

FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES INDIGENTS DE L'ANAM : CAS DE RAMED

FINANCING OF MEDICAL CARE FOR THE POOR BY THE NATIONAL MEDICAL ASSISTANCE AGENCY (ANAM): THE CASE OF RAMED

Oumar dit Ténèmakan DOUMBIA*,

Docteur en sciences de gestion

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FSEG),
Laboratoire de Recherche en Management et Décentralisation (LAREM-DEC)
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali (USSGB)

Abdoulaye B. KEITA,

Enseignant-chercheur, contractuel à Labé

Université de Labé en Guinée Conakry (UL).
Centre Universitaire de Recherche Économique et Sociale (CURES) ;

Abdoulaye KEITA

Maître des conférences, coordinateur adjoint au programme

Master FSEG

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FSEG),
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali (USSGB) ;
Centre Universitaire de Recherche Économique et Sociale (CURES) ;

Date de soumission : 23/03/2025

Date d'acceptation : 08/05/2025

Pour citer cet article :

DOUMBIA O. & al. (2025) «FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES INDIGENTS DE L'ANAM : CAS DE RAMED», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 8 : Numéro 2 » pp : 725 - 744

Résumé

L'objectif de cette présente étude cherche à comprendre comment le RAMED peut-il contribuer à améliorer la prise en charge médicale des indigents dans les établissements de santé de leur commune?

En effet, la mise en œuvre du RAMED à travers la loi n°09-031/P-RM du 27 juillet 2009, laisse place à des difficultés qui pourraient être prises en compte pour améliorer son fonctionnement notamment dans la communication pour sensibiliser davantage la population totale. Pour mener bien cette recherche, nous avons utilisé la méthode qualitative avec un positionnement épistémologique « interprétativisme » et une technique d'échantillonnage par choix raisonné. La taille de l'échantillon est de 50 agents de personnes de ressources de différentes de structures concernées pour recueillir les informations.

Les principaux résultats obtenus ne montrent pas la réalisation effective des ambitions du programme de développement sanitaire et social (**PRODESS**) dans l'attente de l'objectif assigné.

Mots-clés : Admis au droit, ANAM, Ayants droits, Indigents, RAMED

Abstract

The aim of this study is to understand how RAMED can contribute to improving medical care for the indigent in the health establishments of their commune. The implementation of RAMED through law n°09-031/P-RM of 27 July 2009, leaves room for difficulties that could be taken into account to improve its functioning, particularly in communication to increase awareness among the population as a whole.

To carry out this research, we used a qualitative method based on the epistemological approach of 'interpretativism' and a purposive sampling technique. The sample size is 50 resource people from different structures involved in collecting the information.

The main results obtained do not show the effective fulfilment of the ambitions of the health and social development programme (PRODESS) in the expectation of the objective assigned.

Keys words: admitted to the law, ANAM, rights holders, poor's, RAMED

Introduction

La sécurité sociale rassemble les programmes contributifs et non contributifs, généralement obligatoires, organisés par l'Etat, pour permettre aux ménages et aux individus de se protéger contre divers risques sociaux à travers le temps. Elle assume une fonction préventive et protectrice couvrant un ensemble des risques, selon les types des régimes auquel on est appelé à souscrire.

1. Contexte et justification

Le Mali a adopté le 15 Décembre **1990** la déclaration de sa politique sectorielle de santé et de la population. Elle est basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux durable du secteur de la santé, de la solidarité et de l'action humanitaire ainsi que de la promotion de la famille. Elle ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays ; ce qui a été reconfirmé par la loi d'orientation sur la santé n° **02-049** du 22 juillet **2002**. Elle précise les grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et une meilleure performance du système de santé.

Le programme n° **2060** est relatif au renforcement de la protection sociale et de l'économie solidaire et s'inscrit dans le cadre du programme de développement sanitaire et social (PRODESS), et plus globalement dans le cadre du plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) dans la réalisation de ces ambitions.

Le PDDSS (2014-2023) qui présente la vision du gouvernement malien en matière de santé et de développement social pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) et plus spécifiquement ceux relatifs à l'ODD « Bonne santé et bien-être » est mis en œuvre à travers le programme quinquennal suivant l'approche sectorielle : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS).

L'évaluation de PDDSS a fait ressortir les progrès importants réalisés dans le domaine socio-sanitaire et les défis à relever notamment en ce qui concerne l'accès universel aux soins de santé, leur qualité et la gestion axée sur les résultats. C'est ainsi que dans le cadre de l'approche sectorielle, des programmes ont été identifiés dont la mise en œuvre et le suivi sont confiés à des responsables, et chaque structure suivant ses attributions, se trouve dans un programme.

