

Ministère du Développement Social
De la Solidarité et des Personnes Agées

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

Secrétariat Général

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

Institut National de Formation des
Travailleurs Sociaux (INFTS)



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Cycle Supérieur - OPTION : Développement Social

THEME

« Les services de Développement Social et de l'Economie Solidaire face aux difficultés actuelles des mutuelles du cercle de Sikasso : Cas des mutuelles de santé de Bougoula Ville et de Kignan ».

En vue de l'obtention du Diplôme Supérieur en Travail Social (DSTS)

Sous la direction de :

M. Aboubacar H MAIGA

Administrateur de l'Action Sociale

Présenté et soutenu par :

M. Yousouf KONE

Année universitaire 2007-2008

TABLE DES MATIERES

Table des matières.....	I
Dédicace	
.....V	
Remerciements.....	
.....VI	
Sigles	et
Abréviations.....	VII
Avant- propos.....	IX
Résumé.....	
.....1	
Introduction.....	
.....3	
<u>Première</u>	partie : Cadre
théorique.....	6
<u>Chapitre I :</u>	Problématique et Clarification des
concepts:	7
A- Problématique.....	
....7	
Question	de
recherche.....	9
Objectifs.....	
.....10	
Hypothèses.....	
.....10	

B-Clarification des concepts.....	11
-----------------------------------	----

Chapitre II :

Méthodologie.....	14
--------------------------	-----------

A- Etude documentaire.....	15
----------------------------	----

B- Instruments de collectes des données.....	15
--	----

C- Echantillonnage.....	15
-------------------------	----

D- Enquête de terrain (déroulement de l'enquête).....	16
---	----

E- Difficultés et Solutions.....	17
----------------------------------	----

Deuxième partie : La Mutualité et la problématique de la prise en charge des soins.....

.....18

Chapitre I : Présentation des zones d'étude.....

.....19

I- Présentation de Bougoula Ville dans la commune rurale de Sikasso.....	19
---	-----------

1- Historique.....	19
--------------------	----

2- Etude géographique.....	19
----------------------------	----

3- Etude physique.....	19
------------------------	----

3.1- Relief.....	20
------------------	----

3.2- Climat.....	20
------------------	----

3.3-	Sol	et	
végétation.....			20
3.4-			
Hydrographie.....			20
4-		Etude	
Humaine.....			21
4.1-	Répartition	de	la
population.....			21
4.2-	Structure	de	la
population.....			21
4.3-	Mouvement	des	
populations.....			21
4.3.1-			
Emigration.....			21
4.3.2-			
Immigration.....			21
5-	Organisation	socioéconomique	et
sanitaire.....			22
5.1-		Société	
traditionnelle.....			22
5.2-			
Education.....			22
5.3-			
Santé.....			22
6-	Principales	activités	
économiques.....			23
6.1-	Techniques	et	Moyens
culture.....			de
			23
6.1.1-			
Céréaliculture.....			23
6.1.2-		Cultures	
secondaires.....			23

6.2-		Activités
économiques.....	23	
6.2.1-	Artisanat	et
Commerce.....	23	
6.2.2-		
Transport.....	24	
6.2.3-		
Tourisme.....	24	
6.2.4-		
Communication.....	25	
II- Présentation de la commune rurale de Kignan.....	25	
1-		
Historique.....	25	
2-		Etude
géographique.....	27	
3-		Etude
physique.....	27	
3.1-		
Relief.....	28	
3.2-		
Climat.....	28	
3.3-	Sol	et
végétation.....	29	
3.4-		
Hydrographie.....	30	
4-		Eude
Humaine.....	30	
4.1-	Répartition de la	
population.....	31	
4.2-	Structure de la	
population.....	31	

4.3-	Mouvement	des
populations.....	31	
5-	Organisation	socioéconomique et
sanitaire.....	31	
5.1-		Société
traditionnelle.....	31	
5.2-		
Education.....	32	
5.3-		
Santé.....	32	
6-	Principales	activités
économiques.....	32	
6.1-	Techniques	et Moyens de
culture.....	32	6.1.1-
Céréaliculture.....	32	
6.1.2-		Cultures
secondaires.....	32	
6.2-		Activités
économiques.....	33	
6.2.1-	Artisanat	et
Commerce.....	33	
6.2.2-		
Transport.....	33	
6.2.3-		
Tourisme.....	33	
6.2.4-		
Communication.....	33	

III- La Mutualité et la problématique de prise en charge des soins.....34

1-Généralités sur la mutualité dans le cercle de Sikasso.....34

2-Les structures techniques et leurs missions : DRDS ES, SDS ES et l'UTM...39

IV- Présentation de la mutuelle « Kènèya ton » de Bougoula Ville.....40

1-
Objet.....40

2-Prestations prises en charge.....41

2.1-Evolution des adhésions et des bénéficiaires.....41

2.2- Situation des prises en charge.....42

2.3- situation des cotisations.....43

2.4- Bilan des activités de44

V- Présentation de la mutuelle « Kènèya Gnèsigui ton » de Kignan.....45

1-
Objet.....46

2-Prestations prises en charge.....46

2.1-Evolution des adhésions et des bénéficiaires.....46

2.2- Situation des prises en charge.....47

2.3- Situation des cotisations.....48

2.4- Bilan des activités de la mutuelle.....48

Chapitre II: Présentation et Analyse des résultats.....52

Stratégies d'intervention.....66

Difficultés	
....	66
Suggestions	
.....	66
Conclusion	
....	67
Bibliographie	
....	69
Annexes	

Introduction

Le Mali est resté pendant très longtemps dans un carcan fait du centralisme du régime. Cet état de fait n'a pas permis l'expression des organisations communautaires. Après le déclin de l'Etat providence, les populations n'ont pas été suffisamment appuyées par l'Etat incitateur pour leur propre épanouissement et les actions menées par celles-ci leur ont légué au second plan.

