

FACTEURS LIES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU NIVEAU DES CSCOMS A KALABAN CORO, KATI, MALI

Factors associated to the implementation of compulsory health insurance at the CHC level in Kalaban Coro, Kati, Mali

Boubacar Sidiki KOUYATÉ¹, Oumar SANGHO^{1,2,3,4}, Fanta SANGHO^{1,2,4,5}, Yaya SANGARE⁶, Mahamadou Oumar CISSE⁶, Cheick Abou COULIBALY^{1,6}, Yaya TOGO^{1,6}, Aboubacar SANGHO^{5,7}, Akory Ag IKNANE⁶, Hamadoun SANGHO¹

1 : Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP), FMOS, USTTB, Bamako, Mali ; 2 : Département d'Enseignement et de Recherche des Sciences Biologiques et Médicales (DERSBM), Faculté de Pharmacie (FAPH), USTTB, Bamako, Mali ; 3 : Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM), Hamdallaye ACI, Bamako, Mali ; 4 : Groupe d'Experts pour l'Opérationnalisation de l'Assurance Maladie Universelle, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), Mali ; 5 : Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), Mali ; 6 : Institut National de Santé Publique (INSP), Bamako, Mali ; 7 : Département d'Enseignement et de Recherche des Sciences Pharmaceutiques, FAPH, USTTB, Bamako, Mali

Auteur correspondant : Dr Oumar Sangho, MD, MPH, PhD, Maître Assistant en Epidémiologie au DERSBM/FAPH, Chef Section Planification et Etude à l'ANTIM, Tél : 76 22 58 77, 66 76 67 82, Email : osangh2005@gmail.com

RESUME

Objectif : Identifier les facteurs influençant la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans deux centres de santé communautaire du district sanitaire de Kalaban Coro dans le Cercle de Kati. **Matériel méthodes** : il s'agissait d'une étude transversale descriptive couvrant la période du 1^{er} juillet 2017 au 31 octobre 2018 dans les CSComs de Koulouba et Kalaban Coro central. Nous avons réalisé une analyse documentaire et des entrevues individuelles approfondies de 20 personnes. Une analyse de contenu a été faite manuellement selon les logiques déductive et inductive. **Résultats** : Sur l'ensemble des prestations en 2017, les assurés de l'AMO ont bénéficié de 5% des accouchements, 7% des premières consultations prénatales et 8% des consultations curatives au niveau du CSCom de Koulouba contre respectivement 0,1%, 0,3% et 3% à Kalaban Coro central. La mise en œuvre de l'AMO et les mécanismes de remboursement ont été facilités grâce à la mise en place des canaux d'informations et de communications, à la formation des membres des Fédérations des ASACO au niveau national, régional et local et à d'autres formes d'appuis aux CSComs. Le délai de remboursement était de 1-3mois à Koulouba contre une absence depuis 2017 à Kalaban Coro central. Les systèmes de gouvernance, de suivi et évaluation et de motivations du personnel étaient insuffisants, voire inexistant. Ils avaient pour conséquences, des difficultés financières et d'approvisionnement en médicaments. **Conclusion** : Parmi les facteurs identifiés, le mécanisme de remboursement des prestations posait le plus de problème aux CSComs et organismes gestionnaires délégués. **Mots clés** : Assurance maladie, mise en œuvre, Centre de Santé Communautaire, Kalaban Coro, Mali

ABSTRACT

Objective: To identify the factors influencing the implementation of compulsory health insurance in two community health centers (CHC) in the health district of Kalaban Coro in Kati. **Material methods**: It was a cross-sectional descriptive study from July 1, 2017 to October 31, 2018 in both CHC of Koulouba and Kalaban Coro central. We conducted a literature review and in-depth interviews with 20 people. A content analysis was done manually using deductive and inductive logic. **Results**: Out of all the services in 2017, those insured by the compulsory health insurance benefited from 5% of deliveries, 7% of the first antenatal cares and 8% of curative cares at the CHC of Koulouba against 0.1%, 0.3% and 3% respectively in CHC of Kalaban Coro central. The implementation of the compulsory health insurance and the reimbursement mechanisms have been facilitated through the establishment of information and communication channels, the training of members of the Federations of Community Health Associations at national, regional and local levels and other forms of support for CHC. The reimbursement period was 1-3 months in Koulouba against an absence since 2017 in Kalaban Coro central. Governance, monitoring and evaluation and staff motivation systems were weak or nonexistent. They resulted in financial and drug supply difficulties. **Conclusion**: Among the factors identified, the reimbursement mechanism posed the most problem for CHC and delegated management organizations. **Keywords**: Health insurance, implementation, Community Health Center, Kalaban Coro, Mali