2. Problématique de recherche

Dans ce contexte, l'accès aux soins de santé est une problématique générale pour l'ensemble de la population malienne, particulièrement pour les personnes indigentes. C'est pourquoi, l'Etat a pris des mesures législatives pour favoriser l'accès aux soins de santé des personnes vulnérables en rendant effectives plusieurs politiques de gratuité. Il s'agit entre autres de la gratuité des interventions et soins de la césarienne ; de la gratuité des traitements de la lèpre ; du Sida ; de la tuberculose ; de la gratuité de la vaccination des enfants ; du traitement du paludisme chez les enfants, les personnes âgées, en outre en ce qui concerne les blessés de conflits armés et le catastrophe sont pris en compte par l'ANAM, dont le budget n'a pas été alloué ou prévu dans le budget de l'ANAM.

Ainsi, l'ensemble de ces mesures concourent à la couverture médicale de la population.

Au niveau national, selon une étude de la Banque mondiale (2022), il existe de grandes disparités de pauvreté au Mali entre les zones urbaines et rurales et entre les régions. Au Mali, la proportion de pauvres vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2022 atteint 50,6% en milieu urbain et rural. Pour l'extrême pauvreté, c'est encore plus marqué : seulement 9,6 % des habitants de Bamako et 15 % des centres urbains hors Bamako vivent en dessous du seuil d'extrême pauvreté, contre 25,4 % en milieu rural ».

Un dispositif particulier appelé : RAMED a été mis en place par le Ministère de la santé et du Développement Social. Il a pour but de promouvoir le renforcement de la protection sociale au Mali, et par cette même occasion de lutter contre l'inégalité dans l'accès aux soins de santé de base des populations et des indigents et leurs ayants droits définis dans les articles 5 et 6.

Au regard de ce qui précède nous nous sommes posés les questions suivantes, comment le RAMED peut-il contribuer à améliorer la prise en charge médicale des indigents maliens à atteindre leurs objectifs ? Quelles sont les raisons de la crise financière de ce régime ?

Qui sont les indigents ? comment les reconnaître ? et comment fonctionner le RAMED ?

L'objectif de cette recherche est de : comprendre le processus de la prise en charge médicale des indigents maliens par le RAMED pour un financement pérenne dans leur structure pyramidale respective.

Cette étude s'attèle donc dans un premier temps à exposer la revue de la littérature, avant d'évoquer l'approche méthodologique, techniques et outils de collecte des données dans un second temps, la présentation de l'ANAM et de RAMED dans un troisième temps, et enfin les résultats et discussion

3. Revue de la littérature

Au Mali, la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est confrontée à des difficultés largement imputables à son montage institutionnel et technique initial (Goita ; 1018).

- Les systèmes de sécurité sociale en général ont subi un déficit croissant au Togo provoquant une augmentation du déficit des régimes de protections sociales suite au décalage grandissant entre les revenus d'une part et entre les cotisations et le versement des prestations d'autre part, (Lenake, 2022),

Il approuve également que les systèmes de protection sociale sont et seront de plus en plus fortement affectés par les évolutions démographiques au Togo à des échelles diverses : vieillissement de la population, tendance majeure, transformation des familles, du travail, des modes de vie. Ces défis sont des occasions uniques de réformer et de développer le cas échéant les systèmes de protection sociale dont ils légitiment l'existence ;

- Le RAMED répond fondamentalement à la nécessité « d'assurer la stabilité du système politique, c'est-à-dire la protection du leadership de la monarchie dans le cadre d'un processus déterminé de libéralisation de l'autoritarisme » (Ferrié et al., 2018).
L'objectif semble véritablement axé sur la nécessité de « relégitimer la monarchie » (Ferrié & Omary, 2019).

- Au Burkina Faso, des projets pilotes d'exemption de frais d'utilisation ont soutenu la prise de décision sur la politique nationale en faveur des femmes enceintes et des enfants (Ridde & Yaméogo, 2018), mais cela n'a pas été le cas pour les populations les plus pauvres, malgré plus de 10 ans de projets pilotes (Ouédraogo et al., 2017).
À l'inverse, lorsque l'on examine la situation en Asie du Sud-Est, on voit clairement combien ces projets pilotes ont contribué à l'émergence de politiques de protection sociale en faveur des plus démunies (Asante et al., 2019).