C'est ainsi que les communautés et les autorités se sont données la main, après la révolution de 1991 pour accorder une place de choix à la prévoyance de certains risques sociaux parmi lesquels la maladie, le décès, la vieillesse etc. Comme on le dit, personne n'est à l'abri de la maladie et peu de personnes peuvent faire face aux charges en cas de la survenue d'une maladie. Les faibles revenus irréguliers des ménages ne permettent pas de se faire soigner dans un centre de santé ou dans un hôpital voire acheter les médicaments. Les maladies font de nombreuses victimes au sein des populations, parmi ces bras valides, les enfants et surtout les femmes ; d'où la nécessité de financement de soins de santé pour la plupart des familles maliennes. On notait dans le temps au Mali des pratiques traditionnelles propres à chaque milieu pour prendre en charge les cas les plus cruciaux dont la santé. Comme pratiques, on notait: le secours d'un membre en difficulté à travers le fonds social que le village dispose pour la circonstance. Aussi, il y'avait la vente des biens personnels tels que : le bétail, les métaux précieux, la terre ainsi que l'apport des gens de bonne volonté comme : les parents, les voisins et les amis. C'est ce qui a amené les parties prenantes à savoir l'Etat et la société civile à développer un système de financement alternatif des soins de santé à travers l'Economie Solidaire car les pratiques traditionnelles étaient limitées. Ce système a pour but de pouvoir accéder plus facilement aux soins de santé sur la base de la solidarité et l'entraide entre les membres d'une même communauté et est appelé mutuelle de santé. Cette stratégie de financement alternatif de la santé offre une réelle opportunité d'amélioration de l'accessibilité financière des populations à la santé tout en s'appuyant sur les valeurs fondatrices de notre société. Le développement des mutuelles de santé est aujourd'hui primordial dans la gestion du quotidien et devient de plus en plus une réalité au Mali depuis que l'Etat a assuré la tutelle à travers ces structures techniques à savoir les Directions Régionales de Développement et l'Economie Solidaire et les

services locaux de Développement Social et de l'Economie Solidaire dans les cercles. Cette mission offre une réelle opportunité pour les mutuelles opérationnelles de transcender les difficultés qu'elles rencontrent dans leur fonctionnement tout en accomplissant pleinement les missions qui leurs sont assignées par la loi.

Cette émergence des mutuelles peut être un moyen pour l'accès des populations à moindre coût aux soins de santé dans une région où le nombre de CSCom et de mutuelle sont les plus nombreux dans tout le pays. Mais la timidité de leur fonctionnement peut briser le rêve de beaucoup de communauté. L'existence de partenaires multiples dans le domaine autorise l'optimisme quant à leur développement harmonieux. Malgré tout, les mutuelles rencontrent des difficultés. En effet, cette étude nous a montré un certain nombre de problèmes dont souffrent les mutuelles " Kénéyatou » de Bougoula ville dans la commune urbaine de Sikasso et « Kénéya gnésiguitou » de Kignan dans la commune rurale de Kignan.

Il est important dès à présent de faire la part des choses. En effet, la région de Sikasso est celle où les mutuelles de santé sont en pleine expansion. Toutes ces mutuelles ne reçoivent pas les mêmes appuis, parce que n'ayant pas été mises en place par les mêmes structures mais le SDSSES joue un rôle de tutelle. Le cercle de Sikasso dispose à lui seul une dizaine de mutuelles de santé dont 9 agréées par le gouvernement et fonctionnelles. Ainsi, la question qui se pose est de savoir; si les SDSSES jouent correctement leurs missions à l'endroit de ces mutuelles.

C'est dans cette optique que nous avons choisi de mener notre recherche dans le cercle de Sikasso dont le thème est intitulé « *les services de Développement social face aux difficultés actuelles des mutuelles cas des mutuelles de santé de Bougoula ville et de Kignan* ».

Ce présent travail est divisé en deux grandes parties. La première partie parlera du cadre théorique à savoir : la problématique (questions de recherche, objectifs, hypothèses et la clarification des concepts) ; la deuxième partie est intitulée le cadre pratique. Elle est composée de deux chapitres. Le chapitre I portera sur la présentation des zones d'études, la présentation des deux mutuelles ainsi que la mutualité et la

problématique de prise en charge des soins. Le chapitre II sera consacré à la présentation et l'analyse des résultats de notre recherche.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

Chapitre I : Problématique et Clarification des concepts

Chapitre II : Méthodologie

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE ET CLARIFICATION DES CONCEPTS

A- Problématique :

Le Mali est un pays pauvre et défavorisé par sa situation géographique. Son économie reste tributaire des pays voisins à cause de sa continentalité. Peu de gens disposent de ressources pour assurer le bien être social. La mutualité a été mise en œuvre pour prendre la couche majoritaire de sa population productive mais vulnérable car ne disposant pas de revenus réguliers. La mise en place des mutuelles de santé a constitué pendant un moment une véritable aubaine pour cette frange importante de notre pays. Ces mutuelles rencontrent malheureusement des difficultés dans leur fonctionnement. Pour assurer un développement harmonieux de ces mutuelles, le gouvernement du Mali a pris le problème à bras le corps par l'élaboration d'un environnement législatif et réglementaire et suivi d'informations. Ainsi, depuis le début des années quatre vingt dix, le développement de la mutualité est inscrit au Mali dans les priorités du Gouvernement.

