

**Contribution actuelle et potentielle des
Mutuelles de santé au financement,
à la fourniture et à l'accès aux soins de santé :
Cas du Mali**

Introduction

Les mutuelles de santé sont des organisations créées sur la base de liens communautaires ou professionnels. Elles se sont développées en Afrique de l'Ouest et du Centre au cours de ces dernières années dans un contexte marqué par des réformes importantes du secteur de la santé. L'émergence des mutuelles a suscité l'intérêt des gouvernements, des ONG et des organisations internationales, en particulier de celles intéressées par des réponses novatrices aux difficiles questions du financement de la santé et de l'accès aux soins dans la sous-région.

C'est cet intérêt qui a poussé plusieurs organisations internationales à travailler en partenariat pour étudier la contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Ce partenariat a regroupé le programme Partnerships for Health Reform (PHR) – financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), le Bureau international du Travail (BIT), à travers ses programmes « Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base » (ACOPAM) et « Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté » (STEP), l'ONG Solidarité mondiale (WSM) et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique (ANMC).

L'étude a porté sur neuf pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Elle a été composée de :

- un inventaire des mutuelles dans six pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Sénégal et Togo ;
- 22 études de cas réalisées également dans six pays: Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Nigéria et Sénégal ;
- une synthèse publiée sous le titre « Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ».

L'étude a été réalisée sur la base d'un guide méthodologique qui a permis d'en assurer la cohérence.

Le présent rapport a trait aux études de cas réalisées au Mali. Il examine systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles étudiées sur le plan de la mobilisation des ressources, de l'efficacité, de l'équité, de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé, de la pérennisation et de la gouvernance démocratique du secteur de la santé.

Ce rapport a été réalisé par Dominique Evrard de l'ANMC, en avril 1998.

Table des matières

I.	Contexte et objectifs de l'étude	9
1.	Présentation sommaire du pays	9
2.	Description du système de santé au Mali	10
3.	Le développement de mutualité de santé au Mali	11
4.	Choix des mutuelles pour les études de cas.....	12
II.	Centre de santé de la Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (MUTEC)	15
1.	Présentation	15
2.	Description du système de prise en charge	15
a.	Prestations	16
b.	Bénéficiaires des prestations	16
c.	Tarifification des prestations	17
d.	Structure organisationnelle	18
3.	Analyse des résultats.....	19
a.	Potentiel de mobilisation des ressources.....	20
b.	Efficacité	21
c.	Equité	26
d.	Accès à des soins de qualité.....	26
e.	Viabilité de l'organisation.....	27
f.	Contribution à la gestion démocratique de la santé	32
III.	Centre de santé de référence du Cercle de Kolokani	33
1.	Présentation	33
2.	Description du système de prise en charge	34
3.	Analyse des résultats.....	35
a.	Potentiel de mobilisation des ressources.....	36
b.	Efficacité	36
c.	Equité	37
d.	Accès à des soins de qualité.....	38
e.	Viabilité de l'organisation.....	38
f.	Contribution à la gestion démocratique de la santé	39

Résumé

Le Mali s'est engagé depuis 1991 sur la voie de la démocratisation et de la décentralisation. Ce contexte est favorable au développement de l'initiative privée, et notamment à l'éclosion de la société civile et des entreprises d'économie sociale.

Dans le domaine de la santé, les années '90 ont été marquées par les difficultés budgétaires et la décision de l'Etat Malien de libéraliser la filière des soins de santé. Des mesures ont été prises pour autoriser l'exercice privé de la médecine, mettre fin au principe de gratuité des soins, et supprimer le monopole de l'Etat sur les importations de médicaments. Suite à l'initiative de Bamako, la population a été davantage responsabilisée dans le financement et la gestion des soins de santé primaires, notamment par le biais du recouvrement des coûts des soins et la vente des médicaments essentiels.

Au Mali, cette politique s'est traduite par la création de centres de santé communautaires, autogérés par la communauté par le biais des ASACO (Associations de santé communautaires). Parallèlement à cette campagne de diversification de l'offre de soins, la réflexion sur le financement mutualiste des soins de santé a été amorcée. Des expériences concrètes ont été tentées, notamment la création de la MUTEK. Un cadre favorable au développement des mutualités a été mis en place. Le Mali s'est doté en 1996 d'une loi sur la mutualité, et une agence d'appui au développement de la mutualité malienne est en création.

L'inventaire des mutuelles de santé a montré qu'il existe une quinzaine de mutuelles opérationnelles au Mali. Elles regroupent principalement des agents du secteur public, et ne couvrent pas au départ le risque de maladie. Il s'agit plutôt de caisses d'entraide entre les travailleurs. Elles pourraient cependant dans l'avenir évoluer vers des mutuelles de santé.

Que pouvons-nous retenir des deux études de cas présentées ? Si le rôle actuel des mutuelles dans le financement, la fourniture et l'accessibilité des soins de santé est assez modeste, leur potentiel est important au Mali, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, dans la couverture des gros risques et des petits risques. On peut considérer que sont réunies un ensemble de conditions favorables à leur développement.

La MUTEK a atteint son objectif d'offrir à ses membres des soins de santé de qualité à moindre coût, et elle y a ajouté les soins préventifs et promotionnels. Les services de santé fonctionnent bien, et leur viabilité financière est assurée. Par contre elle éprouve des difficultés à développer la solidarité et le partage de risques entre les membres par la formule de l'abonnement. Le recouvrement régulier des cotisations est difficile à maintenir à long terme dans un système volontaire, à moins de pouvoir mettre en place un prélèvement automatique sur salaires.

La mutualité en général ne devrait s'orienter dans la création de services de santé que par défaut, c'est-à-dire lorsqu'il lui est impossible de passer des conventions avec des prestataires de soins pour une des raisons suivantes : soins non disponibles à proximité des membres, qualité des soins et de l'accueil insuffisante, tarifs trop onéreux. En se lançant dans l'offre de services de santé, elle joue un rôle innovateur, un rôle de pionnier dans la définition des standards de qualité, et un rôle régulateur des prix du marché (maintien au niveau le plus bas

possible de par son caractère non lucratif). Dans ce cas, elle contribue à la gestion démocratique du secteur de la santé.

Un changement de contexte doit entraîner une adaptation des services de la mutualité, qui doit toujours rester à l'écoute des besoins et attentes de ses membres. Dans le cas de la MUTEK, on voit que la diversification récente de l'offre de soins de proximité à Bamako amène le Centre de santé à un repositionnement vers une plus grande spécialisation en tant que prestataire, et vers un rôle accru dans l'assurance maladie et dans l'organisation des relations entre ses membres et d'autres centres de santé conventionnés par la MUTEK.

Cette étude de cas montre aussi l'importance de disposer d'un système d'information de gestion rapide et efficace, comme outil indispensable d'aide à la décision. Sont particulièrement cruciales dans la gestion de la mutualité les informations sur les fichiers des membres qu'il faut tenir à jour, les informations sur les cotisations, et le suivi des dépenses par membre.

La deuxième étude concerne un système de prise en charge collective des références et évacuations vers l'hôpital du district sanitaire (Kolokani) par le biais des ASACO (Associations de santé communautaires). Ce système permet de rendre solvable une demande de soins spécialisés grâce au partage du risque financier lié à l'hospitalisation sur l'ensemble de la population des aires de santé couvertes par des centres de santé communautaires.

Moyennant quelques adaptations de ce système (tarification plus claire, meilleure équité du système de cotisations, création d'une structure mutualiste représentative des ASACO, relation contractuelle entre l'hôpital et cette structure mutualiste), ce cas démontre que les ASACO (Associations de santé communautaires) qui existent un peu partout au Mali et sont responsables de l'organisation des soins de santé de base sont un terreau fertile à la création de mutuelles régionales de couverture des gros risques.

On peut les considérer comme des structures prémutualistes qui peuvent se fédérer au niveau d'un district sanitaire pour gérer ensemble la relation entre leurs membres et l'hôpital de district. Impliquées dans la fourniture des soins de santé de base et dans les procédures de référence, les ASACO peuvent jouir de la confiance de la population, sont capables de mobiliser des fonds auprès de leurs usagers, et d'exercer un contrôle social rapproché pour éviter fraudes et abus. De plus, l'inscription collective de tous les usagers d'un CSCOM dans une assurance hospitalisation gérée au niveau du district permettrait d'éviter la sélection adverse des risques et de répartir les risques lourds sur un grand groupe d'individus. Ces arguments font des ASACO un partenaire privilégié dans une stratégie de mise en place de mutualités en milieu rural.

I. Contexte et objectifs de l'étude

1. Présentation sommaire du pays

Le Mali est un vaste pays enclavé dans la zone sahélienne : 1.240.000 km². Il compte 10 Millions d'habitants, soit une faible densité de population de 8 habitants par km². L'économie est essentiellement de type agro-pastoral. Trois zones climatiques caractérisent le pays. Au sud, la zone guinéenne, la plus peuplée et la plus fertile. Au nord, la zone saharienne couvre 40 % du territoire. Entre les deux, la zone sahélienne et soudano-guinéenne se prête bien à l'activité pastorale. La production bovine est également importante, et est en partie exportée vers les pays de la zone côtière. En agriculture, la production céréalière est complétée par une culture de rente prépondérante : le coton.