- Ridde, V. & Yaméogo, P. (2018). Comment le Burkina Faso a utilisé des données probantes pour décider de lancer sa politique de gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes en 2016.

- Laurence TOURE & Ridde VALÉRY (2011), le RAMED prend une place dans un contexte difficile et une certaine indifférence.

Il éprouve des difficultés dans l'identification et l'immatriculation des plus pauvres.

La prise en charge médicale des bénéficiaires reste anecdotique. Les réformes engagées pour améliorer les performances du RAMED doivent intégrer une révision du dispositif

initial.

- D'après, Reysz (2010), plusieurs théories de la science économique, notamment celles relevant du courant institutionnel, semblent plus aptes à donner une analyse pertinente de la nature institutionnelle du changement de la protection sociale des chômeurs, et l'option plus particulière d'une approche régulationniste se justifie au motif que cet institutionnalisme est le plus à même de mettre en œuvre la démarche socio-historique et comparative retenue et de replacer et réinterpréter la diversité des trajectoires nationales dans le cadre de l'évolution globale à laquelle sont confrontés tous les systèmes de protection sociale.

Cette théorie postule que la protection obligatoire de la population, y compris les plus démunis, les plus fragiles et les malades, atténue le risque financier lié à l'apparition de la maladie, de l'accident de travail ou de maladies professionnelles.

- L'OMS (2010), « affirme que les objectifs d'un système de santé consistent à répondre aux attentes des populations, d'organiser une contribution financière équitable, afin d'améliorer la santé de la population ». Autrement dit, la mise en œuvre du RAMED devrait répondre aux attentes des populations non pas uniquement pour dispenser des soins, mais également sensibiliser la population afin de l'informer tout en impliquant les principaux acteurs qui jouent un rôle assez important dans les structures pyramidales. Dans le cas d'espèce le retard de remboursement des prestations sanitaires conventionnées par l'ANAM affecte le concept de réactivité du RAMED et engendre un impact sur la prise en charge des indigents dans la distribution des médicaments. Il s'agit de DCI (Dénomination commune internationale).
- Selon Ridde VALÉRY (2003), l'accès aux soins de santé pour les populations les plus démunies est un souci qui s'inscrit dans la préoccupation de la lutte contre la pauvreté. De plus, la santé est un bien public, cependant les services médicaux s'inscrivent de plus en plus dans une logique marchande. Pour faire face à l'insuffisance de financement du secteur de la santé, les états africains ont cherché des modes de financements alternatifs.
- Le brillant médecin économiste Sir Edwin, disait « Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades ; et voient leur état de santé empirer du fait de la misère accrue ». Etant donnée la situation économique de ces pays est catastrophique, les auteurs de « Vivre et mourir en Afrique », Santé, population et développement, Etudes et recherches, ENDA

1988, défendent l'idée que la mise en place de nouvelles politiques de santé ne peut se faire sans une aide extérieure importante.

- En 1978, « La santé pour tous d'ici 2000 », tel était le slogan de l'OMS, pourvoyeur de fonds en matière de santé pour les pays africains. Cependant, elle reste la priorité pour la plupart des pays africains. Tout en réaffirmant le lien étroit existant entre la santé et les droits de l'homme, la Déclaration d'Alma-Ata s'est prononcée à définir la stratégie spécifique de la santé pour tous et en particulier, dans le monde entier.

A cet effet, cette déclaration reposait sur deux volets :

La priorité aux soins de santé primaires et la santé pour une meilleure justice sociale. La conférence d'Alma-Ata a souligné également que « Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en voie de développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commune à tous les pays ».

Dans la régulation des systèmes de santé des pays en développement des années 1970 et au milieu des années 1990, et en particulier en Afrique Subsaharienne, on distingue deux grandes périodes. D'abord, les politiques de santé fondées sur la Déclaration d'Alma-Ata (1979) mettaient en avant des impératifs d'équité, et de financement monopoliste des services de santé.

4. Méthodologie, Technique et outils de collecte des données

Il s'agissait d'une recherche qualitative menée sous la forme d'une étude de cas holistique (Yin, 2009), le cas concerné étant le RAMED.

Cette partie invoque l'approche méthodologique (3.1), Technique et outils de collecte des données (3.2.) ainsi que la description de l'échantillon d'étude.

4.1. Approche méthodologique

La méthodologie est la démarche générale structurée qui permet d'étudier un phénomène de recherche. (Hlady RISPAL, 2002).