L'élaboration en 1998 du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998 – 2007) s'est accompagné d'un premier programme quinquennal, le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS 1998-2002). Sur les cinq volets de ce Programme, les interventions Développement Social constituant ce Programme, les interventions spécifiques du Développement Social ont été regroupées dans deux volets, l'un concernant la lutte contre l'exclusion sociale, l'autre concernant le développement des formes et des modalités de financement alternatif de la santé¹.

Pour la protection sociale, une stratégie de promotion d'un système de mutualité capable d'intéresser toute la population aussi bien urbaine que rurale a été élaborée dès 1996. Il n'y a eu malheureusement qu'un impact très faible de ces stratégies d'interventions en raison de difficultés d'application de certaines mesures réglementaires et surtout la faible adhésion des groupes cibles.

L'enjeu de cette stratégie est lié à l'importance de la population qui est à couvrir soit près de 80% de la population totale c'est-à-dire le monde rural, le secteur artisanal, le secteur informel.

¹ Guide pour le développement de la mutualité

² Document PRODESS II : Composante Développement Social 2005 2009 Version final Septembre 2004
P : 10 ; 51

Ces secteurs ne bénéficient pas pour le moment, du régime d'assurance maladie obligatoire, un effort considérable sera entrepris pour atteindre la couverture sanitaire par les mutuelles de santé. Le modèle développé par les premières mutuelles rurales et l'assurance maladie volontaire gérée par l'UTM sont une piste intéressante à étendre ².

La mise en place des mutuelles de santé constitue une opportunité dans l'atteinte des objectifs et une occasion de prise de décision. C'est ainsi que l'accessibilité aux structures de santé de premier niveau dans un rayon de 15km est perçue comme une aubaine en matière de protection sociale.

Les acteurs de la mutualité ont pour objectif d'assurer à la population la prise en charge à un taux raisonnable de leurs souffrances en matière de santé tout en suscitant la création des mutuelles de santé aussi de les accompagner de manière qu'elles aient une certaine cohérence entre les textes régissant le domaine et ce qui se passe présentement sur le terrain.

A ce niveau, l'Assurance Maladie Obligatoire (**AMO**) a été adoptée pour les fonctionnaires et les travailleurs salariés et le Fonds d'Assistance Maladie (**FAM**) pour les indigents. Il reste un corps essentiel et composé d'ouvriers, de paysans, d'artisans et autres.

Cette frange importante de notre population productive est concernée par la mutualité pour la prise en charge de leurs problèmes de santé.

La mutualité est inscrite parmi les priorités du gouvernement du Mali depuis les *années 90*. Pour traduire cette volonté en actions prioritaires concrètes, différents programmes ont été initiés dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la politique nationale de protection sociale.

Le mouvement mutualiste est confronté présentement à certaines difficultés liées d'une part à la mise en œuvre des mauvaises politiques des intervenants et d'autre part par le dysfonctionnement des organes des mutuelles de santé.

La pluralité des intervenants dans ce domaine est une question importante raison pour laquelle, il y a lieu aussi de préciser les limites des uns et des autres.

Ces différentes actions ont abouti à la mise en place de **10** mutuelles de santé dans le cercle de Sikasso dont **09** offrant des prestations.

Dans nos investigations au niveau des structures d'appui de la mutualité dans le cercle de Sikasso, il est ressorti un certain nombre de difficultés qui risquent de compromettre dangereusement le devenir de ces mutuelles de santé. Il s'agit : des difficultés relatives à la faible adhésion des populations, au paiement irrégulier des cotisations, au respect des dispositions des conventions entre les prestataires et les mutuelles, au suivi et au contrôle irrégulier des mutuelles, la régression du taux de couverture et au faible taux d'utilisation des prestations des mutuelles.

Compte tenu de toutes les difficultés ci-dessus développées et qui sont de nature à entraver la promotion des mutuelles de santé dans le cercle de Sikasso, les questions qui nous viennent en tête sont :

1- Questions de recherche :

- Pourquoi malgré les multiples interventions des services de Développement Social, de nombreuses difficultés persistent encore dans le fonctionnement des mutuelles de santé de Bougoula Ville et de Kignan ?
- Quelles sont les causes de la faible fonctionnalité des mutuelles de santé de Bougoula Ville et de Kignan ?
- Existe- il un mécanisme de suivi /vérification pour l'application des dispositions des conventions signées entre les prestataires de soins et les mutuelles de Bougoula Ville et de Kignan ?
- Pour quoi malgré l'appui des Services de Développement Social, les mutuelles de santé de Bougoula Ville et de Kignan ne fonctionnent pas à souhait ?

