

**ETUDE POUR LA MISE EN PLACE DE
L'ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE ET DU FONDS
D'ASSISTANCE MÉDICALE**

**RAPPORT AU MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT
SOCIAL, DE LA SOLIDARITÉ ET DES PERSONNES
ÂGÉES**

(document provisoire, diffusion restreinte)

**ALAIN LETOURMY
BIRAMA DJAN DIAKITÉ**

11 Avril 2003

SOMMAIRE

Avertissement	5
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS NON USUELS.....	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 : LA COUVERTURE MALADIE ACTUELLE AU MALI.....	11
Introduction	11
1- Le dispositif légal de couverture maladie	11
11- Le dispositif qui s'applique à toute la population.....	11
12- Le dispositif réservé à des catégories particulières.....	13
121- Les exemptions catégorielles	13
122- Les fonctionnaires : statut général, militaires et statuts particuliers	14
123- Les salariés relevant du Code du travail	14
13 - Le régime volontaire de l'INPS	16
2- L'application du dispositif légal	16
21- Le dispositif qui s'applique à toute la population.....	16
22- Le dispositif réservé à des catégories particulières.....	17
221- Les exemptions	17
222- les fonctionnaires : statut général, militaires et statuts particuliers.....	17
223- Les salariés relevant du Code du travail	18
3- La couverture privée et les expérimentations	18
31- Les régimes d'entreprise	18
32- Les régimes d'assurance volontaire organisés par des mutuelles.....	20
33- Le système de référence évacuation	20
34- L'expérience de Sélingué.....	21
4- Les enseignements à tirer du fonctionnement du dispositif légal et des expérimentations.....	23
41- L'inefficacité reconnue du dispositif légal	23
42- L'iniquité et les exclusions	24
43- L'inefficience de la couverture privée	24
44- Les obstacles structurels au changement	24
Conclusion	25
CHAPITRE 2 : PREMIÈRE APPROCHE DE L'AMO ET DU FAM.....	27
1- Les objectifs pratiques des deux dispositifs.....	27
11- Réactions aux deux projets	27
12- L'objectif pratique de l'AMO retenu pour l'étude	28
13- L'objectif pratique du FAM retenu pour l'étude	29
2- Les effectifs concernés	31

21- AMO.....	31
22- FAM	33
3- Les paniers de biens et services envisageables.....	35
4- L'ordre de grandeur des masses financières en jeu	37
41- AMO.....	37
42- FAM	38
5- Estimation des cotisations pour l'AMO.....	39
6- Les conditions de mise en place de l'AMO et du FAM.	40
61- AMO.....	40
611- Faisabilité financière	40
612- INPS	41
613- Trésorerie de l'AMO	42
614- Les prestations de soins.....	42
62- FAM	43
63- Autres problèmes ; mutuelles et offre privée de soins	44
7- Le processus de mise en place et l'investissement	45
 CHAPITRE 3 : SCÉNARII D'ORGANISATION DE L'AMO.....	47
1- Deux orientations prolongeant logiquement les tendances à l'œuvre au Mali.....	47
2- Scénario d'organisation centralisée et unifiée	48
3- Scénario d'organisation décentralisée et diversifiée.....	51
4- Discussion des scénarii de l'AMO	53
41- Avantages, défauts, points d'interrogation	53
42- Synthèse	56
5- Un troisième scénario.....	58
51- Bases d'un scénario alternatif	58
52- Un exemple	61
53- Appréciation du scénario alternatif.....	62
6- Points laissés en suspens	64
 CHAPITRE 4 : SCÉNARII D'ORGANISATION DU FAM.....	65
1- Les similitudes et différences entre FAM et AMO.....	65
2- Généralités sur le FAM	65
3- L'organisation du FAM : principes de base indépendamment du scénario.....	66
4- Le financement du FAM.	67
5- Organisation des flux financiers aboutissant aux formations de santé.	68
6- Définition des personnes éligibles et intervention du FAM.	69
7- Rôles pratiques respectifs des formations de santé, des collectivités territoriales (CT) et du FAM	70
8- Trois scénarii d'organisation.....	71
81- Scénario du FAM autonome et déconcentré.....	71
82- Scénario de délégation aux CT	72

83- Scénario de partenariat avec les CT et les formations de santé	72
9- Discussion des scénarii du FAM.....	72
Conclusion.....	74
CONCLUSION : RECOMMANDATIONS.....	77

Avertissement

Le présent document constitue un rapport provisoire de l'étude pour la mise en place de l'assurance maladie obligatoire et du fonds d'assistance médicale. Il ne contient pas les annexes où seront indiqués les termes de référence, la méthodologie suivie, la liste des personnes rencontrées et les références pour présenter seulement les résultats essentiels de l'étude. .

Certaines parties seront de toute façon revues en fonction des débats de l'atelier. Les recommandations seront affinées et une introduction plus complète sera rédigée. En l'état, le texte représente néanmoins l'opinion du consultant principal et les appréciations faites n'engagent que lui.

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS NON USUELS

ALFAM : Agence locale du Fonds d'assistance médicale
 AMO : Assurance maladie obligatoire
 AMV : Assurance maladie volontaire
 ARV : antirétroviraux (médicaments)
 ASACO : Association de santé communautaire
 BCS : Bureau central de la solde
 BDM : Banque du Mali
 CCAMO : caisse centrale d'Assurance maladie obligatoire
 CC : caisse centrale
 CDI : centre dentaire infantile
 CIPRES : Conférence interafricaine de la protection sociale
 CL : caisse locale
 CLPFAM : Comité local de pilotage du Fonds d'assistance médicale
 CMDT : Compagnie malienne des textiles
 CMIE : Centre médical inter-entreprises
 CRM : Caisse de retraite du Mali
 CS : centre de santé
 CSCom : Centre de santé communautaire
 CSRef : Centre de santé de référence
 CT : Collectivité territoriale
 DAF : Directeur de l'administration et des finances
 DE : dispensaire d'entreprise
 DNDS : Direction nationale du développement social
 DNFP : Direction nationale de la Fonction publique
 DNS : Direction nationale de la santé
 DNPS : Direction nationale de la protection sociale
 EDM : Energie du Mali
 EDSM3 : enquête démographie et santé du Mali n°3
 EPA : Etablissement public administratif
 FAM : Fonds d'assistance médicale
 INAMOF : Institut national d'Assurance maladie obligatoire des fonctionnaires
 INAMOS : Institut national d'Assurance maladie obligatoire des salariés
 INPS : Institut national de prévoyance sociale
 INRSP : Institut national de recherche en santé publique
 MARH : Mission d'appui à la réforme hospitalière
 MDSSPA : Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées
 MSF : Médecins sans frontières
 MUPOSTE : Mutuelle de la poste
 MUTAM : Mutuelle des artisans du Mali
 MUTECH : Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture

MUTEL : Mutuelle des télécommunications

ORTM : Office de radiodiffusion et de télévision du Mali

PEV : Programme élargi de vaccination

PHR : Partners for Health Reforms (bureau d'études américain)

PMI : Protection maternelle et infantile

PRODESS : programme de développement sanitaire et social

PSPH : participant au service public hospitalier

SSDAMO : sous-direction de l'Assurance maladie obligatoire

UTM : Union technique de la mutualité malienne

INTRODUCTION

Dans le cadre du PRODESS, il a été décidé d'actualiser l'étude faite en 1997 en vue de la mise en place d'une assurance maladie obligatoire (AMO) et d'un Fonds d'assistance médicale (FAM).

Cette décision témoigne de la volonté du gouvernement malien de mettre en place une protection sociale contre la maladie qui soit effective, efficace et efficiente. Cette volonté se manifeste d'ailleurs pour d'autres secteurs de la protection sociale et elle prolonge l'incitation qui a été faite depuis les années 90 à développer des mutuelles de santé dans le pays.

Cette étude vise d'abord à actualiser celle qui avait été précédemment réalisée. De ce point de vue, les observations faites témoignent d'une grande stabilité de la couverture maladie légale et d'un développement modeste mais effectif de la couverture privée, en particulier mutualiste. La politique de santé a également modifié le contexte. L'impression générale est celle d'une extension de la couverture de soins, mais simultanément d'un développement mal maîtrisé du secteur privé, notamment sur Bamako.

L'étude reprend l'orientation de la précédente qui consistait à proposer des options d'organisation différentes des dispositifs envisagés, en donnant une liste des avantages et inconvénients de différents scénarii. Cette perspective est dictée par le souci que l'étude soit un outil de débat pour la société malienne, avant d'être une ensemble de préconisations techniques sur le sujet. De fait une ambition trop prescriptive se heurterait à la sensibilité actuelle des principaux acteurs. Si ceux-ci sont globalement favorables aux orientations choisies par le gouvernement, dont les projets d'assurance obligatoire et de fonds sont la manifestation, ils ne sont pas préparés à apprécier une solution technique « clés en main », qu'il est toujours possible de proposer, mais qui n'aurait pas de suite. Il ne faut pas oublier que les deux dispositifs envisagés représentent des innovations considérables pour le pays, tant du point de vue de l'organisation que des relations entre l'Etat et la société.

Le plan du document est le suivant. Un premier chapitre fait le point sur la situation actuelle de la couverture maladie au Mali. Le deuxième chapitre cadre les projets d'assurance et de fonds en proposant un certain nombre de choix préliminaires et d'estimations chiffrées qui seront sujets à discussion. Les deux chapitres suivants traitent des scénarii pour l'assurance obligatoire et le Fonds. Des recommandations sont proposées en conclusion.

CHAPITRE 1 : LA COUVERTURE MALADIE ACTUELLE AU MALI

Introduction

La couverture maladie au Mali est d'abord constituée par un ensemble de dispositions légales qui concernent soit l'ensemble de la population, soit des catégories particulières.

Cet ensemble de dispositions retient l'attention pour plusieurs raisons :

- il ne serait pas négligeable s'il était appliqué complètement
- comme il n'est que très partiellement appliqué et est finalement peu efficace, il induit des initiatives au sein de la population qui visent :

a- soit à construire un système privé de couverture, dont le champ d'application est beaucoup plus réduit en termes de personnes, mais qui donne accès à des prestations particulières

b- soit à lancer des expérimentations en secteur public, intéressantes, mais assez limitées en termes de population cible et de territoire concerné

- les causes de sa faible efficacité, le fonctionnement du système privé substitutif et les expérimentations sont instructifs en vue de construire un dispositif légal plus performant.

1- Le dispositif légal de couverture maladie

On recense ci-dessous l'ensemble des dispositions légales prévues¹ et en principe fonctionnelles pour distribuer les soins gratuitement ou à un tarif à caractère social. A ce dispositif peut être ajouté le régime volontaire de l'INPS, mais il n'est pas fonctionnel.

11- Le dispositif qui s'applique à toute la population

Le recouvrement des coûts régit l'accès aux soins au Mali et la couverture maladie de la population se définit d'abord par une série d'exemptions du paiement des tarifs. On doit noter à cet égard que la tarification des soins publics

¹ Une étude a été réalisée en 2001 sur l'ensemble de ces dispositions légales : Diango Cissoko et Cheikh Amadou Tidiane Cissé, Etude relative à l'élaboration d'une loi d'orientation sociale, mai 2001, rapport au MDSSPA. Le décret 311 et la loi hospitalière ont modifié les dispositions recensées dans ce travail.

et communautaires, qui représente les sommes demandées à la population, ne correspond qu'à une partie des coûts de production et est déjà implicitement une forme de couverture maladie, l'autre partie des coûts étant de la responsabilité du financement public.

Les personnes atteintes d'un certain nombre de maladies, « affections chroniques à caractère social » peuvent recevoir des soins gratuits ou partiellement gratuits dans le secteur public (médicaments spécifiques et examens paracliniques ne sont pas payés) selon le décret 311 (juin 2002) fixant le régime de la rémunération des actes médicaux dans les établissements publics de santé. La liste des maladies en question est fixée par un arrêt conjoint des Ministères chargés de la Santé, de la Solidarité et des Finances. Dans le même ordre d'idées, toute une série d'examens sont gratuits (recherche de BK, de BH, de microfilaires, de trypanosomiasés, de drépanocytose, examens chez les donneurs de sang et les femmes enceintes, test VIH/SIDA) selon le même décret 311 qui reprend et complète le décret 243 qui datait de 1983.

En cas de situation exceptionnelle dont les conséquences pour la personne dépassent ses ressources propres, le secours national peut être déclenché de façon ponctuelle et non permanente (décret 44 de 1968). Une atteinte morbide ou un accident entraînant des soins coûteux correspondent a priori à cette définition, mais le secours ne peut dépasser 50 000 FCFA par trimestre.

Il est également possible que toute personne en difficulté soit dispensée de paiement. A cet effet, les maires et les préfets peuvent délivrer des certificats d'indigence (certificats « soins gratuits ») aux personnes sans ressources pour se faire soigner dans les formations publiques. Selon le décret 311, la délivrance du certificat vaut engagement de paiement (article 22). Les maires ou préfets concernés doivent donc payer a posteriori les factures des prestataires.

Enfin, le service hospitalier public est tenu d'apporter des soins d'urgence à toute personne présente sur le territoire national sans exiger de paiement préalable (loi hospitalière de juillet 2002). Le paiement est exigible ensuite auprès de la personne ou de l'Etat si elle n'est pas solvable (ci-dessous).

Art 11 de la loi hospitalière (n° 02-050 du 22/07/02)

L'Etat est tenu de rembourser à tout établissement hospitalier public ou tout établissement hospitalier privé PSPH les soins exigés par la prise en charge d'un cas d'urgence dont il n'a pu recouvrer le tarif en totalité ou en partie, à condition qu'il ait pris toutes les mesures nécessaires pour exiger ce recouvrement

Art 12

En-dehors des cas d'urgence, aucun patient ne peut être accueilli et recevoir des soins dans un établissement hospitalier public sans l'accomplissement préalable des formalités administratives et financières

12- Le dispositif réservé à des catégories particulières

121- Les exemptions catégorielles

Il existe toute une série d'exemptions catégorielles qui permettent un accès gratuit à certains services de soins aux personnes correspondantes. Ces exemptions résultent principalement de la politique de santé publique ou de la politique des ressources humaines dans le secteur de la santé.

Dans le cadre du PEV, tous les enfants peuvent être vaccinés gratuitement dans les centres publics contre les maladies suivantes : coqueluche, variole, tuberculose, diphtérie, tétanos, poliomyélite, typhoïde. Selon le décret 311, les examens sont gratuits pour les enfants de 0 à 14 ans, les élèves et étudiants, les soldats pendant la durée légale de leur formation de base. Le personnel socio-sanitaire, leurs conjoints, leurs enfants, leurs pères et mères bénéficient de la gratuité de l'ensemble des examens y compris les actes de radiologie et de scanner.

Selon le décret 95 relatif aux personnes âgées, les personnes de plus de 60 ans bénéficient de tarifs réduits (50%) dans les formations publiques ; cette mesure ne s'applique pas aux familles. Il existe une carte « vieillesse » délivrée par la Maison des aînés ou par les Collectivités territoriales (CT) qui donne un accès gratuit à certaines formations publiques et communautaires. Il faut en faire la demande (condition : avoir plus de 60 ans). Elle donne droit à la gratuité de consultation et à la dispense de 10% des frais de médicaments

122- Les fonctionnaires : statut général, militaires et statuts particuliers

A côté des exemptions catégorielles, il existe des dispositions attachées à certains statuts professionnels, qui pourraient faire parler de régimes non contributifs

Le décret 243, puis le décret 311 ont fixé les conditions de prise en charge des fonctionnaires dans les établissements hospitaliers publics. La règle générale est le paiement de 80% des frais d'hospitalisation (hospitalisation signifiant occupation d'un lit) par l'administration de référence d'un fonctionnaire qui a recours à ce type de soins. L'hôpital demande au malade le paiement direct du reste de la facture. Le DAF santé collecte les factures des hôpitaux et les répartit aux administrations concernées qui ordonnent le paiement, via le Trésor. Cette disposition ne s'applique pas aux familles.

Le statut général de la Fonction publique ne prévoit rien pour les soins ambulatoires : consultations, médicaments, examens. Il y a une quinzaine d'années existait à Bamako un dispensaire destiné aux fonctionnaires et couvrant ce type de soins. Il a disparu depuis longtemps.