Le choix de la démarche de recherche est une subtile dévolution reliant (problématique de recherche, cadre théorique et volonté démonstrative du chercheur en fonction de l'objet étudié).

La méthodologie de recherche adoptée pour la réalisation de cette étude repose sur une analyse essentiellement documentaire, une observation directe, des entretiens semi-directifs auprès des répondants (**30 minutes au maximum**).

D'autres sources documentaires relèvent de la recherche sur le site de l'ANAM et sur le réseau internet (webographie).

Nous adoptons une approche qualitative pour mener bien notre étude.

Ainsi, pour réaliser cette étude sur les PEC des indigents précisément les bénéficiaires du RAMED, nous avons adopté un positionnement interprétativiste avec une approche qualitative.

A cet effet, des données utilisées sont issues :

- données principales : questionnaire
- données secondaires : analyse documentaire et recueil des textes de l'ANAM.

4.2. Technique et outils de collecte des données

Selon Thiétart & al (2014), la collecte de données est un élément important du processus de recherche en sciences de gestion.

Il s'agit pour le chercheur de collecter des informations sur lesquelles il pourra fonder sa recherche.

- **Technique échantillonnage** : par choix raison ; contrairement à la technique d'échantillonnage par boule de neige qui ne demande pas l'application de certaines règles de personnes interrogées.
- **Population cible** : l'entretien semi-directif et l'enquête auprès des répondants (ANAM : direction des RH ; service de département social et immatriculation (SDSI) ; structure de santé et service technique du développement social (DNPS), septembre, 2024) ;
- **Taille de l'échantillon** : **50 agents** composant (des dirigeants de l'ANAM ; des dirigeants de DNPS (direction nationale de la protection sociale), etc.
- **Taux de réponse** : 30 sur 50 soit 60 %.

Tableau n°1 : répartition des répondants de l'échantillon (50 agents)

Structure	Effectif (H et F)	Taux de réponse	Pourcentage
Service de département social (ANAM)	20	15	30 %
Service technique de développement social	12	6	12 %
Structure de santé	08	4	8 %
Communes de district de Bamako	10	6	12 %
TOTAL	50	30	60 %

Source : nous-même (septembre, 2024) ; H : homme ; F : femme

La taille théorique des échantillons pour une recherche qualitative ne peut être déterminée a priori (Charmaz, 2006 ; Conlon et al., 2020 ; Glaser et Strauss, 2017). Cependant, des méta-analyses démontrent que des tailles d'échantillons d'environ 20 à 30 personnes ou plus ont été suffisantes pour attester d'une saturation théorique dans diverses études de théorie ancrée (Mason, 2010 ; Thomson, 2011).

5. Présentation de l'ANAM et de RAMED

5.1. Création et missions de l'ANAM

Loi n°09-031/ P-RM du 27 Juillet 2009 portant la création de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM).

Décret n°09-554/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) ;

Il est créé un Etablissement Public National à caractère Administratif (EPA) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

L'Agence Nationale d'Assistance Médicale a pour mission la gestion du Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

A ce titre, elle est chargée de :

- l'encaissement des ressources du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) ;
- la prise en charge des prestations couvertes par le Régime d'Assistance Médicale ;
- l'immatriculation des personnes éligibles au Régime et des bénéficiaires ;
- la passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur exécution ;
- le contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'assistance médicale ;
- l'établissement des statistiques de l'assistance médicale.

5.2. Création et champ d'application de RAMED

Loi n° 09-030/P-RM du 27 Juillet 2009 portant institution du Régime d'Assistance Médicale

Décret n° 09-555/P-RM du 12 Octobre 2009 fixant les modalités d'application de la loi portant institution du régime d'assistance médicale (RAMED) ;

Pour l'application des dispositions de la présente loi, il faut entendre par :

- **Conventionnement** : acte consistant à établir un contrat entre le Régime d'Assistance Médicale et les Prestataires des soins de santé ;

- **Indigent** : toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale. A travers l'indigent en sa qualité d'ouvrant, son conjoint et ses enfants bénéficient des prestations médicales, en qualité d'ayants droits.

