon les contextes, comme c'est le cas au Ghana et au Burkina Faso où les défis restent nombreux (12,13). Depuis quelques années, le Mali et le Sénégal subventionnent à hauteur de 50% le montant de l'adhésion pour tous les ménages du pays, sauf pour les plus pauvres pour qui la subvention est à 100% (14). Dans sa réforme, le Bénin prévoit des subventions de 100% à l'adhésion des mutuelles pour les « pauvres extrêmes » et de 40% pour les « pauvres non

extrêmes » (15). En outre, face aux défis des modalités de paiement pour ces mutuelles, le Ghana (16) et le Kenya (17) tentent d'innover par l'intermédiaire de la digitalisation. Le Sénégal est en pleine réflexion pour utiliser le paiement numérique pour ses mutuelles de santé (18).

Confronté depuis une dizaine d'années à des défis sécuritaires qui ont un impact conséquent sur son système de santé (19), le Mali fait face, comme les autres pays du Sahel, à de nombreux défis pour parvenir à assurer la couverture universelle santé de sa population. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le situe dans le groupe des pays où l'index de couverture des services de santé est très bas. De fait, en 2017, seulement 5,7% des dépenses du gouvernement sont consacrées au secteur de la santé (20).

Diverses réformes socio sanitaires se sont pourtant succédées, largement poussées et incitées par les partenaires techniques et financiers internationaux (21,22). Après les soins de santé primaires dans les années 1970, le pays a généralisé le paiement direct dans des centres de santé gérés par les communautés (23) dans les années 1980, à l'image du Bénin, de la Guinée ou du Niger (24). Si cette politique a permis de garantir une meilleure disponibilité géographique des médicaments essentiels génériques, elle n'a pas été en mesure d'améliorer l'accès aux soins (25). Dans les années 2000, le Mali, comme de nombreux pays, s'est engagé dans des réformes centrées sur la demande des soins en organisant des politiques d'exemption du paiement des soins (25,26). L'efficacité de ces politiques en Afrique de l'Ouest a été très variable (25) avec des succès notoires au Burkina Faso

(27), des échecs au Niger (28) et des défis au Mali (26).

Dans sa tentative d'élaborer une politique cohérente de protection sociale, et pour atteindre la couverture universelle santé, l'État malien a renouvelé sa confiance dans les mutuelles pour couvrir 78% de la population, faute d'alternative jugée acceptable. Relever ce défi imposait par conséquent de s'attaquer, tant aux problèmes d'opérationnalisation de cette politique, qu'à la faible attractivité du paquet mutualiste proposé depuis les années 1990. La stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé (29) a posé dès 2010 les principes de cette réforme. C'est sur cette base que seront élaborées à partir de 2013, la Stratégie de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle (30) et la loi du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en 2018.

Dans ce contexte de lente maturation du RAMU, une expérience pilote a été initiée en 2015 dans le cadre du Programme d'appui au développement socio sanitaire, phase 2 (PADSS2). Elle reprend à son compte un grand nombre de propositions de la Stratégie concernant la réforme de la proposition mutualiste et propose d'en tirer des leçons pour les ministères. Elle prévoit notamment des conditions d'adhésion et une offre particulièrement attractive, une professionnalisation du service et un déploiement des mutuelles à une échelle plus large.

Cofinancement des cotisations	Etat : cofinancement de 50% <i>AFD/PADDS2 : cofinancement complémentaire de 30%</i>
Adhésion et cotisation	Adhésion volontaire 1000 FCFA de frais d'adhésion par unité d'adhésion de 15 personnes Cotisation individuelle annuelle : 1730 FCFA soit 20% de la cotisation totale de 8650 FCFA.
Panier de soins	Tous les médicaments génériques, <i>antipaludéens : génériques et spécialités, Toutes les formations sanitaires publiques et communautaires</i> Tiers payant de 70% des frais en ambulatoire et 80% en hospitalisation <i>Tiers payant de 100% des urgences obstétricales et néonatales</i>
Professionnalisation	<i>Équipe salariée : coordinateur, comptable, gestionnaire, assistant au développement, médecin conseil</i> <i>Logiciel de gestion, informatisation</i>
Structuration	<i>Mutuelle de cercle et antennes communales</i> <i>Bureaux mutualistes à l'échelle communale</i> <i>Conseil d'administration de la mutuelle à l'échelle cercle</i>
Partenariats	Conventionnement avec les formations sanitaires

Tableau 1 : Présentation du dispositif et de l'offre mutualiste expérimentés (*en italique les innovations expérimentées*)

Si les recherches concernant les mutuelles de santé et les systèmes d'assurance en

¹ Mutuelle inter professionnelle du cercle de Bandiagara et Mutuelle interprofessionnelle du cercle de Mopti

Afrique se sont beaucoup penchées sur les déterminants de l'adhésion ou leurs modes de fonctionnement (1,31,32), notamment pour comprendre leurs faibles couvertures, rares sont encore les travaux entrepris pour comprendre les innovations actuelles (passage à plus grande échelle, professionnalisation, incitation/obligation à l'adhésion, etc.). Bien que depuis les propositions de Rogers (33), l'analyse des innovations soit un champ très développé dans le domaine de la santé, à l'image de la fameuse méta-analyse de Greenhalgh et ses collègues (34), les études en Afrique de l'Ouest sur les innovations (sociales (35)) au sein des systèmes de santé restent rares (36,37), ou anciennes au Mali (38), contrairement aux innovations technologiques (39).

Cette étude se situe dans cette perspective. Elle porte sur les conditions d'expérimentations d'innovations en matière de proposition mutualiste au Mali en prenant en compte leurs processus de mise en œuvre tout autant que leurs résultats. Elle s'intéresse plus spécifiquement aux perspectives de viabilité technique et institutionnelle des dispositifs, souvent négligées au profit de la viabilité financière et des performances.

MÉTHODES

Il s'agit d'une recherche qualitative par étude de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyses. Les cas sont les deux mutuelles, MICBA et MICMO¹, porteuses d'innovations. Elles sont mises en œuvre dans deux cercles² de la région de Mopti, les cercles de Bandiagara et de Mopti. Les

² Le *cercle* est la deuxième plus petite subdivision administrative au Mali, la première étant la commune.

niveaux d'analyse correspondent aux échelles géographiques et aux dimensions du cadre conceptuel présenté plus bas.

Stratégie d'échantillonnage des entretiens

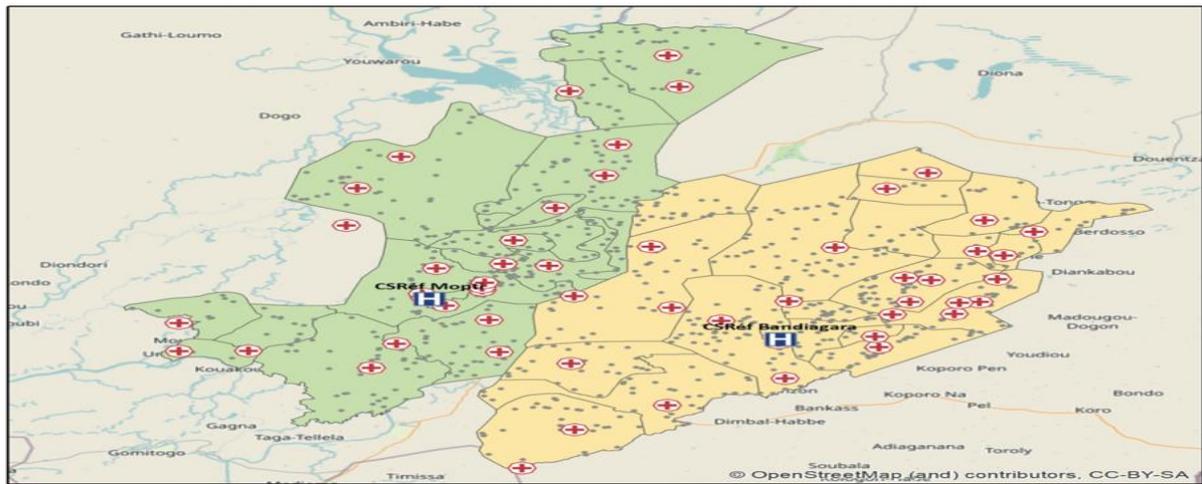
Au niveau national, nous avons mené des entretiens les acteurs impliqués dans la Protection sociale et le RAMU, le PADSS2 et le dispositif mutualiste, dont l'Union technique de la mutualité (UTM), chargée de la mise en œuvre du programme expérimental.

Au niveau du cercle, nous avons rencontré les acteurs impliqués dans les Centres de santé de référence (hôpitaux de district), les Conseils d'administration des mutuelles, la coordination régionale de l'Union technique de la Mutualité (UTM).

Au niveau local, nous avons sélectionné six communes afin de diversifier les contextes, soit trois par cercle. Il s'agit des communes de Mopti, Sio et Socoura dans le cercle de Mopti et les communes de Bandiagara, Dourou et Soroly dans le cercle de Bandiagara. Ces communes ont été retenues en faisant varier les critères suivants : préexistence ou non d'une mutuelle communale ; performance de la section communale (taux d'adhésion), performance du Centre de santé communautaire (Cscm, centre de santé primaire) (fréquentation), caractère urbain ou rural. Le facteur insécurité a joué un rôle déterminant et nous a contraint à exclure certaines communes retenues initialement. Les personnes concernées au niveau communal sont les acteurs locaux, les élus de sections mutualistes, les professionnels de santé des Cscm et les adhérents mutualistes. L'échantillon de mutualistes a été sélectionné de manière aléatoire à partir de la base d'adhérents des mutuelles disposant de téléphone.

Les phases d'observations ont été organisées dans les mêmes communes, et au niveau de la coordination régionale de l'UTM. Nous avons choisi de suivre dans leurs activités les principaux acteurs professionnels recrutés par l'UTM, à raison d'une semaine complète par poste d'observation : six gestionnaires, trois assistants au développement, deux médecins conseils, le coordinateur et le gestionnaire central. Nous avons également mené des observations pendant une semaine dans chacun des 6 centres de santé des communes retenues. Enfin, deux assistants ont suivi pendant fin 2019 la semaine d'intensification des activités de sensibilisation et d'enrôlement aux mutuelles de santé afin d'observer les interactions entre les élus mutualistes et les professionnels des mutuelles. Une prise de note systématique et quotidienne a été faite de toutes ces observations.

Tous les entretiens ont été entièrement retranscrits en français. Les notes d'observations ont été saisies. Ces données ont été analysées manuellement au regard des dimensions du cadre conceptuel (40).



Carte 1 : Région de Mopti, cercle de Bandiagara et de Mopti

Collecte des données

Cette recherche a obtenu l'autorisation du comité d'éthique, par décision n° 34/2018/CE-INRSP du 26 décembre 2018. Les enquêtes ont été réalisées d'octobre 2019 à décembre 2021. Plusieurs méthodes de collecte de données ont été utilisées (cf. tableau 2).

<p>136 entretiens individuels approfondis et semi structurés</p>	<p>Union technique de la mutualité : direction nationale : 23 et Coordination régionale Mopti : 6 Etat : 7 ; Groupe expert : 8 Société civile et partenaires : 5 PADSS2 : 5 Elus mutualistes : 43 Partenaires locaux (maires) : 6 Population mutualiste : 30</p>
<p>Documentation (42 documents) (liste en annexe)</p>	<p>Textes législatifs et règlementaires, politiques et stratégies nationales, plans stratégiques, rapports d'étude, articles</p>
<p>Observations à des ateliers nationaux</p>	<p>Finalisation du plan stratégique de l'UTM en novembre 2019 Validation de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé, Koulikoro, décembre 2020 Concertation sur l'expérience mutualiste à Mopti, janvier 2019, comités de pilotage du PADSS2</p>
<p>Observations in situ et entretiens informels</p>	<p>7 mois, 6 missions, 2 à 4 assistants de recherche, dans 6 communes des deux cercles.</p>

Tableau 2 : Méthodes de collecte et données collectées

Approche conceptuelle

Nous avons mobilisé le cadre conceptuel de Greenhalgh et al (34) de la diffusion et du maintien des innovations sanitaires car il est adapté à l'objectif de notre recherche. Les auteurs de ce cadre sont partis du constat que de nombreuses innovations prometteuses dans les domaines de la santé

se soldent par des tentatives infructueuses de passage à échelle. Ils ont produit un cadre d'analyse de la diffusion et du maintien des innovations, aidant à prévoir et évaluer leur succès, en prenant en compte différentes dimensions à étudier.