Le rapport 1997 du PNUD sur le développement humain classe le Mali dans les cinq pays les plus pauvres du monde (171° sur 175) sur base de l'indicateur de développement humain (tenant compte de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisation et du revenu par habitant). Le tableau ci-dessous précise quelques indicateurs sur la population malienne :

Taux brut de scolarisation	20 %
Taux d'alphabétisation des adultes	29 %
Taux d'alphabétisation des femmes	20 %
Revenu moyen annuel par habitant (147.000 F CFA)	250 \$
Espérance de vie	58 ans
Croissance démographique	3,1 %
Indice de développement humain (IDH)	0,229
Classement mondial des pays selon l'IDH	171°

A cela s'ajoute la brutalité des programmes d'ajustement structurel, notamment les conséquences néfastes sur le pouvoir d'achat de la dévaluation du F CFA en janvier 1994. Malgré ces indicateurs alarmants, l'espoir est permis. Le Mali semble être entré dans un processus de croissance économique (croissance du PNB de 6 % en 1996).

Au niveau politique, le pays s'est engagé depuis 1991 sur la voie de la démocratisation et de la décentralisation. Ce contexte est favorable au développement de l'initiative privée, et notamment à l'éclosion de la société civile et des entreprises d'économie sociale.

2. Description du système de santé au Mali

Les principaux indicateurs de santé disponibles sont les suivants :

Taux de mortalité infantile (< 1 an)	156 / 1000
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	210 / 1000
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	1200
Taux des naissances suivies par du personnel de santé	24 %
Insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans	31 %
Espérance de vie (<i>source : Ministère du Plan</i>)	58 ans
Population ayant accès à des soins de santé dans un rayon de 15 km	40 %
Population ayant accès à l'eau potable	45 %
Population ayant accès à l'assainissement	31 %
Nombre d'habitants par médecin	20.000
Nombre d'habitants par infirmier	5.882
Dépenses publiques de santé (1990)	2,8 % du P.I.B.
Dépenses totales de santé	5,2 % du P.I.B.

Le système de santé est organisé de façon classique suivant une structure pyramidale calquée sur l'organisation administrative. Au sommet de cette pyramide, on trouve trois hôpitaux nationaux situés à Bamako: l'Hôpital du Point-G, l'hôpital Gabriel Touré et l'hôpital de Kati. Le pays est divisé en 9 régions. Ces régions sont divisées en cercles qui correspondent à la notion de zone de santé ou de district sanitaire de l'OMS (zone de 100.000 à 200.000 habitants). Les cercles sont divisés en 280 arrondissements (de 20.000 à 40.000 habitants). A la base de cette pyramide, on trouve les milliers de villages maliens (de 600 habitants en moyenne).

La politique nationale de santé s'est efforcée de mettre en pratique la stratégie des soins de santé primaires (SSP). Le programme d'ajustement structurel a commencé en 1985 à freiner considérablement les résultats de cette politique des SSP. Face aux contraintes budgétaires auxquelles l'Etat Malien était confronté, des mesures ont été prises pour autoriser l'exercice privé de la médecine, mettre fin au principe de gratuité des soins, et supprimer le monopole de l'Etat sur les importations de médicaments.

L'impasse budgétaire contre laquelle a buté la stratégie des SSP a débouché sur le lancement de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987. L'IB se fonde sur la participation communautaire au financement et à la gestion des soins de santé primaires, notamment par le biais du recouvrement des coûts des soins et la vente des médicaments essentiels. Cette stratégie repose sur une amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins et sur un système efficace d'approvisionnement en médicaments essentiels.

Ce tournant dans la politique de santé a entraîné de nouvelles expériences : le retour des médecins vers le milieu rural, la création de centres de santé communautaires (CSCOM) en milieu rural et en milieu urbain, et la création d'un GIE (groupement d'intérêt économique) « Santé pour tous » pour approvisionner ces centres en médicaments essentiels sous forme générique (D.C.I.).

Les centres de santé communautaires (CSCOM) sont des structures privées de type associatif (sans but lucratif). Ils sont initiés par les ASACO (Associations de santé communautaire). A la différence de ce qui se fait dans d'autres pays, l'ASACO est propriétaire du centre de santé et est l'employeur du personnel de santé du Centre. La gestion est donc réellement aux mains de la communauté, et ces centres fonctionnent en autofinancement, hormis l'investissement initial qui est subventionné. Les services offerts vont de la consultation de médecine générale aux accouchements, en passant par les visites de SMI (Santé maternelle et infantile) et les vaccinations. Les consultations sont faites exclusivement par des médecins, les accouchements par des sages-femmes et les soins par des infirmiers.

Parallèlement à ces initiatives, la réflexion sur la mutualisation du risque de maladie était lancée, notamment au sein de la MUTEK (Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture), créée en 1987. Le premier centre de santé mutualiste devait voir le jour en 1990, au quartier du fleuve à Bamako.

3. Le développement de mutualité de santé au Mali

La réflexion sur le financement mutualiste des soins de santé a débouché sur la mise en place d'un cadre favorable au développement des mutualités. Le Mali s'est doté en 1996 d'une loi sur la mutualité, et une agence d'appui au développement de la mutualité malienne est en création, en partenariat avec la coopération française.

Le processus législatif a été rondement mené. La loi N°96-022 régissant la Mutualité en République du Mali a été promulguée le 21 / 02/ 1996. Les décrets d'application ont suivi assez rapidement :

- décret N°96-136 du 2 mai 1996 fixant les conditions de placement et les modes de dépôt des fonds des mutuelles ;
- décret N°96-137 du 2 mai 1996 établissant les statuts-types des mutuelles et fédérations de mutuelles ;
- arrêté interministériel N°97-477 du 2 avril 1997 déterminant les procédures d'agrément des mutuelles.

L'inventaire des mutuelles de santé réalisé par Issa Sissouma en octobre 1997 a montré qu'il existe une quinzaine de mutuelles au Mali. La création de ces mutuelles étant antérieure à la loi, elles devront adapter leurs statuts pour être conforme à la nouvelle législation.

La plupart de ces mutuelles regroupent des agents de la fonction publique ou d'entreprises publiques. Elles ont donc pour base un regroupement de type corporatiste (Mutuelle de

l'Armée, de la Poste, de la SOTELMA –Société des Télécommunications du Mali– , MUTEK –Mutuelle des travailleurs de l'Education et de la Culture– , MUTAS, etc.).

La plupart de ces mutuelles ne couvrent pas le risque de maladie, mais ont été créées comme fonds d'entraide entre les travailleurs. Certaines mettent en place des mécanismes d'épargne-crédit ou d'approvisionnement en produits de première nécessité. D'autres ont créé un fonds pour couvrir les risques de décès ou de vieillesse, ou d'invalidité. Dans ce cas, si le risque survient, la mutuelle verse une allocation unique au membre ou à ses ayants-droits. L'orientation vers la couverture des coûts de la santé est récente, et les expériences sont assez limitées.

Dans l'inventaire, trois mutuelles sur les quinze ne suivent pas ce schéma : il s'agit de la MUTEK, qui a créé un centre de santé mutualiste, de la MUTAM (Mutuelle des Artisans du Mali), qui est la première mutuelle à structurer des personnes du milieu informel, et de la mutuelle de santé de l'hippodrome à Bamako, qui est l'initiative d'un prestataire de soins.

A côté de ces mutuelles « formelles », il existe de nombreuses associations que l'on pourrait qualifier de pré-mutualistes, à savoir les ASACO.

Ces associations sont gérées par leurs membres, et organisent le plus souvent une offre de soins au profit de leurs adhérents, dans le cadre des Centres de santé communautaires.

Dans le secteur privé, il existe aussi des fonds sociaux d'entreprise (comme le fonds social Itelma). Même s'ils interviennent pour couvrir les mêmes risques que les mutuelles, il ne s'agit pas de mutuelles au sens strict, car ces fonds sont financés et gérés par l'entreprise.

4. Choix des mutuelles pour les études de cas

Dans le cadre des études de cas sur les mutuelles de santé, le choix possible était assez restreint.

En effet il y a peu de mutuelles offrant des prestations en matière de santé : la MUTEK (Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture), la MUTAM (Mutuelle des artisans du Mali), et la mutuelle du quartier de l'hippodrome.

La MUTEK ayant lancé le mouvement mutualiste au Mali, et servant de référence à beaucoup de nouvelles mutuelles nous est vite apparue comme incontournable. De plus, elle a ouvert le premier centre de santé mutualiste du pays, qui inspire d'autres projets actuellement. La MUTAM et la MUTAS ont des conventions pour que leurs membres soient soignés au Centre MUTEK à des conditions préférentielles. Pour ces raisons, nous avons choisi la MUTEK comme premier cas à étudier, mais nous limiterons volontairement l'analyse à la couverture du risque maladie.

La MUTAM vient à peine de démarrer. Son siège a été inauguré en octobre 1997 à l'occasion de la semaine de la mutualité malienne et elle compte environ 300 membres. Ses interventions en matière de santé se limitent dans un premier temps à une convention de soins passée avec le Centre de santé de la MUTEK. Pour ces raisons, nous avons préféré ne pas retenir la

MUTAM comme cas à étudier, même si, potentiellement, elle présente un intérêt certain puisqu'elle s'adresse au secteur informel et non au personnel de la fonction publique.

La mutuelle de santé du quartier de l'hippodrome à Bamako est également intéressante car elle organise la prise en charge intégrale du risque maladie dans une clinique privée. Sont couverts à 100 % les consultations, les soins infirmiers, les médicaments, les actes techniques et de laboratoire, l'hospitalisation, la chirurgie et les accouchements. Toutes ces prestations sont également accessibles aux non-membres, mais sont dans ce cas payées à l'acte. Néanmoins, il ne nous a pas paru opportun de présenter ce cas parce que cette initiative se situe dans le cadre de l'offre de soins et n'est pas gérée par les adhérents (on propose un abonnement aux patients), et parce que d'autre part, l'agrément comme mutuelle a été refusé par le Ministère, et que les données recueillies lors de l'inventaire étaient soit inaccessibles, soit contradictoires.