2- Objectifs de recherche :

2.1- Objectifs généraux :

- Etablir la relation entre les interventions des services de Développement Social et le niveau actuel de fonctionnalité des mutuelles du cercle de Sikasso.
- Contribuer à la promotion des mutuelles pour une meilleure prise en charge des bénéficiaires.

2.2- Objectifs Spécifiques :

- a). Analyser les interventions du Développement Social à l'endroit des mutuelles de Bougoula Ville et de Kignan ;
- b) Vérifier le niveau d'exécution des dispositions des conventions établies entre les prestataires de soins et les mutuelles de Kignan et Bougoula ville ;
- c). Analyser la nature du partenariat entre les Services de Développement Social et l'Unité opérationnelle de la Mutualité de Sikasso ;
- d). Identifier les causes de la faible fonctionnalité des mutuelles de santé de Bougoula Ville et de Kignan ;
- e). Proposer des solutions en vue d'améliorer le fonctionnement des mutuelles de Kignan et Bougoula ville ;

Ainsi pour atteindre ces objectifs nous avons émis les hypothèses suivantes :

3. Hypothèses de recherche :

- a). Les difficultés enregistrées dans le fonctionnement et la pérennisation des mutuelles de santé sont liées à une insuffisance de coordination des interventions des services de Développement Social de Sikasso.
- b). L'adhésion aux mutuelles dépend de la qualité des prestations fournies aux bénéficiaires ;
- c). L'absence d'un cadre de concertation entre les mutuelles existantes et les structures d'appui est l'une des causes des difficultés actuelles ;
- d). Le faible suivi des Services de Développement Social pour la pérennisation des mutuelles de santé est dû à l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières.

B- Clarifications des concepts :

- **L'assurance :**

Le bureau international du travail (1996) définit l'assurance comme la réduction d'un risque ou d'une perte pour l'individu en associant un nombre plus important d'individus également exposés au risque à un fonds commun pour couvrir la perte d'un des membres.¹

- **La prévoyance sociale :**

Dans ce système, la perte ou le risque est d'ordre social. La retraite, le décès ou les problèmes de santé sont les pertes ou les risques les plus fréquemment couverts.

Il s'agit d'un système de financement à travers des contributions à un fonds d'assurance qui fonctionne dans un cadre étroitement réglementé par l'Etat.²

- **Une mutuelle de santé :**

Une mutuelle de santé est un groupement de personnes à but non lucratif qui se cotisent pour financer les soins de santé de ses membres sur la base de la solidarité et dans l'optique d'une prévoyance maladie.

- **Les Mutuelles :**

Les mutuelles sont des groupements à but non lucratifs qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leurs familles une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide.³

A ce titre, elles assurent, notamment :

- la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences ;
- la protection de l'enfance de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;
- Le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie.

- **La Mutualité :**

¹ **International Labour Office.** *World Employment Report 1996/1997.* Geneva

² **Kutzin J.** *Health insurance for the formal sector in Africa: « Yes, but... ».* WHO/ARA/CC/97.4, Geneva, 1997

³ **Loi N° 96-022 Régissant la mutualité au Mali.** Bamako, 21/2/96

La mutualité désigne le mode d'organisation, le système de penser et la philosophie d'action propre au mouvement mutualiste.

Le terme désigne plusieurs mouvements dans sa globalité en tant que composante de l'économie sociale.

- **L'assurance maladie** : le risque de santé ¹

La couverture des risques de santé est un cas particulier de la prévoyance sociale. En effet, à l'opposé des autres exemples, le risque est à court terme et ne touchera pas nécessairement tous les membres. Ainsi il fait plus appel à la solidarité qu'à la notion de réciprocité de l'assurance.

Dans le cas de l'assurance maladie de la mutualité, le risque pour la santé, imprévisible pour l'individu devient prévisible pour le groupe.

La mutualité envisagée est une assurance maladie volontaire (non obligatoire). Cela entraîne que l'adhérent (individu, famille, village) doit y trouver un avantage. Cet avantage est le sentiment de sécurité de l'accessibilité continue à des soins de qualité. Ceci nécessite une garantie de qualité et un contrôle des coûts.

Il y a certains problèmes liés à la maîtrise des coûts qui, s'ils ne sont pas corrigés, peuvent être contre-productifs en termes d'équité et d'amélioration de l'accessibilité :

- La sélection des cas à hauts risques pendant que les individus à moindres risques ne voient pas d'avantages à adhérer ; ce qui entraîne une dilution moindre du risque dans le groupe ;
- La tendance à la surconsommation médicale des membres cherchant à rentabiliser leurs frais d'adhésion et appuyée en cela par les prestataires de soins payés à l'acte ;
- Les frais de gestion de la mutualité augmentant le coût global des soins ;
- Les dépenses pour des membres adhérant gratuitement.

La taille réduite du groupe est capitale pour éviter ces problèmes (à côté de différents mécanismes tels que l'adhésion par famille ou village, l'instauration d'un paiement partiel ou d'un ticket modérateur lors de la consultation, le paiement des prestataires par forfait...) En effet, la proximité sociale permet la transparence de gestion, la

¹ **Criel B.** *District based Health insurance in sub saharan Africa* (p. 60-62, 70, 103, 127-129). ITG Press, Antwerp, 1998.

compréhension du système, la solidarité et renforce ainsi la confiance et la volonté de sauvegarder le système.