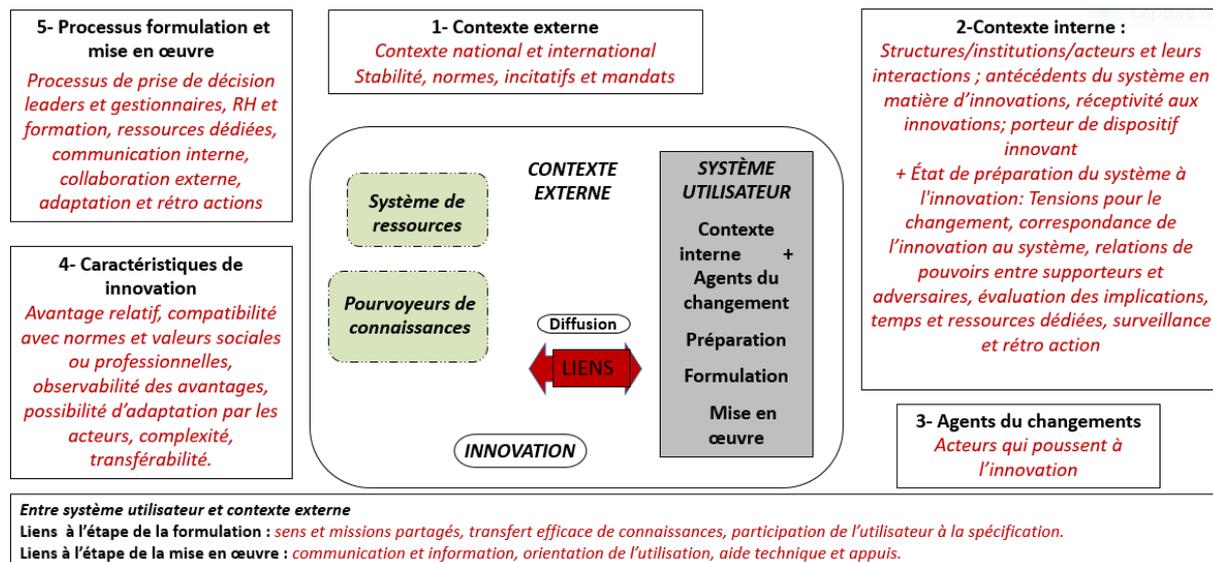


Figure 1 : Cadre d'analyse, adapté de GREENHALGH and al, 2004

Encadré 1 : Adaptation du cadre conceptuel au contexte de l'étude

Les cinq dimensions du cadre d'analyse ont guidé la collecte et l'analyse des données empiriques de cette étude. Chacune de ces dimensions et de ses construits ont été adaptées au contexte spécifique de l'étude.

Les influences du contexte international, national ou local qui s'exercent sur l'expérimentation et peuvent impacter son passage à échelle constituent le contexte externe

Le contexte interne est le contexte sectoriel donc celui de la santé qui regroupe les départements de la santé et de la protection sociale. Il comprend les antécédents du système mutualiste en matière d'innovations, les institutions qui le constituent, dont le porteur de l'innovation dans le cadre de l'expérimentation, les interactions entre acteurs/institutions du secteur socio sanitaire, leur réceptivité au changement et l'état de préparation du système socio sanitaire aux innovations.

Les acteurs du changement sont les deux acteurs qui ont poussé à l'innovation, et permis sa concrétisation. Il s'agit du groupe d'experts chargés de l'opérationnalisation du RAMU et du programme expérimental PADSS2.

Par caractéristiques de l'innovation, nous faisons référence aux caractéristiques du dispositif mutualiste innovant expérimenté dans le cadre du PADSS2, caractéristiques en mesure de jouer en faveur ou défaveur de son adoption.

Par processus de formulation et de mise en œuvre, nous entendons les actions entreprises lors des étapes de formulation et de mise en œuvre de ce programme mutualiste innovant. Nous chercherons à établir les liens entre cette expérimentation et son contexte.

RÉSULTATS

Nous allons présenter successivement les résultats obtenus pour chacune des dimensions du cadre conceptuel, proposer une mise en relation des différentes dimensions du cadre avant d'aborder lors de la discussion, la comparaison avec d'autres expériences de mutualité innovante en Afrique.

Résultat 1

Les contextes international et national sont un frein au passage à échelle d'une mutualité innovante à cause de l'adoption d'un positionnement ambigu à l'égard de la stratégie à privilégier pour atteindre la CSU et de l'insuffisance de l'accompagnement technique et financier proposé à la dynamique réformatrice.

Les organisations onusiennes ont longtemps été réfractaires à la mise en œuvre de politiques de lutte contre la pauvreté, ou de politiques sociales (41) que certains acteurs internationaux (Bureau international du travail (BIT), coopération française ou belge) ont pourtant contribué à faire émerger en proposant des modèles d'inspiration européenne dès les années 1990(42). Dans le cadre de la promotion de la CSU, à partir de 2010, elles se déclarent favorables à la Protection sociale et assurent la promotion de l'assurance maladie dans les pays en voie de développement.

« 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. » (43)

Les visions divergent néanmoins au sein de la communauté internationale sur les politiques à privilégier pour atteindre la CSU (44). Les partenaires internationaux encouragent ainsi des politiques sanitaires et sociales qui entrent souvent en concurrence : « Les pays d'Afrique subsaharienne ont ainsi été incités à adopter des stratégies souvent fragmentées, affectant tout à tout l'offre et la demande de services, et ciblant des groupes spécifiques (indigents, femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, etc. »(45). Sceptiques quant à la capacité de la mutualité communautaire à couvrir les secteurs informels et agricoles, tel que le prévoient les politiques de plusieurs pays ouest africains, les appuis extérieurs tendent à privilégier plutôt le renforcement de l'offre de santé au détriment de l'organisation de la demande de soins. De fait, leur engagement effectif en faveur des dispositifs mutualistes évolue timidement.

Les réseaux mutualistes internationaux, dont celui organisé à l'échelle de l'UEMOA (Union économique et monétaire Ouest africaine), ont contribué à l'adoption de réglementation et législation sociale en matière de mutualité. Ils constituent des cadres de rencontres et de plaidoyer importants (plateforme d'Abidjan, plateforme de Lomé, etc.). Ils placent aujourd'hui « le développement des mutuelles de santé dans une perspective « écosystémique », cherchent à « promouvoir le modèle mutualiste comme levier de la couverture sanitaire

universelle »(46). Conscients que certaines évolutions s'imposent pour y parvenir (adhésion obligatoire, forte implication de l'État) et qu'elles s'inscrivent plutôt à l'encontre des principes mutualistes qu'ils défendent, leur positionnement reste assez dogmatique et leur capacité de propositions pour la couverture du secteur informel limitée. Ils interviennent assez peu sur l'établissement de nouvelles normes concernant la professionnalisation des mutuelles, avec l'élaboration de référentiels professionnels ou la promotion de structures de formation sous régionales dans le secteur actuariaire, malgré l'énorme déficit de compétences partout constaté.

L'État malien reproduit le positionnement ambigu et ambivalent de ses partenaires sur la voie à privilégier pour atteindre la CSU. Les mandats du premier président démocratiquement élu ont fait du Mali un pays précurseur en matière de politiques sociales et un modèle dans la sous-région. Il a porté des initiatives nationales ambitieuses : législation de la mutualité dès les années 1990, mise en œuvre dès 2011 de deux régimes d'assurance et d'assistance sociale, l'Assurance médicale obligatoire (AMO) et le Régime d'assistance médicale (RAMED), respectivement destinés aux fonctionnaires et salariés du privé et aux indigents. Le programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 2014-2018, cadre stratégique pluriannuel dans le secteur socio sanitaire, notait déjà 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 ». Ces dernières années, l'incohérence des directives

politiques émises dans le secteur socio sanitaire se traduit par un empilement de politiques pensées sans réelle articulation. Pour exemples, parallèlement à l'opérationnalisation du RAMU, pourtant sous tutelle du ministère de la Santé depuis 2019, une réforme de la santé a été votée la même année, prévoyant de nouvelles et encore plus larges politiques d'exemption de paiement bien que les politiques de gratuité existantes n'aient pas fait preuve d'efficacité (47), ne sont toujours pas intégrées au RAMU et sont perçues concurrentes des politiques de protection sociale.

« La gratuité perturbe le fonctionnement des mutuelles, ça a tué le mouvement dans les régions. Tout ça c'est la faiblesse de l'État qui n'aurait pas dû le permettre. Des systèmes en construction vont être mis à l'eau. » État, 5

La politique du Financement basé sur les résultats (FBR) a été promue à grand frais, sans articulation bien pensée avec les dispositifs de protection sociale existants, et au mépris des conclusions plutôt négatives de ses performances pour améliorer durablement l'accès et la qualité des soins. (48) Pourtant, la Banque mondiale et les décideurs ont obtenu son passage à l'échelle pour couvrir quatre régions du Mali, à partir d'octobre 2022 (Koulikoro, Ségou, Mopti, Gao).

Le positionnement du gouvernement vis-à-vis de l'orientation à privilégier pour atteindre la couverture sanitaire universelle reste donc assez déconcertant et peu logique, à l'image de ce qui a été observé dans d'autres pays de la sous-région (49). L'absence d'arbitrage au plus haut niveau

de l'Etat, alors même que le financement de la santé sur le budget de l'Etat n'atteint pas 6% (49), alimente le manque de concertation entre acteurs au sein du secteur santé (Etat, PTF, société civile, départements ministériels, ONG) et un réel scepticisme quant à la capacité de l'Etat à faire aboutir ses engagements en matière de couverture santé universelle.

« 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. » Société civile et partenaires, 2

Enfin, de manière plus conjoncturelle, le contexte politico sécuritaire est particulièrement préoccupant. La région de Mopti est symptomatique de ce climat d'insécurité et des conséquences qui en découlent au plan de la paupérisation vulnérabilité grandissante des populations et de la déliquescence du système de santé.

De fait, la protection sociale face au risque maladie a du mal à émerger comme priorité clairement soutenue par l'État malien et ses partenaires.

Résultat 2.

Le sous financement récurrent **du secteur socio sanitaire**, et les tensions entre institutions et acteurs qui en découlent, constituent un frein objectif et psychologique à la concrétisation de réformes visant la CSU. Dans ce contexte, la mutualité, peu investie par les acteurs nationaux et locaux, amorce une réforme prudente, après une longue période d'immobilisme tant idéologique que technique.

Le secteur social s'est construit au Mali dans l'ombre budgétaire et dans l'indifférence des acteurs de la Santé.

« 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... il jugeait cela trop ambitieux pour le Mali. »

État, 3

Cette absence réelle de synergie se traduit par une faible inter-sectorialité dans les débats et favorise des positionnements partisans au détriment du système. Les incohérences au plus haut niveau de l'État que nous avons mentionné dans le chapitre précédent, encouragent et renforcent les clivages préexistants et les tensions intra

sectorielles, historiquement constituées. Au-delà d'un consensus sur la nécessité d'aller vers la CSU au regard des résultats jugés alarmants de l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2018, la divergence d'approche entre acteurs de la santé et ceux du développement social est patente et récurrente. Les premiers soutiennent un renforcement de l'offre permettant de la rendre suffisamment attractive pour susciter le recours aux soins et éventuellement l'adhésion volontaire et

spontané aux mutuelles, sans implication de l'État (47). Les seconds pensent que le RAMU, donc un système de tiers payant avec des régimes adaptés au profil socio-économique de la population, donc bénéficiant d'un subventionnement public conséquent, est un préalable, permettant en outre de garantir durablement la qualité des soins.