Certains fonctionnaires de statut particulier (forces de sécurité et Forces armées) possèdent encore de tels dispensaires ou infirmeries. Les Forces armées disposent même d'un service de santé complet, avec des personnels propres (médecins, infirmiers). L'hôpital de Kati est la référence pour les soins de troisième niveau. Ce service est ouvert aux familles des militaires². Les soins liés à la grossesse et à l'accouchement sont donc en principe assurés pour ces fonctionnaires et leurs familles.

On note enfin que les accidents du travail et les maladies professionnels n'ont aucune reconnaissance juridique pour les fonctionnaires civils. Pour les militaires, les conséquences des blessures de guerre donnent lieu à prestations.

123- Les salariés relevant du Code du travail³

Les salariés relevant du Code du travail, y compris les salariés contractuels de l'Etat⁴ (les « conventionnaires » sont affiliés à l'INPS) bénéficient :

² Art 26 et 27 de la loi n° 95-041 du 20 avril 1995 portant statut général des militaires (Rapport Diango, PP19-20)

³ Article L1 de la loi n° 92-020 du 2 septembre 1992 portant Code du travail (Rapport Diango, P28)

⁴ Code de Prévoyance sociale : loi n° 99-041 du 12 août 1999 et décret d'application n° 110/PGRM du 6 juin 1963

- d'une part de la même disposition que les fonctionnaires pour la prise en charge de l'hospitalisation (décret 311). C'est l'entreprise concernée (donc l'Etat pour les conventionnaires) qui paie les 80%.
- d'autre part des prestations prévues par le code de Prévoyance sociale, au titre des régimes « Prestations familiales » « Réparation et prévention des accidents du travail et maladies professionnelles » et « Protection contre la maladie » et de l'assistance sanitaire et sociale organisée par l'INPS.

« Il est servi gratuitement aux assurés sociaux et membres de leur familles dans les centres médicaux de l'INPS (CMIE, PMI, CDI) des prestations de médecine d'entreprise (Régime de protection contre la maladie) et de médecine de caisse (Action sanitaire et sociale) ;

Ces prestations consistent en :

- consultations médicales
- octroi de médicaments de première nécessité (selon une liste type et suivant disponibilités)
- analyses médicales (glycémie à jeun, test d'Emmel, BW, azotémie, groupage, selles/POK et albumine-sucre dans les urines)
- et examen de radiologie (radio pulmonaire). »

Le dispositif de l'INPS est financé par une contribution des employeurs au titre des trois premiers régimes : respectivement 8% (famille), 1 à 4% (en moyenne 2%) et 2%. L'INPS délivre les prestations grâce à un ensemble de structures de soins, CMIE, DE, IE et CMI, auxquelles il fournit des moyens de fonctionnement : personnel payé par lui, dotation de médicaments, dotation de matériel et de fluides. L'appareil de soins de l'INPS correspond au montant de ressources suivant, fixé chaque année sous la forme d'un budget soumis au Conseil d'Administration. Il y a en tout 14 CMIE 3 PMI et 1 CDI (centre dentaire infantile)

Les prestations servies aux affiliés sont de nature préventive et curative. Les formations de santé de l'INPS effectuent d'abord les services correspondant à la médecine du travail. Elles interviennent aussi en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour donner les soins de leur niveau. Les soins de niveau supérieur correspondant à ce type de sinistre sont dispensés dans les hôpitaux ou donnent lieu à évacuation. Dans tous les cas, l'INPS paie les factures extérieures. Les formations de l'INPS effectuent aussi le suivi des grossesses et les accouchements des femmes salariées, éventuellement des femmes de salariés, si leurs moyens le permettent. De même les salariés et leurs familles peuvent recevoir au sein de ces formations les soins de premier niveau

et des médicaments ou des examens, dans la mesure de la disponibilité des moyens.

Ce dispositif a été conçu dans l'attente d'un régime d'assurance maladie et les textes sont assez flous et ne précisent pas si c'est l'employeur, l'employé ou l'INPS qui intervient financièrement en cas de maladie et selon quel partage. Selon l'Article 36 du Code de Prévoyance sociale, toute entreprise doit assurer à ses travailleurs un service médical et sanitaire destiné « en attendant l'institution d'un Régime d'Assurance Maladie, à dispenser des soins aux travailleurs et le cas échéant à leur famille »

13 - Le régime volontaire de l'INPS

Il a été créé un régime volontaire à l'INPS de façon à permettre l'affiliation à l'institut de catégories nouvelles non salariées. La population visée était celle des professions libérales. Ce nouveau dispositif aurait conféré aux personnes acceptant de cotiser les mêmes droits que ceux des salariés. Mais les décrets d'application n'ont pas été pris à ce jour, si bien que ce régime n'est pas fonctionnel.

2- L'application du dispositif légal

21- Le dispositif qui s'applique à toute la population

La tarification officielle sert de base au recouvrement des coûts, sachant que les ASACO et les hôpitaux ont une certaine latitude pour la définir. La tarification connaît ainsi une certaine variabilité. On sait qu'elle a permis de rendre plus sûre la disponibilité de médicaments dans les formations de santé, mais de nombreuses études ont montré que le recouvrement des coûts produisait de l'exclusion. En outre il y a de toute façon des écarts entre le tarif officiel et celui qui est appliqué selon les déclarations des usagers. Ici intervient le comportement des agents de santé, qui demandent plus que ce qui est affiché et qui tirent prétexte de certaines pénuries pour faire payer des suppléments.

La prise en charge des pathologies lourdes est effective, mais n'intervient qu'en milieu hospitalier, à des stades avancés de la maladie. Pour le VIH-Sida, l'accès aux ARV revient encore très cher aux malades (45 000 FCFA par mois).

Le secours aux indigents est peu opérant. Le certificat d'indigence ne donne aucune couverture et ceux qui les délivrent ne paient pas les formations. Des cas de fraudes ont été signalés, si bien que de nombreuses structures de soins refusent leur accès aux indigents certifiés. Toutefois, certaines soignent partiellement (consultation sans ordonnance dans les CSCom de Bamako par

exemple) et d'autres soignent, mais en essayant d'instaurer, avec plus ou moins de succès, un paiement différé. Apparemment la prise en charge en urgence des indigents est disparate selon les formations, mais toutes se plaignent des conséquences de cette insolvabilité. Un CSRef de Bamako estime que 20% de son activité ne donne pas lieu à paiement, ce qui signifie qu'il doit probablement fonctionner avec les quatre cinquièmes de son budget prévisionnel.

La loi sociale aurait déclenché une dépense de 511 millions de FCFA 95 à 2000 (6 ans) au titre de la santé, soit 85 millions de FCFA par an

22- Le dispositif réservé à des catégories particulières

221- Les exemptions

Les exemptions sont en principe appliquées et les catégories touchées bénéficient généralement dans le secteur communautaire des avantages prévus dans les formations publiques. Dans les CSCOM et structures publiques de premier niveau, la tarification appliquée aux moins de 18 ans est la moitié de la tarification générale. Les enfants scolarisés et les étudiants bénéficient de conditions privilégiées d'accès. Le PEV fonctionne, mais n'est pas le résultat du financement public, dans la mesure où il est lié aux dotations extérieures en produits, qui sont effectives.. La tarification réduite est appliquée aux personnes âgées dans les CSCOM. En revanche, la Carte vieillesse est très peu diffusée.

Les personnels de santé et leurs familles ne paient pas les examens. Beaucoup disent même qu'ils ne paient pour aucun soin.

222- les fonctionnaires : statut général, militaires et statuts particuliers.

Selon la plupart de nos interlocuteurs, « la prise en charge des 80% ne s'applique de toute façon qu'à la literie » et, selon le Trésor, elle donne lieu à des versements faible aux hôpitaux. Les fonctionnaires avec qui a été discutée la question de leur couverture maladie considèrent effectivement que cette disposition est insignifiante et, d'ailleurs, beaucoup l'ignorent.

Le service de santé des Armées est a priori fonctionnel, mais la couverture du médicament reste problématique, notamment pour les familles. Cela explique l'intérêt marqué par les différents corps d'armes pour la création de mutuelle et l'UTM.

223- Les salariés relevant du Code du travail

Il y a un accès sélectif aux CMIE, DE et IE du fait des limites des moyens qui leur sont alloués. En revanche, les CMIE s'ouvrent de plus en plus à une clientèle extérieure aux affiliés de l'INPS et qui paie les prestations. Cet apport de ressources ne semble pas profiter aux affiliés car, d'une façon générale, les salariés ou les employeurs dénoncent les insuffisances de ce dispositif.

Pour l'INPS, le coût de fonctionnement de son appareil de soins n'est pas couvert par la cotisation « maladie » et il faut ponctionner les recettes des régimes « Famille » et « Accidents du travail et maladies professionnels » pour faire face aux dépenses, qui sont en croissance continue.

3- La couverture privée et les expérimentations

L'étendue pratique de la couverture correspondant aux dispositions légales a entraîné le développement d'une couverture privée et quelques expérimentations en secteur public.

31- Les régimes d'entreprise

Certaines entreprises privées commerciales et certains anciens établissements publics maintenant privatisés ont mis en place une couverture « maison », à partir du constat d'insuffisance radicale du dispositif légal. Différents modèles sont observables et d'ailleurs se combinent au sein de certaines entités :

A) Le Fonds social de l'entreprise (5% des bénéfices selon la loi) prend en charge une partie des soins des employés et de leurs familles, au même titre que d'autres dépenses sociales (naissances, mariages, décès, etc). Le Fonds est généralement géré par un Comité piloté par des représentants syndicaux. Le Comité décide annuellement des sommes allouées à la couverture maladie et de la nature des prestations.

Ce dispositif est non contributif ni pour l'employeur (au sens strict), ni pour les employés. Il est souvent conçu comme complémentaire des prestations de l'INPS. Par exemple, le salarié consulte au CMIE et se voit prescrire des médicaments qu'il va acheter en officine et qu'il se fait rembourser partiellement par le Fonds. Ou encore, s'il y a hospitalisation, le Fonds va payer ce que l'employeur ne règle pas à l'établissement. Certains Fonds prennent en charge des évacuations. Souvent il y a un plafond par employé, c'est-à-dire pour lui et ses ayants-droit, si l'on admet que cette notion soit définie dans ce cadre très souple.

Il n'y a pas de règle générale précisant quelles prestations sont offertes par un tel dispositif articulé sur le Fonds social, si bien qu'au sein d'une même entreprise il peut y avoir des disparités entre établissements localisés dans des régions différentes (le cas de la CMDT avait été signalé en, 1997). En outre la gestion du Fonds a tendance à être opaque et la couverture dépend du bénéfice de l'entreprise

B) L'employeur prend lui-même en charge une partie des dépenses de soins et finance une dotation annuelle à cet effet⁵. La « Caisse maladie de l'entreprise » paye une partie des frais hospitaliers et ouvre une enveloppe pour le remboursement des médicaments. Un ticket modérateur est récupéré sur le salaire. La gestion est assurée par le service social sous contrôle de la direction des ressources humaines. Ce type de régime est non contributif pour les employés et le montant alloué pour les prestations est à la discrétion de l'employeur. La gestion est a priori plus claire et est sous contrôle du contributeur.

C) L'employeur incite à la création d'une mutuelle à adhésion volontaire qui diffuse le produit de l'UTM. Le régime est contributif et ses prestations sont définies. La gestion est externe. Ce modèle⁶ a un coût acceptable pour les employés : 440 FCFA par mois et par personne pour un accès en tiers payant aux formations publiques et communautaires avec des tickets modérateurs de 40% en ambulatoire et de 25% pour l'hospitalisation. Il existe une option donnant accès au secteur privé, mais elle est beaucoup plus onéreuse (5826 FCFA). Cette solution mutualiste est actuellement accessible sur Bamako, Sikasso et Kayes, elle le sera sur Ségou puis Mopti courant 2003. A ce jour, 22 entreprises sont couvertes par ce produit mutualiste.

D) L'employeur souscrit un contrat de groupe auprès d'une compagnie d'assurance privée⁷. Le paiement de la prime est partagé entre employeur (majoritaire) et l'employé. Il existe plusieurs garanties au sein de l'entreprise (encadrement et personnel d'exécution). Les garanties couvrent les ayants-droit de l'employé et sont plafonnées par famille. Le coût de ces contrats est très élevé, mais l'accès au secteur privé est autorisé.

Pour EDM, 1500 personnes sont couvertes, le plafond est de 10 millions FCFA ou de 5 millions selon la catégorie de personnel. Auparavant, le Fonds social couvrait jusqu'à 80 000 FCFA par agent. La contribution mensuelle de l'employé est de 10 000 F CFA (ou 5 000 ou 4000 selon la catégorie). La

⁵ Cas de la BDM : enveloppe médicaments 500 000 FCFA et hospitalisation à 100%

⁶ La Sotelma et l'Office national de la poste l'ont choisi

⁷ L'entreprise EDM a souscrit un tel contrat auprès de la compagnie d'assurance Lafia.

contribution de l'employeur serait beaucoup plus élevée (environ 80% de la prime).

E) L'entreprise a son propre appareil de soins qu'il met à disposition de son personnel et des familles. Ce modèle est adapté à des situations particulières de déficit total d'offre publique ou privée dans le voisinage. La mine d'or de Sadiola illustre ce modèle difficilement répliquable.

32- Les régimes d'assurance volontaire organisés par des mutuelles

Les mutuelles se sont développées dans le cadre légal défini par l'Etat (loi n° 96-022 du 21 février 1996 et décrets 136 et 137 du 2 mai 1996). Ce développement permet à des salariés ou à des fonctionnaires d'adhérer volontairement à des régimes d'assurance maladie. Il s'agit soit de régimes ad hoc (ORTM) soit de régimes fondés sur le produit de l'UTM déjà présenté ci-dessus (MUPOSTE, MUTEL). Certaines mutuelles, qui diffusent le produit de l'UTM, organisent aussi une prise en charge à un coût privilégié dans certaines formations de santé sans qu'il y ait un dispositif d'assurance (MUTAM, MUTECH).

La couverture fournie au total par les mutuelles ne correspond encore aujourd'hui qu'à une population de taille réduite. Environ 30 000 personnes sont couvertes par une assurance et 16000 offrent un accès privilégié à une formation de santé. Le produit de l'UTM pose quelques difficultés de diffusion et des adhérents de mutuelles se plaignent de certains hôpitaux publics. Ceux-ci, censés soigner les mutualistes dans les conditions contractuelles qui ont été négociées, ne remplissent pas leur engagement : refus du tiers payant notamment. L'intervention du Ministre de la santé a déjà été sollicitée sur ce point, mais, après avoir obtempéré quelque temps, les agents hospitaliers sont revenus à des pratiques anti contractuelles.

Ce type de difficulté ne signifie pas que le mouvement des mutuelles n'a pas d'avenir, mais qu'il doit recevoir un appui efficace des pouvoirs publics face aux professionnels de santé. L'UTM réalise actuellement de nombreuses activités de sensibilisation et le marché des entreprises et des administrations constitue une base importante pour asseoir son autonomie financière.

33- Le système de référence évacuation

Pour permettre une meilleure référence en cas de grossesse à risque, plusieurs CS de cercle ont organisé un partage du coût d'évacuation et de prise en charge entre malade, ASACO et CSref.

Le système de caisses de solidarité pour la prise en charge des grossesses obstétricales est aujourd'hui diffusé depuis 1995 à une vingtaine de cercles (21) et il donne satisfaction⁸. Une caisse ne peut être créée que si le CSRef a 2 médecins à orientation chirurgicale, si 4 CSCom fonctionnels y participent, si un réseau de radio relie CSCom et Csref, s'il existe des kits de médicaments et de dispositifs médicaux, et un panier de médicaments essentiels avec rupture de stock zéro.

Le partage tripartite est variable d'un cercle à l'autre. Un objectif est d'associer les communes au financement des caisses de solidarité. Un autre est de transformer les caisses en mutuelles couvrant le risque obstétrical.

Les ASACO prélèvent selon les cas leur contribution sur les recettes (ou seulement la vente des cartes familiales) ou instaurent une cotisation ad hoc ou suscitent des dons.