Ils doivent être affiliés et déclarés au fonds et qui ne sont pas couvertes par tout autre système d'assurance (**Article 5**). Il s'agit : les

- ✓ conjoints ;
 - ✓ enfants âgés de moins de **14** ans ;
 - ✓ enfants âgés de **14 à 21** ans s'ils poursuivent des études ;
 - ✓ enfants handicapés, quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée.
- **Admis de droit au bénéfice de l'assistance médicale** : les
 - ✓ pensionnaires des établissements de **bienfaisance**, orphelinats, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille ;
 - ✓ pensionnaires des établissements pénitentiaires ;
 - ✓ personnes sans domicile fixe. (**Article 6**)
 - **Médecin Conseil** : praticien exerçant un contrôle médical pour le compte d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ou complémentaire ;
 - **Système de tiers payant** : mécanisme de facilité de paiement dans lequel le Régime d'Assistance Médicale paye directement aux prestataires de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire.

Le Régime d'Assistance Médicale, un régime du système non contributif de la protection sociale, est fondé sur les principes de la solidarité nationale et du tiers payant au profit des indigents.

Les personnes éligibles au Régime d'Assistance Médicale doivent être couvertes sans discrimination aucune due à l'âge, au sexe, leurs antécédents pathologiques ou à leurs zones de résidence.

6. Résultats obtenus et discussion

6.1. Résultats obtenus

Nos résultats sont obtenus à l'issue des entretiens semi-directifs auprès des répondants, les acteurs qui sont dans le domaine des prestations de service de l'ANAM.

L'ensemble des données ont été faits à l'aide des guides d'entretiens et des documents reçus de l'ANAM, que nous allons présenter dans deux tableaux distincts (**2 et 3**) de rapport d'activités au cours de quatre (**4**) dernières années.

Tableau n°2 : des indicateurs-clés de performance

Indicateurs	Unité	Estimation				% d'évolution de (2022- 2023)
		2020	2021	2022	2023	
Nombre de personnes indigentes immatriculées	NBRE	104.017	114.074	2.269.526	3.000.000	32,19 %
Nombre de personnes indigentes immatriculées et PEC médicalement	NBRE	52.506	5.780	73.291	100.000	36,44 %

Source : Direction Générale de l'ANAM (septembre, 2024)

Tableau n°3 : d'évolution des subventions d'Etat et des collectivités territoriales
(Les montants en milliers de FCFA) de **quatre (4) dernières années**

Années	2020	2021	2022	2023	% d'évolution de (2022-2023)
Montant de subventions (85% part de l'ETAT ; 15% part de collectivités)	1 193 400	1 209 740	1 227 714	1 227 714	0,0 %

Source : Direction Générale de l'ANAM (septembre, 2024)

6.2. Discussion des résultats

Ces tableaux montrent que l'ANAM doute de sa capacité à faire face à un afflux de bénéficiaires.

Les élus locaux, en quête de retombées politiques plus directes, craignent en outre de perdre des ressources fiscales (les indigents étant exonérés d'impôts).

Les acteurs sont encore insuffisamment informés. Ils révèlent un positionnement ambivalent vis-à-vis du RAMED. Favorables sur le principe, et convaincus de son utilité, ils manifestent un certain scepticisme quant au montage institutionnel et financier retenu.

Au Mali, le nombre potentiel d'indigents estimés à **5 %** de la population totale à ce jour.

En plus, les difficultés liées au financement de RAMED, due à la faible mobilisation de la contribution des collectivités territoriales au financement du RAMED (**15 %**) ; la non déconcentration de l'ANAM ; et la faible capacité en Ressources Humaines et en logistiques.

On remarque un manque de communication interne et interservices et une gestion peu maîtrisée (ou contrôlée) des abus. Les meilleures conditions d'emploi et de rémunération à l'ANAM ne favorisent pas la collaboration des services étatiques partenaires.

Il existe des tensions institutionnelles, historiquement formées, entre secteur santé et secteur social, entre services déconcentrés de l'Etat et élus des collectivités.

Cela se traduit par une faible synergie d'action et de mutualisation des moyens requise pour une approche globale et intégrée de la grande pauvreté.

Les clivages (ou divisions) institutionnelles et sectorielles compliquent (ou rendent) la mise en œuvre d'un montage interne multi-acteurs et le partage des ressources.

Par conséquent, les subventions accordées à l'ANAM ne permettent pas de réaliser pleinement les activités prévues dans le contrat annuel de performance (CAP).

Ce contrat permet à l'ANAM de justifier toutes les activités réalisées au cours de l'année.

Le manque d'actions permettant l'appui et l'accompagnement des communes a affaibli leurs engagements vis-à-vis du financement du régime.