De fait, les acteurs fortement impliqués dans la mutualité sont peu nombreux.

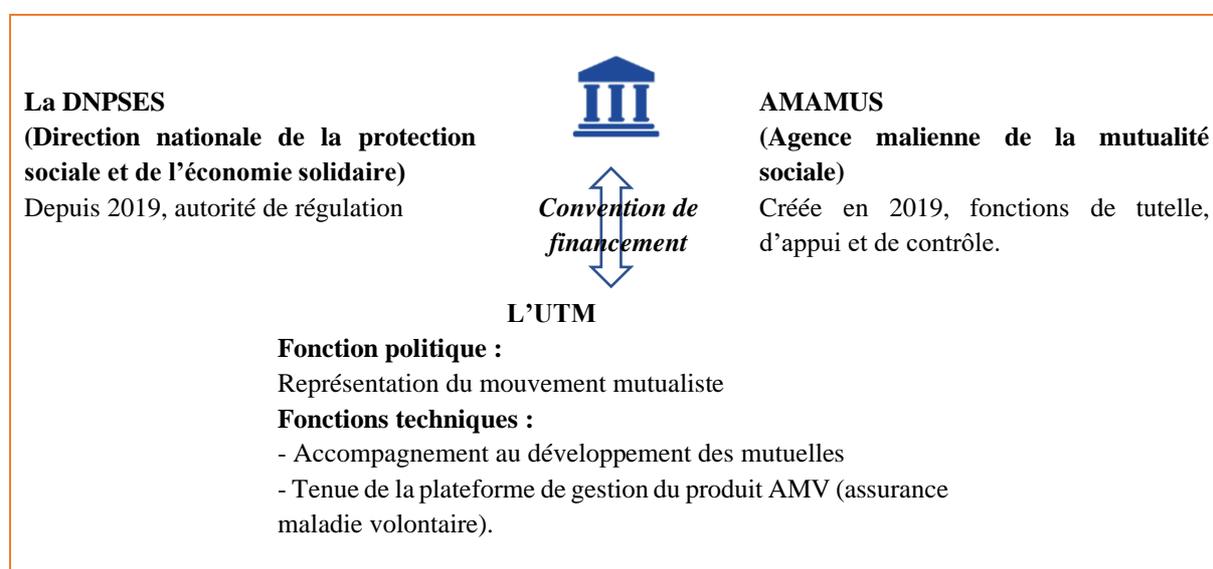


Figure 2 : Principaux acteurs nationaux fortement impliqués dans la mutualité

L'Union technique de la Mutualité (UTM), acteur relevant de la société civile et au statut ambigu puisqu'à la fois mutuelle, faitière de mutuelles et plateforme de gestion, en assure le leadership, de par son expérience et expertise technique inégalées au Mali. Elle développe une vision assez réformatrice de la couverture des secteurs informels et agricole mais peine à l'exprimer, puisqu'elle tire sa légitimité du mouvement mutualiste. L'arrivée d'un nouvel acteur en 2019, l'Agence malienne de la mutualité sociale (AMAMUS), un

EPA (Établissement public à caractère administratif et financier) qui reprend avec une forte autonomie les fonctions de tutelle d'appui et de contrôle assurées jusque-là par l'État, bouscule le tête-à-tête institutionnel entre l'État malien et l'UTM, sans impulser une réelle dynamique réformatrice.

Les autres acteurs nationaux concernés par la protection sociale restent en marge des décisions concernant la mutualité, notamment la Direction Générale de la Santé, la Caisse nationale d'assurance maladie et l'Agence nationale assistance

médicale. Les acteurs locaux (élus mutualistes, formations sanitaires, structures d'économie sociale et adhérents mutualistes) sont faiblement impliqués, de part une décentralisation réduite des décisions et une gestion peu efficiente des partenariats. On note ainsi une faible appartenance des mutuelles à des réseaux d'économie sociale.

La mutualité se développe par ailleurs depuis 30 ans dans un contexte de pénurie de ressources financières. La compétition dans l'accès aux maigres ressources disponibles et le chevauchement des missions des acteurs du secteur social (« missions partageables »), alimente des tensions institutionnelles qui le fragilisent en interne.

« Ce manque de synergie, cette insuffisance notoire de collaboration entre acteurs sur le terrain, c'est comme si chacun cherchait à tirer la couverture vers lui en oubliant qu'individuellement, personne ne pourra avoir de bons résultats. La lancée sur laquelle on est actuellement dans le mouvement mutualiste, je ne suis pas très optimiste pour le RAMU. » Groupe d'experts, 4

Enfin, la culture professionnelle, bureaucratique (respect de la hiérarchie, communication verticale), génère une faible dynamique collaborative et encourage les comportements routiniers plus qu'elle ne soutient les initiatives. En outre, elle décentralise peu la prise de décisions.

Sur le plan idéologique, on observe une grande prégnance de l'idéologie communautaire, jugée particulièrement adaptée au contexte africain. Son instrumentalisation par l'État se traduit depuis les années 1990 par la création de multiples entités communautaires, dont les associations de santé communautaires (asaco) et les mutuelles (50).

« Partout où l'on va positionner une personne salariée pour sensibiliser, pour collecter les cotisations, il faut trouver les moyens de l'accompagner dans cette tâche par un dispositif ou une organisation communautaire sinon, elle seule ne pourra jamais. » UTM, 3

« Les mutuelles doivent faire partie du RAMU parce qu'il n'y a pas d'autres solutions. On évoque aussi l'idée de participation communautaire qui aiderait...pourtant on a vu le piètre résultat des Asaco. » Société civile et partenaires, 4

Les principes mutualistes sont également jugés incontournables pour susciter l'adhésion, la confiance et assurer la redevabilité aux populations, sans que « cette mission de transformation sociale par sa gestion démocratique et associative qui responsabilise ses membres et les fait prendre part aux décisions » (51) n'est fait réellement ses preuves.

La gestion profane assurée bénévolement grâce à l'implication communautaire est jugée souvent préférable à la dépendance risquée d'un financement étatique, qui compromettrait en outre l'autonomie des mutuelles. La résistance au changement se traduit par une faible prise en compte des recommandations des études scientifiques qui, depuis fort longtemps dénoncent les faiblesses structurelles de la proposition mutualiste et proposent des solutions, dont la professionnalisation de la gestion et une portabilité plus large d'un produit plus attractif.(52)

« L'organisation communautaire, c'est les réalités du Mali. Et ce n'est pas du tic au tac qu'on peut vraiment modifier cela. A un moment donné, c'est une source de blocage. Et à un autre, cela aide. » État, 6

A partir de 2015, on note l'amorce d'une dynamique de changement au Mali. Les recommandations de différentes évaluations et les propositions stratégiques qui en découlent³ convergent et traduisent un consensus des acteurs institutionnels sur la nécessité de réformer la mutualité et de la faire évoluer vers plus d'efficacité et de performances. Il est question d'alléger le dispositif pour une couverture nationale rapide et d'engager la réflexion sur les limites du modèle originel de la mutuelle et l'éventualité de s'affranchir plus radicalement du modèle mutualiste.

« Est-ce qu'on ne peut pas trouver une forme autre que la forme classique mutualiste pour organiser les gens avec une organisation plus légère, autre que la mutualité. » Groupe d'expert,⁷

« On dit chez moi qu'il ne faut pas voir les nuages et vider la jarre donc il est important qu'on continue mais en gardant l'existant. Pour le moment, ce sont les mutuelles communautaires mais à l'échelle cercle et non plus communale. » UTM, 8

Résultat 3 :

La dynamique de changement, légiférée dans le cadre de la loi RAMU et concrétisée dans le cadre d'un programme expérimental, souffre de l'absence de synergie d'action des deux acteurs du changement : le groupe d'experts chargé de l'opérationnalisation du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) et le programme pilote PADSS2.

Ces dernières années, deux acteurs impulsent de l'intérieur, un nouvel élan réformateur.

Le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) est la dernière et sans doute la plus ambitieuse réforme proposée par le secteur social. Il doit permettre de fusionner les différents régimes de protection sociale contre la maladie (AMO, Mutualité, RAMED, gratuits). Cette initiative montre la réelle préoccupation du gouvernement à aller vers plus d'efficacité en organisant les acteurs sous l'égide d'un seul organisme para public, la CANAM, en mutualisant les ressources, en proposant une gestion concertée de l'intervention et en diminuant les coûts de transactions. Depuis 2015, le groupe d'experts chargé de son opérationnalisation (53) donne l'opportunité de concrétiser la réforme de la mutualité malienne. Pluridisciplinaire, composé pour la plupart de cadres nationaux, relevant de structures techniques de plusieurs départements ministériels ou d'EPA, ce groupe d'experts constitue un cadre unique de concertation et de réflexion pluri sectoriel.

La loi RAMU qu'il a élaboré constitue un cadre réformateur. Pour la première fois, le fonctionnement de la mutualité est mis au regard des deux autres dispositifs de protection sociale santé, avec lesquels elle doit constituer le RAMU. Cette mise en perspective impose la remise en cause de nombreux principes mutualistes, dans un souci d'efficacité et d'équité. Elle se traduit par une imposition de l'adhésion obligatoire au RAMU via les mutuelles, une gestion du risque par la CANAM et une implication importante de l'État (subventionnement de

³ Recommandations de l'évaluation de la stratégie d'extension SNEM/2015, études d'experts

internationaux (Letourmy, 2015), Stratégie nationale de financement de la santé, validation du PRODESS III par le comité de suivi

50% du montant des cotisations, définition d'un montant des cotisations et d'un paquet de soins uniforme sur toute l'étendue du territoire malien), marquant la fin de l'autonomie des mutuelles. Elle impose la professionnalisation du dispositif mutualiste et suggère une structuration allégée à l'échelle du cercle, offrant la portabilité nationale d'un produit assurantiel équivalent à celui des autres régimes existants (AMO, RAMED).

A ce titre, le groupe d'experts constitue un agent du changement, même si son fonctionnement, à la fois confidentiel et peu inclusif, et ses conclusions peu partagées, limitent sa capacité à faire évoluer la réflexion nationale. Ainsi, le Comité national de Réflexion et de Suivi pour l'opérationnalisation du RAMU, créé parallèlement au groupe d'experts, et ayant pour fonction de valider et contrôler ses propositions, constitue l'une des rares opportunités de faire connaître le travail du groupe d'experts et d'ouvrir les débats. Il ne s'est réuni que deux fois entre 2015 et 2021. Par ailleurs, les piliers conceptuels que sont les études et voyages d'étude, font défaut comme soutien à la réflexion afin de donner un contenu plus tangible aux différents décrets d'application de la loi et d'articuler les différents régimes, dans la perspective du RAMU.

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

Groupe d'expert, 3

Le processus, démarré en 2013, évolue lentement, sur financement de l'État. Un lancement du Régime d'assurance maladie universelle est prévu pour 2022.

C'est dans ce contexte que prend place le Programme d'appui au développement social sanitaire (PADSS2) dans la région de Mopti. Financé sur des fonds dédiés à l'appui à la CSU dans plusieurs pays de la sous-région (I3S) et des fonds ciblant le renforcement de l'offre de soins pour la mère et l'enfant (MUSKOKA), pour un montant global de 13 millions d'euros, ce programme présente l'originalité d'une approche systémique, avec la mise en œuvre parallèle de trois composantes : « Cette conjonction d'efforts ciblée principalement sur deux districts d'une même région, permettra d'en faire une zone d'expérimentation et de démonstration des avantages potentiels d'une approche globale (offre et demande) ». (54)

La composante 1 cible le renforcement de l'offre de soins en santé maternelle et infantile. La composante 2 prévoit « la mise en place d'un mécanisme de financement innovant visant l'accessibilité des soins et la viabilité des structures sanitaires » (55). Le mécanisme de financement privilégié par le bailleur était l'achat de prestations (politique d'exemption de paiement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans). Mais le développement des mutuelles de santé est finalement retenu, à la demande de l'État, et en conformité avec la Stratégie nationale, finalement adoptée en 2018. Cette composante mutualité mobilise 35% des ressources disponibles, dont 9% pour le déploiement des mutuelles et 24% pour le cofinancement avec l'État des cotisations mutualistes. La composante 3 vise le renforcement des capacités des ministères impliqués au niveau central et déconcentré dans leurs missions de planification et supervision.