Le dispositif demande toutefois une participation directe du malade et sa gestion est le plus souvent réalisée au niveau du cercle par le médecin-chef et son équipe. Son extension à d'autres risques (risque chirurgical) a été mise en œuvre dans un certain nombre de cercles.

34- L'expérience de Sélingué

A Sélingué (commune de 70 000 habitants comptant 4 CSCom + 1 en chantier), un partenariat entre la DNS, le centre de santé de cercle, les communes voisines, l'INRSP et MSF-Luxembourg a donné lieu à une recherche action sur les mécanismes de financement qui présente de l'intérêt à plusieurs titres. On y a mis en place une tarification forfaitaire des actes, appliqué le système de référence évacuation (ci-dessus) organisé un système de rémunération du personnel selon la performance, monté une assurance maladie volontaire pour le personnel médical et les familles et lancé un fonds d'assistance médicale pour les indigents.

L'assurance maladie du personnel couvre les agents et leurs familles (soit une trentaine de cotisants et environ 200 bénéficiaires). La garantie porte sur la chirurgie, l'accouchement et l'hospitalisation, avec un copaiement de 15%. La cotisation est 500 FCFA par mois par tranche de 10 personnes. La gestion de la mutuelle est réalisée par l'équipe de cercle.

Le Fonds d'assistance médicale est alimenté par les communes associées au centre, par le CS sur les bénéfices du médicament et par des subventions issues

⁸ Unicef ; Etude sur les opportunités d'évolution des caisses de solidarité au niveau des CSRef du mali (B. Criel, IMT, H. Diallo MS, B. Maïga, MDSSPA, O. Ouattara, UTM)

de MSF-Luxembourg et (virtuellement du Ministère de la santé). Un partage du financement avait été prévu, mais la réalité a été un peu différente

Tableau : financement du fonds d'assistatnce médicale de Sélingué.

	Budget prévu	Budget effectif
	660 000 FCFA	532 770
Communes	15%	14%
Etat	15%	
MSF	35%	52%
Bénéf médic	20%	24%
Dons	15%	10%

Les personnes éligibles au Fonds sont :

- les patients hospitalisé indigents au CSRef avec certificat
- les patients pauvres reconnus comme insolvables après enquête et tentative de collecte auprès des proches
- les patients en incapacité temporaire de payer

Fiche d'enquête

Nom prénom

Age provenance commune

Profession hospitalisé le au service X situation matrimoniale

Ressources ; salarié, éleveur, pêcheur, commerçant`

Autres activités

Avis de l'enquêteur

Signé le service social

C'est un Comité de pilotage du Fonds, réunissant les partenaires du projet, qui décident de l'éligibilité au fonds des personnes qui se présentent, sur proposition d'un bureau exécutif associant le médecin-chef et le service social. Deux situations sont possibles : gratuité ou soins donnés à crédit avec échéancier de remboursement. Le dispositif est satisfaisant pour ce qui est de l'accès aux soins et du paiement des soins au centre. Le dispositif de crédit est partiellement efficace, car certaines créances ne sont pas recouvrées. Le pourcentage d'assistés ne dépasse pas 2% des patients traités.

Les résultats ont été les suivants en 2002 :

36 personnes assistées en 18 mois, soit 2 par mois (dépense de 15000 FCFA/pers/mois) qui représentent 2% des hospitalisations ;

Pour les prêts : 23% ont été remboursés, 14% sont à rembourser et 63% non remboursables.

Il y a un problème de décaissement au niveau des communes. Le retrait de MSF est annoncé. Le Fonds a dû écarter des faux pauvres, mais peu nombreux. La gestion est un peu lourde pour le CS et le projet envisage de la sous-traiter à une ONG. Les chiffres relatifs au financement souhaitable du Fonds sont estimés à 1 500 000 pour 75 000 personnes et les soins au CSRef seulement et à 5 000 000 FCFA pour tous les soins.

Les outils de gestion du Fonds sont un compte en banque, un formulaire de demande de prise en charge (médecin traitant), une fiche d'enquête du service social, un registre d'entrées et sorties d'argent, un récapitulatif des dépenses par personne, un modèle de certificat de reconnaissance de dette, un rapport mensuel

La recherche-action doit être étendue au cercle de Bougouni et aux soins dispensés dans les CSCom qui ne sont pas actuellement couverts. Bougouni compte 340 000 Hab et a 24 CSCom fonctionnels sur 35 planifiés.

4- Les enseignements à tirer du fonctionnement du dispositif légal et des expérimentations

L'observation du fonctionnement du dispositif légal débouche sur un constat assez accablant et les expérimentations ou bien les solutions privées individuelles ne semblent pas la solution de remplacement idéale.

41- L'inefficacité reconnue du dispositif légal

Le dispositif légal est relativement extensif en théorie, mais il est de toute façon complexe. Il est éclaté, car relève de nombreux textes (statuts des personnes, codes, décrets).

Son fonctionnement n'est pas vraiment cohérent, notamment parce que l'Etat ne finance pas les dispositifs non contributifs qu'il a mis en place et ne veille pas au respect des mesures qu'il a édictées (tarification, secours aux indigents).

Les lacunes de la couverture légale ne viennent pas uniquement de l'imprécision des textes. C'est leur application qui est problématique.

L'information des personnes est en cause, mais aussi les comportements. Beaucoup ignorent des dispositions qu'ils pourraient mobiliser, celles-ci tombent en désuétude.

Le manque de ressources clairement affectées pénalise certains aspects de la couverture.

Il n'y a pas de mécanisme véritablement assurantiel. Le plus proche, celui de l'INPS, ne définit pas clairement un risque, ni une garantie. La contribution est de toute façon insuffisante.

Le résultat est que la couverture maladie légale se réduit à très peu de choses et que des catégories a priori solvables sont sans protection, mais sont alors confrontées au coût de la protection individuelle ou au coût des soins lorsqu'un événement grave survient.

42- L'iniquité et les exclusions

La couverture légale engendre des exclusions pour raison financière : les indigents sont touchés en premier, mais aussi des fonctionnaires ou des salariés incapables de régler des factures ou d'avoir accès à une couverture privée. Les dispositifs privés palliatifs ne corrigent que partiellement ce défaut. L'AMV de l'UTM reste inaccessible à beaucoup, en raison de sa tarification individuelle.

La rareté des ressources produit une discrimination, notamment dans l'accès aux CMIE. Certaines catégories sont vues comme nettement privilégiées : personnel de l'INPS, des grandes entreprises, personnels de santé, forces armées.

43- L'inefficience de la couverture privée

Certains dispositifs privés sont inefficients (régimes maison avec plafond individualisé). Leurs coûts de gestion semblent élevés. Les assurances volontaires mutualistes n'offrent pas un accès au secteur privé, car les prix demandés ne sont pas négociables et conduisent à des garanties chères.

44- Les obstacles structurels au changement

L'offre de soins est le lieu de nombreux obstacles au changement.

Les agents du secteur public de soins portent une grande responsabilité dans l'insuffisance de la couverture légale et ils sont systématiquement

critiqués : service non accompli pour absence, racket, orientation des personnes solvables vers le secteur privé.

Les personnes interrogées sont convaincues du coût du service privé, mais pas de sa qualité : ce sont souvent les mêmes personnels qui officient, avec moins de moyens techniques. Le secteur privé emporte l'adhésion uniquement pour l'accueil et la réalisation effective des prestations.

Les expérimentations sont souvent des succès, mais leur diffusion ne va pas de soi. Les relais institutionnels ne sont pas toujours organisés et il y a un déficit d'autorité pour imposer des innovations. Des innovations répliquées sans précaution font perdre de la crédibilité au succès originel. L'exemple des CSCom est souvent cité comme échec de diffusion d'une innovation prometteuse.

Conclusion

L'état de la couverture existante incite à développer des dispositifs d'envergure suffisante qui soient cohérents et qui assurent une base de protection contre la maladie à un coût raisonnable. Il n'y a pas de raison que les salariés et les fonctionnaires ne bénéficient pas de cette base, dès lors que des sommes non négligeables sont affectées à cet objectif sans grand résultat pour les salariés et que les fonctionnaires semblent intéressés par l'assurance volontaire mutualiste.

La forme qu'il convient de donner à cette couverture est assez évidente, dès lors que le principe du paiement des soins par les malades est maintenu, voire accentué.

L'assurance obligatoire constitue la modalité de financement et de couverture sociale la plus adaptée au secteur de l'économie formelle et mérite donc d'être développée. Elle suppose une contribution régulière et doit s'appuyer sur un système de prestations de soins efficace. Elle ne peut, de ce fait, s'appliquer aux personnes sans ressources ou à faibles ressources et elle exige du secteur public un effort d'amélioration considérable.

L'assurance maladie obligatoire ne peut pour l'instant régler le problème d'accès des indigents ou des groupes du secteur informel. Pour les seconds la solution mutualiste doit continuer à être éprouvée. Pour les premiers, un dispositif d'assistance s'impose. Ce dispositif doit reposer sur la solidarité la plus large possible, donc dépendre d'un financement direct de l'Etat. Il n'est pas envisageable que ce financement soit utilisé pour payer les cotisations des indigents à l'assurance obligatoire. Un tel système pénaliserait sans raison les

catégories intermédiaires, qui n'y seraient pas éligibles et qui ne peuvent pas non plus être affiliées sans précaution à un dispositif contributif obligatoire.

Dans ces conditions, la mise en place d'un dispositif d'assistance autonome paraît s'imposer. L'idée d'un Fonds d'assistance médicale, relativement autonome par rapport au budget national, présente l'avantage d'identifier un payeur spécifique pour les indigents et d'obliger à mettre en place une procédure rigoureuse de reconnaissance de l'éligibilité. De fait ce Fonds n'a pas pour vocation à prendre en charge les frais de soins de tous ceux qui n'ont pas de ressources régulières. Si la population éligible au Fonds était trop importante, c'est le principe du recouvrement des coûts qu'il faudrait sans doute réviser.

CHAPITRE 2 : PREMIÈRE APPROCHE DE L'AMO ET DU FAM

Avant d'aborder les questions de faisabilité de tel ou tel type d'AMO et de FAM, il convient de traiter un certain nombre de points qui vont permettre un cadrage général de l'étude. Seront discutés successivement :

- les objectifs pratiques des deux dispositifs envisagés
- les effectifs concernés par l'AMO et le FAM et la couverture (en termes de personnes) qu'ils permettront d'atteindre
- les paniers de biens et services envisageables pour l'AMO et le FAM
- l'ordre de grandeur des masses financières en jeu
- le niveau des cotisations de l'AMO.

Il convient aussi de déduire de la situation observée les conditions qu'il est fondamental de réunir pour que ces deux dispositifs soient implantés de façon pérenne au Mali, quelles qu'en soient les caractéristiques détaillées ou l'organisation.

Il faut enfin esquisser le processus de mise en place de l'AMO et du FAM, même si son coût total et sa durée ne peuvent pas être indiqués précisément à ce jour.

1- Les objectifs pratiques des deux dispositifs

L'AMO et le FAM ne posent pas le même problème lorsqu'on cherche à définir l'objectif pratique visé par leur mise en place. Il n'y a pas de problème majeur pour énoncer l'objectif de l'AMO. En revanche l'objectif du FAM n'est pas aussi facile à cerner. Pour saisir cette différence, il est utile de faire un rapide compte rendu des réactions qu'a suscitées chez nos interlocuteurs le double projet

11- Réactions aux deux projets

S'agissant de l'AMO, il y a consensus sur le besoin d'améliorer la couverture maladie de la population du secteur de l'économie formelle. L'option de l'assurance obligatoire qui a retenu l'attention des responsables n'est pas contestée. Ce dispositif a vocation à se substituer à la couverture des salariés fournie dans le cadre de l'INPS et à fournir une véritable couverture aux

fonctionnaires. Il est clair pour la plupart des personnes rencontrées que ce choix politique implique l'instauration d'un mécanisme contributif pour les assurés, les employeurs et l'Etat employeur. Mais il n'y a évidemment pas pour l'instant consensus sur l'importance de la contribution demandée à chaque partie, que les acteurs de la réforme se réservent d'apprécier en fonction de la qualité prévisible des prestations qui seront servies en retour.

Comme les orientations techniques et organisationnelles de la future AMO n'ont pas été définies, les personnes rencontrées déclarent attendre de l'étude qu'elle fasse avancer le débat sur ces points. Il est néanmoins évident que l'articulation entre l'AMO d'une part, l'INPS et les mutuelles de santé d'autre part préoccupent de nombreux acteurs. S'agissant de l'INPS, deux points de vue radicalement opposés s'expriment. Pour les uns, l'AMO doit faire partie du champ d'intervention de l'INPS ; pour d'autres, il faut éviter à tout prix que l'INPS soit mêlée à l'AMO, de façon à démarrer sur des bases saines. La question des mutuelles est moins conflictuelle. L'AMO devrait être compatible avec une protection complémentaire volontaire qu'elles auraient la vocation de développer.

Le FAM est considéré par tous comme une bonne chose et même une nécessité, vu l'échec des dispositions antérieures en faveur des personnes sans ressources. Le rôle des collectivités territoriales dans la gestion du FAM est souhaité par les promoteurs du Fonds, dans la ligne de la politique de décentralisation. Mais, au-delà du cercle de l'administration, il ne fait pas l'unanimité ou en tout cas il pose question. Beaucoup s'interrogent sur la capacité réelle des communes à effectuer cette gestion. Les responsables de formations de santé sont particulièrement représentatifs de ce scepticisme, alors qu'ils sont très demandeurs de la prise en charge financière des indigents. De façon générale, le problème de l'identification des indigents préoccupe d'abord tous les acteurs. Les uns préconisent des procédures d'inspiration administrative, alors que les autres préfèrent des solutions pragmatiques. Mais au total nos interlocuteurs ne s'avancent pas à expliciter l'objectif pratique du FAM en termes de personnes couvertes.

12- L'objectif pratique de l'AMO retenu pour l'étude

Le constat relatif à la couverture existante et les réactions des personnes rencontrées conduisent à assigner à l'AMO l'objectif pratique suivant :

Rendre obligatoire pour les salariés relevant du Code du travail, les fonctionnaires et les retraités de ces emplois l'affiliation à un régime d'assurance maladie dont les garanties seront étendues à leurs familles. A cet effet, tous les affiliés et leurs employeurs contribueront à proportion de la rémunération brute ou de la pension de façon à prendre en charge, intégralement ou partiellement, la part des coûts des soins faisant l'objet d'une tarification et d'un paiement demandé aux malades, dans les secteurs public, communautaire et éventuellement privé. Le dispositif mettra en place un mécanisme de tiers payant dispensant les malades de toute avance supérieure à la part qui leur revient dans la participation au recouvrement des coûts.

Les caractéristiques générales de l'AMO ainsi visée sont classiques. Elles ouvrent la possibilité de garanties très variées et introduisent une redistribution de type vertical. Elles ne préjugent pas du partage entre employés et employeurs. La dépense ciblée est celle qui correspond au paiement demandé aux usagers. Le principe de tiers payant est posé d'emblée, comme le plus intéressant pour les malades assurés et le plus simple en termes de gestion technique.

13- L'objectif pratique du FAM retenu pour l'étude

L'objectif assigné ici au FAM est de :

Se substituer, comme payeur des formations de santé des secteurs public et communautaires, aux personnes malades et ayant besoin de soins lorsqu'elles sont reconnues dans l'incapacité de payer. Cette substitution sera définitive si la personne est reconnue indigente permanente. Elle entraînera un processus de remboursement des soins à la charge des usagers, si le manque de ressources apparaît conjoncturel.

Cet énoncé peut surprendre, dans la mesure où, pour beaucoup d'acteurs du secteur social et sanitaire malien, il est évident que le FAM doit être *un dispositif destiné à la prise en charge financière des soins dont a besoin la catégorie de population constituée par les indigents*. Il faut donc s'expliquer sur la différence entre les deux énoncés.