INTRODUCTION

La situation sanitaire des pays en développement est préoccupante, et cela malgré quelques progrès constatés ces trente dernières années [1]. Ce constat a amené les organisations internationales et les gouvernements à faire du secteur de la santé une priorité dans la lutte contre la pauvreté et les politiques de développement [2]. L'organisation moderne des systèmes de santé en Afrique remonte pour l'essentiel aux années 1920-1930 avec, dans les colonies françaises, une empreinte très marquée du service de santé des armées. L'hôpital jouait un rôle essentiel, et autour s'organisait un réseau d'institutions publiques et privées de soins [3]. En Afrique au sud du Sahara au lendemain des indépendances, le modèle sanitaire colonial a été globalement reconduit [4]. C'est le concept de « santé pour tous » qui était de règle et la gratuité des soins était le système dominant [4]. Face à l'impossibilité matérielle de promouvoir de façon durable une politique de santé basée sur la gratuité pour tous, vers les années 1978 et 1988, les gouvernements, l'Organisation des Nations Unies pour l'Enfant (UNICEF) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont proposé la tarification des soins et la décentralisation de la gestion des systèmes de santé pour créer un environnement favorable à un marché de santé [4]. Cette réforme appelée Initiative de Bamako, a tenté de résoudre les problèmes d'inefficacité et d'iniquité des systèmes de gratuité, mais très vite, va se heurter à la persistance de questions de fonds non préalablement résolues [4]. La réforme comportait deux volets, dont le « recouvrement de coût constitué par la tarification » et la « participation communautaire » [5]. Malgré leur objectif de lutter contre la désaffection des structures de santé publique, l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé et l'amélioration de l'équité, des obstacles subsistent encore » [5]. Ces phénomènes ont conduit à la mise en place de mécanismes de financement des services de santé dont : 1) le système national où les utilisateurs paient l'acte médical ; 2) l'assurance sociale, privée ou publique, où les « acheteurs de soins » assurent les consommateurs grâce au paiement d'une prime d'assurance avec/sans l'appui de l'employeur [5]. L'impact de ce type de mécanisme reste très limité avec la faible couverture de la population et sa stratégie de financement communautaire [5]. Une analyse du financement de la santé, de la couverture maladie et de l'assurance maladie s'impose et elle montre que le développement des dispositifs assuranciers demeure récent en Afrique francophone [6]. L'approche Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en plus de la

couverture maladie universelle est une expression pratique du souci de l'équité et du droit en matière de santé selon l'OMS [7]. Elle contribue aussi à l'atteinte des objectifs du développement durable (ODD) à travers les objectifs : assurer une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges et assurer la couverture sanitaire, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels [7]. Dans le cadre de l'AMO au Mali, en 2015, 1692 établissements de soins ont été conventionnés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) dont 979 CSComs [8]. En 2016 seulement 58 CSComs délivraient des prestations aux assurés de l'AMO soit environ 6% [8]. Dans le district sanitaire de Kalaban Coro, sur 14 CSComs conventionnés seulement 5 arrivaient à assurer les prestations de l'AMO soit 35,7% [9]. Cette étude a été initiée pour identifier les facteurs liés à la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs du district sanitaire de Kalaban Coro dans le Cercle de Kati.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive couvrant la période du 1^{er} juillet 2017 au 31 octobre 2018. Nous avons adopté une approche quantitative axée sur une analyse documentaire et une approche qualitative avec des entretiens individuelles approfondies. Le choix des CSComs a été fait sur la base de leur bon fonctionnement de l'AMO. Ainsi le CSCom de Koulouba a été choisi au hasard parmi les 5 CSComs où l'AMO fonctionnait bien et Kalaban Coro central parmi les 9 autres où le fonctionnement n'était pas bon.

La méthode d'échantillonnage utilisée a été le choix raisonné pour les prestataires de santé, le personnel de la CANAM et CMSS, les membres de l'Association de Santé Communautaire (ASACO), selon leurs expériences et leurs rôles déterminants dans le processus. La technique d'échantillonnage par commodité a été utilisée pour les bénéficiaires de l'AMO présents dans les CSComs durant l'enquête en tenant compte de leur diversité. Au total, nous avons interviewé 20 personnes, qui ont acceptées de répondre à nos questions. A Kalaban Coro central, nous avons interrogé 3 prestataires (1 médecin (Directeurs Techniques de Centre (DTC)), 1 sage-femme et 1 infirmière d'état), 1 membre de l'ASACO (Trésorier) et 3 bénéficiaires. A Koulouba il y avait 3 prestataires (1 médecin (DTC), 1 sage-femme et 1 infirmière d'état), 2 membres de l'ASACO (Président et trésorier) et 5 bénéficiaires. Il y avait 2 cadres de la CANAM (chef de division suivi des prestations et le chef de division des

conventions) et 1 médecin de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS).