La deuxième étude de cas concerne les ASACO que nous avons qualifiées de structures pré-mutualistes. Il existe au Mali plusieurs régions où les ASACO, qui gèrent des structures de santé de premier niveau (CSCOM -Centres de santé communautaires-), s'unissent pour faire bénéficier leurs adhérents de soins de référence. Elles organisent l'évacuation sanitaire et l'hospitalisation de leurs membres, sur base d'un accord passé avec les centres de santé de cercle (échelon supérieur du district sanitaire). Quoiqu'il ne s'agisse pas vraiment de mutuelle de santé, ces cas sont très intéressants car ils préfigurent l'idée d'une fédération de mutualités locales (ASACO) regroupées au niveau d'un cercle pour mutualiser les gros risques (évacuation et hospitalisation) sur une population dépassant l'ASACO locale. L'étude de cas porte sur l'organisation de ce système de référence au niveau du cercle de Kolokani (140 km au Nord Ouest de Bamako).

II. Centre de santé de la Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (MUTEC)

1. Présentation

La MUTEC a été créée officiellement le 1er janvier 1987 à l'initiative du Syndicat National des Travailleurs de l'Éducation et de la Culture (La présentation de la MUTEC est basée sur l'étude de cas réalisée par Issa Sissouma en octobre 1997). Il s'agit donc d'une mutuelle issue d'une organisation syndicale à base corporatiste. La MUTEC a été créée pour faire face à la crise économique et à la précarité qui affectaient les travailleurs du secteur.

A l'origine, les prestations consistaient à verser aux membres ou à leurs ayants-droits un capital retraite ou un capital décès au cas où le membre décède avant son départ à la retraite. Il s'agissait surtout de couvrir les enseignants et leurs familles contre le risque de perte brutale de revenus, et de prévenir la précarité, en l'absence d'une protection sociale efficace, car les allocations de retraite dans la fonction publique étaient symboliques.

Ensuite, la mutuelle s'est investie dans l'approvisionnement en denrées de première nécessité, en créant des coopératives de consommation. Ces coopératives devaient notamment permettre aux enseignants isolés en milieu rural de s'approvisionner à moindre frais, malgré les périodes de disette dues aux grandes sécheresses qu'a connues cette région.

C'est en février 1990 que le Centre de santé a ouvert ses portes, en complément des autres activités de la MUTEC. Le nombre d'adhérents à la MUTEC à travers le pays s'élève à 8.500. Dans la suite de cette étude, nous nous intéresserons uniquement aux activités « prise en charge des soins de santé par la MUTEC ». Cette prise en charge se fait par le biais du Centre de santé de Bamako.

2. Description du système de prise en charge

Au démarrage des activités, le centre de santé a bénéficié d'un certain nombre d'aides, notamment de la Coopération Française (financement des locaux), la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale de France -MGEN- (aide technique et matérielle), l'Association Santé Sud Marseille (constitution du premier stock de médicaments) et l'État malien (fourniture de mobilier de bureau). Le centre de santé a également contracté des emprunts (non encore remboursés) auprès de la MUTEC. L'investissement initial s'est élevé à 60 Millions de FCFA (avant la dévaluation de 1994).

a. Prestations

La création de ce centre répondait à un souci d'accès à des services de santé de qualité à moindre coût pour les adhérents de la mutuelle basés à Bamako et environs. Le but du centre de santé de la MUTEK est stipulé comme suit dans l'article 1 des statuts : « *Il a pour objet de mener, selon des principes mutualistes, dans l'intérêt de ses membres et de leur famille, une action de soins préventifs et curatifs* ».

Premier centre de santé mutualiste du Mali, son plateau technique qui a progressivement évolué comprenait à l'époque les prestations suivantes :

- consultations généralistes ;
- soins infirmiers ;
- suivi pré- et post-natal ;
- accouchements ;
- service pédiatrique de suivi des enfants entre 0 et 6 ans ;
- programmes de vaccination ;
- fourniture de médicaments génériques sur prescription émanant du centre.

En 1992, un laboratoire d'analyses médicales a été ouvert. Ont suivi une salle d'échographie (1994) et un cabinet dentaire (1995).

Tous les services sont disponibles à plein temps. Deux consultations vacataires ont lieu chaque semaine en gynécologie et dermatologie.

Le centre a récemment signé une convention avec le cabinet privé de consultation radiologique CELY auprès duquel il a obtenu une réduction tarifaire de 20% pour tous ses adhérents.

Le personnel de santé est composé de deux médecins généralistes et un dentiste, de deux sages femmes, de deux infirmières obstétriciennes, de deux infirmiers d'Etat de premier cycle, d'une infirmière Major et d'un technicien de laboratoire.

Le Centre est géré par le Directeur (maîtrise en économie) et le personnel administratif comprenant un secrétaire comptable, un gestionnaire du dépôt de médicaments, avec du personnel d'appui : cuisinier, chauffeur, gardien, laveuse, soit un total de 17 salariés.

b. Bénéficiaires des prestations

Selon l'art.17 de ses statuts, le Centre de santé MUTEK est ouvert à tous. En effet, il stipule que « *tout malade, quelque soit son statut, qui se présente au Centre doit être accueilli très courtoisement et bénéficier de la consultation médicale* ».

Il faut distinguer deux catégories d'utilisateurs du centre de santé : les adhérents et les non adhérents. Les adhérents s'acquittent d'une cotisation annuelle familiale qui leur donne droit aux prestations à des tarifs fortement réduits. Les non adhérents par contre paient à l'acte.

On distingue trois catégories d'adhérents :

- les adhérents qui sont membres de la MUTECH paient une cotisation annuelle familiale de 12.000 F CFA;
- les autres travailleurs de l'éducation et de la culture (non membres de la MUTECH) paient 15.000 F CFA;
- les particuliers peuvent aussi devenir adhérents au centre de santé, moyennant une cotisation annuelle de 18 000 F CFA.

Dans cette troisième catégorie se trouvent les « conventionnaires », c'est-à-dire les groupes de personnes ayant conclu une convention de soins avec la MUTECH. Six organisations ont à présent de telles conventions (Grand Séminaire St Augustin, Filles immaculées de Marie, Caisse de retraite, MISELI, Acte 7, comptoir CETIGUI), et des négociations sont en cours avec MUTAS, MUTAM, USAID, et la BCEAO.

En 1996, le nombre d'adhérents était de 833 personnes réparties comme suit :

- 594 mutualistes MUTECH (71,3%)
- 90 travailleurs de l'éducation et de la culture (10,8%)
- 149 particuliers et conventionnaires (17,9%)

La cotisation est familiale et solidaire. Elle n'est pas liée aux risques individuels (tel que état de santé, âge, etc.). La cotisation ouvre le droit aux prestations au titulaire (l'adhérent) et à ses ayants-droits : épouse(s) légitime(s) (co-épouses) ou époux, enfants légitimes ou adoptés, parents.

Compte tenu d'une taille moyenne de 7,8 personnes par famille, le nombre de bénéficiaires du Centre (pour les adhérents) peut être estimé à $833 \times 7,8 = 6.500$ personnes.

c. Tarification des prestations

Les tarifs sont différenciés selon que les patients sont des adhérents (abonnement annuel avec un faible ticket modérateur) ou des non-adhérents, c'est-à-dire des patients qui paient à l'acte.

Le système est en principe conçu pour inciter les usagers à adhérer au Centre de santé. Par exemple, une consultation de médecine générale ne coûte que 200 F CFA pour un membre, contre 1.000 F CFA pour un non membre, soit une réduction de 80% par rapport au tarif à l'acte.

Pourtant, pour 1996, on constate que près de 80 % des consultants étaient des non-adhérents (2.104 patients qui paient à l'acte). Cette évolution dans la fréquentation du Centre est de plus en plus marquée depuis 1994, alors qu'en 1993, 40% seulement des consultants étaient des non-adhérents. Nous reviendrons sur ce fait dans l'analyse des résultats.

Le tableau ci-dessous donne la tarification des différentes prestations.

Prestations	Tarifs (en FCFA)	
	Adhérent au CS	Non adhérent
Consultation Médecine Générale	200	1 000
Consultation gynécologie	2 000	5 000
Accouchement	2 000	10 000
Journée d'hospitalisation	2 500	6 000
Consultation enfant (0-12 ans)	0	300
Soins infirmiers (7H30-16H)	100	300
Soins infirmiers (après 16H)	200	1 000
Perfusion	0	750
Carnet de santé maternelle et infantile	500	500
Location ambulance	1 250	1 500
Circoncision	1 500	3 000
Echographie	2 500	6 000
Groupage carnet (examens)	900	1 200

Le Centre de santé MUTEK ne propose donc pas un système d'assurance soins de santé à ses membres, mais des prestations à tarifs réduits. Un paiement partiel reste requis pour chaque service, et les médicaments sont vendus avec une faible marge commerciale appliquée sur le prix d'achat (coefficient multiplicateur entre 1,2 et 1,5). Les membres bénéficient d'un avantage tarifaire de 10% à 15% sur le prix de vente des médicaments par rapport aux non membres.

d. Structure organisationnelle

Le centre de santé dispose de ses propres statuts et d'un règlement intérieur, mais il n'a pas d'existence juridique propre, car il reste un service de la MUTEK, et fonctionne donc dans le cadre de l'entité juridique de la MUTEK. Les responsables du Centre de santé voudraient pouvoir créer une assemblée générale des usagers. Comme la majorité des usagers sont désormais des personnes non membres de la MUTEK, la création d'une telle assemblée impliquerait un transfert de responsabilités dans la gestion du Centre de santé.