On cherche ici à définir un objectif pratique du FAM. Si chacun s'accorde sur l'objectif général du dispositif en tant qu'il doit cibler les indigents, cela ne fournit pas un objectif pratique, car il n'est pas facile de donner une définition opérationnelle et a priori de la personne indigente. L'indigence renvoie à la

faiblesse ou à l'absence de ressource monétaire et ne se manifeste pas seulement face aux soins. Elle appelle d'autres formes de secours : aide alimentaire, aide au logement, aide à la scolarisation des enfants, etc. Diverses études ont donné des critères pour définir la pauvreté et mesurer ainsi un besoin multiforme. Ces critères sont fondés sur les ressources monétaires disponibles et les dépenses de consommation observées pour des échantillons de personnes et aboutissent à une partition de la population en groupes plus ou moins pauvres. Il est difficile de les utiliser dans la situation où se pose le problème de terrain qui inspire le FAM car il n'est pas évident d'évaluer la dépense de consommation et le revenu monétaire d'une personne qui déclare ne pas pouvoir payer des soins pour savoir si elle est « un peu pauvre », « moyennement pauvre », « très pauvre » ou « extrêmement pauvre ». C'est à partir de l'expression par une personne de son incapacité à payer ici et maintenant, que des procédures de type « enquête sociale » peuvent être menées pour reconnaître si la déclaration de la personne est juste ou non. En pratique, l'indigence est révélée par l'incapacité à payer et est difficile à déterminer de façon simple indépendamment d'une situation où le paiement est la règle.

La définition retenue pour l'étude n'écarte pas de l'éligibilité au FAM les personnes connues de tous comme extrêmement démunies de façon permanente. Mais on peut lui reprocher d'ouvrir le FAM à des personnes moins nécessiteuses que les indigents permanents et de façon discrétionnaire. Cette ouverture paraît pourtant légitime, pour deux raisons.

En premier lieu, on sait qu'en matière de soins, une personne rencontrera une contrainte de ressources selon les services dont elle a besoin. Elle pourra être en mesure de payer les soins primaires, mais pas ceux du niveau supérieur. Les personnes qui sont vraiment dans l'incapacité permanente de payer les soins primaires sont très peu nombreuses, en dépit du niveau général de pauvreté du pays tel qu'il est mesuré par les critères évoqués précédemment. Dès qu'il y a des soins à effectuer en centre de cercle (hospitalisation médicale, intervention chirurgicale, césarienne), le nombre de personnes confrontées à un problème de ressources va croître, car il faut payer des frais de transport et des frais médicaux. Il faudrait pouvoir identifier le montant de facture de soins séparant la population en indigents (ceux qui ne peuvent pas payer ce montant de façon permanente) et non indigents (ceux qui le peuvent). Mais un tel montant n'a aucune raison d'être identique dans toutes les régions du Mali et les études relatives à la pauvreté montrent d'ailleurs que la fixation d'un seuil unique conduit à des fractions très différentes de population très pauvre d'un endroit à l'autre. Le seuil de pauvreté au Mali correspond selon les études⁹ à un revenu

⁹ Le seuil de pauvreté est « le niveau auquel un individu ou un ménage ne peut pas satisfaire ses besoins de nutrition minimum (d'après Enquête Budget consommation de l'enquête malienne de conjoncture économique et sociale EMCES 94)

annuel de 102 971 FCFA soit 282 FCFA par jour. L'étude réalisée par PHR indique que ce seuil fait estimer le groupe des indigents à près de 30% de la population dans la commune de Sikasso et à près de 80% dans le cercle de Bla. S'il fallait fixer un tel montant de référence, il faudrait le définir par région, voire par cercle.

En second lieu l'indigence est plus souvent conjoncturelle que permanente pour un très grand nombre de personnes. Ce sont ces personnes que le recouvrement des coûts pénalise et c'est elles que le FAM doit aider. Il ne faut pas oublier ici que la justification du FAM est moins le niveau de ressources de la population que la politique de partage des coûts qui s'est substituée à une politique de gratuité. Le FAM est créé pour réduire les conséquences négatives du recouvrement des coûts et il est donc conceptuellement indissociable du paiement direct. La situation d'une personne est révélée par un épisode de soins et la population éligible au FAM varie autant dans le temps que dans l'espace. En milieu rural, il y aura moins d'indigents lorsque les récoltes sont payées. En ville le moment du paiement des salaires des intermittents réduira les effectifs de personnes dans l'incapacité de payer.

Ces arguments indiquent qu'il est difficile de définir l'éligibilité au Fonds autrement que localement, ce qui autorise des critères d'appréciation contextualisés, et au moment des soins- ce qui permet de tenir compte des ressources actuelles. Mais l'objectif pratique retenu pour le FAM fait penser aussi que la procédure d'éligibilité doit être rigoureuse pour éviter tout abus et qu'il y a une certaine proximité entre les groupes éligibles au FAM à titre transitoire et les groupes qu'il faudrait inciter à organiser des dispositifs de solidarité. D'une certaine manière la mise en place du FAM concurrence le développement mutualiste. Il conviendra donc que l'accès au FAM soit très contrôlé et finalement assez restrictif, pour éviter qu'il rende inutile l'adhésion à une mutuelle.

2- Les effectifs concernés

21- AMO

Qu'il s'agisse de l'AMO ou du FAM, il n'est pas possible de fournir une estimation précise des effectifs de bénéficiaires concernés.

Pour l'AMO, il existe des chiffres assez fiables relatifs aux assurés et aux retraités de l'INPS, aux fonctionnaires civils relevant du BCS, aux membres de la sécurité et des Forces Armées, ainsi qu'aux retraités ou pensionnés de la CRM. A partir de ces sources pour 2002, on obtient un effectif de cotisants potentiels de plus de 272 000 personnes (tableau).

Mais le passage des cotisants potentiels aux bénéficiaires est problématique, car la taille des familles correspondantes n'est pas connue de façon exacte par les organismes cités. Si l'on multiplie le nombre de cotisants potentiels par la taille moyenne d'un ménage au Mali fournie par l'enquête EDSM3 (5,3), on obtient environ 1 450 000 bénéficiaires. Mais si l'on estime que la population des bénéficiaires de l'AMO est en majorité urbaine et que l'on se réfère à la taille moyenne d'un ménage au Mali en zone urbaine (5,7), on obtient environ 1 555 000 bénéficiaires.

Tableau : cotisants potentiels et bénéficiaires de l'AMO

Catégorie	Cotisants potentiels	Bénéficiaires à partir de la taille moyenne d'un ménage malien	Bénéficiaires à partir de la taille moyenne d'un ménage urbain malien
Actifs salariés	154000	816 200	877 800
Retraités INPS	37960	201 188	216 372
Fonctionnaires civils	36769	194 876	209 583
Forces armées et de sécurité	14213	75 329	81 014
Retraités CRM (civils et militaires)	29729	157 564	169 455
TOTAL	272 671	1 445 157	1 554 224

Les chiffres fournis dans le tableau sont susceptibles de surestimer un peu l'effectif des bénéficiaires de l'AMO, car ils sont calculés en négligeant le fait que plusieurs salariés ou fonctionnaires coexistent au sein d'un même ménage et en affectant aux retraités et pensionnés la même taille de ménage qu'aux actifs. En outre, le coefficient multiplicateur utilisé pour passer des cotisants aux bénéficiaires correspond à un effectif de personnes vivant sous le même toit et non stricto sensu à l'effectif des ayants droit traditionnellement retenu en Sécurité sociale : les épouses et les descendants directs (notion de famille). Il est probable que le ménage malien est plus important que la famille malienne. Toutefois, il appartiendra au législateur de retenir, pour définir les bénéficiaires de l'AMO, le concept le plus adapté à la culture nationale pour définir les bénéficiaires et il est possible que le concept de ménage soit celui qui convienne.

Finalement, avec toutes les précautions liées aux modalités d'estimation, on retiendra que l'AMO concernera 1 500 000 bénéficiaires et tirera ses recettes

d'un ensemble de 272 000 personnes. On obtiendra ainsi un taux de couverture par l'AMO de 13,7% pour une population totale en 2003 de 10 938 653 personnes.

22- FAM

Pour le FAM, l'estimation du nombre de personnes qui seraient effectivement éligibles est très problématique, puisqu'il s'agit des personnes qui seraient reconnues dans l'incapacité de payer au moment des soins.

Une première méthode d'estimation consiste à extrapoler les quelques informations (de nature plutôt qualitative) recueillies auprès de formations de santé qui soignent les indigents, mais qui prétendent savoir identifier les personnes qui le sont vraiment, grâce à leur connaissance de leur population de référence. Selon ces informations, le pourcentage de personnes qu'on reconnaîtrait dans l'incapacité de payer et soignées dans les Cscm, Csref ou les hôpitaux serait faible comparé à l'ensemble de la clientèle : généralement quelques pourcents. L'expérience de Sélingué va dans ce sens. Le Fonds local a admis 36 personnes en 18 mois, soit un effectif potentiel de 24 personnes par an ou 2 par mois. Si l'on admet un taux de fréquentation du CSREF de 0,01¹⁰ on arrive à 2400 personnes sur une population de 70 000 habitants, soit 3,4% ;

En pratique, dans la ligne de cette méthode d'estimation, on gardera en mémoire que les effectifs correspondant à 2% et 5% de la population donnent une fourchette vraisemblable de l'effectif éligible au FAM. **Soit, pour 2% de la population du Mali : 218 773 personnes et pour 5% : 546 933 personnes.**

Mais cette méthode d'estimation ne correspond pas à l'ordre de grandeur énoncé par certains observateurs qui parlent volontiers (et à notre connaissance sans référence empirique) de 10 à 20% d'indigents éligibles au FAM¹¹. On arriverait alors à près de 1,1 million de personnes pour un taux de 10%, de près de 2,2 personnes pour 20%. Ces chiffres seraient relativement concordants avec le pourcentage de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté donné par les études évoquées ci-dessus. En fait ces études conduiraient même à des estimations plus élevées, de plus de 30% de la population, voire de plus de 60% en agrégeant les personnes « extrêmement pauvres » et « très pauvres ». Pendant la mission réalisée pour cette étude, seul un centre, celui de la commune V de Bamako, nous a parlé de 20% d'usagers dans l'incapacité de payer dans son activité. Mais il s'agit d'une estimation donnée oralement et il n'est pas certain qu'il aboutisse à la reconnaissance d'un

¹⁰ Un taux de fréquentation supérieur est plausible, mais il aboutirait à un pourcentage d'autant plus faible d'indigents reconnus

¹¹ Voir par exemple le rapport de fin de mission de Hubert Baliqé à la MARH.

tel effectif d'indigents éligibles au Fonds. Quoi qu'il en soit la différence est trop importante avec l'estimation donnée ci-dessus pour qu'on ne s'y arrête pas un peu.

Une première remarque, fondamentale, doit être faite quant à la stratégie de financement correspondant au FAM. Celle-ci est, comme il a été dit, indissociable du recouvrement des coûts, et n'a de sens que comme démarche palliative. Si la population effectivement éligible au FAM est de l'ordre de 30 à 60% de la population malienne, il vaudrait sans doute mieux rétablir la gratuité pour tous, augmenter la dotation budgétaire des formations publiques en conséquence et taxer à la source les populations solvables plutôt que de les engager dans l'AMO. En d'autres termes le retour à un service national constituerait une stratégie de financement plus simple que le montage de l'AMO et du FAM. Certes les objections ne manquent pas quant à la faisabilité de cette démarche, qui représenterait un retour à une situation passée, mais il y aurait peut-être des voies permettant de l'envisager aujourd'hui de façon plus pérenne. En fait, le but de cette remarque n'est pas de contester l'orientation de l'AMO et du FAM, mais d'insister sur le fait qu'elle n'est pas cohérente avec l'affirmation d'un effectif très important de personnes incapables de payer les formations. On écartera donc toute estimation supérieure à 20% et l'on proposera plutôt une seconde méthode fondée sur la possibilité d'effectifs d'indigents plus élevés. Cette méthode consiste à poser que le pourcentage de personnes incapables de payer varie selon le type de formation et d'intervention. Il serait très faible (1 ou 2%) dans les CSCom ou les CSRef pour des interventions légères, de près de 10% pour les hospitalisations standard et de près de 20% pour les hospitalisations de coût élevé. Avec cette méthode, dont on verra plus loin qu'elle débouche sur un budget beaucoup plus onéreux du FAM, on arrive à des effectifs de personnes potentiellement éligibles de :

- 200 000 personnes au niveau des CSCom
- 1 million de personnes pour les hospitalisations standards en CSRef ou à l'hôpital régional
- 2 millions de personnes pour les hospitalisations coûteuses.

Cette méthode d'estimation, que d'aucuns estimeront plus réaliste que la précédente, nous semble surtout instructive pour mieux cerner le champ d'intervention du Fonds et l'incidence de la démarche de reconnaissance de l'éligibilité des personnes. Il faut en effet rappeler que, selon la loi hospitalière, les interventions d'urgence concernant des personnes dans l'incapacité de payer sont remboursables directement par l'Etat aux formations *dès lors que celles-ci ont démontré qu'elles avaient fait toutes les démarches susceptibles de déboucher sur un paiement normal*. Cela signifie que les procédures que le FAM devra mettre en place en fonction de l'objectif pratique qui lui a été

assigné permettront précisément de distinguer les vraies urgences qui doivent de toute façon être prises en charge par l'Etat (et qu'il serait alors logique de faire payer par le FAM) des épisodes programmés ou programmables, qui n'ont aucune raison de ne pas suivre les procédures de référence. Si les effectifs donnés ci-dessus de personnes potentiellement éligibles au FAM sont assez importants, la mise en place du FAM doit réduire au strict minimum, à partir de cet ensemble, la population qui sera effectivement reconnue éligible. Dans ces conditions, les chiffres donnés par la première méthode d'estimation redeviennent crédibles.

Selon la méthode d'estimation que l'on retient pour les effectifs éligibles au FAM, le taux de couverture global par l'AMO et le FAM va varier. Au maximum, il atteindrait 18,7% avec la première méthode. Avec la seconde, il serait de 15% environ pour les soins de premier niveau, de 23,7% pour les hospitalisations standard et de 33,7 % pour les hospitalisations coûteuses.

3- Les paniers de biens et services envisageables

Pour définir correctement un panier de biens et services servant de base aux prestations de l'AMO et du FAM, on doit constituer une liste d'items associés à des tarifs et à des fréquences de consommation au sein de la population visée. Compte tenu des informations disponibles, on a défini le panier en différenciant les contacts avec le service de soins et on a estimé un forfait minimum et maximum relatif au coût de chaque contact, puis sa fréquence dans la population.

Pour le secteur public et communautaire, on obtient le panier de services médicaux et de soins dentaires présenté dans le tableau suivant :

Tableau : panier de biens et services de l'AMO (secteurs public et communautaires)

Type de contact	Tarif forfaitaire minimum	Tarif forfaitaire maximum	Fréquence
Contact ambulatoire simple en CSCOm ou CSref	2 500	3 000	0,6
Contact ambulatoire complexe en CSref	3 000	4 000	0,3
Hospitalisation de technicité simple (Csref et hôpital)	40 000	100 000	0,01
Hospitalisation de technicité moyenne ou élevée (Hôpital)	100 000	200 000	0,005
Soins dentaires simples	1 500	5 000	0,01
Soins dentaires complexes	5 000	20 000	0,005

De la même manière, on a défini un ensemble de contacts avec le secteur privé à but lucratif.

Tableau : panier de biens et services de l'AMO (secteur privé)

Type de contact	Tarif forfaitaire minimum	Tarif forfaitaire maximum	Fréquence
Avec une pharmacie	4 500	6 000	0,6
Ambulatoire avec un cabinet médical	6 000	10 000	0,6
Ambulatoire avec un laboratoire ou un cabinet d'imagerie	20 000	100 000	0,1
Hospitalisation dans une clinique privée	200 000	500 000	0,01

Ces tableaux appellent deux remarques pour la suite.

En premier lieu, l'engagement de l'AMO correspond à une tarification de type forfaitaire, alors que les formations de santé du Mali ont tendance à facturer à l'acte. Outre le fait que cette méthode nous a paru la plus robuste pour arriver à une estimation de cotisations d'assurance maladie, c'est une incitation à considérer l'intérêt d'une rémunération forfaitaire des prestataires dans le cadre de l'AMO (ou du FAM). Ce mode de rémunération a le mérite de la simplicité et organise un partage du risque entre payeur et prestataire. Il reste que le paiement au forfait et le montant des forfaits sont du ressort de négociations contractuelles qu'il n'est pas question d'anticiper.