Nous avons utilisé diverses sources de données. Nous avons réalisé en premier lieu une revue de registres, de rapports et de divers documents pour estimer le degré de fonctionnalité de l'AMO au niveau des deux CSComs concernés par l'étude. Ensuite, nous avons effectué 20 entretiens. Nous avons décrit dans les deux CSComs le résultat du paquet minimum d'activités de 2017. Le logiciel EXCEL a été utilisé pour l'analyse des données quantitatives. Pour les données qualitatives, une analyse du contenu, verticale et transversale, des données recueillies a été faite manuellement selon les logiques déductive et inductive.

Un formulaire d'information et de consentement pour les participants a été mis à la disposition des répondants. Il s'agissait pour nous de nous engager envers les répondants à respecter la confidentialité des informations fournies et d'obtenir leurs consentements libres, volontaires et éclairés pour leurs participations à l'étude.

RESULTATS

1. Les prestations de l'AMO en 2017 dans les CSComs de Koulouba et Kalaban Coro central

Les prestations fournies aux assurés de l'AMO représentaient : 5% des accouchements, 7% des premières consultations prénatales (CPN1) et 8% des consultations curatives en 2017 au niveau du CSCom de Koulouba. Elles ont été de : 0,1% des accouchements, 0,3% des CPN1 et 3% des consultations curatives en 2017 à Kalaban Coro central.

2. Facteurs positifs et négatifs liés à la mise en œuvre de l'AMO dans les CSComs de Koulouba et de Kalaban Coro central.

2.1 Facteurs positifs

2.1.1. Information/communication : Dans le cadre de l'information et de la communication, selon les cadres de la CANAM interviewés « des missions de sensibilisation ont été menées par la CANAM en collaboration avec les Fédérations des ASACO, Nationale (FENASCOM), Régionale (FERASCOM) et Locale (FELASCOM) au cours desquelles des conventions ont été signées avec les présidents d'ASACO. En plus, il y a eu des cérémonies de lancement au niveau des hôpitaux, CSRéf et CSComs ».

Tous les six prestataires interviewés au niveau des CSCom ont affirmé avoir été informés de la mise en œuvre de l'AMO dans leurs structures. Leur travail a consisté à informer le reste du personnel, à éclairer certains membres d'ASACO, à sensibiliser et informer la population sur les prestations autorisées par l'AMO au niveau des CSComs.

Les membres de l'ASACO de Koulouba (le président et le trésorier) ont affirmé « qu'ils ont été informés et impliqués par rapport à la mise en œuvre de l'AMO ».

2.1.2. Renforcement de capacité

➤ Formation

Dans le cadre du renforcement des capacités, après la signature de la convention avec les CSCOM, les responsables de la CANAM interviewés ont affirmé que « les prestataires et les responsables des ASACO, ont bénéficié au niveau de la FENASCOM de séances de formation sur le remplissage des supports AMO, les prestations prises en charge par l'AMO dans les CSComs, la reconnaissance des ayants droits et des ouvrant droits, la démarche à suivre pour le remboursement des prestations. ».

Les six prestataires qui ont été interviewés, ont affirmé qu'ils « ont reçu des formations soit par des formateurs envoyés par la CANAM, soit par leur médecin déjà formés après la signature de la convention. Selon eux, ces formations ont porté sur : les prestations disponibles dans l'AMO au niveau des CSCom ; la démarche à suivre pour le remboursement ; la reconnaissance des ouvrants droits et des ayants droits ; le remplissage des supports ; l'introduction de l'AMO au niveau des CSComs (les avantages de l'AMO et le rôle des prescripteurs).

➤ Appuis aux CSComs

Par rapport aux appuis de la CANAM, selon les membres de l'ASACO de Koulouba, « ils ont reçu deux agents techniques pour leur espace AMO et un ordinateur portable en 2018 ». Pour ceux de Kalaban Coro central « ils ont reçu aussi dans la même année, quatre agents techniques et un ordinateur portable ».