Les décisions politiques et stratégiques sont donc du ressort du Conseil d'administration de la MUTEK. Pour la gestion du centre au jour le jour, deux instances ont été mises en place : le comité de gestion et le comité technique.

Comité de Gestion

Composé de 8 membres, ses attributions sont fixées comme suit par l'art.6 des statuts :

- la définition de la politique générale du centre ;
- le suivi de l'exécution du programme annuel ;
- l'approbation des dépenses ;
- la proposition de toutes mesures susceptibles d'améliorer la qualité des prestations et la bonne gestion du centre ;
- enfin la discussion de tout problème pouvant influencer sur la vie du centre.

Le comité de gestion se réunit une fois par mois et informe le Conseil d'Administration de la MUTECH sur toutes les décisions prises. Les décisions importantes doivent être avalisées par le conseil d'administration.

Le Comité Technique

Il est nommé par le Conseil d'Administration de la MUTECH. C'est une cellule de réflexion composée de personnalités scientifiques et de spécialistes dont la mission est de donner des avis sur l'évolution et les perspectives du centre de santé et sur les questions d'ordre médical.

3. Analyse des résultats

Le centre de santé de la MUTECH fonctionne depuis 7 ans. Le pays a lui-même connu une évolution importante pendant ces sept années, et le secteur de la santé a également été marqué par cette évolution. Le centre de santé a été conçu au départ essentiellement comme une structure devant développer des services de santé de base de haute qualité dans un contexte de pénurie de l'offre. Depuis lors, l'offre de services de santé de base à Bamako s'est fort diversifiée, par la création des centres de santé communautaires (CSCOM) urbains, par l'ouverture de cabinets médicaux privés, et par la création du Groupement d'intérêt économique -GIE- « Santé pour tous », structure d'approvisionnement en médicaments essentiels.

La fréquentation du centre est devenue moins attractive pour les membres de la MUTECH qui n'habitent pas dans ce quartier et qui trouvent désormais des soins de santé primaires de proximité satisfaisants. De ce fait, l'orientation nouvelle vise à rehausser la performance du plateau technique du centre de santé pour en faire un pôle d'excellence pouvant alimenter la réflexion sur l'amélioration des services publics de santé, et pour devenir une structure de référence pour les autres centres de santé de première ligne des environs.

L'analyse des résultats a été rendue possible par l'excellente qualité du rapport annuel 1996, confectionné par le Directeur du Centre, M. Ismaïla Camara.

L'analyse qui suit évalue les résultats du centre de santé en utilisant les critères suivants :

- le potentiel de mobilisation des ressources
- l'efficacité
- l'équité
- l'accès à des soins de qualité
- la viabilité de l'organisation
- la contribution à la gestion démocratique du secteur de la santé

a. Potentiel de mobilisation des ressources

La formule d'abonnement annuel pour les adhérents est en net recul par rapport au paiement à l'acte. Deux hypothèses peuvent expliquer cette évolution. D'une part, les difficultés croissantes des membres à s'acquitter régulièrement de leurs cotisations les amènent à préférer payer à l'acte lorsqu'ils tombent malades. D'autre part il se peut que le calcul d'opportunité dans le choix entre la cotisation annuelle et le paiement à l'acte plaide en faveur du paiement à l'acte. Toutefois il faut préciser que la cotisation est inchangée depuis 1990.

Le compte de résultats de 1994 à 1996 montre bien cette évolution :

Evolution des produits	1994	1995	1996
Actes médicaux	19%	34%	54%
Médicaments	25%	26%	30%
Cotisations	42%	32%	15%

La mobilisation de ressources stables est donc en constante régression au niveau des cotisations. Par contre, la vente de médicaments contribue à assurer une certaine stabilité des recettes.

Le recouvrement des cotisations a constitué un grave problème jusqu'en 1996. En effet, le taux de recouvrement était très faible : $\pm 20\%$. Les sanctions prévues en cas de retard étaient simplement un avertissement sur la carte de membre à la première visite et l'application du tarif non-adhérent dès la deuxième visite, à moins que le membre ne régularise sa situation. Il faut dire que ce taux de 20% se basait en 1995 sur un nombre fictif d'adhérents de 1.220 personnes. Les personnes s'étant inscrites une année restaient indéfiniment inscrites, même si elles ne renouvelaient pas leur adhésion l'année suivante. Or il y a eu au fil du temps des désistements, des déménagements et des décès qui n'étaient pas prévus.

Ceci démontre toute l'importance d'une mise à jour continue du fichier de membres, pour pouvoir générer des données de gestion fiables (notamment pour le suivi des cotisations, des dépenses et des actes techniques par membre). La gestion du fichier des membres devrait être informatisée en 1998.

Depuis 1996, on a revu à la baisse le nombre réel d'adhérents (833).

On a aussi mis au point un système de prélèvement automatique sur les comptes bancaires des membres que trois banques ont fini par accepter, ce qui a permis de redresser significativement le taux de recouvrement parmi les adhérents à 80%.

Trois services contribuent de façon très importante à la capacité d'autofinancement du centre de santé : l'échographie, les médicaments, et les analyses de laboratoire :

Service	Recettes (en millions de F CFA)	Pourcentage
Echographie	17,0	33,7 %
Vente médicaments	15,3	30,3 %
Analyses de laboratoire	3,3	6,5 %
Sous-total	35,6	70,6 %
Total	50,4	100 %

Ce constat sur les rentrées financières montre que les usagers utilisent surtout le Centre pour des services spécialisés non disponibles ailleurs, tels que l'échographie.

Vu le recul du financement par les cotisations, on peut conclure que la réussite du centre de santé n'est pas due à la mobilisation de ressources supplémentaires grâce au système de cotisations. Cette réussite est avant tout imputable à la qualité des services offerts.

b. Efficacité

L'analyse des chiffres 1996 des services prestés permet de constater que dans l'ensemble, les services de santé du centre MUTEC tournent bien :

Activités	nombre total	moyenne par jour
consultations de médecine générale	8.179	23
soins infirmiers	3.128	9
consultations prénatales	1.052	3
consultations gynécologie	167	0,5
accouchements	149	0,4
planning familial	338	1
échographie	3.436	12
laboratoire	3.586	14
vaccinations (1 x par semaine)	1.230	24

L'évolution des activités du centre sur plusieurs années montre également un important accroissement des activités :

Activités	1993	1994	1995	1996
consultations de médecine générale	6 277	5 741	6 089	8 179
soins infirmiers	1 612	1 211	1 767	3 128
consultations prénatales	891	921	920	1 052
consultations gynécologie	127	149	108	167
accouchements	107	115	118	149
planning familial	397	483	354	338
échographie	16	172	1 457	3 436
laboratoire	1 587	1 997	2 452	3 586
vaccinations (1 x par semaine)	1 374	1 210	1 186	1 230
médicaments (en Milliers de FCFA)	n.c.	10 266	11 255	15 295

L'accroissement le plus important concerne les échographies, et dans une moindre mesure le laboratoire et les soins infirmiers.

En médecine générale, le nombre de visites par patient (2,8 consultations par patient en 1996) n'a guère évolué au cours des années :

Année	1993	1994	1995	1996
Nombre de consultations par patient	2,73	3,19	2,9	2,8

D'autres indicateurs d'efficacité sont également à relever. La politique d'approvisionnement en médicaments, basée sur la liste des médicaments essentiels et génériques, est rigoureusement suivie, ce qui permet de limiter les stocks et de réduire le coût des ordonnances pour les patients.

De plus, l'intégration de services préventifs dans les activités du centre de santé est très intéressante en terme d'efficacité. Ces services préventifs sont les vaccinations, les consultations pré et post natales, le planning familial et la surveillance des enfants sains.

Le seul élément dans l'organisation des services qui semble poser un problème d'efficacité, c'est l'évolution actuelle de la structure de financement. En effet, on constate un moindre intérêt pour la formule d'abonnement et de plus en plus de paiement à l'acte, ce qui est un peu contradictoire avec les objectifs de solidarité et de partage de risques d'une mutualité, et avec la devise de la MUTEK : « Un pour tous - Tous pour un ». Dans la section qui suit, nous

tentons d'analyser cette évolution, qui est un enjeu majeur dans le débat sur le bien-fondé de la mutualité pour couvrir « les petits risques »

- *Comparaison entre le système d'abonnement avec ticket modérateur et le système de paiement total à l'acte*

Il est intéressant de comparer l'utilisation du centre de santé par les adhérents à l'utilisation par les non adhérents. Malheureusement, les seuls chiffres disponibles concernent les consultations de médecine générale.