- **Gros Risque et Petit Risque :**

Parmi les risques de santé, on peut distinguer les « gros risques » nécessitant une prise en charge hospitalière et les « petits risques » pouvant être pris en charge au niveau des structures de premier contact (Centre de Santé Communautaire, Cabinet Médical, Cabinet de Soins...). Les petits risques peuvent concerner par exemple les consultations ambulatoires, les médicaments essentiels, les consultations prénatales, les accouchements simples, le transport local des malades. Les gros risques peuvent concerner la chirurgie, les hospitalisations médicales, la maternité dystocique, le transport interurbain vers l'hôpital des malades...¹

Le paiement direct ne peut que financer une faible part des coûts réels lorsque la dépense s'élève en fonction de la gravité du problème. Avec la création de mutuelles dans le cas de la référence et évacuation on se situe dans la logique de partage des risques au sein d'une population étendue. Les affections ne concernent qu'une petite partie de la population mais les soins sont coûteux. En répartissant la dépense sur une large population, l'assureur peut proposer des primes suffisamment basses et la rareté de l'événement induira une charge de fonctionnement basse.²

Le système de l'assurance maladie convient particulièrement pour couvrir la référence du premier niveau à l'hôpital (CSREF). En effet la proximité sociale semble suffisante, le groupe est assez important pour la dilution du risque, le risque couvert est assez important pour éviter la surconsommation et les coûts de la référence, important pour un individu, justifie un mécanisme de solidarité.

Pour que le système fonctionne il faut :

- des soins de bonne qualité tant au premier niveau, responsable du triage des références, qu'à l'hôpital (CSREF),
- du personnel compétent et/ ou l'appui nécessaire pour la gestion de la mutuelle,
- un dialogue de confiance avec la communauté.

- **Assurance retraite, décès, invalidité, réforme, maintien de revenu (risques longs) :**

¹ UTM. *L'Assurance Maladie Volontaire*. Dépliant, Bamako, 1999

² Perrot J. L'évolution des systèmes de financement de la santé dans les pays en développement: L'émergence de nouveaux partenariats (p.5). OMS, Genève, juin 1999.

Cette appellation permet de classer des prestations dont le risque est évalué à moyen terme (+ de 5 ans) ou long terme (durée de vie d'un individu, d'une partie de sa vie professionnelle ou d'autres événements). Certains risques de prévoyance nécessitent, tant pour leur appréhension que pour les conséquences financières qu'ils peuvent induire, des règles techniques, comptables et financières particulières.

Certains risques de prévoyance nécessitent l'introduction de paramètres inconnus (inflation, intérêts financiers, ...) dans le calcul des cotisations et des capitaux qui seront servis au terme du contrat et le e risque pouvant continuer à courir dans certains cas au-delà de la durée du contrat (garantie à effet différée).

Le risque couvert pouvant selon la garantie et la durée choisie :

- Etre un risque certain et dont la date de l'événement est prévisible (retraite, épargne retraite, assurance vie entière) ;
- Etre un risque certain mais dont la date de l'événement est aléatoire (décès en garantie viagère, invalidité – réformé) ;
- Etre un risque aléatoire, dont la date de l'événement est aléatoire et dont l'événement peut ne pas avoir lieu pendant la durée du contrat (décès en contrat temporaire, invalidité – réformé, maintien de revenus).

Il faut en outre gérer ce type de garanties au travers d'une caisse autonome offrant au sein de l'ensemble des activités mutualistes le cadre technico-juridique nécessaire à la mise en œuvre de ces règles de gestion de la « prévoyance lourde » (risques longs).¹

- **Unité d'adhésion :**

L'adhésion est familiale. Par famille, on entend :

- l'adhérent lui-même ;
- le (la) ou les conjoint (es) ;
- les enfants ou personnes à charge (au sens fiscal du terme) moins de 18 ans.
- **Pérennisation :** Action de pérenniser
- **Pérenniser :** Rendre durable, perpétuel ;
- **Intervention :** Ici, il s'agit de la manière d'agir selon l'art ou non. Autrement dit, il s'agit des missions assignées et effectuées par les intervenants (acteurs)
- **Mise en place :** C'est le processus qui fait appel à des démarches en fonction de certaines potentialités pour l'érection d'un édifice ou d'un organe.

¹ **Mutualié française.** *Guide de l'administrateur 97 – Extrait code de la mutualité.* Paris, 1997

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

La méthodologie est un ensemble de moyens que nous mettons en œuvre, la démarche que nous suivons, le chemin que nous empruntons pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés.

Ainsi pour réaliser cette étude, nous avons suivi une démarche qui a nécessité l'utilisation de certains outils ou instruments de recherche.

Dans cette partie nous parlerons de ces instruments ou outils de recherche, de la technique utilisés, de la population enquêtée et des conditions de passation de ces instruments.

Moyens et instruments de collecte des données :

L'analyse documentaire, le guide d'entretien et les observations ont été les différents instruments utilisés lors de notre recherche.