La gratuité d'une prestation médicale comme c'est le cas du RAMED génère souvent une consommation abusive et des difficultés financières pour faire face aux besoins et garantir la couverture universelle.

Cette étude de cas montre ainsi que malgré les déclarations internationales, le Mali s'est retrouvé la plupart du temps seul à s'attaquer au problème de l'accès aux soins pour les pauvres. Bien qu'il y ait eu quelques stratégies pour apprendre d'autres pays dans un timide processus de transfert de politique, celles-ci ont eu peu d'effets, contrairement au Rwanda où la volonté politique a été plus forte (Chemouni, 2018).

En plus de la possibilité de chercher d'autres sources de financement, une révision de la contribution de l'État et des collectivités territoriales reste indispensable

La mise en œuvre du RAMED est une « épine de moins dans le pied ».

La mise en œuvre du RAMED laisse place à des difficultés qui pourraient être prises en compte pour améliorer son fonctionnement notamment dans la communication pour sensibiliser davantage la population.

Conclusion

Peu importe les mesures prises pour résoudre la problématique du financement, il est indispensable de gérer les ressources du régime selon les principes de l'assurance sociale et dans le respect des principes de la bonne gouvernance qui imposent la création d'une structure indépendante de gestion et la mise en place de la régularisation du RAMED à l'instar de l'AMO. Si le RAMED est conçu pour garantir la gratuité des prestations médicales, certains bénéficiaires rencontrent des difficultés pour l'accès aux soins et doivent se débrouiller pour se

soigner en l'absence de certaines prestations ou médicales dont ils ont besoin, certes en l'absence des ressources suffisantes.

Les fonds actuels ne permettent pas de satisfaire les besoins, ce qui entache l'acceptabilité sociale du régime et menace sa pérennité. Il est indispensable d'améliorer son financement par une diversité de ses ressources et plus d'engagement des acteurs afin de garantir un financement pérenne géré selon les principes de la bonne gouvernance.

Bien que le RAMED est un régime du système non contributif, il est considéré comme un puissant levier qui contribue fortement au renforcement de la cohésion nationale, à travers la prise en charge médicale gratuite des indigents et surtout des personnes civiles et militaires blessées au cours ou à l'occasion de conflits armés ou de catastrophe.

Les réalisations de l'Initiative de Bamako ont été critiquées tant sur le plan de la non-atteinte des objectifs financiers que sur le plan de l'équité. Le RAMED a donc été introduit pour renforcer les insuffisances du système de santé malien. Bien que la mise en œuvre ait eu lieu sur l'ensemble du territoire malien, notre étude s'est principalement attachée à comprendre le processus de mise en œuvre du RAMED pour les soins aux indigents, en se focalisant sur la mise en œuvre dans les structures pyramidales conventionnées relevant de l'Etat telles que le Centre de Santé Communautaire (CSCOM), le Centre de Santé de Référence (CSREF) et les Hôpitaux publics.

Le RAMED est un des trois dispositifs de protection sociale au Mali. Il est destiné à la prise en charge médicale gratuite des plus pauvres et autres admis de droit (orphelins, enfants des rues, détenus, victimes de guerre).

L'étude a été très enrichissante car elle a permis de comprendre ce qui se fait dans la réalité et de mettre en évidence certaines difficultés rencontrées dans ce programme.

Enfin de compte, les résultats de cette étude ont pu offrir une base et un point de départ pour une réflexion plus approfondie sur toutes les étapes du processus de prise en charge des personnes médicalement nécessiteuses (ou démunies) dans la structure pyramidale au Mali.

Le RAMED constitue un dispositif ambitieux et précurseur (ou pionnier) dans la sous-région. Il dispose d'atouts indéniables : financement étatique, besoin réel avéré (ou reconnu), contexte national et international sceptique mais favorable à l'initiative.

La mise en œuvre du RAMED est une « **épine de moins dans le pied** ».

➤ **Pour minimiser ces insuffisances dans la mise en œuvre du RAMED, des recommandations sont formulées à l'intention de la direction générale de l'ANAM, la structure pyramidale conventionnée et aux indigents :**

- ✓ respecter les règles de la structure pyramidale ;
- ✓ mettre en synergie les différentes politiques sociales en faveur des plus pauvres.
- ✓ organiser systématiquement de recyclage du personnel débutant par le personnel le plus ancien, qui est distingué à l'accueil ;
- ✓ élaborer un manuel de procédure fixant les rôles et obligations de chaque acteur.
- ✓ maintenir la qualité des soins conforme l'acceptation et aux attentes de la population cible ;
- ✓ Assurer une offre de soins de santé équitable et accessible dans tout le pays
- ✓ enregistrer et utiliser systématiquement des dossiers permettraient d'identifier les lacunes du système de traitement des services de santé et d'y remédier.
- ✓ revoir autant que possible la composition du panier de soins RAMED, en vue d'inclure des tests spécifiques qui ne peuvent pas être payés par les nécessiteux ;
- ✓ décentraliser l'ANAM et faciliter le processus d'enregistrement des demandeurs à travers le Mali.