2.1.3. Mécanisme de remboursement

➤ Pièces à fournir :

D'après le médecin de la CMSS, responsable de l'AMO interviewé, pour le remboursement des prestations, «les CSCom doivent fournir les pièces suivantes : feuilles de soins dont le premier volet pour les actes, le 2e volet pour les médicaments ; facture contenant un tableau récapitulatif des prestations (signée du médecin ou du gérant) ; numéro de compte bancaire soumis à une vérification chaque année et du bordereau d'envoi pour les organismes gestionnaires délégués (CMSS et l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS). D'après les deux médecins DTC, pour le remboursement des prestations : « ils fournissent les pièces suivantes : les feuilles de soins (consultation, pansement, analyse et ordonnances) ; facture des prestations ; le bordereau d'envoi qu'on dépose à la CMSS et l'INPS.

Concernant les pièces à fournir pour le remboursement des prestations, les membres

des ASACO de Koulouba et de Kalaban Coro central, ont dit que « c'est le travail des DTC ou des gérants ont cités comme pièces à fournir les feuilles de soins, les ordonnances et la facture.

2.2. Facteurs négatifs

2.2.1. Information/communication

A Kalaban Coro central, le trésorier, a affirmé qu'ils n'ont été ni informés ni impliqués. Il a avancé comme raison « qu'ils viennent d'être élus il y a seulement un an ».

2.2.2. Renforcement de capacité

➤ Formation :

Selon les membres des ASACO « ce sont seulement les prestataires de santé qui ont bénéficié des formations ».

2.2.3. Mécanisme de paiement

➤ Délai de remboursement

Le délai moyen des remboursements selon le médecin responsable de l'AMO de la CMSS « est de deux semaines pour les structures privées et d'un mois pour les structures publiques. Il peut être rallongé souvent à cause de la quantité de feuilles de soins à vérifier et selon certaines périodes de l'année (mai, juin, juillet, août). Ce délai peut être dépassé dans les cas suivants : les rejets qui sont dus à l'absence de cachet de validation ou cachet espace AMO, l'absence de code de la structure, les abus de consommation, la prescription de médicaments ne faisant pas partis de la liste des médicaments autorisés par l'AMO dans les CSComs, l'absence du cachet personnel du médecin de la structure et l'absence du code prescripteur sur les ordonnances ».

Concernant le délai moyen de remboursement, les responsables du CSCom de Koulouba « ont indiqué qu'il va de 1 à 3 mois » et ceux de Kalaban Coro central « qu'ils n'ont pas bénéficié de remboursement depuis 2017 ». Selon les membres de l'ASACO de Koulouba « le délai de remboursement est de 2 mois » et ceux de Kalaban Coro central « qu'ils n'ont pas reçu de remboursement depuis 2014 ».

2.2.4. Difficultés de la mise en œuvre de l'AMO selon la CANAM et la CMSS :

Les problèmes constatés dans les CSComs au cours des supervisions étaient :

- **au niveau des prestataires de soins :** problèmes d'organisation des services (la non fonctionnalité de l'AMO 24 heures/24 ; problèmes financiers (tensions de trésorerie) ; instabilité du personnel formé dans les CSComs.
- **au niveau de l'ASACO :** mésentente entre les membres et le personnel du CSCom ; absence de communication entre la CANAM et les CSComs.
- **au niveau du dépôt de vente dans les CSComs :** ruptures des feuilles de soins, d'encre et de cachet.

- **au niveau des bénéficiaires :** non accès à certains médicaments au niveau des CSComs sur l'AMO.

2.2.5. Difficultés de la mise en œuvre de l'AMO selon les Prestataires :

D'après les prestataires des CSComs de Koulouba et de Kalaban Coro central les problèmes qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre de l'AMO au sein de leurs structures étaient : approvisionnement en support AMO ; cas de fraude avec l'utilisation des anciennes cartes (non biométriques) ; interdiction depuis 2013 de la prescription des spécialités dans les CSComs ; rejet de tous les dossiers de remboursement pour raison de droit fermé d'un assuré ; limitation des prestations dans les CSComs médicalisés ; gestion des agents techniques des espaces AMO qui travaillent dans les CSComs mais qui sont sous l'autorité de la CANAM ; arrêt des prestations AMO à 14 h après le départ des agents techniques des espaces AMO ; attribution du cachet AMO et du code prescripteur à la sage-femme maîtresse seule au niveau de la maternité du CSCom de Kalaban Coro central ; réticence de certains assurés pour le paiement du ticket modérateur ; absence d'ordinateur pour l'identification des assurés ; insuffisance d'information sur la nouvelle carte biométrique, qui n'indique pas si l'assuré est de la CMSS ou de l'INPS.