En second lieu, les forfaits indiqués ne sont pas nécessairement ceux qui correspondraient à la facturation aux malades, mais ceux que l'AMO prendrait comme base de prise en charge (référence). En d'autres termes, la tarification peut conduire à des forfaits plus élevés qui impliqueront des tickets modérateurs. En raisonnant sur des forfaits de référence pour l'AMO, on se situe pour l'instant dans le cadre d'une hypothèse de couverture à 100%.

4- L'ordre de grandeur des masses financières en jeu

41- AMO

En utilisant les effectifs relevant de l'AMO et les paniers de biens définis ci-dessus, on est en mesure d'évaluer le coût technique des prestations pour l'AMO. Celui-ci comprend deux parties :

- la rémunération des formations de santé, égale au produit du forfait unitaire par la fréquence et par l'effectif,
- le coût de traitement des dossiers fixé à 15% de la rémunération des actes.

Le tableau ci-dessous donne le **coût par assuré** de la rémunération des prestataires, puis le coût technique par assuré, pour les secteurs public et communautaire d'abord, pour le secteur privé à but lucratif ensuite.

Tableau : coût par assuré de l'AMO

(en FCFA)	Rémunération min du panier de soins par assuré	Rémunération max du panier de soins par assuré	Coût technique min du panier de soins par assuré	Coût technique max du panier de soins par assuré
Secteur public	3565	6050	4100	6958
Secteur privé	10 300	24 600	11 845	28 290

On note sans surprise que le panier de soins privés conduit à un coût par assuré de 3 à 4 fois plus élevé que le panier de soins publics. Pour la suite, on ne s'intéressera qu'au panier public, sachant qu'il serait possible de faire toutes les simulations souhaitées à partir des chiffres relatifs aux soins privés.

Avec l'effectif de bénéficiaires estimé pour l'AMO (1 500 000 personnes), on arrive à un coût technique total compris entre 6,15 milliards de FCFA et 10 milliards de FCFA. Dans une estimation plus fine, il pourrait être judicieux de multiplier le coût technique précédent par un coefficient de sécurité, mais pour arriver à un véritable coût de fonctionnement de l'AMO, il faut de toute façon ajouter au coût technique un chargement d'administration. On appliquera ici un coefficient de 20% qui conduit à la fourchette de coût : **7,4– 12,5 milliards de FCFA.**

42- FAM

Pour le FAM, on peut d'abord appliquer la même méthode pour les effectifs estimés globalement (2 ou 5% de la population) avec le même panier de biens et services.

Avec un pourcentage d'indigents de 2%, le Fonds devrait disposer d'un montant compris entre 0,89 et 1,52 milliards de FCFA hors administration et, **avec 20% de frais généraux d'administration, entre 1,08 et 1,83 milliards de FCFA.**

Avec un pourcentage de 5%, le FAM aura besoin d'un montant compris entre 2,24 et 3,81 milliards de FCFA (sans frais d'administration) **entre 2,69 et 4,57 milliards de FCFA avec les frais d'administration.**

Un autre mode de calcul consiste à faire varier le nombre d'indigents selon le montant de la facture, comme il a été indiqué ci-dessus. On obtient alors des

chiffres sensiblement plus élevés: entre 2,34 et 5,94 milliards hors gestion, 2,8 et 5,93 milliards de FCFA tout compris.

Les chiffres relatifs à l'AMO et au FAM peuvent être confrontés au budget de la santé de l'Etat, environ 39 milliards de FCFA, en rappelant qu'ils ne découlent que des montants à la charge des personnes.

5- Estimation des cotisations pour l'AMO.

En rapportant les coûts de l'AMO à l'assiette des cotisations, on peut donner l'ordre de grandeur de la cotisation à partager entre employeurs, employés et retraités. L'estimation de l'assiette des cotisations pour les diverses catégories a été obtenue en partant des cotisations versées à l'INPS et à la CRM pour les actifs, du montant des pensions pour les retraités. Les informations recueillies conduisent aux chiffres suivants

Tableau : assiette des cotisations de l'AMO

Catégorie	Assiette (milliards FCFA)
Actifs salariés	129
Retraités INPS	12
Fonctionnaires civils et militaires	83
Retraités CRM	16
TOTAL	240

Le taux de la cotisation indifférenciée de l'AMO s'établirait alors entre 3,1 et 5,2% de la rémunération des assurés.

Il est clair que cette approche pénalise fortement les retraités, dont les pensions sont faibles et qui ne seront pas satisfaits de ce prélèvement. Aussi peut-on proposer de fixer à 1% la cotisation des retraités et d'augmenter celle des actifs. Celle-ci s'établit alors entre 3,7 et 6,3% de la rémunération brute des salariés ou des fonctionnaires

6- Les conditions de mise en place de l'AMO et du FAM.

61- AMO

611- Faisabilité financière

Si l'on admet que le taux de cotisation de l'AMO va se situer entre 4 et 6% pour les actifs, il faut d'abord se demander si cette cotisation est admissible pour les employés, les employeurs et l'Etat.

En faisant l'hypothèse d'un partage égal entre employeurs et employés, on peut déjà s'interroger sur l'augmentation de la contribution de l'Etat qui va se situer (avec les chiffres utilisés) entre 1,6 et 2,4 milliards de FCFA pour la cotisation des fonctionnaires et entre 264 et 420 millions pour les conventionnaires, soit en tout une augmentation inférieure à 2,5 milliards. Ce montant ne paraît pas en mesure de déséquilibrer le budget de l'Etat. La contribution des fonctionnaires représenterait un montant égal, la cotisation d'un assuré étant prélevée sur la solde. Si la solde moyenne mensuelle est estimée à 180 000 FCFA, cela représente un prélèvement de 3600 à 5400 FCFA par mois, ce qui semble admissible, dès lors que la contrepartie, l'accès sans frais au secteur public et communautaire, est effective. Les prestations prises en charge par l'AMO devraient se traduire par une baisse de la dépense de santé financée par les ménages, si bien que ce prélèvement ne devrait pas avoir d'effet sur la consommation totale des fonctionnaires, ni sur leur épargne éventuelle. Le même argument vaut pour les salariés et fait conclure que les taux estimés semblent pour l'Etat et les employés acceptable dès lors que l'AMO fonctionne correctement.

Pour les employeurs, la question se pose différemment. La cotisation maladie va-t-elle s'ajouter aux 2% perçus par l'INPS, ce qui porterait à 24% ou 25% les charges sociales des employeurs ? Ce renchérissement du coût de la main d'œuvre a toutes chances d'être mal perçu et peut avoir des effets sur l'emploi. En fait la nouvelle cotisation a vocation à se substituer à la cotisation relative au risque « Protection contre la maladie » et on peut penser que s'il faut ajouter 1%, on peut le récupérer sur les cotisations des risques « famille » et « maladies professionnelles et accidents du travail ». La situation peut donc être sans conséquence pour le coût du travail, mais elle pose alors une autre question : que devient l'appareil de soins de l'INPS dont le financement repose sur les 2% de maladie et un peu plus pris sur les recettes des autres régimes.

L'appareil de soins de l'INPS est le fruit du positionnement incertain de l'INPS comme organisme de gestion d'un régime de protection maladie qui devait être transitoire et qui s'est prolongé. Les CMIE se sont développés sans que la question de leur efficience ait été posée à chaque augmentation de son budget et de son personnel. Celui-ci représente aujourd'hui près d'un tiers des effectifs de l'Institut, mais cela n'a pas résolu les difficultés signalées par les assurés pour obtenir des soins. Selon une note technique du responsable de l'appareil de soins communiquée en décembre 2001 à la direction et au conseil d'administration de l'INPS :

« Les structures médico-sanitaires de l'INPS sont, depuis un certain temps, confrontées à d'énormes exigences à l'origine de sérieuses difficultés. Difficultés qui avaient été objectivées dans le temps par les études du Cabinet Guimbala et plus récemment encore par l'Inspection de la CIPRES. Ceci évidemment ne pouvant rester sans conséquences sur la qualité des prestations fournies.

Entre autres facteurs relevés par l'étude et l'Inspection et ayant engendré ces difficultés, on peut noter :

- l'inadéquation entre revenus de cotisations et prestations fournies
- les difficultés d'identification des bénéficiaires légaux (prise en charge de non assurés avec la complicité des assurés du fait de la gratuité des consultations, des premiers soins et des examens complémentaires dans les centres de l'INPS)
- somme toute une absence de maîtrise des dépenses de santé avec son corollaire de coût de plus en plus élevé des prestations sanitaires. »

Dans cette situation, la mise en place de l'AMO constitue une opportunité pour faire évoluer le statut de l'appareil de soins de l'INPS et, si cela n'est pas fait, le problème de son financement sera insoluble. La solution la plus logique consiste à séparer les CMIE et PMI de l'INPS et de leur donner un statut public ou privé qui leur permette une gestion autonome. Il est tout indiqué qu'ils deviennent prestataires de soins ordinaires pour l'AMO et qu'ils facturent directement aux entreprises leurs services de médecine du travail. L'autonomie de gestion des CMIE les obligera à organiser leur production de façon efficiente. Pour l'INPS, cela permettra de réviser l'ensemble des cotisations et, probablement, d'améliorer aussi les conditions de gestion des autres régimes.

613- Trésorerie de l'AMO

La gestion du risque maladie a besoin d'une trésorerie régulièrement approvisionnée. Le problème du recouvrement des cotisations de l'AMO est donc essentiel et il faut s'inquiéter de la capacité des principaux organismes de Sécurité sociale à traiter le problème au Mali. La CRM ne recouvre pas actuellement les cotisations qui sont précomptées au niveau du BCS et enregistrées sans déplacement de fonds par le Trésor. L'INPS recouvre les cotisations des employeurs qui ont eux-mêmes prélevé celles des employés. L'Institut est très critiqué dans ce domaine et il aurait 17 milliards d'arriérés de cotisations. Ses fichiers seraient peu fiables, ses procédures de mise en demeure des entreprises qui ne paient pas insuffisantes et son service du contentieux peu efficace. La responsabilité de l'INPS n'est malheureusement pas seule en cause, car l'Etat semble le plus gros débiteur et transfère difficilement les cotisations de ses conventionnaires.

Ces constats ne préjugent évidemment pas de ce que sera le recouvrement effectif des cotisations par l'AMO. Ils ont toutefois préoccupants, car ils mettent en jeu deux acteurs qui auront un rôle à jouer dans l'AMO, quelle que soit l'organisation de celle-ci. Comment contraindre l'Etat à payer ses cotisations sociales ? Faut-il mettre en place un circuit nouveau de recouvrement à l'occasion de la création de l'AMO ? En tout cas, on ne pourra s'appuyer sur aucune capacité existante.

614- Les prestations de soins

L'AMO n'est faisable qu'à la condition que des prestations de soins correctes soient la contrepartie des cotisations obligatoires. L'AMO ne prévoyant a priori que des prestations délivrées dans les secteurs public et communautaire, le rôle de l'offre de soins correspondante est fondamental en cette matière. A nouveau le constat est préoccupant. En termes de disponibilité, l'offre publique et communautaire est globalement correcte. On note toutefois qu'à Bamako où sont concentrés une majorité de bénéficiaires potentiels de l'AMO, il y a peu de structures d'hospitalisation intermédiaire, alors que l'offre privée correspondante est importante. Les hôpitaux nationaux sont donc désignés pour répondre à une demande qui va s'accroître avec l'AMO, au moment même où le service qu'ils rendent fait l'objet de critiques virulentes relatives à l'exercice partagé des médecins et infirmiers dans les secteurs public et privé. Les agents publics préféreraient exercer dans les cliniques de la place et négligeraient le service public. D'une façon plus générale, le comportement des médecins, sages-femmes et infirmiers du secteur public dans les services

seraient incompatibles avec le développement de contrats entre organismes d'assurance maladie et hôpitaux. Les problèmes rencontrés par l'UTM attirent l'attention sur ce point. La prescription de médicaments en DCI ne serait pas appliquée, une surtarification serait imposée aux malades, les personnes les plus aisées seraient incitées à se faire soigner dans le secteur privé... par les mêmes professionnels.

L'arrêt de ces pratiques dans les hôpitaux publics est une nécessité absolue à l'égard de la mise en place de l'AMO. L'autorité du Ministère de la santé doit s'affirmer sans ambiguïté, faute de quoi il vaut mieux renoncer au projet. De toute façon, la situation suggère que l'AMO devra s'appuyer sur une organisation de proximité très stricte pour contrôler à la fois les assurés et les prestataires. En pratique, l'AMO devra être représentée, dans chaque établissement et peut-être dans chaque cercle, d'une équipe qui aura pour mission d'attester les droits des bénéficiaires pour éviter la fraude et faciliter la relation avec l'établissement, de régler les problèmes relationnels qui subsisteraient (surtarification, refus du tiers payant) et vérifier les factures que l'établissement adresserait au régime. Le coût d'une telle organisation est a priori élevé et on ne peut être assuré que pour un effectif important d'assurés. Compte tenu du coût de gestion par assuré, on peut calculer qu'il faudrait un effectif minimum de 500 000 bénéficiaires pour être supportable par l'AMO. Globalement cette organisation est donc envisageable, mais on verra plus loin qu'elle conditionne certains scénarii de l'AMO.

62- FAM

La mise en place d'un dispositif de contrôle de l'AMO dans les établissements a pour pendant l'installation au niveau du cercle, de la région et des hôpitaux nationaux d'un dispositif réactif d'examen de l'éligibilité des personnes au FAM. Le coût possible du FAM en cas d'acceptation trop facile de la demande d'exonération faite directement par les personnes ou par les formations de santé pour leur compte attire l'attention sur la nécessité d'investir dans un tel dispositif. En principe, chaque hôpital et chaque centre de cercle dispose d'un personnel du service social qui pourra jouer un rôle important à cet effet. Il reste à évaluer si ce personnel est suffisant et comment il peut être intégré dans l'organisation même du FAM au niveau local. Si, pour une raison quelconque, ce personnel manquait, un opérateur spécifique devrait assurer la mission de reconnaissance de la situation d'indigence qui est au principe du fonctionnement du FAM.

63- Autres problèmes ; mutuelles et offre privée de soins

A côté des questions prioritaires qui conditionnent la mise en place de l'AMO et du FAM, deux autres points méritent attention :

- que deviennent les mutuelles et leurs régimes volontaires après mise en place de l'AMO et du FAM ?
- quelle place donner au secteur privé puisque les tarifs pratiqués interdisent d'envisager un accès de l'ensemble des assurés à ses formations ?

S'agissant des mutuelles, il faut être conscient de ce que la mise en place de l'AMO et du FAM pénalisent leur développement en réduisant leur marché. Les mutuelles sont concurrencées par l'AMO au sein du secteur de l'économie formelle et par le FAM dans le secteur informel. Peu d'entreprises seront incitées à promouvoir des mutuelles pour leur personnel lorsque l'AMO sera annoncée. L'idée de cantonner les mutuelles dans la couverture complémentaire ne résiste pas à l'examen quand on connaît les réticences de la population à s'engager dans l'assurance maladie volontaire. Au mieux les assurés de l'AMO attendront de voir comment fonctionne ce dispositif avant de penser à une couverture complémentaire. Les personnes à faibles ressources comprendront vite qu'elles peuvent être exonérées du paiement immédiat grâce au FAM et seront beaucoup moins intéressées à s'organiser pour pallier un manque conjoncturel de ressources. La mise en place de l'AMO et du FAM devrait donc s'accompagner d'une réflexion sur les mécanismes susceptibles de maintenir l'intérêt d'une couverture volontaire de type mutualiste. Deux pistes semblent intéressantes : l'association des mutuelles à la gestion du risque de l'AMO, la gestion du dispositif de crédit envisagé dans le FAM. On reviendra sur ces pistes à l'occasion des scénarii.

Le secteur privé des soins aurait de bonnes raisons pour rechercher un conventionnement avec l'AMO, mais le niveau actuel de ses tarifs rend cette tentative vaine. Il reste qu'à Bamako l'appareil de soins qu'il offre n'est pas négligeable (tableau) et peut intéresser les cotisants, d'autant plus que certains ont déjà pris l'habitude de le fréquenter grâce à leurs régimes privés d'entreprise.