Activités de Médecine générale	1993	1994	1995	1996
1. Nombre de consultations	6 277	5 741	6 089	8 179
2. Nombre de consultants	2 299	1 801	2 094	2 638
Répartition				
3. consultations adhérents	4 121	3 178	2 648	3 558
4. consultations non adhérents	2 156	2 563	3 441	4 621
Répartition des consultants				
5. Adhérents	1 386	685	559	534
6. Non adhérents	913	1 116	1 535	2 104
Total	2 299	1 801	2 094	2 638

Si l'on compare le nombre de consultations par usager non-adhérent (système de paiement à l'acte) au nombre de consultations par adhérent (abonnement avec ticket modérateur), on constate d'importantes différences :

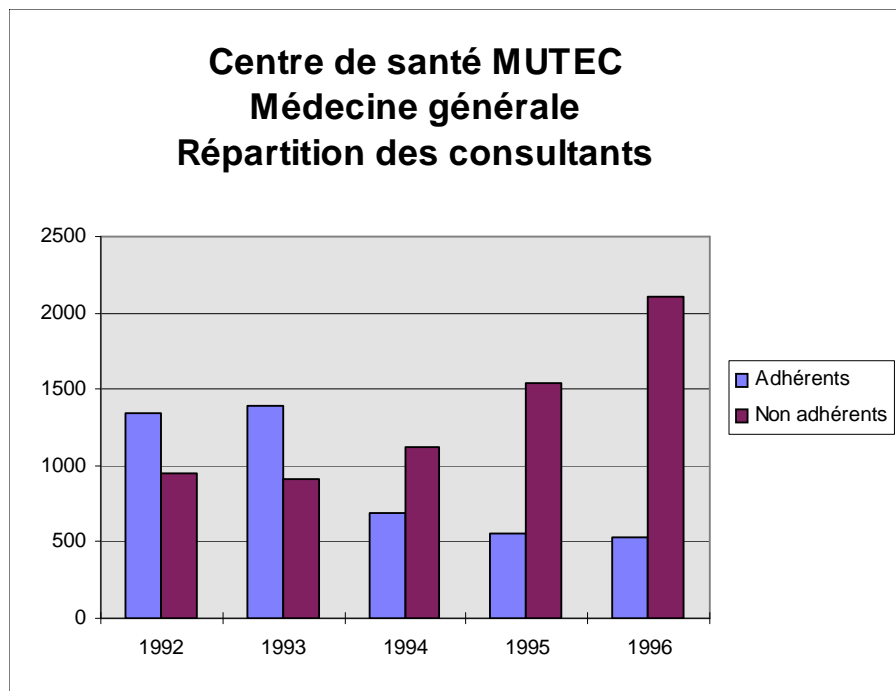
Année	1993	1994	1995	1996
Nombre de Consultations par usager non-adhérent (rapport : 4 / 6)	2,36	2,30	2,24	2,20
Nombre de Consultations par adhérent (rapport : 3 / 5)	2,97	4,64	4,74	6,66

Le nombre de consultations par usager non-adhérent est tout-à-fait stable, alors que le nombre de consultations par usager adhérent a tendance à augmenter sensiblement (de 2,97 à 6,66 en quatre ans). Ceci peut être expliqué par les deux phénomènes classiques d'une assurance maladie volontaire : la sélection adverse et le risque moral. L'évolution est telle qu'il est vraisemblable et logique que seules les familles à « forte consommation médicale » restent fidèles au système d'abonnement.

Cependant il est surprenant de constater que le nombre d'adhérents qui se présentent à la consultation est faible par rapport au nombre de personnes couvertes par l'abonnement.

En effet, il y a à peine 534 consultants pour un groupe estimé à 6.500 personnes (833 adhérents fois 7,8 personnes par famille), soit moins de 10%. Une interprétation possible serait que les adhérents préfèrent se rendre plutôt dans des centres de santé de proximité pour les consultations, et ne se rendent à la MUTECH que pour les soins spécialisés ? Il semble qu'il y ait aussi un problème d'information des adhérents qui conduit à une méconnaissance de leurs droits en tant que membres.

L'évolution de la répartition des consultations entre adhérents et non-adhérents illustrée dans le graphique ci-après est révélatrice d'un désintérêt croissant pour la formule d'abonnements :



Comment expliquer cette évolution ? Tout d'abord, il faut reconnaître qu'il est difficile de faire accepter l'idée de participer à un système de cotisations régulières, et encore plus difficile de s'y tenir, alors que les sollicitations de la famille, des voisins et des amis sont fréquentes dans un milieu où un enseignant est encore considéré comme un privilégié.

On peut aussi soupçonner un problème de tarification (différences trop faibles entre le tarif adhérent et le tarif non adhérent). Le ticket modérateur pour les adhérents est de 20 % pour les consultations et les accouchements, de 40% pour les journées d'hospitalisation et les échographies.

Pour vérifier ou contredire cette hypothèse, une simulation de coûts est nécessaire.

Elle compare l'intérêt de l'abonnement par rapport au paiement à l'acte, du point de vue de l'utilisateur, en termes financiers.

Soit une famille de huit personnes (taille moyenne de la famille des membres de la MUTEK) avec une consommation médicale normale : 3 visites par personne et par an, et une ordonnance de 2.000 F en moyenne par consultation (chiffre d'affaires annuel de la pharmacie divisé par le nombre de consultations). On considère que quatre personnes paient le tarif normal, et quatre personnes le tarif « enfants <12ans ».

- *Simulation de coûts avec accouchement et trois jours d'hospitalisation*

Consommation familiale	Nombre	tarif 1	tarif 2	coût 1 (A)	coût 2 (N.A.)
		adhérent	non adhérent		
consultations de médecine générale	12	200	1 000	2 400	12 000
soins infirmiers	6	100	300	600	1 800
consultations enfants	12	0	300	0	3 600
consultations gynécologie	3	2 000	5 000	6 000	15 000
accouchements	1	2 000	10 000	2 000	10 000
journée d'hospitalisation	3	2 500	6 000	7 500	18 000
échographie	3	2 500	6 000	7 500	18 000
perfusion	1	0	750	0	750
médicaments (2.000 F par consult.)	24	1 700	2 000	40 800	48 000
Montant de l'abonnement (moyen)				15 000	
TOTAL				81 800	127 150

Pour une année où un accouchement a lieu dans la famille et où le suivi de grossesse entraîne 3 consultations gynéco et 3 échographies, la formule d'abonnement est nettement plus intéressante.

- *Simulation sans accouchement et sans hospitalisation*

Consommation familiale	Nombre	tarif 1	tarif 2	coût 1	coût 2
		adhérent	non adhérent		
consultations de médecine générale	12	200	1 000	2 400	12 000
soins infirmiers	6	100	300	600	1 800
consultations enfants	12	0	300	0	3 600
consultations gynécologie	1	2 000	5 000	2 000	5 000
accouchements	0	2 000	10 000	0	0
journée d'hospitalisation	0	2 500	6 000	0	0
échographie	0	2 500	6 000	0	0

Consommation familiale	Nombre	tarif 1	tarif 2	coût 1	coût 2
		adhérent	non adhérent		
perfusion	1	0	750	0	750
médicaments (2.000 F par consultation)	24	1 700	2 000	40 800	48 000
Montant de l'abonnement (moyen)				15 000	
TOTAL				60 800	71 150

Dans ce cas, l'abonnement est très légèrement plus avantageux pour le nombre de visites et la consommation de médicaments retenus comme hypothèses. On est parti d'hypothèses moyennes, et l'on peut en conclure très logiquement que l'abonnement est une formule intéressante pour les familles où il y a une grossesse dans l'année et pour les familles « à forte consommation médicale », et que cette formule est moins intéressante dans les autres cas. Notons que ces simulations ne tiennent pas compte des coûts de transports éventuels.

c. Equité

Si l'on considère le centre de santé comme entité d'analyse, l'équité dans l'accès aux soins ne pose pas de problèmes. Le centre est accessible à tous, et pas seulement aux membres de la MUTECH, alors qu'il a été construit avec des fonds empruntés à la MUTECH ou obtenus auprès de bailleurs de fonds au nom de la MUTECH.

Il y a différentes formules de paiement au choix, et il est normal que les membres de la MUTECH (qui paient par ailleurs au niveau national une cotisation de 1.000 F CFA par mois pour l'ensemble des services) bénéficient d'un avantage tarifaire dans l'accès aux soins.

Par contre, si l'on considère la MUTECH en tant qu'organisation nationale, l'analyse de l'équité dans l'accès aux soins fait ressortir le problème suivant : seuls les membres de la MUTECH habitant ou travaillant à proximité immédiate du centre de santé ont accès à ses services, alors que la MUTECH a des activités et des membres à travers tout le pays.

Cela peut être ressenti comme inéquitable par ceux qui se trouvent hors de la zone d'attraction du centre de santé, dans la mesure où le centre a été construit grâce à un emprunt souscrit auprès de la MUTECH, donc avec l'argent de tous les membres.

En fait, les autres activités de la MUTECH couvrent toute l'étendue du territoire (capital retraite ou décès, coopératives d'approvisionnement, etc.). Il n'y a que l'activité « services de santé » qui est concentrée à Bamako. Il n'est par ailleurs pas réaliste de penser ouvrir d'autres structures sanitaires dans toutes les régions du Mali. Il serait donc préférable, pour les autres régions, de passer des conventions de soins avec des prestataires déjà installés, en fixant des normes de qualité et en négociant des avantages tarifaires pour les membres de la MUTECH.

d. Accès à des soins de qualité

Le centre de santé de la MUTECH offre à ses usagers des soins de santé de qualité, avec une gamme diversifiée de prestations, et la possibilité d'avoir recours sur place à des spécialistes :

dentiste, gynécologue, dermatologue. La radiologie est désormais aussi accessible grâce à la convention passée avec le cabinet « CELY ».

Le centre a été créé dans un contexte de pénurie de l'offre de soins, ce qui justifiait d'importants déplacements des usagers dans Bamako pour atteindre le centre. A présent, le centre se trouve en concurrence avec les CSCOM de quartier et avec les cabinets privés. Le coût des transports dans la ville de Bamako fait que de plus en plus de membres de la MUTEK préfèrent se faire soigner plus près de chez eux.

L'accessibilité financière du système de cotisations semble à première vue poser des problèmes, alors que le montant de la cotisation n'a pas augmenté depuis 1990, malgré la dévaluation. Pourtant le montant demandé (1.000 F CFA par mois) est en rapport avec la capacité contributive du groupe-cible (les enseignants). Une grande souplesse est autorisée dans le mode de cotisation : mensuel, trimestriel ou annuel. Malgré cela , à peine 10% du groupe-cible, soit 600 membres de la MUTEK utilisent le système d'abonnement. Pourquoi ?