2.2.6. Difficultés de la mise en œuvre de l'AMO selon les ASACO :

Selon les membres des ASACO de Koulouba et de Kalaban Coro central, les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de l'AMO étaient entre autres : manque d'information et de formation ; difficultés de remboursement des prestations ; ruptures fréquentes des supports AMO ; rejets des dossiers de remboursement ; délais de remboursement trop longs et la désinformation de la population sur les médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI).

DISCUSSION

1. Au plan méthodologique : La majorité des facteurs énoncés dans la littérature ont été retrouvés dans notre étude. La collecte des données quantitatives a été faite grâce à la revue documentaire dans les deux CSComs. Elle a concerné seulement les données de 2017, permettant valablement de faire une analyse. Le recueil des données qualitatives a enregistré près de 95% des répondants. Seulement un bénéficiaire n'a pu être interviewé à Kalaban Coro central faute de mauvais fonctionnement de l'AMO ce qui a amené notre échantillon de 21 à 20. Malgré ces limites, nos résultats ont permis d'atteindre nos objectifs.

2. Aspects prestations AMO au niveau des deux CSComs : Les principaux éléments qui

ressortaient de notre analyse étaient les suivants :

Premièrement nous avons noté une faible prestation du paquet minimum d'activités sur l'AMO au niveau des deux CSCComs de Koulouba et de Kalaban Coro central d'au plus 8% et 3% respectivement. Cette faiblesse n'est pas seulement due à la mauvaise perception des bénéficiaires sur l'AMO. Elle serait aussi due à un certains nombres difficultés liés à sa mise en œuvre à savoir : l'absence de communication entre la CANAM et les CSCComs ; un problème d'organisation de service en occurrence la non fonctionnalité de l'AMO 24h/24h dans la plupart des CSCComs, la rupture des feuilles de soins au niveau des CSCComs, l'interdiction de la prescription des médicaments en spécialité, la rupture de certains médicaments, le rejet des dossiers de remboursement des prestations, retard ou absence de remboursement des prestations.

3. Aspect information/ communication : Au cours des différents entretiens avec les prestataires de santé et les membres de l'ASACO, nous avons constaté qu'ils ont été fortement impliqués dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCComs. Ce qui a eu comme effet l'information et la compréhension du processus par ces acteurs. Cependant, nous avons noté une insuffisance voire une absence de stratégie d'information/communication continue entre la CANAM et les acteurs de la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCComs. Ainsi à cause du début problématique de l'AMO, le processus de mise en place n'a pas pu être respecté à cause de l'insuffisance de communication entre les assurés et la CANAM, malgré l'implication des prestataires et des membres de l'ASACO à travers la FENASCOM et ses démembrements. Nous avons trouvé aussi une insuffisance voire absence de stratégie d'information/communication continue entre les CSCComs de Koulouba et Kalaban Coro central et la CANAM. C'est le même résultat que l'étude de VIGAN-MEDJI DPR en 2017 qui trouve que tous les acteurs sont d'accord sur le fait que les modalités de communication, d'information et de sensibilisation étaient inadéquates, insuffisantes et donc défailtantes [10]. Aussi, De Allegri et al. trouve qu'un faible degré de connaissance contribuerait à renforcer le scepticisme des populations à l'égard de la mutuelle et exercerait une influence négative sur l'adhésion [11]. A l'inverse, une bonne campagne d'information contribuerait à construire la confiance des communautés à l'égard des promoteurs et des responsables de la mutuelle [12].

4. Aspect renforcement de capacité des CSCComs de Koulouba et Kalaban Coro central : Ce facteur a été inhérent aux

responsables de la CANAM car, les propos ont été différents de ceux des membres des ASACO. Selon ces derniers, ce sont seulement les prestataires de santé qui ont bénéficié de ces formations. Nous avons constaté que cette situation a beaucoup joué sur la mise en œuvre de l'AMO car les membres de l'ASACO interrogés ne connaissaient pas bien son fonctionnement. Ce qui demeure un facteur important dans le dysfonctionnement de l'AMO dans ces deux CSCComs, vu l'importance des ASACO dans la gestion des CSCComs. Aussi la réception tardive des appuis (ordinateurs et agents techniques des espaces AMO), sept ans après le conventionnement explique en grande partie la persistance de certains problèmes comme les fraudes et les rejets des dossiers de remboursement. L'étude de VIGAN-MEDJI DPR, 2017 arrive au même résultat avec une insuffisance de qualification des acteurs, avec en plus une mauvaise gestion des ressources, une mauvaise coordination des activités (rôles non clairement définis) et une mauvaise collaboration [10].