Expérimenté dans les deux seuls cercles de Mopti et de Bandiagara (région de Mopti) entre 2017 et 2021, ce programme est

présenté comme un pilote dans la perspective du RAMU. Il s'inscrit dans une temporalité et une grande cohérence par rapport aux attentes des acteurs du secteur social sur les innovations à apporter à la mutualité. Il reprend à son compte les propositions de réformes contenues dans les documents stratégiques et de planification, pour des mutuelles de santé actrices de la CSU. L'adhésion obligatoire n'est cependant pas retenue dans le dispositif, car jugée prématurée. Convaincre la population des avantages d'une mutualité attractive avant de la contraindre, pour favoriser son acceptation du nouveau montage proposé, légitime ce positionnement.

Ces deux acteurs du changement, pourtant largement issus du contexte sectoriel, ne parviennent pas à poursuivre dans la durée la synergie d'action et de réflexion envisagées lors de la formulation du programme. Les deux processus, programme pilote, d'une part, opérationnalisation du RAMU, d'autre part, évoluent parallèlement. Le coordinateur du PADSS2 ne participe pas aux rencontres du groupe d'experts comme cela était initialement prévu. Le comité de pilotage du PADSS2 se réunit très rarement. L'état d'avancement ou les résultats du programme pilote ne sont pas présentés au groupe d'experts. Ce dernier entérine certaines décisions dans le cadre des décrets d'application de la loi RAMU, sans se préoccuper de l'expérience pilote en cours.

« L'expérimentation de Mopti est aussi très mal connue du groupe d'experts alors que ce programme a été instauré pour expérimenter. On est en train d'avancer sans se référer à ce qui est en train de se faire dans cette expérimentation. » État, 3

« Depuis le démarrage, on sait que le PADSS2 va servir d'expérimentation pour le RAMU mais malheureusement, aucune passerelle n'a été établie entre ce programme et le groupe d'experts, de manière formelle. De manière informelle on peut en glisser quelques mots puisque je fais partie du groupe d'experts mais l'initiative d'organiser des ateliers de restitution aurait dû venir du ministère. Il y avait un fond prévu pour la capitalisation au niveau de la coordination mais je ne sais rien à ce sujet. » UTM, 4

Résultat 4 :

La plupart des caractéristiques du dispositif mutualiste innovant expérimenté dans le cadre du PADSS2 s'expriment en faveur de son adoption à l'échelle nationale, dans la perspective de la CSU. La transférabilité du modèle et sa viabilité financière sont néanmoins compromises par un manque d'ambition concernant le contenu, perfectible, et la faible articulation, des deux innovations phares : la professionnalisation et le montage institutionnel du dispositif.

On note la **compatibilité** du dispositif expérimenté avec le nouveau credo international, les recommandations et perspectives nationales (évaluations, nouveau standard mutualiste). Il est en outre, l'expression d'une dynamique largement endogène, les acteurs du changement comme les porteurs de l'initiative, relevant du contexte sectoriel, à l'exception du financement, principalement extérieur. Le souci d'innover sans trop bousculer l'existant est pris en compte dans un dispositif présenté comme transitoire. Ainsi, l'affranchissement des contraintes

communautaires est tempéré et l'adhésion garde un caractère volontaire.

Le dispositif global proposé montre une **cohérence** interne inédite et intéressante dans la perspective d'un éventuel passage à échelle. Il prévoit des innovations à la fois organisationnelles (professionnalisation), techniques (digitalisation), institutionnelles (nouvelle structuration mutualiste à l'échelle du cercle) et financières qui se complètent et se renforcent mutuellement.

La validité de ce dispositif innovant n'est pas optimale et n'a pu être sérieusement questionnée et améliorée en cours de mise en œuvre.

- La stratégie d'intervention repose sur un **fort subventionnement de la cotisation** à hauteur de 80%. Cette mesure garde une certaine pertinence dans une région impactée lourdement par la crise sécuritaire, mais il est très peu probable que l'État adopte ce pourcentage de subventionnement dans le cadre du RAMU.
- **Le montage institutionnel**, tel que proposé, présente une configuration bicéphale. Le volet technique est représenté par l'UTM en tant qu'opérateur de développement de cette assurance maladie mutualiste, préfigurant le rôle qu'elle doit jouer dans le RAMU. Ceci se traduit par la mise en place d'une unité déconcentrée de l'UTM à une échelle locale pour assurer toutes les composantes de développement d'une mutuelle.

Le volet politique est matérialisé par les mutuelles de cercle. Si on peut parler d'une simplification de la procédure administrative avec la création d'une seule mutuelle par cercle, comparativement au modèle précédent,

le plan de déploiement des mutuelles prévoit la création des sections communales pour garantir l'ancrage communautaire, ce qui rend la procédure encore très chronophage et budgétivore. La mise en place d'instances mutualistes freine en outre la création de partenariats stratégiques. Le dispositif souffre ainsi d'un manque d'ouverture aux acteurs locaux, tels que les élus des collectivités décentralisées, les acteurs de l'économie solidaire ou les professionnels de santé, qui pourrait s'avérer très utile.

« *Quand tu vas au centre de santé, les agents te font tourner par-ci par-là.*

D'aller mettre le cachet chez la première personne qui vous a reçue, dès fois tu viens trouver que cette dernière n'est pas sur place et si ça trouve que tu as un malade grave, ça peut trop te fatiguer. Souvent si moi je viens trouver qu'il y a beaucoup de monde au guichet, je préfère prendre le ticket normal que de prendre le ticket mutualiste. Je fais ça pour passer, plus vite. Nous voulons quelque chose où il n'y a pas trop de protocole. Nous ne sommes pas des blancs. S'ils mettent trop de va et vient, nous allons dire qu'on va sortir de ça finalement. » Mut, 9

L'efficacité de cette structuration communautaire, parallèle à la responsabilisation de l'UTM, doit donc être questionnée, notamment au regard de nouvelles réalités du dispositif :

- L'implication de l'État et de l'UTM dans la gestion des mutuelles sécurise la population cible, de l'aveu même des élus mutualistes, et renforce la crédibilité de la proposition. Il apparaît assez nettement que les instances mutualistes s'accrochent bien

d'une délégation de gestion à une équipe de professionnels. Conscientes de leurs limites, d'autant qu'il est question maintenant de gérer des ressources publiques, elles ne revendiquent pas une plus forte responsabilisation (56)

- On note des conditions plus difficiles de représentativité d'un CA de la mutuelle à l'échelle du cercle et une certaine difficulté à comprendre et maintenir des relations entre sections communales et les CA des mutuelles.
- Le mode de nomination des élus et le principe de bénévolat limitent toujours autant leur engagement

Ce montage assez ambigu et lourd, mais consensuel et présenté comme transitoire, n'est pas modélisable en l'état. Il n'a pas fait l'objet d'un questionnement pendant le programme autour de cette question de fond :

« Quel va être aujourd'hui le rôle entre l'UTM et les mutuelles ? Parce que l'UTM trouve son fondement dans l'existence des mutuelles, est-ce que le rôle de l'UTM en tant qu'OGD doit aussi l'amener à oublier que les mutuelles existent à la base, est-ce que cette responsabilité ne va pas jouer sur la vie des mutuelles en tant qu'organisation communautaire représentant les populations avec aussi des dimensions de redevabilité à ces populations-là. » UTM, 6

La professionnalisation présente une certaine complétude, avec à la fois professionnalisation des ressources humaines, des ressources matérielles (mise à disposition de matériel informatique et logistique) et des activités (activité de

gestion notamment). « *La professionnalisation à tous les niveaux, on a cela nulle part ailleurs.* » UTM, 5

La validité technique et organisationnelle de ce dispositif est largement atteinte :

- Globalement, cette professionnalisation a permis à la mutuelle d'honorer ses engagements avec ses membres et ses partenaires, d'appliquer et de respecter les règles prudentielles.
- La performance des mutuelles repose largement sur le déploiement et l'engagement d'agents de proximité, polyvalents et disponibles. Le contrôle exercé par les médecins conseils s'est avéré indispensable.
- Les efforts importants consentis lors de la formulation du dispositif et en cours de mise en œuvre pour informatiser le système a permis la production en temps réel d'indicateurs de suivi des activités et des performances et la portabilité nationale du produit mutualiste.

« Par rapport aux outils de gestion, on a un logiciel de gestion qui permet à chaque assuré d'avoir un compte, donc de suivre tous les mouvements qui le concerne et d'assurer aussi une portabilité nationale du produit. » cadre UTM

La mobilisation de la téléphonie mobile et des services d'Orange money pour la transmission d'informations, de données et d'argent entre les mutualistes et la mutuelle ont facilité et fluidifié les échanges entre les mutualistes et la mutuelle.

La mise en œuvre du dispositif a néanmoins permis de faire ressortir les limites de ce dispositif :

- Le recrutement, déjà pénalisé par l'absence de compétences actuelles au Mali, n'a pas assez mis l'accent sur les compétences informatiques de tous les salariés, quel que soit leur poste. De même, le caractère très conjoncturel de certaines activités et le caractère évolutif de la charge de travail, tant en qualité qu'en quantité, en fonction du stade de développement de la mutuelle, n'ont pas assez été anticipés.

« Le premier profil de poste était uniquement lié à la création des mutuelles et sections communales et leur accompagnement durant les premières heures. Mais après cela, il n'y avait plus rien pour les assistants au développement et ils ne savaient plus ce qu'ils doivent faire, encore moins remplir leur tableau de bord. Très vite, j'ai pensé redéployer à la base ces assistants mais c'était difficile car ils n'ont pas le même niveau de salaire que les gestionnaires. » UTM, 2

- L'informatisation et l'automatisation des procédures administratives et financières s'est révélée insuffisante.
- La formalisation des outils de gestion d'équipe, des documents de gouvernance et de gestion interne (modélisation du dispositif) est restée inaboutie.

- La professionnalisation de certaines activités pourtant centrales, la communication et la gestion des partenariats stratégiques, notamment avec les formations sanitaires et les autres acteurs de l'économie sociale et solidaire, a été négligée, avec pour conséquences une promotion insuffisante de la mutuelle et une implication faible des autres acteurs locaux.

Cette proposition mutualiste présente **des avantages**, à la fois **bien visibles et observables**, comparativement aux mutuelles communautaires qui restent majoritaires au Mali. Le modèle suscite un intérêt manifeste de la part des populations cibles et des partenaires locaux. La professionnalisation a ainsi permis d'améliorer l'accès au service mutualiste, la fiabilité de la gestion, donc la crédibilité et la performance du dispositif.

« Le gestionnaire a une bonne qualité de relation humaine. Je n'ai jamais entendu quelqu'un lui reprocher quelque chose. Il fait un travail de Hercule. Il sillonne deux communes, plus de 33 villages, chaque moment tu le vois en train de courir. »

Mut, 23

L'attractivité de l'offre mutualiste se traduit ainsi par une évolution du taux de pénétration bien plus rapide que celui des dispositifs antérieurs.⁴ On passe ainsi d'un taux de 0,8% en 2016 à 9,05% en 2021.