Tableau : le secteur privé de soins à Bamako

Commune	Structures privées	Effectif médecins	de Effectif d'infirmiers
I	30	32	26
II	30	76	78
III	16	62	72
VI	22	15	31

Deux pistes peuvent alors être explorées : celle d'une négociation des tarifs qui déboucherait éventuellement sur une possibilité d'accès avec sur l'instauration de tickets modérateurs, le cantonnement du secteur privé au niveau de la couverture complémentaire. Ces pistes seront reprises à l'occasion des scénarii.

7- Le processus de mise en place et l'investissement

Du point de vue de la mise en place pratique de l'AMO et du FAM, les éléments qui ont été présentés ne correspondent qu'au fonctionnement en routine des deux dispositifs.

Il faut avoir en mémoire que ce fonctionnement ne sera effectif qu'après qu'un certain nombre d'étapes aient été accomplies, notamment :

- étape législative et réglementaire
- étape d'organisation pratique comprenant notamment le recrutement de personnels, l'installation physique, la définition précise des procédures de gestion et de fonctionnement, probablement avec l'aide d'étude et d'expertises techniques
- étape de montée en charge vers la fonctionnalité.

On a donc bien un véritable processus qui doit être piloté, pour l'AMO et le FAM, et qui appelle un investissement destiné à financer les étapes indiquées ci-dessus.

La durée de ce processus n'est pas compressible par décret et il paraît nécessaire d'annoncer que deux ou trois années constituent un minimum pour arriver à la fonctionnalité des deux dispositifs. Mais elle est extensible, selon la volonté politique et l'effort des services administratifs ou techniques qui seront impliqués dans le projet.

CHAPITRE 3 : SCÉNARI D'ORGANISATION DE L'AMO

1- Deux orientations prolongeant logiquement les tendances à l'œuvre au Mali

En fonction de la situation de la couverture maladie du Mali, deux scénarii d'organisation de l'AMO sont envisageables de façon logique.

Le premier correspond à la tendance de la couverture légale engagée en matière de protection sociale avec l'INPS ou la CRM. Il consiste à créer une grande Caisse d'AMO (CCAMO) qui rassemblerait tous les assurés salariés et fonctionnaires, ainsi que les retraités. Ce scénario correspond à *une organisation centralisée et unifiée de l'AMO*.

Le second scénario prolonge au contraire la tendance issue de l'insatisfaction à l'égard de la couverture légale. Il consiste à poser le principe de l'obligation de l'assurance maladie pour tous les employeurs et les organismes gestionnaires de retraites, mais va laisser chacun mettre en place le dispositif qui lui convient, dans un cadre fixé par la loi et avec un suivi et une régulation du système. Ce scénario correspond à *une organisation complètement décentralisée et diversifiée de l'AMO*.

Pour décrire, puis apprécier les avantages et les inconvénients de chacun de ces scénarii, puis de ceux qu'on pourrait imaginer chemin faisant, il convient de se rapporter aux fonctions techniques essentielles que l'AMO doit remplir :

- recouvrement des cotisations
- immatriculation des assurés
- initialisation des droits des bénéficiaires
- identification et conventionnement des formations de santé qui délivreront les prestations
- information des assurés quant aux modalités de recours aux soins dans le cadre de l'AMO
- attestation des droits des bénéficiaires auprès de ces formations en cas de recours aux soins
- vérification des factures des prestataires

- paiement des prestataires
- contentieux avec les assurés et les prestataires
- régulation d'ensemble du dispositif : établissements de statistiques, comptabilité du régime, suivi des conventions avec les prestataires.

On se contentera ici de synthétiser les éléments essentiels à la compréhension du fonctionnement de l'AMO selon le scénario. Il est évident que chacune des fonctions demandera une étude particulière lorsqu'il s'agira de mettre en place l'architecture institutionnelle choisie. A ce moment des questions comme l'informatisation des mécanisme, la définition des organes d'exécution technique avec leur personnel et leur matériel, l'estimation des budgets correspondant devront être traitées avec rigueur et précision.

Quelle que soit l'organisation de l'AMO, elle est sous tutelle du MDSSPA (DNPS). La fonction de relation avec la tutelle doit être ajoutée à la liste ci-dessus du côté de l'AMO. Selon le scénario, l'exercice de la tutelle variera pour la DNPS du MDSSPA.

2- Scénario d'organisation centralisée et unifiée

Dans ce scénario, la cotisation et les prestations sont fixées par le règlement de la CCAMO, qui s'applique de façon uniforme à tous les cotisants ou bénéficiaires. On rappelle toutefois que le principe d'une cotisation différenciée, avec un taux pour les actifs et un taux de 1% pour les retraités devrait être appliqué

La création d'une CCAMO, caisse publique gérant le régime général d'assurance maladie des salariés du secteur privé, des fonctionnaires et des conventionnaires, ainsi que des retraités des catégories correspondantes ne doit pas faire oublier qu'un certain nombre de fonctions ne peuvent être remplies qu'au niveau local, celui où résident et se soignent les bénéficiaires et celui où se situent les formations de santé. Cela implique un partage des tâches entre le niveau central et la périphérie : Caisse centrale (CC) et Caisses locales (CL). Cela implique aussi dans certains cas une relation entre CC et CL.

Ce partage est indiqué dans le tableau suivant. Quelques remarques ajoutent à sa compréhension.

En matière de recouvrement des cotisations, les employeurs paient la CCAMO pour leurs employés dont ils ont prélevé la contribution. L'INPS prélève la cotisation de ses retraités et paie la CCAMO. Le Trésor paie la

CCAMO relativement aux cotisations des fonctionnaires, pour lesquels le prélèvement est ordonnancé par le BCS ; des retraités de la Fonction publique pour lesquels le prélèvement est ordonnancé par la CRM. L'intervention de la CRM serait modifiée si elle payait effectivement les retraites et les pensions.

Les fonctions d'attestation des droits et vérification des factures seront effectuées par une équipe de l'AMO basée dans chaque établissement et CSRef, comme il a été indiqué dans le chapitre précédent.

La fonction de régulation englobe les modifications relatives aux cotisations et prestations nécessitées par la situation de la CCAMO, dont on rappelle qu'elle doit viser systématiquement l'équilibre financier.

Tableau : exécution des fonctions dans le scénario centralisé

FONCTION	LIEU D'EXECUTION	REMARQUE
Recouvrement des cotisations	CC	Sources : employeurs, Trésor (BCS), INPS, Trésor (CRM)
Immatriculation des assurés	CC	Transmission aux CL
Initialisation des droits des bénéficiaires	CC	Transmission aux CL
Identification des formations de santé qui délivreront les prestations	CC et CL	Etude nationale avec appui local
Conventionnement des formations de santé	CC et CL	Convention nationale, puis contrats locaux
Information des assurés quant aux modalités de recours aux soins dans le cadre de l'AMO	CC et CL	Rôle pratique des CL important
Attestation des droits des bénéficiaires auprès de ces formations en cas de recours aux soins	CL	Relation fondamentale entre CL et formations
Vérification des factures des prestataires	CL	Relation fondamentale entre CL et formations
Paiement des prestataires	CL ou CC	Transmission vers le centre ou transfert de fonds à la périphérie
Contentieux avec les assurés et les prestataires	CC et CL	Service central informé par la périphérie
Régulation d'ensemble du dispositif : établissements de statistiques, comptabilité du régime, suivi des conventions avec les prestataires	CC et CL	Transmission des données par la périphérie, synthèse centrale
Relation avec la tutelle	CC	Exercice global de la tutelle pour la DNPS du MDSSPA

3- Scénario d'organisation décentralisée et diversifiée

Dans ce scénario, chaque employeur (dont l'Etat), l'INPS pour les retraités du secteur salarial, la CRM pour les retraités de la fonction publique sont obligés d'assurer leurs ressortissants contre le risque de maladie. Ils le font en s'organisant comme ils le souhaitent, à trois conditions :

- que la cotisation obligatoire de l'assuré reste en deçà d'un plafond fixé par la loi et ses décrets d'application
- que les prestations garanties soient au moins celles que prévoit le cadre général du régime (loi et décrets)
- que la gestion du risque maladie soit effectuée par un opérateur agréé par l'Etat qui peut être un sous-traitant privé (mutuelle ou compagnie d'assurance) ou même l'organisme concerné par l'obligation (employeur, INPS, CRM) qui assure la fonction d'opérateur.

Dans ce scénario, il est nécessaire qu'un organisme central d'Etat fixe les règles du jeu et agréé les opérateurs de gestion du risque. On peut penser qu'une sous-direction chargée de ces fonctions à la DNPS du MDSSPA serait créée à cet effet : sous-direction de l'AMO (SSDAMO). Elle vérifierait que les trois conditions énoncées sont remplies par tous les organismes visés par l'obligation et effectuerait la régulation de l'ensemble.

Dans ce scénario, il n'y a pas de recouvrement centralisé des cotisations. Chaque organisme paie son opérateur de gestion. Toutefois, pour les retraités, le prélèvement sera ordonnancé par l'INPS et la CRM et pour les fonctionnaires par le BCS. Le Trésor devra verser les sommes correspondantes aux opérateurs désignés. Il paraît logique que la DNFP soit associée au BCS comme organisme responsable de l'organisation de l'assurance des fonctionnaires en activité. Il faudra à cette occasion qu'elle gère la situation des conventionnaires.

Tableau : exécution des fonctions dans le scénario décentralisé

FONCTION	LIEU D'EXECUTION	REMARQUE
Recouvrement des cotisations	Organismes concernés : employeurs, DNFP/BCS INPS, CRM	La DNFP/BCS serait a priori responsable de l'assurance des fonctionnaires
Immatriculation des assurés	SSDAMO	Transmission par organismes concernés
Initialisation des droits des bénéficiaires	Organismes et opérateurs de gestion	Contractualisation avec opérateurs et paiement des opérateurs pour la gestion du risque
Identification des formations de santé qui délivreront les prestations	Opérateurs de gestion	Selon les opérateurs
Conventionnement des formations de santé	Opérateurs de gestion	Contrats
Information des assurés quant aux modalités de recours aux soins dans le cadre de l'AMO	Organismes et opérateurs de gestion	A vérifier par SSDAMO
Attestation des droits des bénéficiaires auprès de ces formations en cas de recours aux soins	Opérateurs de gestion	Relation préalable entre organismes et opérateurs
Vérification des factures des prestataires	Opérateurs de gestion	
Paiement des prestataires	Opérateurs de gestion	
Contentieux avec les assurés et les prestataires	Opérateurs de gestion	Relation avec les organismes concernés et SSDAMO
Régulation d'ensemble du dispositif : établissements de statistiques, évaluation	SSDAMO	Transmission des données par les organismes qui les obtiennent des opérateurs
Relation avec la tutelle	Organismes	Tutelle segmentée par SSDAMO pour MDSSPA

Dans ce scénario, il y a une grande marge de manœuvre pour les employeurs et autres organismes responsables de l'assurance de leurs employés ou ressortissants. Rien n'empêche les employeurs ou les autres organismes de payer plus et de donner accès à plus de prestations, autrement dit de mettre en place une assurance complémentaire et de donner accès au secteur privé. Les mécanismes contractuels sont à la base du scénario. Le rôle de la tutelle est très important pour la définition du dispositif et son suivi.

4- Discussion des scénarii de l'AMO

41- Avantages, défauts, points d'interrogation

Pour entreprendre la discussion des deux scénarii, qu'il faut concevoir comme des modèles de référence, un certain nombre de points indiqués dans le chapitre précédent comme conditionnant la faisabilité de l'AMO (par exemple recouvrement, relation avec l'offre) ou comme conséquence de sa mise en place (par exemple place donnée aux mutuelles et au secteur privé des soins) méritent d'être mis en avant pour chacun d'eux : comme avantage, comme inconvénient ou défaut, comme point d'interrogation. Les points d'interrogation correspondent surtout à une possibilité d'évolution de la situation actuelle, dont on ne peut préjuger qu'elle se réalisera (par exemple : obtenir du secteur privé des tarifs plus bas que ceux actuellement pratiqués) ou à des paris dont on peut douter qu'ils seront gagnés de façon certaine (par exemple : efficacité des contrats). Le tableau suivant résume la situation pour chacun des scénarii. Il appelle quelques précisions. Pour le scénario centralisé :

- ni l'INPS, ni le Trésor ne peuvent être considérés aujourd'hui comme performants dans les fonctions de recouvrement ou de transfert de fonds. Les raisons de cela importent peu. Mais si la CAMO ne dispose pas quand il faut d'une trésorerie correcte, l'AMO sera un échec cuisant
- la CAMO aura forcément une capacité d'action sur l'offre de soins compte tenu des effectifs qu'elle représenterait. Mais le caractère public de l'organisme la mettra en position difficile pour sélectionner les formations publiques de santé.
- En matière de coût de fonctionnement, la possibilité d'effet d'échelle est théorique et n'a aucun caractère automatique

Tableau : appréciation de l'organisation centralisée et unifiée.

Points d'appréciation	AVANTAGE	DEFAUT	?
Recouvrement des cotisations		Plusieurs sources peu fiables	
Fonctionnement effectif pour les bénéficiaires			Exemples de gros organismes peu probants
Relation avec les prestataires de soins	Pression forte	Difficulté d'exclusion des formations publiques de mauvaise qualité	
Equité	Le meilleur système si la déconcentration fonctionne		
Tutelle	Tutelle globale		Problème de la tutelle sur les gros organismes
Place de l'INPS			A préciser : la CAMO pourrait être une branche de l'INPS
Place des mutuelles		A priori exclues de l'AMO	
Place du secteur privé de soins		A priori exclu de l'AMO, car trop cher	Tarifs à négocier
Fonctionnement général et coût du dispositif		Risque de bureaucratie	Effets d'échelle à préciser
Effet sur la couverture maladie		Pénalise la politique de la mutualité	Laisse entière la question de la protection complémentaire

Tableau : appréciation de l'organisation décentralisée et diversifiée.

Points d'appréciation	AVANTAGE	DEFAUT	?
Recouvrement des cotisations	Responsabilité des organismes		Disparité de fonctionnement
Fonctionnement effectif pour les bénéficiaires	Couverture éventuellement plus généreuse		Selon l'implication de chaque organisme Disparité de fonctionnement
Relation avec les prestataires de soins	Possibilité de sélection des prestataires	Relation segmentée avec l'offre	Efficacité des contrats
Equité		Problème des organismes pauvres : petits employeurs, retraités	
Tutelle		Tutelle segmentée	Rôle important de régulation de la tutelle
Place de l'INPS	Organisation de la couverture des retraités		
Place des mutuelles	Opérateurs potentiels de l'AMO		
Place du secteur privé de soins	Ouverte selon les organismes		Place dépendant des tarifs à négocier
Fonctionnement et coût du dispositif			Efficacité des contrats
Effet sur la couverture maladie	Donne une place aux mutuelles Baisse du coût des primes Prévoit la place de la couverture complémentaire		

Pour le scénario décentralisé :

- la relation avec les prestataires présente un gros avantage : ne passer convention qu'avec des formations performantes. Mais chaque organisme représente peu d'effectifs et a une faible capacité d'influence globale sur l'offre : cette relation segmentée est considérée comme un défaut qui pourrait être pallié, comme pour les mutuelles, par un appui du Ministère de la santé. L'efficacité des contrats est un pari.
- la tutelle est segmentée, mais son importance est capitale, car la SSDAMO remplit des fonctions tenues par la CCAMO dans le scénario précédent.
- ce scénario envisage une amélioration d'ensemble de la protection sociale, car il introduit une forme concurrence entre opérateurs et entre formations de soins.

42- Synthèse

On a repris dans le tableau ci-dessous les avantages, défauts et points d'interrogation indiqués précédemment.