A notre avis, la barrière financière des 1.000 F CFA par mois n'est pas un obstacle objectif majeur. C'est plutôt un obstacle subjectif : difficulté de maintenir dans la durée une épargne forcée malgré les besoins urgents, et un problème de faible attractivité des avantages octroyés aux adhérents, au moins pour les membres de la MUTEK ne résidant pas à proximité du Centre de santé.

e. Viabilité de l'organisation

Un des atouts dont dispose le centre de santé est la haute qualification de son personnel. Le personnel médical est compétent, et la gestion du centre est efficace.

Le centre entretient de bons contacts avec les partenaires institutionnels nationaux et étrangers, et notamment via la MUTEK avec la FNMF (Fédération Nationale des Mutualités françaises), la MGEN (Mutuelle de l'Education nationale en France) et la Mutualité de l'Anjou à Angers, qui fournissent des appuis matériels et des conseils en gestion.

Le taux de pénétration du groupe-cible initial est assez faible : 10%, mais est efficacement compensé par l'attraction d'autres usagers qui rendent la structure viable.

Les données de gestion disponibles pour l'analyse des activités et l'analyse financière sont complètes et de bonne qualité. Les comptes annuels sont établis par un bureau comptable externe, qui confectionne le bilan et le compte de résultats. Les tableaux d'amortissements de tout l'actif immobilisé et mobilier sont disponibles, de même que l'inventaire des stocks de médicaments. Un budget prévisionnel détaillé est établi annuellement.

- *Situation financière du Centre de santé*

Pour apprécier la situation financière, nous nous référons à l'analyse du compte de résultat et du bilan. Ensuite nous analyserons quelques ratios financiers.

Compte de résultat

L'évolution des produits du centre se fait de façon croissante. Ainsi de 1994 à 1996 le montant est passé de 41,8 millions de F CFA environ à 50,36 millions de francs CFA soit une augmentation absolue de 20,48%. Cependant dans la structure des produits nous constatons une diminution de la part des cotisations. Durant les trois années, les cotisations sont passées de 17,38 millions en 1994 à 7,6 millions de francs CFA en 1996, ce qui confirme l'analyse déjà développée : le centre effectue de plus en plus de prestations au profit de clients non mutualistes.

Les actes médicaux prennent de plus en plus de l'importance car ils représentent en 1996 54 % du montant total des produits. Les actes d'échographie à eux seuls constituent environ 17 millions de produits sur 27,3 millions (60% des recettes des actes médicaux).

Les charges du centre sont en augmentation régulière. Elles sont passées de 31,8 millions en 1994 à 48,4 millions en 1996 soit une augmentation de l'ordre de 52,20 %.

Le résultat du centre reste légèrement bénéficiaire, mais est en diminution (de 24 % à 4 % du chiffre d'affaires).

Evolution du compte d'exploitation du centre de santé (en milliers de F CFA)

	1996		1995		1994	
Evolution des produits						
Actes médicaux	27 376,82	54,35%	14 367,4	34%	7 886,9	19%
Médicaments	15 295,1	30,36%	11 255,6	26%	10 266,5	25%
Cotisations	7 662,38	15,21%	13 726,8	32%	17377,5	42%
Subventions	-	-	3.016,4	7%	6 116,9	15%
Autres	29,582	0,08%	246,9	1%	160,9	0%
Total	50 363,882	100%	42 613,1	100%	41 808,7	100%
Evolution des charges						
Achats	16 815,932	34,73%	8 231,9	19%	10 136,5	24%
Consommations diverses	-		9 627,3	23%	6 932,2	17%
Frais de personnel	14 247,921	29,43%	16 091,5	38%	14 780,6	35%
Dotations amortissements	6 117,45	12,63%	4843	11%	4 195,0	10%
Autres	11 227 518	23,21%				
Total	48 408,821	100%	38 793,7	91%	31 839,3	76%
Comptes de résultat						

	1996		1995		1994	
Produits	50 363,882	100%	42 613,1	100%	41 808,7	100%
Charges exploitation	42 291,371	84%	33 950,7	80%	27.644,3	66%
Excédent exploitation	8 072,511	16%	8 662,4	20%	14.164,4	34%
Dot. amortissements.	6 117,45	12%	4 843,0	11%	4.195,0	10%
Résultat	1 955,061	4%	3 819,4	9%	9.969,4	24%

Bilan

De l'analyse de l'évolution du bilan du centre de santé, il ressort une importance des créances. En effet les créances s'élevaient à 47 000 000 F CFA en 1994 et à 57 800 000 F CFA en 1996. Il s'agit principalement de cotisations dues, mais non recouvrées, dont une grande partie ne sera probablement pas récupérée. Elles devraient alors être comptabilisées en provisions pour créances douteuses pour refléter plus fidèlement le patrimoine du centre de santé.

La forte baisse des immobilisations s'explique par les amortissements importants réalisés à un taux rapide de 20%, alors que le taux était de 10 % auparavant.

Le passif est essentiellement dû aux dettes contractées vis-à-vis de la MUTEK (54%).

Evolution du bilan du centre de santé (en milliers de F CFA)

	1996		1995		1994	
Actif						
Immobilisations	26 980	- 6 023	33 003	-10 383	43 386	21 383
Stocks	3 242	- 885	4 127	- 2 545	6 672	440
Créances	57 875	- 253	58 128	11 025	47 103	12 276
Disponibles	14 362	+ 10 624	3 738	- 1 529	5 267	2 042
Total	102 459	3 463	98 996	- 3 432	102 428	36 141
Passif						
Réserves	11 893	3 422	8 471	6 171,4	2 299,6	1 339
Résultat	1 955	- 1 864	3 819	-1 955,4	5 774,4	4 436
Subventions	25 348	0	25 348	- 9 996	35 344	23 579

Dettes L.MUTECH	55 366	0	55 366	- 29	55 395	6 104
Dettes C.T.	7 897	1 905	5 992	2 377	3 615	683
Total	102 459	3 463	98 996	- 3 432	102 428	36 141

Indicateurs financiers

Fonds de roulement

Années	1994	1995	1996
Actif circulant	59 042	65 993	75 478
Dettes court terme	3 615	5 992	7 897
Fonds de roulement	55 427	59 604	67 581

Le fonds de roulement est largement positif : l'actif circulant couvre de loin les dettes à court terme.

Ratio de liquidité immédiate

Années	1994	1995	1996
Disponible	5 267	3 738	14 361
Dettes à court terme	3 615	5 992	7 897
Ratio	1,47	0,62	1,82

Les dettes à court terme sont largement couvertes par les avoirs disponibles en banque et en caisse. La liquidité est excellente.

Ratio de solvabilité

Années	1994	1995	1996
Avoirs	102 428	98 996	102 459
Obligations	59 010	61 358	63 263
Ratio	1,74	1,61	1,62

Le centre de santé est donc parfaitement crédible au niveau de sa solvabilité.

Ratio de couverture des charges par les réserves

Années	1994	1995	1996
---------------	-------------	-------------	-------------

1. Charges d'exploitation	31 839	33 951	42 291
2. Charges mensuelles	2 653	2 829	3 524
3. Réserves + résultats cumulées	8 074	12 290	13 848
Nombre de mois couverts (= 3/2)	3,04	4,34	3,93

Les réserves cumulées permettraient de fonctionner pendant trois à quatre mois, ce qui dénote une certaine robustesse financière. Toutefois il convient de se montrer prudent quant à la valeur réelle des réserves. En effet les résultats cumulés ne tiennent pas compte des provisions qui auraient dû être constituées pour prendre en charge les créances douteuses. Ces créances douteuses sont en fait les cotisations dues par les membres, dont une grande partie ne sera probablement jamais récupérée.

Ratio cotisations sur charges

Années	1994	1995	1996
Cotisations versées	17 377	13 727	7 662
Total des charges	31 839	38 793	48 408
Ratio	54,6%	35,4%	15,8%

Ce ratio confirme la forte dégradation de la contribution du système de cotisations à la couverture des charges du centre. En trois ans, on passe de 54,6% à seulement 15,8%. Or les cotisations sont des ressources plus sûres que les recettes pour paiement à l'acte. Il y aurait donc un effort à faire pour revitaliser le système des cotisations, à la fois du point de vue purement financier, et à la fois du point de vue mutualiste de solidarité face aux risques de maladie.

Ratio de couverture globale des charges d'exploitation par les produits

Années	1994	1995	1996
Total des produits	41 808	42 613	50 364
Total des charges d'exploitation	31 839	33 950	42 291
Taux de couverture	1,31	1,26	1,19

Quoiqu'en nette diminution, le taux de couverture des charges d'exploitation par les produits reste positif.

Le ratio des frais d'administration habituellement appliqué aux mutuelles n'est pas calculable, car les frais de personnel signalés au compte de résultat concernent à la fois le personnel administratif, le personnel soignant, et le personnel d'appui.

f. Contribution à la gestion démocratique de la santé

Le centre de santé est entièrement géré par les membres de la MUTEK, on peut donc dire qu'il contribue à la gestion démocratique du secteur de la santé. Il ne faut toutefois pas surestimer le poids des « simples » membres dans ce fonctionnement démocratique. Comme dans bien d'autres mutuelles, notamment européennes, le débat devient vite très technique et porté ou suivi par les seuls spécialistes du domaine médical ou de l'économie de la santé.