⁴ Taux de couverture de 1,92% des populations par les mutuelles à l'échelle nationale, selon Stratégie nationale d'extension de la CSU aux secteurs

informel et agricole par les mutuelles de santé (2021-2025), Atelier de révision, 2020

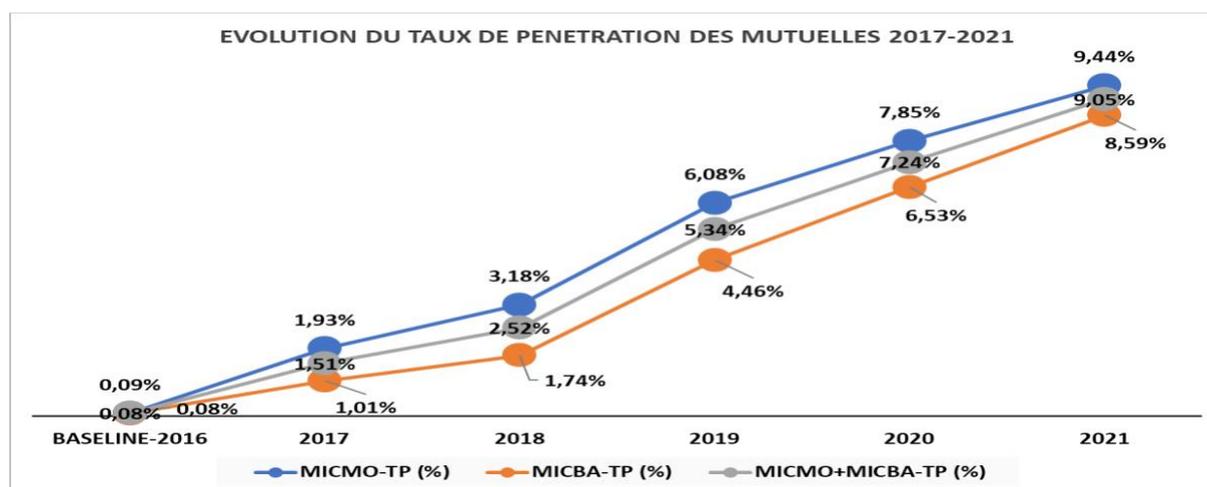


Figure 3 : Évolution du taux de couverture des populations par les Mutuelles de Cercles entre 2016 et 2021(57)

Le risque d'absence de viabilité financière du modèle expérimenté est réel puisqu'à l'issue du programme, les fonds disponibles ne peuvent permettre de couvrir les dépenses au-delà d'une année, selon le coordinateur régional de l'UTM.

Plutôt que de procéder à des conclusions hâtives, celle par exemple de jeter la « logique d'intervention avec l'eau du bain » (58), cette contre-performance au plan de la pérennité doit être relativisée :

- Les charges fixes n'ont pas pu être rationalisées, faute de démarche réflexive sur le montage technique et institutionnel proposé initialement. Il semble tout à fait envisageable de redéfinir la composition de l'équipe et de pousser l'informatisation du dispositif pour alléger la charge de travail.
- La mutuelle n'a pu exercer qu'un contrôle *a posteriori* des dépenses techniques (remboursement des FS) puisque la rationalisation de l'offre n'a pas été tentée. Ainsi, les coûts moyens des ordonnances ont toujours et partout été supérieurs aux références et en constante

augmentation dans les deux cercles (57).

- La viabilité financière est compromise par le choix unanime de maintenir pour cette expérimentation le caractère volontaire de l'adhésion et par le contexte d'insécurité qui a lourdement pesé sur le taux d'adhésion.
- Les frais de fonctionnement et les charges concernent le cumul des fonctions techniques des niveaux cercle et région. Ils ne correspondent donc pas aux charges d'un montage institutionnel définitif et complet, dans lequel certaines économies d'échelle sont possibles.
- Enfin, le RAMU prévoit la mutualisation de certaines activités (communication, informatisation) et ressources humaines, ce qui devrait permettre d'alléger certains coûts qui ont été ici supportés par le seul dispositif mutualiste.

Au final, **la transférabilité** du modèle proposé reste en l'état prématurée. La modélisation est à parfaire, dans la mesure où les performances insuffisantes imposent

une optimisation des dispositifs institutionnel et technique proposés.

Résultat 5 :

La stratégie d'intervention, finalement peu systémique, réflexive et itérative, limite la portée de ce programme pilote. Le potentiel n'a pu être optimisé pendant le programme et certains aspects de la proposition innovante restent à explorer, avant d'envisager son passage à échelle dans le cadre du RAMU.

Plusieurs constats principaux peuvent être posés concernant la stratégie d'intervention.

- Les ambitions de ce programme sont soutenues par un financement conséquent. Sa durée de six ans, exceptionnelle dans l'appui à la mutualité, constitue un autre facteur très positif. Les deux processus de formulation et de mise en œuvre s'inscrivent ainsi dans une continuité temporelle, avec une longue phase de formulation (2014-2015), suivie d'une phase de mise en œuvre en trois étapes :
 - Période de démarrage 2016/2017, marquée par le recrutement de l'équipe salariée, la mise en place des instances mutualistes, les activités de communication et de formation.
 - Phase d'adhésion 2018/2019. Elle se concentre sur les activités de mobilisation sociale et l'enrôlement, avec une forte implication, tant de l'équipe salariée que des élus, sur le terrain.

- Phase de fidélisation 2020/2021. Les différentes activités de la mutuelle sont menées de front (information, enrôlement, renouvellement des adhésions, gestion du partenariat avec les formations sanitaires), et mobilisent lourdement les salariés dans les activités de saisie et de gestion au détriment des activités de terrain.

En revanche, le choix d'une région exposée à différents aléas (une des plus pauvres du Mali, faibles indicateurs sanitaires, contexte d'insécurité) s'avère peu propice à la mise en œuvre d'un programme pilote. Ainsi, près de la moitié des 57 communes des deux cercles sont sous occupation totale des djihadistes pendant la période de programme, la plupart des autres communes étant partiellement occupées. L'insécurité génère en outre de nombreux déplacements de population, joue sur la disponibilité et l'accessibilité de l'offre de soins, et au final sur l'appropriation de ce dispositif mutualiste par des populations paupérisées, très absorbées par leurs conditions immédiates de survie.

- Le dispositif mutualiste expérimenté ne s'inscrit pas dans l'approche systémique prévue initialement. Dès la formulation, les activités sont envisagées sans concertation ni coordination entre les acteurs des composantes 1 et 2 du programme et leur mise en œuvre se fait sans synchronisation, du fait de contraintes administratives et bureaucratiques

diverses, tant de la part de l'État que du bailleur. Le scepticisme, manifesté ouvertement à l'encontre de la mutualité par les deux coordinateurs successifs de l'assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMO), ne facilite ni la compréhension des enjeux de ce programme pilote, ni l'articulation des deux composantes. De fait, les deux dispositifs coexistent, sans collaborer réellement. Lors de sa troisième mission (59), l'assistant technique mutualité, fait ainsi référence à une insuffisance de pilotage global du programme et de mise en synergie des acteurs. Il évoque aussi une faible circulation de l'information en interne d'où un fonctionnement cloisonné des différentes parties prenantes et une méfiance entre acteurs, compromettant les chances d'une mise en œuvre harmonieuse, concertée et réussie.

Par ailleurs, la composante 1, portant sur le renforcement du système de santé, ne se situe pas dans une logique d'innovation ni de pérennisation des acquis qu'une meilleure articulation avec la composante mutuelle aurait pu faciliter. Elle prévoit des appuis classiques au niveau des centres de santé communautaire : recapitalisation grâce à des dotations en médicaments, renforcement des capacités du personnel des équipes d'encadrement et des centres de santé communautaires, financement continu des activités d'encadrement. La contribution à la mise en place du processus d'accréditation au niveau national et régional est envisagée, mais sans articulation avec la

composante 2, et finalement abandonnée.

- L'Union technique de la Mutualité (UTM) est retenue comme opérateur principal, préfigurant le rôle d'organisme gestionnaire délégué (OGD) qu'elle va vraisemblablement occuper dans le cadre du RAMU. Cela constitue un atout majeur, tant pour l'expérimentation que pour son passage à échelle, d'autant qu'on peut noter une forte déconcentration de la mise en œuvre et des efforts inédits de décentralisation du dispositif de gestion et de suivi informatique. Malgré sa solide expertise, l'UTM reste néanmoins assez novice face à l'ampleur des innovations à expérimenter, dont il faut définir le contenu et prévoir l'articulation. Elle devrait pouvoir se positionner comme structure apprenante, ce que le programme ne prévoit pas. En effet, l'approche réflexive, inhérente à tout pilote, est triplement limitée lors de la mise en œuvre :
- La mise en œuvre des innovations mutualistes est envisagée sans processus évaluatif permettant de questionner leur potentiel, et sans encadrement, donc sans processus itératif d'apprentissage. Les trois missions de l'assistant technique de ce volet mutualité sont de courte durée et leurs objectifs sont définis, plus en fonction des préoccupations du bailleur et de l'Appui à la Maîtrise d'ouvrage que des besoins de l'équipe. La diffusion des résultats et la transférabilité du modèle en fin de programme pâtissent de l'orientation donnée à

ses missions d'appui et à l'absence de capitalisation qui en découle.

- L'approche processus (faire évoluer les modèles initiaux afin de les améliorer en cours de mise en oeuvre), presque incontournable pour un projet pilote, a été négligée au profit d'une logique comptable et gestionnaire. Ni l'Assistance à maîtrise d'ouvrage ni le bailleur du programme ne semblent avoir pris la mesure de l'ampleur des défis techniques et institutionnels à relever pour atteindre la viabilité financière légitimement recherchée, ni le poids des contextes. Cela se traduit par un pilotage avec une très faible flexibilité budgétaire, voire une décision unilatérale de réduction du financement au regard de la faible atteinte des résultats atteints, plutôt qu'une réaffectation des ressources pour lever les contraintes mises à jour en cours d'expérimentation.
- Les processus de formulation et de mise en œuvre de ce pilote restent très confidentiels au regard de son enjeu national et de la portée des innovations. Cette mise en œuvre, peu inclusive, ne constitue donc pas une opportunité de réflexion concertée des différents acteurs autour des résultats en cours ou en fin de processus, ni le produit d'une collaboration d'acteurs beaucoup plus large, tant à l'échelle locale que nationale (maires, professionnels de santé, acteurs de l'économie solidaire, services déconcentrés de l'État et acteurs nationaux.). De fait, la direction technique de l'UTM est jugée presque seule comptable du résultat de cette expérimentation

novatrice, ce qui ne favorise pas non plus, son positionnement de structure apprenante. Soucieuse de montrer sa capacité à faire face plutôt que ses doutes ou les limites inévitables des dispositifs institutionnel et technique proposés initialement, et disposant d'une faible marge de manœuvre pour procéder à des modifications, elle se limite à des aménagements intéressants, mais à la marge. L'État est associé dans le cadre d'un comité de pilotage mais il reste en faible capacité de propositions et de soutien à cette expérience locale.

Synthèse :

Les résultats montrent que les défis externes auxquels cette proposition mutualiste expérimentale a été confrontée, et ses conditions de mise en œuvre, constituent une contrainte majeure. Ils compromettent le principal défi de pousser plus loin encore la réforme entreprise pour éviter le passage à échelle d'un dispositif technique et institutionnel imparfaits, sans réelle viabilité financière.

Notre approche conceptuelle, prenant en compte toutes les dimensions à explorer autour d'un dispositif innovant pour en apprécier les résultats et mieux encore, ses conditions de passage à échelle, se révèle instructive et propose des pistes de réflexion.

1. Pour la première fois au Mali, dans la perspective et face aux enjeux du RAMU, un dispositif porteur de nombreuses innovations a été expérimenté sur une longue période. Il présente des caractéristiques qui le rendent à la fois

attractif pour les populations cibles, plus fiable et performant avec une gestion professionnalisée permettant d'envisager l'intégration de la mutualité dans le RAMU. A l'évidence, cette réforme s'impose à tous, permet d'avancer sur le chemin de la CSU pour couvrir des secteurs aussi complexes que les secteurs informel et agricole. Malgré les difficultés rencontrées et les conditions de mise en œuvre, la plupart des réalisations attendues ont été actées, avec des réussites indéniables :

- Mise en place d'une représentation technique de la faitière mutualiste UTM au niveau régional avec délégation de tous les pouvoirs exécutifs des mutuelles de cercle à une direction technique, constituée de personnes salariées, recrutées et gérées par l'UTM et redevable aux deux CA.
- Mise à disposition d'un dispositif mutualiste rendu plus accessible et attractif tant par le cofinancement du paquet de soins, que par son contenu et sa professionnalisation.
- Capacités de gestion, de contrôle, de remboursement des formations sanitaires largement optimisées

Le taux de pénétration de 9% des deux mutuelles en 2021 et un taux de fidélisation de 48% (57), dépassent les résultats obtenus par les mutuelles communautaires ces trente dernières années, mais restent insuffisants pour assurer leur viabilité financière. Une étude de l'efficacité du PADSS2 reste à réaliser pour mieux comprendre la relation coût-bénéfice de ces résultats opérationnels. Des innovations restent à trouver, d'autres à parfaire et à mieux articuler, pour construire un nouveau mode à penser la couverture maladie des secteurs agricole et informel.