Sa lecture fait penser que dans le premier scénario l'AMO risque de manquer d'efficacité, voire d'efficience. Dans le second, c'est l'équité qui est problématique, mais le recours à des opérateurs de gestion compétents est séduisant, s'il s'accompagne d'une bonne régulation. Quatre idées seront retenues en guise de synthèse :

- L'opposition efficacité et équité doit être atténuée : un gros régime est contestable, la pluralité d'organismes correspondant à des groupes inégalement dotés nécessite d'une compensation
- Les retombées scénario décentralisé (place a priori envisageable pour les mutuelles, les compagnies d'assurance commerciales et le secteur privé de soins, couverture complémentaire) sont intéressantes.
- L'intérêt de disposer d'effectifs importants par rapport aux prestataires est évident
- Il faut aussi tenir compte de la tâche dévolue à la tutelle

Tableau : synthèse de la comparaison des scénarii centralisé et décentralisé

Scénario	Avantages	Défauts	Points d'interrogation
Centralisé	<ul style="list-style-type: none"> - Pression forte sur les prestataires de soins - Équité - Tutelle globale 	<ul style="list-style-type: none"> - Recouvrement dépendant de plusieurs sources peu fiables - Difficulté d'exclusion des formations publiques peu performantes - Exclusion du secteur privé comme prestataire de l'AMO - Risque de bureaucratie - Pénalise la politique de la mutualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience de gros organismes peu probante en Afrique de l'ouest (pour les assurés, la tutelle) - Place donnée à l'INPS - Place du secteur privé selon la négociation des tarifs - Effets d'échelle incertains
Décentralisé	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilité des organismes - Possibilité de couverture améliorée - Sélection des prestataires - Place donnée à l'INPS - Place pour les mutuelles - Place pour le secteur privé - Effets positifs sur l'ensemble de la couverture maladie 	<ul style="list-style-type: none"> - Relation segmentée avec les prestataires - Iniquité : petits employeurs, retraités - Tutelle segmentée 	<ul style="list-style-type: none"> - Disparité de recouvrement et de fonctionnement - Efficacité des contrats avec les prestataires - Capacité de la tutelle à jouer un rôle important - Place du secteur privé selon la négociation - Efficience variable

Un scénario alternatif peut alors être dégagé, fondé sur une décentralisation assez forte et une sous-traitance des fonctions liées à la gestion du risque assez poussée.

5- Un troisième scénario

51- Bases d'un scénario alternatif

Trois idées sont à la base du scénario alternatif :

- créer plusieurs régimes (par exemple Secteur privé et ses retraités, secteur public et ses retraités ; ou encore : éclatement des deux ensembles précédents pour les grosses entreprises et les segments particuliers de la fonction publique : fonctionnaires civils et militaires), chacun d'eux rassemblant des caisses autonomes
- chacun de ces régimes fixerait cotisations et prestations dans un cadre prédéterminé légalement, mais chaque caisse serait libre d'aller au-delà du cadre obligatoire et de choisir un opérateur de gestion agréé ou bien de monter sa propre organisation de gestion.
- une structure publique centrale serait ajoutée à l'ensemble pour réaliser une compensation entre les régimes et un appui aux relations avec les formations de santé. Elle assurerait la tutelle et la régulation de l'ensemble. Elle réaliserait l'agrément des opérateurs de gestion (caisses autonomes ou privés).

Ce scénario entraînerait peut-être des disparités de fonctionnement, mais il reviendrait à la tutelle de les corriger par un appui technique aux régimes les moins performants.

Plus précisément, ce scénario propose de :

- Retenir le principe de grands régimes confiés à des institutions faîtières assurant le recouvrement, l'ouverture des droits, la régulation et la relation avec la tutelle

- Donner à chaque institution faîtière un rôle de maître d'ouvrage en matière de gestion du risque en lui imposant de créer, en liaison avec les groupes organisés d'assurés (entreprises, ministères, etc) des entités, caisses autonomes, qui auraient la maîtrise d'œuvre de la gestion du risque dont elle compenserait le financement de la garantie obligatoire.

- Chaque caisse autonome serait elle-même libre de choisir son mode de gestion du risque (opérateur privé ou gestion interne) sous contrôle de l'organisme faîtier et d'aller au-delà de la garantie obligatoire

- La structure de tutelle (de type SSDAMO) superviserait le fonctionnement des organismes faîtiers et agréerait les dispositions minimales des régimes (cotisation et prestations) les opérateurs de gestion du risque auxquels auraient recours les caisses autonomes y compris celles-ci, lorsqu'elle veulent se charger des fonctions correspondantes.

On peut reprendre la liste de fonctions de base à remplir par l'AMO pour illustrer la répartition des tâches dans ce scénario (tableau).

Tableau : exécution des fonctions dans le scénario alternatif

FONCTION	LIEU D'EXECUTION	REMARQUE
Recouvrement des cotisations	Caisses autonomes	
Immatriculation des assurés	Caisses autonomes, organismes faïtiers	Transmission par organismes concernés
Initialisation des droits des bénéficiaires	Caisses autonomes, organismes faïtiers et opérateurs de gestion	Contractualisation avec opérateurs et paiement des opérateurs pour la gestion du risque
Identification des formations de santé qui délivreront les prestations	Opérateurs de gestion	Selon les opérateurs
Conventionnement des formations de santé	Opérateurs de gestion	Contrats
Information des assurés quant aux modalités de recours aux soins dans le cadre de l'AMO	Organismes faïtiers, caisses autonomes et opérateurs de gestion	
Attestation des droits des bénéficiaires auprès de ces formations en cas de recours aux soins	Opérateurs de gestion	Relation préalable entre caisses autonomes et opérateurs
Vérification des factures des prestataires	Opérateurs de gestion	
Paiement des prestataires	Opérateurs de gestion	
Contentieux avec les assurés et les prestataires	Opérateurs de gestion, caisses autonomes, organismes faïtiers	Relation entre les organismes
Régulation d'ensemble du dispositif : établissements de statistiques, évaluation	Caisses autonomes, organismes faïtiers, tutelle	Transmission des données par les caisses qui les obtiennent des opérateurs
Relation avec la tutelle	Organismes faïtiers	Tutelle SSDAMO pour MDSSPA

52- Un exemple

On peut donner un exemple de mise en place du scénario intermédiaire

- Salariés et retraités de l'INPS sont affiliés à un régime unique (régime général des salariés) dont l'organisme faîtier de gestion est un Institut national de l'assurance maladie obligatoire des salariés (INAMOS)
- 3 types de caisses dotées d'une autonomie de gestion sont créées au sein du régime.
 - 1- des caisses autonome d'entreprise pour les entités de plus de X salariés
 - 2- une caisse autonome des retraités à l'INPS
 - 3- une caisse autonome (ou des caisses) de salariés relevant d'employeurs de moins de X salariés
- Chaque caisse gère son risque elle-même ou avec un opérateur privé agréé (mutuelle, assurance) et définit éventuellement un régime complémentaire
- L'INAMOS agréé les modalités de recouvrement des cotisations, opère la compensation, fait la relation avec la tutelle
- Les fonctionnaires et les retraités de la CRM sont affiliés à un régime de la fonction publique géré par un Institut national de l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires (INAMOF)
- Des caisses dotées d'une autonomie de gestion sont créées au sein du régime:
 - Par ministère
 - Pour la CRM
 - Pour les Forces armées
- Chaque caisse gère son risque elle-même ou avec un opérateur privé agréé (mutuelle, assurance) et définit éventuellement un régime complémentaire
- L'INAMOF agréé les modalités de recouvrement des cotisations, opère la compensation, fait la relation avec la tutelle

53- *Appréciation du scénario alternatif*

L'appréciation du scénario alternatif est résumée dans le tableau suivant, qui reprend le modèle déjà utilisé pour les deux premiers scénarii.

Le tableau permet de relever les principaux avantages attendus du scénario intermédiaire :

- Equité entre les groupes au sein d'un même régime, l'Etat pouvant ensuite établir une compensation entre régimes
- La gestion du risque a des chances de revenir à un petit nombre d'opérateurs compétents en charge d'un nombre important d'assurés, d'où une forte capacité de négociation avec les prestataires d'autant plus forte que les régimes sont derrière eux. Il devrait s'ensuivre aussi une baisse des coûts.
- La tutelle est allégée par rapport au scénario décentralisé
- Une grande marge de manœuvre est laissée au niveau des caisses en matière de définition de la garantie au-delà du panier de biens et services obligatoires.
- Le circuit de financement peut être organisé le plus simplement possible par les organismes faïtiens (INPS et Institut national des fonctionnaires).

Tableau : appréciation du scénario alternatif

Points d'appréciation	AVANTAGE	DEFAUT	?
Recouvrement des cotisations	Facile pour les caisses autonomes d'entreprise		Capacité des caisses de fonctionnaires et des caisses autonomes dépendant de l'INPS et du Trésor
Fonctionnement effectif pour les bénéficiaires	Efficacité selon les caisses autonomes		Disparités
Relation avec les prestataires de soins	Pression grâce aux organismes faïtières		
Equité	Rétablie par la compensation		Compensation entre les grands régimes du ressort de la tutelle
Tutelle	Tutelle globalisée		
Place de l'INPS	Rôle pour les retraités, les petites entreprises		INAMOS =INPS
Place des mutuelles	Opérateurs potentiels		
Place du secteur privé de soins	Selon les caisses autonomes		Tarifs à négocier
Fonctionnement général et coût du dispositif			Disparité selon qualité du management des caisses autonomes
Effet sur la couverture maladie	Donne une place aux mutuelles Prévoit la place de la couverture complémentaire		Baisse du coût des primes

6- Points laissés en suspens

Les trois scénarii prétendent seulement décrire l'architecture générale de l'organisation de l'AMO et laissent de côté un certain nombre de points qu'il conviendra de traiter.

L'organisation de la couverture des salariés est conçue en fonction d'une conception stable de ce statut professionnel. La question des salariés intermittents, celle des personnes licenciées qui sont déjà posées à l'INPS devront aussi être abordées pour l'AMO.

Du côté de la fonction publique, la question des conventionnaires devra aussi donner lieu à un choix clair d'affiliation. La différence entre civils de statut général ou particulier, militaires et forces de sécurité devra aussi être prise en compte.

La différenciation des scénarii en termes de frais de fonctionnement et de besoins d'investissement initial n'a pas été faite. En réalité, elle suppose une estimation d'effectifs de personnel à différents niveaux de qualification, de moyens techniques à mettre en œuvre (informatique) et d'infrastructure immobilière. Il ne semble pas possible de donner des estimations sérieuses à cet égard, compte tenu du temps imparti à l'étude. Une fois le choix d'un scénario effectué, ces estimations devront néanmoins être produites.

CHAPITRE 4 : SCÉNARII D'ORGANISATION DU FAM

1- Les similitudes et différences entre FAM et AMO

On ne reprendra pas à propos du FAM les développements déjà faits précédemment et, à ce titre, il est utile pointer les principales différences entre l'AMO et le FAM.

Les deux traits distinctifs principaux de l'AMO et du FAM concernent le rapport entre l'occurrence des risques et l'ouverture des droits des personnes et la responsabilité de la personne.

En matière de FAM, dès lors qu'on ne définit pas a priori les indigents, l'ouverture des droits suit l'occurrence du sinistre. C'est l'inverse pour l'AMO qui affine les personnes en fonction de leur statut professionnel.

La personne assurée par l'AMO peut estimer qu'étant couverte, elle n'a pas de raison de freiner sa consommation de soins (hasard moral). Ce faisant elle œuvre au déséquilibre financier du système, ce qui provoquera éventuellement l'augmentation de la cotisation. En ce sens la personne portera la responsabilité de son comportement. Pour le FAM, le hasard moral devrait aussi jouer, mais il n'y aura aucune incidence pour les personnes indigentes. Les personnes éligibles au FAM ne seront pas renvoyées à une quelconque responsabilité. Ce sera au FAM d'assumer cette responsabilité.

Deux points communs unissent l'AMO et le FAM : le panier de soins est a priori identique. La relation entre le FAM et les formations de santé sont du même ordre.

2- Généralités sur le FAM

Le FAM est une institution nationale qui est censée donner des réponses pratiques à des problèmes de terrain. D'une part il s'agit de lever la barrière financière d'accès aux soins des personnes qui n'ont pas beaucoup de ressources et qui peuvent être dans l'incapacité de payer une consultation, des médicaments ou des soins d'hospitalisation. D'autre part il faut soulager les formations de santé qui sont privées de ressources légitimes.

En tant qu'institution nationale, le FAM doit avoir un statut qui peut être public (EPA) ou privé à but non lucratif, mais il doit être de toute façon placé sous la tutelle de l'Etat, a priori exercée par le MDSSPA. Le choix du statut et

n'est pas indifférent, ni les questions de tutelle négligeables. Mais, dans un premier temps, on supposera que le FAM est doté d'un statut qui lui confère une autonomie suffisante et l'on s'intéressera à l'organisation du FAM en tant que payeur de soins, en donnant évidemment beaucoup d'attention au problème de la régulation du dispositif. Par régulation il faut comprendre l'ensemble des mécanismes qui assurent le financement pérenne du Fonds, le fonctionnement des flux financiers qui doivent aboutir régulièrement aux formations de santé et le bon déroulement des procédures d'éligibilité des personnes.

3- L'organisation du FAM : principes de base indépendamment du scénario

Quel que soit le scénario, le FAM comprendra, du point de vue de sa gouvernance, un organisme central de décision qu'on peut assimiler à un Conseil d'administration rassemblant les principaux acteurs institutionnels de l'action sociale et sanitaire (publics et communautaires), des représentants de la société civile (ONG, associations caritatives) et les collectivités territoriales. Du point de vue technique, le FAM sera constitué d'une unité centrale basée à Bamako et des entités de terrain dont l'architecture pourra varier selon le scénario.

L'unité technique centrale placée sous l'autorité d'un directeur général nommé selon une procédure impliquant le CA et la tutelle. Elle aura plusieurs fonctions à remplir :

- production d'un guide de procédure définissant les modalités d'éligibilité des personnes au Fonds. Ce guide utilisera les enseignements des démarches d'enquêtes sociales pour proposer un ensemble simple de procédures à appliquer au niveau du terrain. Le terrain sera néanmoins habilité à adapter ces procédures au contexte.
- supervision de l'organisation de terrain en recueillant les informations susceptibles de déboucher sur un suivi et une évaluation du FAM
- appui au terrain pour faire fonctionner le FAM localement en fonction des besoins
- collecte des fonds issus du niveau central (Etat, bailleurs, dons)
- répartition au terrain des montants collectés au niveau central, selon des critères à définir et qui évolueront avec le FAM. Au départ, les effectifs de population, pondérés par des indicateurs de pauvreté seront à la base de la répartition. Le montant des dotations locales devra être pris en compte, mais il faudra éviter que la dotation centrale soit

automatiquement en raison inverse de la dotation locale, qui résultera d'un effort du terrain. Petit à petit, des critères plus objectifs seront mis au point. Cette fonction implique que l'unité centrale aura à négocier chaque année la dotation de chaque terrain avec les bailleurs locaux.

- évaluation annuelle de l'activité du FAM soit directement, soit en pilotant une évaluation extérieure indépendante
- règlement des litiges qui n'auront pas été réglés au niveau local.
- relation avec la tutelle (DNDS ou DNPS du MDSSPA).

Les biens et services couverts par le FAM sont a priori identiques à ceux de l'AMO, puisque la garantie de l'AMO a été limitée au services produits par le secteur public ou communautaire. Toutefois, si les choix ultérieurs conduisaient à réduire ce panier, il reviendrait à l'unité technique centrale du FAM de définir ce panier.

4- Le financement du FAM.

La mise en place du FAM n'a de sens que s'il reçoit de la collectivité nationale une dotation substantielle, prévue tous les ans au budget de l'Etat. La remise de la dette liée à l'initiative PPTE, qui peut fournir par an pendant une vingtaine d'années environ 20 milliards de FCFA au secteur socio-sanitaire est la source publique centrale naturelle du FAM. Cette dotation doit couvrir les frais de fonctionnement généraux du FAM et une partie des prestations. Elle représente la contribution de la solidarité nationale à la prise en charge des indigents. Au niveau central, d'autres sommes peuvent s'ajouter à la dotation de l'Etat : des dons d'origine diverses, interne ou étrangère. Ils devront être envisagés comme une ressource non durable et ne servir qu'à financer des actions ponctuelles (communication par exemple).