5. Aspect mécanisme de remboursement des prestations : Le mécanisme de remboursement des prestations a été aperçu comme le facteur le plus déterminant au niveau des CSCComs. Il y avait une connaissance des pièces à fournir pour le remboursement des prestations. Cependant, nous avons constaté que le non-respect du délai de remboursement pose de sérieux problèmes à cause de l'augmentation de la quantité de documents à traiter pendant certaines périodes l'insuffisance de maîtrise des motifs de rejet des dossiers. Ce délai de remboursement allait de 2 à 3 mois à Koulouba et presque absent depuis 2017 à Kalaban Coro central. VIGAN-MEDJI DPR trouve le même retard ou absence de remboursement des prestations à Bassila « tous les acteurs dénonçaient l'absence de remboursement des prestations qui avaient des répercussions sur le fonctionnement des formations sanitaires entraînant une suspension du processus » [10]. A Cotonou « tous les prestataires de soins indexaient le retard ou parfois l'absence de remboursement comme handicap majeur au processus » [10].

CONCLUSION

L'étude a permis d'identifier des facteurs influençant positivement ou négativement la mise en œuvre de l'AMO dans le District Sanitaire de Kalaban Coro. Ces facteurs sont liés à l'information/communication, au mécanisme de paiement, à la gouvernance, au renforcement des capacités, à la motivation et au suivi-évaluation. Le mécanisme de remboursement des prestations posait le plus de problème aux CSCComs et organismes gestionnaires délégués.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : façonner l'avenir [Internet]. Genève, Suisse: OMS; 2003 [cité 12 oct 2020] p. 193. Disponible sur: https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf?ua=1
2. WHO Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development: executive summary / report of the Commission on Macroeconomics and Health [Internet]. World Health Organization, Geneva; 2001 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42463>
3. Jacquemot P. Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. *Afr Contemp.* 2012;243(3):95-7.
4. Tizio S, Flori Y-A. L'initiative de Bamako: santé pour tous ou maladie pour chacun? *Rev Tiers Monde.* 1997;38(152):837-58.
5. Ridde V. Analyse d'une réforme du financement des systèmes de santé africains au niveau local: le cas des mutuelles de santé Montréal [Internet] [Mémoire]. [Montréal, Canada]: Université Laval; 2001 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/request/request_dl.php?api_user_id=1627688&dlkey=AB96BRRW&content_type=application/pdf
6. Dukhan Y. Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement [Internet] [Thèse Nouveau Régime]. [France]: Université d'Auvergne Clermont-Ferrand 1; 2010. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00480976/document>
7. World Health Organization. Positioning health in the post-2015 development agenda [Internet]. WHO, Geneva; 2012 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf
8. Caisse nationale d'Assurance Maladie (CANAM). Caisse nationale d'Assurance Maladie (CANAM). Plan de renforcement et de relance des activités relatives aux prestations du régime de l'AMO au niveau des CSComs conventionnés par la caisse nationale d'assurance maladie. CANAM; 2017.
9. CSRéf de Kalaban Coro. Synthèse des Rapports d'évaluation 2017 et de Programmation 2019. District sanitaire de Kalaban Coro; 2018.
10. VIGAN-MEDJI DPR. Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Bénin: obstacles et facteurs facilitants [Internet] [Mémoire de Master en administration des services de santé]. [Canada]: Université de Montréal; 2018 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20566>
11. De Allegri M, Sanon M, Sauerborn R. « To enrol or not to enrol? »: A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Soc Sci Med* 1982. mars 2006;62(6):1520-7.
12. Waelkens M-P, Criel B. Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche [Internet]. Banque Mondiale; 2004 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/493721468768693061/pdf/289070Waelkens1Les0Mutuelles1whole.pdf>

Tableau I : Récapitulatif de quelques activités 2017 des CSComs de Koulouba et Kalaban Coro central

PMA 2017	AMO -		Kalaban Coro		AMO +		Kalaban Coro	
	Koulouba		central		Koulouba		central	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultation curative	10787	92	9552	97	977	8	265	3
Consultation prénatale 1	498	93	2831	99,7	39	7	9	0,3
Accouchement	335	95	2317	99,9	17	5	3	0,1
Total	11620		14700		1033		277	