2. L'analyse des contextes et du processus de mise en œuvre, habituellement négligée(60), permet ici de montrer que les conditions d'expérimentation reproduisent, à l'échelle du programme, les principaux freins à l'innovation qui s'exercent depuis toujours à l'encontre du projet mutualiste.

- Une réflexion stratégique limitée par la faible capacité de communication et de concertation des acteurs du secteur sectoriel et par le conservatisme idéologique ambiant. Le souci de ne pas trop bousculer l'existant, de faire preuve d'un certain réalisme concernant les résistances au changement qu'elles viennent du secteur social ou du secteur santé, expliquent largement le caractère inabouti de la proposition mutualiste, au regard des exigences du RAMU.
- L'ambiguïté du positionnement de l'État et de ses partenaires sur les voies à suivre pour atteindre la CSU et leur incapacité à imposer une approche pluri sectorielle cohérente avec une réforme de l'offre en articulation pensée avec l'organisation de la demande. En témoigne ici, le positionnement tout à fait emblématique de l'Assistance à maîtrise d'ouvrage du PADSS2, qui en cours de programme, et face à « *l'incapacité de la mutualité à augmenter le revenu du CSCOM* » a cherché « *une voie de sortie : celle d'une convergence avec le Projet Accélérer les Progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle (PACSU), projet financé par la Banque Mondiale incluant un volet FBR (Financement basé sur les résultats), qui, lui, avait les moyens d'apporter ce financement récurrent indispensable pour obtenir une*

amélioration des performances des CSCOM.»(58). De fait, le FBR démarre effectivement en 2020, sans articulation réussie avec le programme PADSS2. « Force est de constater que malgré les efforts du PADSS, la connexion entre les deux projets est restée quasi inexistante, d'où une absence complète de synergie (61).» L'harmonisation des actions financées par les acteurs de l'aide publique internationale, au cœur de la Déclaration de Paris, ne semble pas encore concrétisée dans ce contexte spécifique.

3. Les chances de passage à échelle de ce dispositif pourtant prometteur, sont doublement compromises. L'adoption des innovations, donc leur passage à échelle, dépend en effet de la communicabilité du dispositif, de la capacité de persuasion de l'opérateur, et des risques que son adoption fait courir au RAMU.

Concernant les deux premiers points, nous avons vu que les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation ont joué négativement tant sur la communication autour de ce projet pilote (peu de capitalisation, peu de passerelles entre les acteurs du programme et ceux en charge du RAMU) que sur la capacité de l'opérateur à convaincre.

Le déficit en matière de viabilité financière du programme, largement communiqué sans explicitation de ce quoi il résulte, peut une nouvelle fois alimenter la frilosité très consensuelle de ses concepteurs, plus encore de ses détracteurs, par la crainte des conséquences que cette adoption fait courir au RAMU. Avec pour conséquences des répercussions possibles sur le « design » technique, revu à la baisse, et un *statu quo*

institutionnel. Ainsi, la professionnalisation a été intégrée lors de la révision de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé en 2021 mais de manière très sous-estimée, comparativement aux besoins mis à jour lors de l'expérimentation. Et le principe de structuration mutualiste à l'échelle du cercle tel qu'expérimenté dans le PADSS2 a été retenu à ce même atelier alors même que les résultats de ce dispositif pilote font douter de son efficacité et militent pour un dispositif plus affranchi du montage communautaire.

« Lors de cet atelier de révision, ils ont opté pour des mutuelles de cercle mais sans en connaître le coût, sans demander à l'UTM son expérience. On parle maintenant dans les textes de mutuelles de cercle. Cela demande encore beaucoup d'argent. Est-ce que l'État est prêt à financer ces mutuelles de cercle ? Cela risque d'être un blocage. » Société civile et partenaires, 5

Les leçons à tirer d'une mise en perspective de ce pilote avec des expériences similaires dans la sous-région

Il nous paraît intéressant ici de mettre ces résultats au regard des innovations expérimentées ces dernières années dans la couverture des secteurs informel et agricole de différents pays africains, afin d'apprécier le dispositif innovant au Mali au regard d'autres modèles.

La mise en perspective de cette analyse avec l'expérimentation des unités départementales d'assurance maladie

(UDAM) dans le cadre d'un programme belgo sénégalais, le PAODES (Programme d'appui à l'offre et à la demande en santé), nous paraît particulièrement instructive.

Le PAODES, développé entre 2012 à 2017, dans deux départements sénégalais, s'inscrit dans une démarche de recherche action, largement soutenue par le partenaire belge, dans son rôle à la fois de courtier d'idées (accompagnement technique, catalyseur de la réforme de l'offre de santé et suivi évaluation en continu) et de bailleur. Il a donné lieu à une capitalisation très complète, y compris du processus de mise en œuvre, se donnant même pour ambition un partage des résultats avec les pays de la sous-région et l'UEMOA. C'est sur la base des documents élaborés dans le cadre de cette capitalisation (62,63), ainsi que certains documents produits par les UDAM depuis 2018⁵, que nous proposons cette mise en perspective.

Cette expérience pilote présente de nombreuses similitudes avec le PADSS2 :

- Un contexte assez semblable : même ambiguïté internationale et nationale dans la vision à privilégier pour la CSU, même long historique d'une mutualité communautaire peu efficace et même nécessité de renouveler cette proposition dans le contexte de la CSU.
- Des propositions techniques d'innovations qui se rejoignent : structuration à l'échelle du cercle, professionnalisation du dispositif et subventionnement de l'État, au Sénégal d'autant plus lourd qu'il intègre la prise en charge à 100% des familles indigentes bénéficiant

des Bourses de sécurité familiales (BSF).

Elle présente également des spécificités intéressantes :

- Cette expérience renouvelle de manière plus radicale l'approche communautaire en lui substituant une citoyenneté décentralisée. « Il s'agit d'une participation communautaire accompagnée par une assurance maladie professionnelle, autonome du système de soins, et par les élus locaux qui défendent en principe les droits de leurs électeurs. Cette dernière option offre à la population un pouvoir politique, démocratique et technique. Le pouvoir technique lui est fourni par l'Assurance maladie qui lui garantit la maîtrise de la technicité et donc le réalisme des revendications éventuelles » (64).
- Cette expérimentation fait la démonstration des avantages d'une approche systémique. Parallèlement à l'organisation de la demande, « une politique nationale de tarification, l'échelonnement complémentaire entre niveaux de soins, la redéfinition des plateaux techniques et la création d'une gestion transparente » sont les domaines sur lesquels le programme est intervenu sans pour autant que le MSAS (Ministère de la santé et de l'action sociale) n'en ait ressenti le besoin au début du processus. »(63)
- La professionnalisation des activités, y compris de communication et de la mobilisation sociale, a été largement promue (outils, définitions de stratégies et de plans d'action, mobilisation de professionnels)

⁵ Rapports annuels des UDAM, 2019

Ce dispositif innovant a permis d'obtenir des résultats probants : les UDAM pérennisent leurs activités depuis 2021 et sont parvenus à atteindre un équilibre financier.(65) On observe ainsi un taux de pénétration important (presque 60% en moyenne) que l'adhésion systématique et automatique des bénéficiaires des bourses familiales ne suffit pas à expliquer, d'autant qu'il va croissant.

L'État a d'ailleurs décidé d'étendre ce modèle à d'autres départements dont certains sont appuyés par de nouveaux partenaires.

Par ailleurs, d'autres expériences du même type dans la sous-région (celles engagées au Rwanda, au Ghana, en Ethiopie (66), et bientôt peut être au Bénin), pour mieux intégrer la mutualité dans un mécanisme national plus large de financement de la santé, permet de poser deux grands constats.

- Le premier est que des solutions techniques et institutionnelles existent et font leurs preuves puisque certains de ces pays, ceux qui ont poussé le plus loin la réforme, obtiennent des résultats performants, que ce soit sur le plan de la couverture de population ou de viabilité financière. Au Ghana, le programme NHIS (National Health Insurance Scheme) « a fait l'objet d'une revue présidentielle en 2017, et les recommandations formulées éloignent de plus en plus le système de toute responsabilité communautaire en matière de gouvernance de l'assurance maladie »(67). Au Rwanda, « le succès des mutuelles en termes de taux d'affiliation a été obtenu aux dépens de l'engagement initial à

l'égard de la participation et de la gestion communautaire. Le déploiement de l'AMBC (assurance maladie à base communautaire) s'est accompagné d'une implication importante du gouvernement et de ses donateurs en faveur du financement de la santé. » (9,67,68) Le Mali s'est engagé sur cette voie, mais doit poursuivre ses efforts pour atteindre des conditions de viabilité institutionnelle et technique suffisantes du dispositif pour envisager son passage à échelle sans en amoindrir la portée. C'est un premier défi.

- La deuxième leçon à tirer de cette revue des principales initiatives de réforme mutualiste est que la mise en place d'un système de protection sociale contre la maladie a une portée politique qui justifie l'effort financier conséquent qu'elle suppose. Certains pays subsahariens l'ont compris et ont su trouver les moyens de la financer (9,67). Le deuxième défi que l'État malien doit relever est de s'engager sans ambiguïté dans cette voie, et pour paraphraser le slogan de la plateforme de Lomé (46), passer résolument des mots aux actes. Cela suppose d'admettre tout le potentiel de cette réforme, perçue jusque-là comme un poste de dépenses démesuré. Nonobstant la situation de crise actuelle, le Mali peut trouver les moyens de sa politique et de nombreux études scientifiques ou rapports internationaux l'ont montré (46). Le Mali dispose en effet d'importantes ressources minières et le secteur minier représente une

opportunité unique de financement national et durable de la CSU pour limiter la dépendance des soins de santé aux sources de financement externes. Il est donc essentiel « d'articuler l'objectif de maximisation des recettes minières, tel que défini dans la Politique nationale de développement des secteurs minier et pétrolier et dans le Code minier de 2019, avec les besoins de financement des services publics clés. » (69)

CONCLUSION

A l'instar de la plupart des pays qui l'entourent, le Mali a longtemps buté contre l'idée que la protection sociale était un luxe que les États africains ne pouvaient offrir à leur population, une parfaite utopie pour des pays pauvres. L'acceptation de ce constat était facilitée par le fait que les États pouvaient compter sur la solidarité et l'organisation communautaire de leurs populations pour faire face aux principaux risques. C'est dans ce contexte que les premières initiatives se sont développées, notamment la mutualité, à une échelle très locale et avec un fonctionnement autonome et largement communautaire. L'absence d'implication de l'État et la faible capacité contributive des populations des secteurs informel et agricole ont limité les ambitions de ce dispositif et expliquent qu'il reste, après plus de trente ans d'expérimentations, aussi peu attractif et performant.

L'idée qu'une assurance maladie universelle soit possible, réaliste, dans les pays à faible revenu, et particulièrement pour les groupes relevant du secteur informel et agricole, a fait son chemin, que ce soit au sein de la communauté

internationale ou dans les pays concernés. Avec la promotion de la Couverture universelle santé, certains pays ont fait la preuve qu'il est techniquement et socialement possible de relever le défi. L'une des conditions est de se démarquer assez largement du modèle mutualiste développé ces trente dernières années, dont les principes constituent un réel frein à sa réussite. La professionnalisation, tant des ressources humaines que des moyens matériels et des activités, est un autre gage de crédibilité, favorisant l'acceptation et la diffusion d'un produit assurantiel performant destiné au secteur informel et agricole.