Par contre les membres ont leur mot à dire non pas dans les options techniques mais dans la politique générale, notamment le respect des grands principes mutualistes, tels que le partage des risques et la solidarité entre tous.

Le centre de santé MUTEK constitue une référence importante pour la politique de santé au Mali, et une source d'inspiration pour les autres mutuelles en gestation ou en phase de définition de leurs services.

La MUTEK est également active dans la constitution d'une plate-forme des mutualités maliennes, qui pourront petit à petit obtenir la voix au chapitre dans la définition des politiques de santé au Mali.

Par la spécialisation de son plateau technique, le Centre de santé MUTEK pourra devenir une structure de référence pour les ASACO et pour les autres mutualités, et par la signature de conventions pour les soins de base avec les CSCOM, la MUTEK pourra montrer le chemin aux autres mutuelles et renforcer son effet d'entraînement dans le développement de la mutualité au Mali

III. Centre de santé de référence du Cercle de Kolokani

1. Présentation

Le cercle de santé de Kolokani fait partie du district sanitaire de Koulikoro. La petite ville de Kolokani se situe à 140 km au Nord Ouest de Bamako. Le centre de santé sert de référence à 19 aires de santé rurales. Parmi ces 19 aires de santé, on considère que 10 sont viables, 5 sont plus ou moins viables, et 5 ne sont pas viables. Le plan décennal sanitaire prévoit l'installation d'un médecin dans chacune de ces aires de santé. On considère que pour être viable, une aire de santé doit desservir une population minimale de 10.000 habitants concentrés dans un rayon de 5 km.

En octobre 1997, quatre aires de santé étaient réellement fonctionnelles, c'est-à-dire qu'elles sont pourvues d'un CSCOM (Centre de santé communautaire) géré par la population par le biais des ASACO (Associations de santé communautaires). Ces ASACO ont reçu de l'Etat malien des subventions pour la construction et l'équipement du CSCOM, ainsi que pour la formation du personnel. Par contre, les charges de fonctionnement sont entièrement couvertes par les recettes des CSCOM. Deux formules de paiement sont possibles. Soit l'usager paie la totalité à l'acte (« free for service »), soit il paie une cotisation annuelle qui lui donne droit à une réduction sur les tarifs des prestations. Dans ce cas, il ne paie que le ticket modérateur pour chaque prestation.

En 1996, sous l'impulsion des responsables du Centre de santé de référence du cercle de Kolokani, une réflexion a été entamée sur la prise en charge des évacuations sanitaires et des hospitalisations par les ASACO fonctionnelles, en vue d'améliorer la continuité des soins, l'accessibilité des soins hospitaliers et l'équité dans l'accès aux soins. Parallèlement à cette réflexion, des investissements étaient faits pour améliorer la qualité des soins à Kolokani.

Le plateau technique de ce petit hôpital rural est le suivant :

- médecine interne (21 lits)
- maternité (15 lits) : Consultations prénatales, accouchements, vaccins, planning familial
- rééducation nutritionnelle
- chirurgie (17 lits) : les principales interventions sont la laparotomie, les césariennes, occlusions, hernies, péritonites. Elles sont exécutées par un médecin généraliste.
- radiologie
- dentisterie
- laboratoire de biologie clinique

Le taux d'occupation moyen est de 80%. Les durées moyennes d'hospitalisation sont de 7 jours en chirurgie, 15 jours en médecine interne, et 3 jours en maternité. On constate des variations saisonnières dans la fréquentation de l'hôpital. Paradoxalement, il y a nettement moins de monde pendant la saison des pluies, alors que les gens tombent plus facilement malades à cette période de l'année. Selon les responsables interrogés, il s'agirait d'un coût d'opportunité. En saison des pluies, les paysans ne peuvent pas se permettre d'interrompre leurs travaux pour se faire soigner, car la survie de leur famille en dépend.

Le deuxième niveau de référence est situé à Kati (120 km) ou à Bamako (140 km). Le coût d'une évacuation en ambulance est de 15.000 F CFA (carburant + chauffeur).

2. Description du système de prise en charge

Les discussions avec les 4 ASACO fonctionnelles de la région ont débouché sur la mise au point d'un système de financement des références partagé entre l'utilisateur, l'ASACO dont il est originaire, et le Centre de santé de cercle (CSC).

Les calculs pour cette prise en charge se sont basés sur le coût moyen du transport lors d'une évacuation sanitaire entre le CSCOM et le CSC (sur base de la distance moyenne à parcourir), et sur une estimation du coût moyen des interventions pratiquées.

Pour le transport, le CSC dispose d'une ambulance et d'un système de radiophonie. En cas de besoin, le responsable d'un CSCOM demande l'intervention de l'ambulance par phonie. C'est lui qui autorise l'évacuation et la référence du patient. Le coût moyen de l'évacuation est estimé à 10.000 F CFA (carburant + indemnité du chauffeur).

La prise en charge est organisée comme suit :

- 25 % à charge du patient (ticket modérateur) = 2.500 F CFA
- 25 % à charge du CSCOM = 2.500 F CFA
- 50 % à charge des ASACO = 5.000 F CFA

Au CSC, le patient peut être soit traité en ambulatoire, soit référé vers un hôpital régional, soit hospitalisé sur place. En cas d'hospitalisation sur place, le coût moyen d'intervention a été estimé à 20.000 F CFA. Il s'agit d'un forfait moyen, car en cas de tarification à l'acte, une césarienne coûte 30.000 F CFA, une opération pour hernie coûte 7.000 F CFA.

En cas d'hospitalisation, la prise en charge est identique à celle du transport :

- 25 % à charge du patient (ticket modérateur) = 5.000 F CFA
- 25 % à charge du CSC = 5.000 F CFA
- 50 % à charge des ASACO = 10.000 F CFA

En fait les hypothèses de calcul sont assez simples : on a estimé qu'il y aurait en moyenne deux références par mois pour chacun des quatre CSCOM, dont la moitié nécessiterait une intervention chirurgicale. Dans une caisse gérée à part au sein du CSC, chaque ASACO verse

50% de ces deux références, soit 20.000 FCFA par mois, et le CSC verse également 25 % x huit références x 20.000 F CFA = 40.000 F CFA. Les recettes mensuelles sont donc de 120.000 F CFA plus les tickets modérateurs (5.000 F CFA) payés par les patients.

Pour que leurs membres puissent bénéficier de la prise en charge collective, les ASACO doivent avoir cotisé au système pendant minimum trois mois (stage d'attente). Les prises en charge ont débuté en janvier 1997. Après dix mois de fonctionnement, la caisse mutuelle de solidarité du système de référence / évacuation a une trésorerie positive de 500.000 F CFA.

Pour collecter les 20.000 F CFA par mois, chaque ASACO est libre de s'organiser comme elle l'entend. Le CSC n'intervient pas dans l'organisation interne de chaque ASACO. Certaines effectuent des versements mensuels à la caisse de référence, d'autres préfèrent des versements trimestriels. A ce jour, aucun retard de cotisation n'est à déplorer.

Les ASACO tiennent généralement deux caisses séparées. La première est la caisse « médicaments », qui est exclusivement utilisée pour la reconstitution des stocks de médicaments. La seconde est la caisse « activités ». Elle est alimentée par la tarification des soins, par des cotisations familiales, par des champs collectifs, ou encore d'autres activités. Les 20.000 F CFA de cotisation mensuelle au système de référence proviennent de cette caisse. Certaines ASACO comptent établir un système de cotisation périodique par habitant, spécifique pour la « caisse mutuelle de références ».

La gestion de la caisse mutuelle de références est faite par le gestionnaire du CSC. Il est supervisé par un comité de gestion qui comprend des représentants de chaque ASACO ayant adhéré au système.

Il n'y a pas de contrôle des ayants droits au niveau du CSC, car le contrôle est fait par chaque ASACO au moment de la décision d'évacuer un patient d'un CSCOM vers le Centre de santé de cercle. De même, il n'y a pas de contrôle des prestations effectuées, puisque le financement se fait sur base d'un forfait par admission.

3. Analyse des résultats

Selon la typologie proposée par Chris Atim, nous avons affaire à une mutuelle rurale à base communautaire. Dans la suite de l'étude, nous l'appellerons « caisse mutuelle de référence » ou « C.M.R. ». L'organisation et la gestion du système est principalement assurée par le Centre de santé de cercle, avec une participation de la population à travers les ASACO représentées dans le comité de gestion. Après quelques mois d'activités, le système fonctionne à la satisfaction générale (du côté des CSC et du côté des ASACO).

Vu le caractère expérimental de cette prise en charge, nous n'avons pas pu disposer des données quantitatives souhaitées dans le cadre de cette étude. Nous ne sommes donc pas en mesure de fournir les indicateurs demandés. L'analyse qui suit est plutôt de type qualitatif, mais suit les différents critères proposés :

- le potentiel de mobilisation des ressources
- l'efficacité

- l'équité
- l'accès à des soins de qualité
- la viabilité de l'organisation
- la contribution à la gestion démocratique du secteur de la santé

a. Potentiel de mobilisation des ressources

En termes de mobilisation des ressources, il apparaît que pour les quatre aires de santé viables où existent déjà des ASACO, la C.M.R. contribue à rendre solvable une demande de soins spécialisés grâce au principe du partage du risque d'hospitalisation sur l'ensemble de la population de ces zones. Actuellement les références sont très peu nombreuses (en moyenne deux par CSCOM par mois), ce qui permet de demander des contributions très faibles aux ASACO.