A- Analyse documentaire :

Elle a consisté à collecter des informations utiles issues des documents relatifs à notre thème et à notre population qui étaient disponibles au niveau des différents services ou structures dans les communes de Sikasso et de Kignan.

B- Les Instruments de collecte des données (les guides d'entretien) :

En vue d'entreprendre notre enquête, nous avons élaboré cinq (5) guides d'entretien administrés exclusivement auprès de quelques mutualistes, aux administrateurs des mutuelles (conseil d'administration et commission de contrôle) des mutuelles de santé de Bougoula ville et de Kignan, au service local du développement Social et de l'Economie solidaire et la direction Régionale du Développement Social et de l'Economie solidaire de Sikasso et à l'unité opérationnelle de l'Union Technique de la Mutualité (UTM) de Sikasso.

C- Echantillonnage :

Nous avons jugé nécessaire de prendre un échantillon tout venant qui nous a permis de prendre au hasard cinq (5) adhérents mutualistes simples, deux (2) administrateurs par mutuelle, la responsable de la division promotion des organisations au niveau de la

DRDSES, le chef du service et un agent chargé de la mutualité au service local du Développement Social et de l'Economie Solidaire de Sikasso, le responsable de l'unité opérationnelle de l'UTM, et un agent par centre conventionné. Nous avons aussi interrogé deux mutuelles de santé non concernées par notre travail dans le but de faire une comparaison.

D- Enquête de terrain :

Compte tenu du temps imparti, nous avons utilisé tous les moyens dont nous disposons pour recueillir certaines informations. C'est ainsi que nous avons pris d'abord des rendez-vous avec les populations à enquêter avant de passer pour l'administration proprement dite.

L'administration de nos guides d'entretiens s'est déroulée suivant la disponibilité des populations.

Nous avons été patients et très attentifs durant tout le travail.

❖ Présentation des groupes cibles :

Notre enquête a porté sur les localités de Bougoula Ville dans la commune urbaine de Sikasso et de Kignan dans la commune rurale du même nom. Ainsi les responsables des instances de direction notamment le conseil d'administration, les mutualistes et les prestataires de soins ont été ciblés d'une part, les responsables des structures d'appui (DRSDSES/SDSES et UTM) d'autre part.

- **La population I** est constituée des administrateurs des mutuelles notamment les présidents du conseil d'administration et les trésoriers généraux.

Pour faire une comparaison par rapport difficultés rencontrées, nous avons interrogé deux administrateurs de deux (2) mutuelles non concernées par notre étude.

Ils sont au total six (6) personnes dont quatre (4) de cette population concernées directement par la recherche à se soumettre à nos questions.

- **La population II** représente les bénéficiaires des mutuelles (adhérents y compris).

Nous avons choisi 5 personnes par mutuelle.

- **La population III** les services du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DRDSES et SDSES).

Ainsi, la responsable de la division Promotion des Organisations et le chef du service local ont été interrogés.

- **La population IV** elle a concerné le chef de l'unité opérationnelle de l'Union Technique de la Mutualité (UTM) de Sikasso.
- **La population V** est constituée des prestataires de soins de santé conventionnés par les 2 mutuelles. Il s'agit d'un médecin et d'une infirmière.

E- Les difficultés et les solutions :

Dans l'ensemble, il n'y a pas eu de problème.

DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE

CHAPITRE I: CONNAISSANCE DES ZONES D'ETUDES

CHAPITRE II : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

CHAPITRE I: PRESENTATION DES ZONES D'ETUDES

I- Présentation du quartier de Bougoula Ville dans la commune urbaine de Sikasso :

1- Aperçu historique :

Crée par les Dioulas au temps de Massa Dioula, ce vieux quartier de Sikasso s'appelait Bougoula. Il fut la capitale du Kéné Dougou un peu après la prise de Sikasso (Bougou = la case, la= à la, donc Bougoula = à la case)

Le premier chef de quartier fut Samba Tiémoko Traoré, le dernier qui resta après les Traoré. Bougoula partait de l'emplacement actuel immeuble SNF Société N'Diaye et Frères jusqu'à l'avenue OUA et englobait le dispensaire, l'hôpital Régional et le gouvernorat.

C'est après sa victoire électorale de **1957** que l'US RDA divisa le quartier en faveur de ses adhérents. Ainsi Bougoula fut divisé en deux Bougoula-Ville et Bougoula Hameau.

Le Sénoufo est l'ethnie dominante.

Ce vieux quartier de Sikasso se situe au centre de la ville et est limité à l'Est par le quartier Wayermal, à l'Ouest par le quartier de Médine, au Nord par les Usines CMDT et au sud par le quartier Fama.

2- Etude géographique :

Situé dans la troisième région administrative la commune de Sikasso, avec une altitude de 11°5 et de 5°30 de longitude Ouest, elle s'étend sur une superficie de 277,50 km² pour une population totale de 134776 selon le recensement générale de 1998 avec une estimation de 156 736 (2006) habitants soit environ une densité de 485,67h/km². Elle est limitée au Nord par la commune rurale de Diomatèmè et Zangaradougou, à l'Ouest par la commune rurale de Natien et au Sud-Ouest par celle de Missirikoro, au Sud par la commune rurale de Kaboïla et à l'Est par la commune rurale de Finkolo. Elle compte quinze (15) quartiers, et vingt huit (28) villages.