Ces recommandations permettront d'améliorer la prise en charge des personnes démunies par le RAMED.

Annexes

Ministère de la santé et du développement social

République du Mali

.....
Agence nationale d'assistance médicale
(ANAM)

un peuple – un but – une foi



RECEPISSE D'IMMATRICULATION

N° Réf :/XXXX - .../.../ 2024

Bamako, le .../.../ 2024

Monsieur/ Madame (**intéressé**)

C.IV du District de Bamako ; tél :

Monsieur/ Madame (**intéressé**)

Nous vous informons que vous êtes inscrit sous le numéro :

1111234567890 au régime d'assistance médicale (**RAMED**)

Vous voudrez présenter ce récépissé lors de vos contacts avec les prestataires de soins conventionnés et de toutes vos correspondances avec l'Agence nationale d'assistance médicale. Ce présent récépissé est valable du **Janvier 2022 au 31 Décembre 2024** sur toute l'étendue du territoire national et doit être présenté pour toute sollicitation de prestation de soins à la charge du régime d'assistance médicale (RAMED). En cas de doute, le prestataire de soins est en droit d'exiger la présentation d'un titre d'identité.

Veillez agréer, Monsieur/ Madame (**intéressé**), l'expression de nos salutations distinguées.

Le chef de département social et immatriculation

Monsieur/ Madame

Signature

Tel Assuré: _____



FEUILLE DE SOINS MALADIE N° Dossier N°

Accord Préalable Oui Non **024701**

Nom et Code de la Structure: _____
 NIP du Malade: _____ N° Assuré (e): _____
 N° Ayant Droit: _____
 Statut: 1. Ouvrant droit / / 1.1 Ayant droit / / 2. Admis de droit / / 2.1 Détenu / / 2.2 Bienfaisance / /
 2. 3. B Guerre / / 2. 4. B Catastrophe / /
 Age du Malade: _____ Sexe: M / / ou F / / Activité: _____
 Adresse: _____
 Quartier, Village _____

Hospitalisation: Ambulatoire:

Maladie: Maternité: Accident: Autres

Libellé actes	Quantité actes	Prix Unitaire	Montant RAMED	Signature et Cachet du prescripteur

Date et Lieu: _____ Signature et Cachet de l'Agent Financier de l'Etablissement _____

Nombre de jour d'hospitalisation	Prix Journalier Hospitalisation	Montant RAMED

NIP du Praticien: _____ Code du Praticien: _____

Diagnostic: _____

Médicament en DCI Réservée au Prescripteur	Substitution	Posologies	Quantité	Prix Pharmacie hospit.	Prix Pharm. Ext	Signature et Cachet du Pharmacien
						Pharmacie hospitalier
						Pharmacie Extérieure

Cachet et Signature du prescripteur Montant RAMED

Signature et Cachet de l'Agent Financier de l'Etablissement

Tel Assuré :



FEUILLE D'EXAMEN N° Dossier N°

Accord Préalable Oui Non 031051

Nom et Code de la Structure :

N°P du Praticien : Code du Praticien :

N°P du Malade : N° Assuré (e) :

N° Ayant Droit :

Statut : 1. Ouvrant droit / / 1.1 Ayant droit / / 2. Admis de droit / / 2.1 Détenu / / 2.2 Bienfaisance / /
 2.3 B Guerre / / 2.4 B Catastrophe / /

Age du Malade : Sexe : M / / ou F / / Activité :

Adresse :

Quartier, Village

Hospitalisation : Ambulatoire :

Maladie : Maternité : Accident : Autres :

Date et Lieu :

Libellé actes	Quantité actes	Prix Unitaire	Montant RAMED	Date et Signature et Cachet de Laboratoire
				Laboratoire N°1
				Laboratoire N°2
Montant RAMED				