La C.M.R. ne s'adresse qu'aux ASACO fonctionnelles, qui proposent à la population des soins de santé de base de qualité. Actuellement la population couverte par le système est d'environ 50.000 personnes, mais le potentiel est de 200.000 personnes.

b. Efficacité

la C.M.R. permet à des personnes qui avaient accès à des soins de santé de base et aux fournitures de médicaments génériques de bénéficier de la continuité dans l'accès aux soins de santé de deuxième niveau. On peut conclure à l'efficacité de ce mécanisme, pour ceux qui en font partie. La limite est bien sûr que ce système est actuellement réservé aux personnes qui ont la chance de relever d'une ASACO fonctionnelle. Toutefois cette option nous paraît fondée, car cela n'aurait pas de sens de proposer des soins hospitaliers à des personnes qui n'ont pas accès à des soins de santé de base de qualité.

Au niveau de la gestion des risques, les principes sont simples et efficaces. L'entité d'inscription est l'ASACO elle-même, ce qui implique que toute la population affiliée à l'ASACO bénéficie de la couverture de la C.M.R. Ce principe d'affiliation collective est efficace pour prévenir le phénomène de sélection adverse. Un autre mécanisme mis en place est l'imposition d'un stage d'attente de trois mois pendant lesquels l'ASACO cotise au système sans pouvoir bénéficier de prestations.

Le ticket modérateur de 25% à charge du patient limite le risque moral et responsabilise le patient par rapport à l'usage des services de santé spécialisés. De même, la référence obligatoire par le responsable du CSCOM qui décide de l'opportunité de transférer le malade est un mécanisme de maîtrise des dépenses efficace, et une garantie d'efficacité et d'efficience dans l'organisation des soins de santé.

Le contrôle social est efficace, car il est effectué au niveau le plus proche des gens, par le CSCOM, où les gens se connaissent personnellement, ce qui limite considérablement les possibilités de fraudes et d'abus.

Enfin, le fait que l'ambulance soit appelée par le CSCOM et vienne sur place prendre en charge le malade améliore l'accessibilité des soins de deuxième ligne, et empêche qu'une

référence décidée ne soit pas exécutée, ce qui peut se produire lorsque le patient, pour des raisons financières ou par convenance personnelle, renonce à se rendre à l'hôpital.

c. Equité

A première vue, on peut dire que le système garantit l'équité dans l'accès aux soins de santé, pour les gens qui sont couverts. Par le principe du financement forfaitaire par admission à l'hôpital, il y a une solidarité entre les malades lourds et les malades légers.

En matière de financement du système, l'équité est par contre améliorable. En effet, chaque aire de santé prend en charge la même contribution, quelle que soit l'importance de la population de l'aire de santé. Or on constate de grandes disparités entre les aires de santé :

- 17 350 habitants à Didiéni
- 6 717 habitants à Massantola
- 14 942 habitants à Nossombougou
- 11 820 habitants à Sabougou

Malgré ces disparités- population variant de 6.717 à 17.350 habitants-, toutes les ASACO paient la même contribution, alors qu'objectivement la probabilité d'avoir recours aux services spécialisés varie très fort d'une aire de santé à l'autre. Les responsables envisagent de moduler les cotisations de chaque ASACO en fonction de la taille de la population couverte, ce qui est plus équitable. Cependant il faut aussi tenir compte de la différence entre aire de santé et zone d'attraction géographique. En effet certains centres à faible population ont une fréquentation supérieure à d'autres centres à population nettement plus élevée. L'attraction dépasse le simple cadre de l'aire administrative. C'est notamment le cas de Massantola qui est un centre administratif et commercial et dont le centre de santé attire de nombreux patients « de passage » qui ne résident pas dans cette aire de santé.

Tout à fait justifiée par le souci d'efficacité et de continuité des services de santé, la condition à l'admission dans la C.M.R., qui implique que l'ASACO soit opérationnelle, est discutable du point de vue de l'équité. Car elle favorise ceux qui ont déjà accès aux soins de base par rapport à ceux qui n'ont pas du tout accès aux soins de santé. Cependant il n'y a pas d'alternative actuellement, car proposer l'accès à des soins hospitaliers alors que les soins de base ne sont pas disponibles ne serait pas viable. Le filtre d'accès qui permet l'échelonnement des soins serait supprimé, et le CSC serait débordé de consultations médicales simples. La nature des risques serait d'ailleurs trop différente pour pouvoir coexister dans un même système : gros risques uniquement pour les ASACO fonctionnelles, petits risques et gros risques pour la population provenant de zones non desservies par un centre de santé.

Il revient aux membres de chaque communauté de rendre au préalable leur ASACO et leur CSCOM fonctionnels, car l'équité n'exclut pas la responsabilité. Il y a équité si les ASACO qui sont décidées à s'organiser disposent de la même information, des mêmes avantages et des mêmes appuis pour assurer leur fonctionnement.

Une autre limite à ce système du point de vue équité est que le Ministère de la santé lui-même considère que sur les 19 aires de santé, 10 ne sont pas viables. Que deviendront ces aires pour lesquelles on sait d'avance que le fonctionnement d'un CSCOM ne peut pas se faire en autofinancement ? Ne serait-il pas logique de subventionner ces aires chroniquement déficitaires, de les rendre opérationnelles pour qu'elles aient aussi la possibilité de garantir à leurs membres l'accès à des soins de deuxième niveau ?

d. Accès à des soins de qualité

La C.M.R. garantit à ses membres l'accès à des soins de santé de qualité, grâce au plateau technique relativement élevé du CSC de Kolokani. Le taux d'occupation moyen de 80% est aussi un signe que la structure de référence fonctionne bien. La réhabilitation des bâtiments était en cours lors de notre visite. Toutefois il faut remarquer que les interventions chirurgicales sont exécutées par un médecin généraliste et non par un chirurgien.

La disponibilité d'une ambulance et d'un système de radiophonie est un facteur important qui améliore aussi l'accessibilité.

Le principe de continuité des soins est respecté, avec la possibilité de référer en ambulance des malades vers les grands hôpitaux de la capitale, à deux heures de piste. L'assurance de cette continuité entre le premier, le deuxième et le troisième niveau est aussi une garantie de qualité.

Le monopole du CSC dans la région en tant que structure de référence pourrait toutefois constituer un frein à la recherche de qualité (de l'accueil et des soins), dans la mesure où il n'y a pas de concurrence possible entre les structures sanitaires et pas d'alternative disponible pour le patient. C'est généralement le cas en milieu rural en Afrique de l'Ouest.

e. Viabilité de l'organisation

Comme il a déjà été signalé, la C.M.R. ne peut pas vraiment être considérée comme une mutuelle. En effet l'initiative émane du CSC de Kolokani, confronté au problème d'accessibilité de ses services lors de l'introduction d'une tarification à l'acte. La gestion est assurée par le gestionnaire d'hôpital, ce qui offre des avantages pratiques (présence sur place, connaissance du secteur, salaire à charge de l'hôpital, etc.). Par contre le principe d'autonomie entre la Mutualité et la structure sanitaire n'est pas garanti actuellement.

Le financement de la caisse commune par le CSC lui-même est également discutable par rapport aux principes mutualistes. Il serait plus indiqué de créer une structure mutualiste distincte, et qu'au lieu de verser systématiquement sa quote-part de 25 % dans la caisse,

le CSC accorde une remise tarifaire de 25 % à la mutualité. Le forfait par admission deviendrait de 15.000 F CFA, à répartir entre la mutuelle et le membre.

Toutefois il semble que le système actuel fonctionne bien, vu la grande motivation et l'esprit de dévouement qui animent les initiateurs. Dans l'avenir, il y a lieu pour viabiliser et pérenniser la mutualité, de lui créer une entité juridique propre, et de la doter d'organes de gestion démocratiques et plus représentatifs de la population-cible, qui assurent aussi une certaine indépendance vis-à-vis des prestataires de soins.

f. Contribution à la gestion démocratique de la santé

Ce point rejoint fortement le précédent. Dans sa forme actuelle, le système de prise en charge contribue peu à la gestion démocratique du secteur de la santé, car les prestataires de soins sont prépondérants dans la conception, l'organisation et la gestion du système. La mutuelle n'ayant pas d'autonomie par rapport à l'hôpital, elle n'est pas en mesure de négocier d'égal à égal les conditions tarifaires et les garanties de qualité des soins, qui sont la base et l'essence même du métier mutualiste. Un renforcement institutionnel est donc souhaitable. A notre avis, ce système pourrait très bien évoluer vers la création d'une mutuelle de santé, autogérée par les membres des différentes ASACO fédérées au niveau du district sanitaire. Toutefois, il n'y a pas de raison de précipiter les choses et il faut que le CSC après avoir lancé l'initiative prenne le temps de lui apprendre à voler des ses propres ailes.

Liste des personnes rencontrées dans le cadre des études de cas

Que les personnes dont les noms suivent trouvent ici l'expression de nos remerciements pour leur précieuse collaboration tout au long de cette étude.

Nom	Fonction
M. Ismaïla Camara	Directeur du Centre de santé MUTEK
M. Babassa Djikine	Président de la MUTEK Président du COMUMA (Collectif des mutualités maliennes)
Dr Hubert Balique	Chercheur à l'ORSTOM Coopération française
M. Youssouf Sangare	Directeur National de l'Action sociale Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées
M. Georges Masson	Chef de projet « Appui au développement de la mutualité malienne » Coopération française
M. Issa Sissouma	Directeur de l'ONG ACA- Auteur de l'inventaire des mutuelles de santé
M. Aboubacar Hamidou Maïga	Direction Nationale de l'Action Sociale Technicien en développement communautaire
Dr. Daouda Konate	Médecin-chef adjoint Centre de santé de cercle de Kolokani
M. Sidi Coulibaly	Gestionnaire Centre de santé de cercle de Kolokani