3- Etude physique :

3.1- Relief :

On distingue deux zones dans la commune urbaine de Sikasso : le plateau de Kéné Dougou au Sud et de Ganadougou au Nord. Le relief est tourmenté et l'altitude moyenne varie entre 350 et 400 mètres. Les plaines alluviales offrent les sols relativement profonds.

3.2- Climat :

Le climat est de type tropical humide soudanien.

La saison des pluies est de mai à octobre et la saison sèche s'étend de novembre à avril. Les précipitations annuelles varient de 1 300 millimètres à 1 500 millimètres avec plus de quatre-vingt dix (90) jours de pluies. La température moyenne est environ 27°.

3.3- Sol et végétation :

La végétation est abondante, c'est le domaine de la savane boisée au Sud et herbeuse au Nord, favorisé par le type du climat.

3.4- Hydrographie :

Le réseau hydrographique appartient entièrement au « Lotio ». Le Lotio (65 kilomètres) est une rivière qui traverse la commune de Sikasso et se jette dans le Bafing. Elle est alimentée par quatre marigots qui sont réduits en quelques flaques d'eau qui se sèchent en saison sèche à savoir :

- Le Nougando Koni au Sud (4 kilomètres) ;
- Le Kotoroni traversant Mancourani (environ 5 kilomètres) ;
- Le Sofa Koni au Nord sur l'ancienne route de Koutiala (7 kilomètres) ;
- Le Boyaula (7 kilomètres).

Ce réseau ramifié de cours d'eau à écoulement saisonnier sillonne la commune constituant selon les circonstances des obstacles ou des atouts pour l'occupation et les activités humaines.

4- Étude humaine :

4.1- Répartition de la population :

Désignées comme autochtones, les Sénoufos constituent le groupe ethnique le plus important, la commune a une population composée de multiples autres groupes ethniques dont certains y sont implantés depuis de longues dates : les Mianka, les Samogho, les peuhls de Ganadougou, les Bambara, les Bobo, les Dogon les songhaï, les Kassonkés, les Touareg.

4.2- Structure de la population:

La commune urbaine de Sikasso a une population majoritairement jeune ; les moins de vingt (-20) ans représentent, 60% ; les moins de quarante cinq (-45) ans 28% ; les moins de soixante cinq (-65) ans 09%; et plus de soixante cinq (+65) ans 03%.

Par rapport aux sexes, c'est la population masculine qui domine avec 51% contre 49% pour les femmes. Mais quand on prend les âges de zéro à quatorze (0-14) ans les hommes sont plus nombreux 54% que les femmes 46% ; la population de quinze à cinquante quatre (54) ans, celle féminine est majoritaire 52% que celle masculine 48% et la population de cinquante cinq et plus (+55) ans celle masculine est supérieure 54% que celle féminine 46%.

4.3- Mouvement des Populations :

4.3.1- Emigration :

Dans la commune, ce mouvement s'effectue vers les centres urbains comme Bamako, et d'autres capitales régionales et aussi vers les pays frontaliers (Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée)

4.3.2- Immigration :

De par sa position géographique et économique, la commune est devenue un lieu d'immigration pour les ressortissants d'autres communes, préfectures, régions du Mali, et pays de la sous région.

La population actuelle de la commune urbaine de Sikasso est estimée à 165 547 habitants et la commune continue à se développer. De la création de la commune à nos

jours dix neuf (19) maires (coloniaux et maliens) se sont succédés à la tête de la commune (voir la liste des maires)

5- Organisation socio-économique et sanitaire :

5.1- Société traditionnelle :

Quatre grandes communautés religieuses cohabitent pacifiquement dans la commune ; il s'agit des musulmans (les plus nombreux), les catholiques, les protestants, et les animistes. Il existe plus d'une trentaine de mosquée et trois Eglises dont le Cathédrale.

La commune urbaine de Sikasso compte quinze (15) quartiers, et vingt huit (28) villages, 25 897 ménages, 134 774 habitants dont 68 406 hommes et 66 363 femmes avec les données du recensement général de 1998.

5.2 Education :

Sur le plan éducatif, tous les cycles de l'enseignement préscolaire, fondamental, secondaire Général, technique et professionnel existent dans la commune. La commune urbaine de Sikasso a connu un essor les cinq dernières années avec la création de nouveaux lycées, écoles fondamentales, une école secondaire de la santé et centres de formation professionnelle.

Un lycée publique (LMMS), quatre lycées privés (la chaîne grise, Michel Aller, Tata, Lotio), plusieurs centres de formation professionnelles (le collège technique moderne, institut de formation professionnelle, le centre Saint Jean Bosco, l'école des infirmiers du premier cycle, l'institut de formation des maîtres), les écoles fondamentales publiques, privées et communautaires qui déversent la plupart des quartiers, des villages de la commune ; parfois sous forme de groupe scolaire comme par exemple : le groupe scolaire A et B de Sikasso, le groupe scolaire Tièba, le groupe scolaire Babemba... Des jardins d'enfant publiques, privés et communautaire. Tous ces établissements sont à la disposition de la population de Bougoula Ville.