L'étude de l'expérimentation d'un programme mutualiste innovant dans la région de Mopti montre que le Mali s'est timidement engagé sur cette voie. Le succès des expériences encore plus novatrices dans un nombre croissant de pays subsahariens doit constituer une source d'inspiration que les institutions en charge du dossier devraient considérer avec attention, notamment pour lever les contraintes qui s'exercent encore et qui ont compromis l'efficacité et l'efficience de ce programme pilote. L'opérationnalisation du RAMU et la mise en synergie des différents dispositifs qui le composent, devraient faciliter la prise de conscience de la nécessité de pousser plus loin cette dynamique réformatrice.

A défaut, le risque d'un passage à échelle d'un modèle au rabais, au nom d'un réalisme culturel et social, ou d'une incapacité (réelle ou pas) financière de l'État à faire face, n'est pas à écarter. En l'absence de volonté forte de l'État d'imposer une refonte de la mutualité dans une perspective globale incluant offre et demande, de la financer, de penser viabilité

technique, institutionnelle et financière sans les opposer, il est à craindre que les mesures adoptées finalement, en demi-teinte, ne permettent pas au dispositif de gagner en crédibilité et de faire la différence, avec les modèles voyageurs concurrents, promus avec force d'appuis internationaux techniques et financiers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Waelkens MP, Werner S, Bart C. Community Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries. In: International Encyclopedia of Public Health [Internet]. Elsevier; 2017 [cité 8 juill 2019]. p. 82-92. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128036785000825>
2. Haddad S, Ridde V, Yacoubou I, Mak G, Gbetié M. An Evaluation of the Outcomes of Mutual Health Organizations in Benin. PLoS ONE. 2012;7(10):e47136. doi:10.1371/journal.pone.0047136).
3. Mugo M. Assurance Maladie et État de Santé au Kenya : Vers une Couverture Sanitaire Universelle. Kenya: Consortium pour la Recherche Economique en Afrique, Nairobi; 2022. (Documents de travail HC-002).
4. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, ICF. Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019)—Tableaux [Internet]. Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF; 2020. Disponible sur: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR368/FR368.T.pdf>
5. Daff BM, Diouf S, Diop ESM, Mano Y, Nakamura R, Sy MM, et al. Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. Bull World Health Organ. 1 févr 2020;98(2):100-8.
6. Rouyard T, Mano Y, Daff BM, Diouf S, Fall Dia K, Duval L, et al. Operational and Structural Factors Influencing Enrolment in Community-Based Health Insurance Schemes: An Observational Study Using 12 Waves of Nationwide Panel Data from Senegal. Health Policy Plan. 12 avr 2022;czac033.
7. Criel B. District-based health insurance in sub-saharian Africa, Part I. Antwerp, Belgium: ITG Press; 1998. 149 p. (De Brouwere V, Kegels G, Van Lerberghe W. Studies in health services organisation & policy).
8. Ridde V, Ba MF, Guyot M, Kane B, Mbow NB, Senghor I, et al. Factors that foster and challenge the sustainability of departmental health insurance units in Senegal. Int Soc Secur Rev. avr 2022;75(2):97-117.
9. Chemouni B. The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. World Dev. juin 2018;106:87-98.
10. Lu C, Chin B, Lewandowski JL, Basinga P, Hirschhorn LR, Hill K, et al. Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its First Eight Years. PLoS ONE. 2012;7(6): e39282. doi:10.1371/journal.pone.0039282.
11. Osei Afriyie D, Krasniq B, Hooley B, Tediosi F, Fink G. Equity in health insurance schemes enrollment in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. Int J Equity Health. déc 2022;21(1):21.
12. Akweongo P, Voetagbe E, Tediosi F, Gadeka DD, Salari P, Aikins M. Community perceptions of enrolment of indigents into the National Health Insurance Scheme in Ghana: a case study of the Livelihood Empowerment against Poverty Programme. Glob Health Res Policy. déc 2022;7(1):4.

13. Kadio K, Yamba K, Aboubacar O, Ridde V. Analysis of the implementation of a social protection initiative to admit the poorest of the poor to mutual health funds in Burkina Faso: Analysis of an initiative to admit the poorest to mutual health funds in Burkina Faso. *Int Soc Secur Rev.* 2018;71(1):71-91.
14. Deville C, Hane F, Ridde V, Touré L. La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018. Paris; 2018 p. 38. (Working Papers du CEPED (40)).
15. Paul E, Sambieni NE, Wangbe JP, Fecher F, Bourgeois M. Budgeting challenges on the path towards universal health coverage: the case of Benin. *Health Econ Rev.* déc 2020;10(1):28.
16. Boaheng JM, Amporfu E, Ansong D, Osei-Fosu AK. Determinants of paying national health insurance premium with mobile phone in Ghana: a cross-sectional prospective study. *Int J Equity Health.* déc 2019;18(1):50.
17. Obadha M, Colbourn T, Seal A. Mobile money use and social health insurance enrolment among rural dwellers outside the formal employment sector: Evidence from Kenya. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. janv 2020 [cité 8 mai 2022];35(1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.2930>
18. Diop Ly M, Mbaye LM. Le numérique dans l'accès aux soins de santé au Sénégal : un pas vers la CSU. *Réflex Économiques.* 2022;(2):112-23.
19. Coulibaly P, Schantz C, Traoré B, Bagayoko NS, Traoré A, Chabrol F, et al. In the era of humanitarian crisis, young women continue to die in childbirth in Mali. *Confl Health.* déc 2021;15(1):1.
20. World Health Organization. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2022.
21. Ridde V. The challenges of universal health coverage in sub-Saharan Africa: permanence and failures of New Public Management instruments. In: *Une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* [Internet]. Québec, Canada: Éditions science et bien commun; 2021. p. 1-50. Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>
22. Gautier L, Ridde V. Health financing policies in Sub-Saharan Africa: government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes. *Global Health Research and Policy.* 2017;2:23.
23. Maiga Z, Traoré Nafou F, El Abassi A, Institute of Tropical Medicine (Antwerpen). *La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996.* Anvers: ITGPress; 1999.
24. Knippenberg R, Soucat A, Oyegbite K, Sene M, Broun D, Pangu K, et al. Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in west africa : an assesment of 5 years' field experience in Benin and Guinea. *Int J Health Plann Manage.* 1997;12(Suppl. 1):S9-28.
25. Ridde V. From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(3):1-11.

26. Touré L. User fee exemption policies in Mali: sustainability jeopardized by the malfunctioning of the health system. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(3):1-12.
27. Nguyen HT, Torbica A, Brenner S, Kiendrébéogo JA, Tapsoba L, Ridde V, et al. Economic Evaluation of User-Fee Exemption Policies for Maternal Healthcare in Burkina Faso: Evidence From a Cost-Effectiveness Analysis. *Value Health.* mars 2020;23(3):300-8.
28. Olivier de Sardan JP, Ridde V. Public policies and health systems in Sahelian Africa: theoretical context and empirical specificity. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(Suppl 3):S3.
29. Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé. MDSSPA; 2010 mai.
30. Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle, secrétariats généraux. MSHP, MSAH, MPFFE;
31. Adebayo EF, Uthman OA, Wiysonge CS, Stern EA, Lamont KT, Ataguba JE. A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries. *BMC Health Serv Res.* juin 2015;15(1):543.
32. Umeh CA, Feeley FG. Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries. *Glob Health Sci Pract.* 27 juin 2017;5(2):299-314.
33. Rogers E. *Diffusion of Innovations.* New York: the Free Press; 1995.
34. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Q.* déc 2004;82(4):581-629.
35. van Niekerk L, Manderson L, Balabanova D. The application of social innovation in healthcare: a scoping review. *Infect Dis Poverty.* déc 2021;10(1):26.
36. Haxaire C, Moutaud B, Farnarier C, Blanchot AM. *L'innovation en santé: technologies, organisations, changements.* Rennes: PUR; 2018. (Le sens social).
37. Olivier de Sardan JP. *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà.* Karthala. Paris; 2021. 480 p.
38. Brunnet-Jailly J. *Innover dans les systèmes de santé, Expérience d'Afrique de l'Ouest.* Paris, France: Editions Karthala; 1997.
39. Niang M. *Modélisation systémique des déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation d'innovations en santé : une étude qualitative de cas multiples au Burkina Faso et au Mali [Doctorat en santé communautaire]. [Québec]: Laval, Québec; 2022.*
40. Ritchie J, Spenser L. *Qualitative data analysis for applied policy research.* In: Bryman A, Burgess RG, éditeurs. *Analyzing qualitative data.* London and New York: Routledge; 1994. p. 173-94.

41. Beaussier AL. Kingdon en Afrique ? Théories de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso: Commentaire. *Sci Soc Santé*. 2017;35(2):69.
42. Ndiaye P, Soors W, Criel B. Editorial : a view from beneath : community health insurance in Africa, *Tropical Medecine and international Health*. 2007;12(2):157-61.
43. G Dussault, P. Fournier, A. Letourmy. 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*. Banque mondiale; 2006 p. 521 p. (série santé nutrition et pauvreté).
44. Robert E., Lemoine A., Ridde V. Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle ? Une analyse fondée sur l'approche par les droits. *Revue canadienne d'études du développement*. 2017;
45. Gautier L., Ridde V. Les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions de la qualité des soins de santé. *Risquer la mort pour donner la vie. Politiques et programmes de santé maternelle et infantile en Afrique*. 2017;76.
46. Plateforme de Lomé, le pari de la mutualité pour le XXIe siècle. Un engagement politique pour une stratégie. des mots aux actes. Lomé; 2019.
47. Gautier L., Touré L., Ridde V. L'adoption de la réforme du système de santé au Mali : rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire. Ridde V., éditeur. *Une Couv Sanit Univers En 2030 Réformes En Afr Subsaharienne*. 2021;
48. D. Zombré, M de Allegri, V. Ridde. Les effets du financement basé sur les résultats au Mali sur le recours aux soins,. In: , in *vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique sub saharienne*, sous la Dir V Ridde, ESBC,. 2021.
49. <https://journals.openedition.org/poldev/2782?lang=de>. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/poldev/2782?lang=de>
50. Balique H, Ouattara O, Ag Iknane A. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé Publique*. 2001;(13):35-48.
51. Plateforme de Lomé. janv 2019;p 7.
52. Criel, B. District-based health insurance in sub-Saharan Africa. Part II: case-studies [Internet]. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 10; Disponible sur: <http://dspace.itg.be/handle/10390/60>
53. Décision n°01165/MSAHRN-SG du juin 2015 portant création de ce comité. juin, 2015.
54. HERA. Evaluation in itinere De l'initiative Solidarite sante sahel(i3s). 2017 déc p. 59.
55. ETUDE DE FAISABILITE du projet d'amélioration de la santé maternelle et infantile au Mali Pour le compte du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique et du Ministère des affaires sociales,. AEDES; 2014 juill.