Au niveau des collectivités territoriales, la région, le cercle et les communes devraient approvisionner localement le FAM selon des modalités à préciser. Ces montants financeraient l'administration locale du FAM et une partie des prestations. Les communes souffrent aujourd'hui d'une certaine difficulté à concevoir cette dotation, dans la mesure où beaucoup n'ont que de faibles ressources propres et n'ont pas reçu les transferts prévus par la décentralisation, alors que le transfert des compétences a été réalisé. La participation des CT a une double importance. Elle est utile à l'équilibre financier du FAM, elle légitime le rôle donné à leurs représentants en matière de gestion ou de participation à la gestion du FAM. La contribution des CT exprime la solidarité locale des populations à la prise en charge des indigents.

Enfin, les formations de santé peuvent restituer une part de leurs bénéfices sur la vente de médicaments au FAM aux niveaux correspondant à leur fonction (ASACO, centre de cercle, hôpitaux régionaux et nationaux). Le mécanisme de solidarité associée à cette source est différente des précédentes : les malades contribuent pour les indigents. Il convient d'en tenir compte pour fixer sa contribution qui devrait être beaucoup plus faible que les deux précédentes. Cette contribution est néanmoins intéressante, d'une part pour légitimer la participation des formations (ASACOs et CSRef) à la gestion locale et pour éviter que les formations se posent uniquement en fournisseurs du FAM. Par ailleurs la volonté contributive des formations est l'indice d'un intérêt à la prise en charge des indigents.

En fonction de ces éléments, on peut proposer le partage suivant du financement : Etat 80%, CT 15% et formations de santé 5%.

5- Organisation des flux financiers aboutissant aux formations de santé.

On peut envisager :

- un paiement prospectif des formations de santé suivi d'un ajustement en fin d'année selon la consommation des fonds
- un paiement rétrospectif des formations de santé.

La première formule est a priori à rejeter car elle favoriserait des procédures plus laxistes de reconnaissance de l'éligibilité des personnes. La seconde suppose une certaine efficacité du dispositif. L'exemple des certificats d'indigence rappelle que le paiement rétrospectif des formations est un des points qui inspire la création du FAM.

Le payeur effectif peut être déterminé de plusieurs façons, par :

- une délégation de financement aux CT qui tiennent alors un rôle de payeur des formations
- une organisation de délégations locales du FAM qui sont les payeurs
- un recours à des opérateurs locaux de gestion qui peuvent être des ONG ou des mutuelles et qui passent des contrats avec les acteurs.

6- Définition des personnes éligibles et intervention du FAM.

Les personnes éligibles au FAM ne seraient pas des indigents « déterminés a priori », identifiés à partir d'indicateurs de pauvreté ou même d'enquêtes sociales menées indépendamment de la situation de recours aux soins. Les personnes éligibles seront reconnues localement :

- sur leur demande avant un recours aux soins déterminé
- sur demande des formations de santé face à une impossibilité de paiement.

L'instance qui définit les personnes éligibles peut être :

- une agence locale du FAM
- une formation de santé (CSref, hôpital)
- une CT, par le truchement d'une commission
- un comité local associant divers acteurs.

Dans tous les cas, la mobilisation des services sociaux déconcentrés, basés ou non dans les formations de santé, des services sociaux des CT lorsqu'ils existent est indispensable. Mais ces services seront partie prenante de l'instruction des dossiers et ne seront pas décideurs. C'est une instance du type de celles qui sont citées au-dessus qui sera responsable de la reconnaissance de l'éligibilité.

L'intervention du FAM pourrait être substitutive ou palliative. Dans le second cas, elle entraînerait une reconnaissance de dette. Cette question est délicate à plusieurs titres.

Sur le plan des principes, l'idée qu'une partie des personnes dans l'incapacité de payer puisse payer plus tard correspond bien à la conception circonstanciée de l'indigence qui est soutenue ici. Mais, on sent immédiatement que la tentation sera forte pour un certain nombre de personnes de s'engager à payer plus tard et, souvent, de ne pas le faire.

Sur le plan de l'organisation, la possibilité de payer plus tard entraîne une gestion individuelle des dettes (système d'information, de recouvrement, de sanction) très lourd. Si l'on estime que le recouvrement risque d'être peu performant, il ne faut pas que le FAM s'engage dans cette voie. En revanche, si

la probabilité effective de payer est assez élevée, cela peut être intéressant. Pour améliorer cette probabilité, diverses démarches sont nécessaires : rendre l'instruction du dossier plus rigoureuse, proposer des échéanciers réalistes, imposer une sanction minimum : qu'une personne qui a demandé un paiement différé et n'a pas respecté ses engagements soit exclue de l'éligibilité du FAM ultérieurement.

Cela implique qu'un système d'information performant soit mis en place dans le cadre du FAM et relie ses différents lieux d'intervention et aussi que l'éligibilité au FAM se fasse dans le cadre des règles d'accès aux soins associées à la pyramide sanitaire : accès au niveau primaire de son lieu de résidence et respect de la référence. Le respect de ces règles peut poser problème : la migration des indigents et l'admission aux soins en urgence peuvent mettre en défaut le fonctionnement en routine du FAM. A nouveau, l'existence d'un système d'information limite cette difficulté. De même la standardisation des règles découlant de l'activité de l'unité centrale du FAM (ci-dessus) permet d'éviter des débordements.

Sur le plan des effets secondaires de la possibilité d'un paiement différé, on peut remarquer que cette disposition risque de réduire l'incitation des personnes à adhérer à une mutuelle. On peut penser que les personnes dont les ressources sont irrégulières et qui sont relativement pauvres vont préférer être éligibles au FAM avec remboursement quand ils sont malades, plutôt que de cotiser à une mutuelle sans être sûrs de bénéficier de la garantie.

Le choix du type d'intervention du FAM : prise en charge à fonds perdus ou paiement éventuellement remboursable est délicat. Dans les deux cas, le rôle de l'instance de décision est fondamental pour trouver une voie entre laxisme et rigueur. Le processus de décision ne doit pas être conçu pour que cette instance tire profit de la reconnaissance de l'éligibilité. L'exemple des maires qui ont délivré des certificats d'indigence de complaisance, la tentation des formations de santé d'exploiter le marché des indigents si le FAM les rend solvables sont des dérives possible du système. Aussi l'idée d'une prise de décision collégiale devrait-elle être prise en considération, pour assurer un équilibre des pouvoirs entre acteurs éventuellement intéressés par le FAM.

7- Rôles pratiques respectifs des formations de santé, des collectivités territoriales (CT) et du FAM

Les développements précédents permettent déjà d'avoir une idée des rôles que pourraient tenir le FAM, les CT et les formations de santé dans le fonctionnement du Fonds. Le tableau suivant les présente. On notera qu'on n'a

pas écarté la possibilité d'un dispositif de remboursement et qu'on a envisagé que le service gestionnaire soit basé soit au sein de la CT, soit au sein du FAM.

Tableau : rôles pratiques des acteurs du FAM

Fonctions	Formations de santé	Collectivités territoriales	FAM
Sources de financement	Bénéfices tirés des ventes du médicament	Subvention sur budget propre	Subvention sur budget national
Définition des personnes éligibles	Participation à un Comité local	Participation à Comité local Instance propre	Participation à Comité local Instance propre
Recouvrement des dettes		Service ad hoc	Service ad hoc
Paiement des prestataires		Paiement direct	Paiement direct ou par délégation
Suivi, évaluation			Délégations et centre

8- Trois scénarii d'organisation

Trois scénarii d'organisation peuvent alors être proposés de suite en utilisant différemment les potentialités de chacun. Ces scénarii distinguent au départ l'organisation de terrain, dont découle l'organisation générale. Ce sont :

- un scénario de FAM autonome et déconcentré
- un scénario de délégation aux CT
- un scénario de partenariat avec les CT et les formations de santé

81- Scénario du FAM autonome et déconcentré

Le FAM crée des agences locales au niveau des régions et des cercles (ALFAM). Chaque ALFAM reçoit une subvention du centre, collecte les subventions des CT et des formations.

Elle organise un Comité local réunissant ces partenaires de façon à procéder à l'éligibilité des personnes au FAM. Ce comité est consultatif, c'est l'ALFAM qui décide. Elle paie les formations et gère le système de crédit.

Le cas échéant, l'ALFAM passe contrat avec un opérateur pour la gestion.

Le FAM central collecte les données des ALFAM et assure le suivi et l'évaluation du dispositif.

82- Scénario de délégation aux CT

La mission du FAM est déléguée localement aux CT. Chaque CT reçoit de l'argent du FAM, ajoute sa contribution, éventuellement celle des formations de santé.

La CT est responsable de la définition des personnes éligibles, en utilisant le service social. Un élu préside un comité ad hoc et décide in fine de l'éligibilité.

La CT gère les fonds, paie les formations, organise éventuellement un système de crédit. Une CT peut aussi passer contrat avec un opérateur pour la gestion.

Chaque CT rend compte au FAM de l'exécution des activités.

83- Scénario de partenariat avec les CT et les formations de santé

Au niveau de chaque cercle et de chaque région est mis en place un Comité local de pilotage du FAM (CLPFAM) qui regroupe des représentants des CT, des formations de santé et un délégué du FAM central. Le CLPFAM reçoit un statut d'association pour avoir la personnalité morale. Le délégué du FAM est nommé par le FAM central au niveau régional et dans quelques cercles. Il peut siéger dans plusieurs cercles.

Ce CLPFAM désigne un organe exécutif ou contracte avec un opérateur pour la gestion. Il définit les personnes éligibles, en s'appuyant sur le service social, paie les formations, organise éventuellement un système de crédit. Chaque CLPFAM rend compte au FAM qui assure le suivi et l'évaluation.

9- Discussion des scénarii du FAM

La discussion des scénarii devrait porter sur différents aspects dont leur efficacité dans l'éligibilité des personnes, leur capacité de mobilisation des fonds, la place qui est donnée aux différents acteurs, la coordination entre le centre et le terrain.

S'agissant de l'éligibilité, chaque scénario est défendable, car le fonctionnement de terrain est le facteur essentiel d'efficacité. Il n'y a pas de raison de douter des CT, dès lors qu'elles auront la capacité d'organiser la procédure, ce qui suppose du personnel et des moyens techniques. Actuellement, cette capacité fait défaut à la plupart des communes rurales et à de nombreuses communes urbaines. Mais la décentralisation devrait s'accélérer et cette question devrait être résolue de mieux en mieux. Le scénario de FAM autonome donne à une agence locale la mission de reconnaître l'éligibilité des personnes au FAM. Il n'y a pas de raison de douter de la possibilité d'efficacité des ALFAM, mais le problème est d'ordre organisationnel. On peut toutefois s'interroger sur les tendances de chacun de ces deux systèmes à accepter trop ou trop peu de personnes pour les prestations du FAM. En fait une ALFAM peut avoir une incitation à une trop grande rigueur, car elle est comptable des ressources du FAM. Inversement les CT peuvent être tentées par un comportement laxiste. Le troisième scénario offre de ce point de vue la perspective la plus neutre du fait de la collégialité présidant à l'éligibilité. On peut aussi s'interroger sur le risque de transformer, par les CT ou les ALFAM, la prise en charge des indigents en une procédure administrative, qui découragerait les personnes et les formations.

En matière de mobilisation des fonds, on peut faire l'hypothèse que la participation financière des acteurs est liée à leur participation générale à la gestion du FAM. Les acteurs écartés de la décision seront peu incités à contribuer. Ainsi la place variable donnée aux acteurs risque d'avoir un effet organisationnel et un effet financier. Les relations locales risquent aussi d'être influencées par l'organisation du FAM. Le scénario de délégation aux CT risque d'exacerber les tensions entre les CT, les centres publics et les ASACO. Il existe aujourd'hui une contestation croissante de la représentativité des ASACOs par les élus, qui seraient tentés de « municipaliser » les CSCoM. Les relations entre les CT et les formations publiques ne sont pas non plus toujours très claires depuis que les CT ont une compétence en santé.

La relation entre le centre et le terrain est a priori plus facile dans le premier scénario, où est appliquée la déconcentration. Il reste que cette organisation peut aussi dysfonctionner, comme on peut le constater dans d'autres secteurs.

Le tableau ci-dessous présente les avantages, défauts et points d'interrogation relatifs aux 3 scénarii.

Tableau : appréciation des scénarii d'organisation du FAM

	AVANTAGES	DEFAUTS	?
FAM autonome et déconcentré	Gestion plus facile des fonds centraux Autonomie du FAM sur le terrain	Administration supplémentaire Marginalisation des CT Coût d'organisation Risque de bureaucratie	Mobilisation de la contribution des CT et des formations de santé Risque de rigueur au niveau de l'éligibilité Efficacité de la déconcentration
Délégations du FAM aux CT	Mobilisation des CT	Instrumentalisation du dispositif par les CT Risque de bureaucratie Disparité selon la CT	Capacité de gestion et d'organisation des CT Relation avec les formations de santé Risque de laxisme au niveau de l'éligibilité
Partenariat entre FAM, CT et formations de santé	Associe tous les acteurs Equilibre en termes d'éligibilité	Disparité selon la zone Adjonction d'une instance locale supplémentaire	Marginalisation des CT

Conclusion

La discussion des scénarii suggère qu'il n'y a pas de mode d'organisation a priori supérieur, notamment parce qu'il est difficile de spéculer sur l'évolution de la décentralisation, sur l'efficacité de la décentralisation ou sur les possibilités partenariales.

On peut penser qu'un scénario peut s'imposer à un endroit, mais être un échec ailleurs. Les facteurs déterminants de l'avantage de tel ou tel scénario : sont la capacité des CT, leur motivation, le dynamisme des formations, l'existence d'opérateur local mobilisable (mutuelle).

CONCLUSION : RECOMMANDATIONS

La mise en place de l'AMO et du FAM suppose de s'engager dans des processus relativement longs, où vont intervenir des éléments techniques et de nombreux facteurs sociologiques, économiques et politiques. Le gouvernement malien sera amené à piloter ce processus et, à ce titre, la recommandation essentielle est de ne négliger aucun de ces éléments ou de ces facteurs. Pour cela, *une double préoccupation* devra toujours être à l'esprit des décideurs :

1° se donner les moyens d'une appréciation technique optimale des problèmes à traiter et des solutions envisageables pour les résoudre

2° établir un cadre de concertation continu avec les principaux acteurs des futurs dispositifs et avec les représentants de la société civile.

En matière technique, la capacité de pilotage du processus dépendra de la disponibilité de personnes à même de traiter les aspects économiques, juridiques et démographiques de l'AMO et du FAM. Pour cela, il est recommandé de *mettre en place le plus vite possible une mission d'appui* à l'AMO et au FAM qui aura pour fonctions principales :

- de préparer une loi cadre fixant les orientations des deux dispositifs, mais laissant une marge de manœuvre suffisante pour leur explicitation ultérieure
- de réaliser ou de faire réaliser toute une série d'études complémentaires destinées à éclairer les points restés incertains ou difficiles à élucider sans choix préalable quant à l'architecture institutionnelle et au fonctionnement des dispositifs
- de piloter des expertises techniques et des expérimentations en complément de ces études
- de faire l'estimation des budgets de fonctionnement et d'investissement correspondants aux options retenues, en prévoyant la montée en charge des dispositifs
- de préparer les textes d'application de la loi cadre qui découleront du travail technique
- d'alimenter les débats publics et la concertation en éléments techniques.

En matière de concertation avec les acteurs, *la tenue régulière de débats publics* s'impose, pour que l'évolution des projets soit portée à la connaissance de tous. Il revient au Conseil d'orientation de la protection sociale de *fixer un calendrier de la concertation* et de le faire appliquer.

Il revient aussi à ce Conseil *d'opter assez vite en faveur d'un scénario d'organisation du FAM et de l'AMO.*

Sur ce point, l'étude avancera deux suggestions, correspondant à l'appréciation faite de la situation malienne :

1° privilégier pour l'AMO un scénario proche du scénario intermédiaire, de façon à cumuler les avantages de grands systèmes publics et d'une gestion décentralisée

2° pour le FAM, s'accorder un temps d'expérimentation en mettant en place systématiquement l'une des trois formules proposées sur les différentes régions et cercles du Mali, en fonction des affinités que les acteurs locaux exprimeront et des conditions objectives propices au succès de chaque formule. Cette période d'expérimentation à grande échelle donnera lieu à une évaluation en vue de la pérennisation des formules les plus performantes. Il reviendra à la mission technique de piloter, d'évaluer ou de faire évaluer cette expérimentation.