Cachet et Signature
du prescripteur

Lieu et Date

Signature de l'Agent Financier de
l'Etablissement

Références bibliographiques

- ✓ ANAM (Mali) « Compte rendu de la rencontre ANAM - CHU Gabriel TOURE » Bamako, Jeudi 22 Août 2013.
- ✓ ANAM (Maroc). Rapport d'activités relatif au RAMED au titre de l'année **2016**. Rabat : ANAM ; 2017. 40 p.
- ✓ Asante, A. D., Jacobs, B. & Wiseman, V. (2019). Transformer le financement des systèmes de santé dans le Bas-Mékong : S'assurer que les pauvres ne sont pas laissés pour compte. *Health Policy & Planning*, 34(Supplement_1), i1-i3. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz098>
- ✓ Balique H. Quels systèmes de santé ? L'hôpital public en Afrique francophone. *Médecine Tropicale*, 2004.
- ✓ Chemouni, B. (2018). La voie politique vers la couverture maladie universelle : Pouvoir, idées et assurance santé communautaire au Rwanda. *Développement mondial*, 106, 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.023>
- ✓ Ferrié, J.-N., & Omary, Z. (2019). La trappe des décisions irréfléchies : le Régime d'assistance médicale au Maroc (RAMED) et le Plan Sésame au Sénégal. *Mondes En Développement*, 47(187), 15–28.
- ✓ Ferrié, J.-N., Omary, Z. & Serhan, O. (2018). Le Régime d'assistance médicale (RAMED) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Revue française des affaires sociales*, 1, 125–143. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-page-125.htm>
- ✓ HGT. « Conseil d'Administration » Bamako, 2014 - 2016.
- ✓ Lenake P., (2022), Enjeux et défis des systèmes de protection sociale dans la Préfecture d'Agoè-Nyivéau Togo, mémoire de Master, Université de Lomé, Lomé, Togo, 116.p.
- ✓ Ministère de la Santé - Rapport. « Les comptes nationaux de la santé. Etudes de la Banque Mondiale, Etude actuarielle relative au Projet de Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Faibles » Royaume Maroc, 2002.
- ✓ Observatoire national du développement humain (ONDH) du Maroc. Rapport du Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis. Rabat : ONDH ; 2017.

- ✓ OCDE « Pauvreté et santé », Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD. 2003.
- ✓ Olivier de Sardan, Jean Pierre, et Ridde VALERY. Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Paris : KARTHALA, 2011. PP.22-24
- ✓ Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle. Genève (Suisse) : OMS ; 2010 ;
- ✓ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). 2009- 2018. « Collectif, L'accès aux soins des indigents en Afrique subsaharienne » Revue Tiers Monde, n°164, Octobre- Décembre 2002 : 903-925.
- ✓ Ridde VALERY « Les communautés améliorent la PEC des indigents » Note d'information recherche-action, Octobre 2010.
- ✓ Sanoussi KONATE. Cinquante ans d'actions de développement de la santé au Mali. Presses universitaires du Sahel, s.d. PP77-78
- ✓ SECK, Abdoul Karim GUEYE - Pape Salif. « Étude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal » Rapport final, Novembre 2009.
- ✓ Stern ERICH. Les conflits de la vie, causes de la maladie. Paris : Payot, 1955.
- ✓ UNICEF, OMS. « La déclaration d'Alma-Ata » 12 Septembre 1978.
- ✓ Ouedraogo Y., (2022), Méthode de financement des régimes de retraites dans l'espace CIPRES : limites et réformes, mémoire de Master, Université Catholique de Louvain, Belgique, 74p.
- ✓ Reysz J., (2010), Le changement de logique de la protection sociale des sans-emplois en Union européenne : De l'aide au revenu à la réintégration sur le marché du travail, thèse de doctorat, Université de Grenoble, Grenoble, 432 p

Webographie

- ✓ <https://www.revuefreg.fr/index.php/home/issue/archive>
- ✓ <https://www.revuecca.com/index.php/home/issue/archive>
- ✓ <http://fichiers.fhf.fr/documents/1.-Systeme-de-sante-au-Mali.pdf>
- ✓ <https://provalisresearch.com/fr/produits/logiciel-d-analyse-qualitative/> visité le 22/06/18
- ✓ https://fr.wikisource.org/wiki/Constitution_du_Mali_du_26_mars_2012
- ✓ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Mali> visité le 19/06/17

- ✓ https://fr.wikipedia.org/wiki/Géographie_du_Mali visité le 19/06/17
- ✓ <http://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/03/14/the-malian-economy-holdssteady-in-the-face-of-crisis> visité le 27/06/18 à 05h23.