56. Boivin P., Ravalihasy A. Etude sur l'acceptabilité par les élus mutualistes de la réforme mutualiste expérimentée dans le cadre du PADSS2. 2022.
57. Unité opérationnelle de Mopti,. Rapport final. Développement de l'assurance Maladie Mutualiste contribuant à la CMU dans le cadre du PADSS2 Mopti. UTM; 2022 juin.
58. Capitalisation du PADSS2. AEDES; 2022 avr.
59. Aboubakar KOTO YERIMA. Rapport de la troisième mission d'appui de l'assistant technique perlé sur la composante 2 : évaluation à mi-parcours du déploiement des mutuelles dans la région de Mopti. nov 2019;
60. Ridde V, Olivier de Sardan J-P. La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique : un thème stratégique négligé. *Médecine et Santé Tropicales*. 2017;27:6-9.
61. Capitalisation du Programme d'Appui au Développement Sanitaire et Social de la région de Mopti (PADSS2. 2022 avr.
62. AODES, UDAM. Rapport de capitalisation. La mise en œuvre et les résultats des unités départementales d'assurance maladie au Sénégal. PAODES, UDAM; 2017 mai.
63. Bossyns P, Ladrière F, Ridde V. Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne - Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012 - 2017. *Studies in Health Services Organization & Policy*. 2018;(34):79.
64. Bossyns P, Ladrière F, Ridde V. Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne - Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012 - 2017. 2018;(34):10.
65. V. Ridde, M F Ba, M Guyot, B. Kane, N.B. Mbow, I. Senghor, et al. Facteurs et défis de pérennité des Unités départementales d'assurance maladie au Sénégal. *Artic À Paraitre*. juill 2022;
66. Habte A, Tamene A, Ejajo T, Dessu S, Endale F, Gizachew A, et al. Towards universal health coverage: The level and determinants of enrollment in the Community- Based Health Insurance (CBHI) scheme in Ethiopia:A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 17(8):2022.
67. Kestemont MP, Paul E. Le rôle des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux, au Bénin. In *ARES*; 2020. p. 65.
68. Kestemont MP. Le rôle des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux, au Bénin. Paul E., éditeur. mars 2020;66.
69. Diawara, A, Keita, A, Touré, L, Coderre, M, Campbell, B. Les recettes du secteur minier comme source de financement de la Couverture Sanitaire Universelle au Mali, Note de politique, projet de recherche Accès à la santé, ressources minières et politiques publiques au Mali,. 2022.

ANNEXES

Annexe 1 : liste des documents consultés

	Titres	Auteurs	Date
Textes législatifs et réglementaires ; documents de politique ou stratégie nationale			
1	Loi n°2018-074/du 31 décembre 2018 portant institution du régime d'assurance maladie universelle	Présidence de la république, Mali	Déc 2018
2	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
3	DECRET N°2019-0661 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Agence malienne de la mutualité sociale (AMAMUS)		Août 2019
4	Décret N°2022-0018 fixant les modalités d'application de certaines dispositions de la loi n°2018-074 du 31 décembre 2018 portant sur l'institution du RAMU		Janvier 2022
5	Cadre logique de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie aux secteurs Agricole et Informel par les Mutuelles de Santé et son Plan d'Actions (2021-2025)	Secrétariat général MSDS, Mali	Nov 2020
6	Phase Pilote de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de santé dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti 2011 - 2013	MDSSPA	Avril 2011
7	Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023	MSHP ; MSAH ; MPFFE	
8	Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie aux secteurs Agricole et Informel par les Mutuelles de Santé et son Plan d'Actions (2021-2025)	Secrétariat général MSDS	Nov 2020
9	Vers la Réforme de la santé au Mali. Une initiative présidentielle pour la réforme progressive du secteur de santé malien. 2019-2022	Secrétariat Général, MSHP	Mars 2019
10	Plan stratégique de Développement de l'agence de la Couverture maladie universelle, 2017/2021	ACMU Sénégal	Dec 2016
Rapports d'études, d'évaluation, documents de programme			
11	Analyse situationnelle des organisations mutualistes à base communautaire dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle de janvier 2017 à septembre 2019	MDCEST, Sénégal	Janv 2020
12	Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique Ouest francophone. Etat actuel, perspectives et proposition d'orientations stratégiques	Groupe de la banque Mondiale	Juin 2018
13	Innovations en santé : un renouvellement conceptuel et méthodologique pour transformer durablement le champ de la santé, Editorial	Corinne Grenier, Hervé Hudebine, Bertrand Pauget	2021
14	La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'ouest	IMT, M.P Waelkens, B Criel	Avril 2007

15	La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996	Zakaria Maiga, Fatoumata Traoré Nafo et Abdelwahed El Abassi. Studies in Health Services Organisation & Policy	Déc 1999
16	Mobilisation des ressources et financement des stratégies nationales d'extension de la couverture du risque Mali: "état des lieux, défis et perspectives"	MSAHRN	Nov 2015
17	NCO CML 13 11 PADSS Mopti II	Résumé	
18	Organigramme UTM PADSS2 Mopti	UTM Mopti	
19	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. Research Gate	juin-17
20	Pour une vision commune entre mutuelles, mouvements sociaux, pouvoirs publics - Déclaration de Dakar - Final.	AIM	
21	Plan stratégique et annexes 2019-2023	UTM	
25	Rapport d'activités annuel UTM 2018	UTM	
23	Rapport de capitalisation de la Mise en Œuvre des UDAM VF		Mai 2017
24	Rapport final: Le financement de la santé au Mali à travers des sources de financement innovantes.	Mariame TRAORE et Nouria BRIKCI	juillet-16
25	Rapports des missions 1, 2 de l'assistant technique appui perlé Mutualité		Janv 18, avril 18,
26	Rapports annuels d'activités du PADSS2 composante 2, année 2016, Année 2018 Année 2020	UTM	
27	RAPPORT ANNUEL, Département de Foundiougne : Région de Fatick Année : 2019	UDAM FOUNDIOUGNE	
28	Rapport d'enquêtes rapides dans les structures de santé de Mopti et de Bandiagara, PADSS2	Santé Sud	Juin 2016
29	Rapport provisoire de la mission d'évaluation externe du Programme de Développement Sanitaire et Social	ETC Crystal – HERA – Alter	novembre -02
30	Rapport final. Développement de l'Assurance Maladie Mutualiste contribuant à la CMU dans le cadre du PADSS2 Mopti	UTM, représentation régionale de Mopti	Juillet 2022
31	Rapport de capitalisation. La mise en œuvre et les résultats ces UDAM au Sénégal,	MSAS, CTB	Mai 2017
32	Rapport de mission à Bamako (version révisée à partir des éléments reçus depuis la première version). Etude I3S PADSS2	Alain ETOURMY, Economiste, Chercheur honoraire au CNRS	Juillet 2015
33	Rapport provisoire de la mission d'évaluation externe du Programme de Développement Sanitaire et Social	ETC Crystal – HERA – Alter	novembre -02
34	Subvention de 13 millions d'euros pour le financement de la phase II du Programme d'Appui au Développement Social et Sanitaire (PADSS) de la région de Mopti	DDH/SAN, Romain ANDRE AFD	
35	INITIATIVE « SOLIDARITE SANTE SAHEL » Au service de la couverture universelle en santé. Rapport d'avancement	AFD, Département du développement humain Division santé et protection sociale	AVRIL 2017

36	Evaluation de la mise en œuvre de la phase pilote de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé 2012-2014	Diakité	2015
37	Les intentions stratégiques	Ouattara O., Sissouma I., Masson G., UTM	Doc. non daté
Articles, livres			
38	Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise, <i>Économie publique/Public economics</i> , 28-29 2012/1-2	Bruno Boidin	2012
39	L'extension de l'assurance-maladie au Sénégal : avancées et obstacles ; <i>Médecine et Santé Tropicales</i> 2012 ; 22 : 364-369	Alenda J., Boidin B.	2012
40	Factors contributing to innovation readiness in health care organizations: a scoping review, <i>BMC Health Services Research</i> (2022) 22:997	Monique W. van den Hoed, Ramona Backhaus, Erica de Vries, Jan P. H. Hamers and Ramon Daniëls	2022
41	L'innovation en santé est-elle perçue comme étant technologique ou sociale ? Une réflexion conceptuelle dans le domaine de la santé publique, <i>Revue Organisations & Territoires</i> • Volume 30 • No 1 • 2021	Marietou Niang, Sophie Dupéré, Marie-Pierre Gagnon	2021
42	la régulation des mutuelles de santé au Bénin,; L'état acteur du développement, Karthala, Paris	M.C Vermer, Marthe Nyssens, Pascal Wele, in Leloup F, Brot J, Gérardin H	2012



Couverture Universelle en Santé au Sahel

<u>Investigateurs principaux</u>	<u>Responsables pays</u>	<u>Responsables des axes de recherches transversales</u>
Fanny CHABROL (CEPED (IRD)), Annabel DESGREES DU LOU (CEPED (IRD)), Valéry RIDDE (CEPED (IRD))	Mali : Laurence TOURE (MISELI), Sénégal : Khoudia SOW (CRCF), Tchad : Alexandre DUMONT (CEPED (IRD))	Analyses économétriques : Bruno VENTELOU (CNRS/AMSE), Analyses épidémiologiques : Alexandre DUMONT (CEPED (IRD)), Analyse de la gouvernance : Fred EBOKO (CEPED (IRD)) et Mame Penda BA (UGB), Analyse de la résilience : Valéry RIDDE (CEPED (IRD)), Analyses spatiales : Emmanuel BONNET (RESILIENCES (IRD))

Equipe Mali (par ordre alphabétique)

Pauline BOIVIN (MISELI),
Emmanuel BONNET (RESILIENCES (IRD)),
Fanny CHABROL (CEPED (IRD)), Alexandre DUMONT (CEPED (IRD)), Lara GAUTIER (UDEM),
Wendyam Charles Paulin Didier KABORE (CEPED (IRD)), Yamba, KAFANDO (consultant indépendant),
Valéry RIDDE (CEPED (IRD)), Mathieu SEPPEY (UDEM),
Laurence TOURE (MISELI)

Equipe Sénégal (par ordre alphabétique)

« **Work package 1** » (**Démographie, santé publique quantitative et géographie**) : El Hadj BA (VITROME (IRD)), Valérie DELAUNAY (LPED (IRD)), Laurence FLEURY (LPED (IRD)), Richard LALOU (MERIT (IRD)), Cheikh SOKHNA (VITROME (IRD)), Cheikh TINE (MERIT(IRD)), Grâce à Dieu TOULAO (IRD), Mamadou YATOUDEME (IRD))
« **Work package 2** » (**Anthropologie et approches micro-sociales qualitatives**) : Gabrièle LABORDE-BALEN (TRANSVIHMI (IRD)), Mariama DIEDHIOU(CRCF), Fatou DIOP (CRCF), Khady Seck NGOM (CRCF), Bernard TAVERNE (TRANSVIHMI (IRD)), Bintou RASSOUL TOP (CRCF), Khoudia SOW (CRCF), Souleymane SOW (CRCF)
« **Work package 3** » (**Sciences, politiques, gouvernance**) : Mame Penda BA (UGB), Rama Sao DIOP (UGB), Fred EBOKO (CEPED (IRD)), Cheikh Mouhamadou Falilou Mb. FALL (UGB), El Hadji Ibrahima Kady SARR (UGB), Fatou Bintou NIANG (UGB)
« **Work package 4** » (**Économie (macro-économie, micro-économétrie et économie comportementale)**) : Mohammad ABU ZINEH (AMSE(IRD)), Sameera AWAWDA (AMSE (IRD)), Emmanuel BONNET (RESILIENCES (IRD)), Marwân-al-Qays BOUSMAH (SESSTIM (IRD)), Sylvie BOYER (SESSTIM (IRD)), Bruno VENTELOU (CNRS / AMSE)

Equipe ISED: Adama Faye, Babacar Kane

Equipe Tchad (par ordre alphabétique)

Malick Ousman AHMAT (BASE), Emmanuel BONNET (RESILIENCES (IRD)),
Fanny CHABROL (CEPED (IRD)), Alexandre DUMONT (CEPED (IRD)), Fred EBOKO (CEPED (IRD)),
Idriss Ali Zakaria GALI GALI (BASE),
Wendyam Charles Paulin Didier KABORE (CEPED (IRD)),
Ramadan KAGONTA (BASE), Dahab MANOUFI (BASE),
Ratnan NGADOUM (Université de N'Djamena),
Valéry RIDDE (CEPED (IRD))

Coordinatrice scientifique : Mounia Baidai (CEPED (IRD))

AMSE (France): Aix-Marseille School of Economics, CEPED (France) : Centre population et développement, CNRS (France): Centre national de la recherche scientifique, CRCF (Sénégal) : Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann, ISED (Sénégal) : Institut de santé et de développement, LPED (France): Laboratoire Population Environnement Développement, SESSTIM (France) : Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale, UDEM (Canada): Université de Montréal, UGB (Sénégal): Université Gaston Berger de Saint Louis