5.3 Santé :

Sur le plan santé, la commune dispose d'un centre de santé de référence (CSRéf et AM), une maternité, un centre ophtalmologique, quatre centres de santé communautaire (CSCOM) fonctionnel et trois en gestation. La commune dispose quatre mutuelles de santé dont trois ayant leur agrément et l'autre le récépissé (celle de Hamdallaye). Deux

centres confessionnels et des cliniques privées, neuf pharmacies privées, et quatre dispensaires trois cabinets de soins existent. Elle fait parti des pionniers au plan des centres de santé communautaire. Les maladies les plus courantes sont : le paludisme, les infections respiratoires aigus (IRA) le VIH/SIDA...

6- Principales activités économiques :

6.1- Techniques et moyens de culture :

Les activités économiques des populations sont basées sur l'agriculture et l'élevage qui connaît un essor remarquable :

6.1.1- Céréales :

Les cultures vivrières portent sur le maïs, le mil, le riz, le fonio, les tubercules (patates, ignames manioc...), les fruits et légumes (mangues, oranges, bananes ...). Le maraîchage est aussi une des sources de revenu dans la zone.

6.1.2- Cultures secondaires :

Les cultures de rente sont devenues le levier du développement rural. En particulier la culture du coton, de la pomme de terre et du pois sucré est en plein essor et alimente le marché national et même sous-régional.

6.2- Activités économiques :

De nombreux établissements bancaires et institutions financières (banques, caisse d'épargne et de crédits et assurances) : la Banque de Développement du Mali (BDM-SA), Banque Internationale du Mali (BIM-SA), la Banque Centrale des Etat de l'Afrique l'Ouest (BCEAO) la Banque Nationale de Développement Agricole (BNDA), la Banque Of Afrika (BOA), le Crédit Initiative Yiriwasso, le Jiguisso, le Kafo Jiginew, attestent d'un dynamisme économique qui ouvre de plus en la commune vers un secteur tertiaire prometteur.

Par rapport aux autres communes du Mali la commune de Sikasso est privilégiée sur le plan industrie. Il existe une usine d'égrenage de coton dans la ville de Sikasso.

6.2.1- Artisanat et commerce :

Dans le domaine du commerce le cercle de Sikasso connaît un essor très remarquable favorisé par sa situation de carrefour. En plus d'être située au cœur d'une zone économique très dynamique ; la commune urbaine de Sikasso noue une étroite relation avec les autres communes et les pays voisins comme la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso. Ce qui lui donne une envergure sous-régionale. L'artisanat est moins développé que les autres secteurs.

6.2.2- Transport :

Dans le domaine du transport, la commune est accessible grâce à de nombreuses routes bitumées (la route nationale N° 7 et les routes régionales N°10) et les sociétés locales de transport, comme : la SOMATRI, le Kéné Dougou Voyage, le Zanga Transport, le Kéné Dougou Transport et autres compagnies nationales, comme le Bitar Transport et étrangères des pays voisins.

En outre il existe un aéroport et plus d'une dizaine de station de carburants.

6.2.3- Tourisme :

La région de Sikasso n'est certes pas autant connue comme Tombouctou, Djenné, Mopti ou pays Dogon, mais l'histoire et les événements qui s'y sont déroulés ont fait d'elle, un berceau de l'histoire du Mali.

Les composantes ethniques, que sont les Sénoufos, Miniankas, Bambara, Ouassouloungés ... ont fondé leurs éthiques sur la devise suivante « plutôt la mort que la honte » Sikasso « véritable civilisation de Tata » et de braves hommes occupent une place importante dans l'histoire du Mali.

Le « tata » : fortification de maçonnerie ordinaire, le Tata a été construit en 1896 par Babemba TRAORE avec les pierres et de la latérite qui séchant prennent une résistance proche de celle du béton armé.

La fosse commune : c'est la tombe des combattants de la liberté tombés sur le champ de bataille du 1er mai 1898. La fosse commune est située au Nord-ouest de la ville sur un plateau boisé tout près de la tombe de Lieutenant Loury, une autre victime de la journée sanglante du 1er mai 1898.

Les sites touristiques de Sikasso sont nombreux. Nous citons entre autre :

La tombe de Tièba TRAORE ; la colline Mamelon (au centre de la ville) avec trente mètre de haut, une base ou circonférence de quatre cent soixante mètre et cinquante mètre au sommet ; les grottes de Missirikoro ou « Fara Missiri » à douze kilomètre de la ville de Sikasso : lieu de recueil et de sacrifice, grotte naturelle de plus quatre vingt mètre de hauteur et composé de trois parties (la partie est, réservée aux animistes, la partie sud au, musulmans et celle d'ouest aux Chrétiens).c'est là où les rois n'entreprenaient jamais leurs expédition sans aller consulter les génies.

Il y a également la tombe de Massa Daoula TRAORE à six kilomètres de Sikasso.

6.2.4- La communication :

Dans la commune urbaine de Sikasso la communication est assurée par :

- Les stations radiophoniques de la bande Fréquence Moyenne (FM) comme la station régionale FM ORTM, Kéné, FM Horizon, Sika FM, Bendé, Fatou kan, la Voie des Jeunes ;
- Les organes de presse écrite (Kéné, le Miroir) ; la communication téléphonique sont assurés par la SOTELMA, MALITEL, IKATEL devenu Orange depuis 30 Novembre 2006.

II- Présentation de la commune rurale de Kignan :

1-Historique :

Du point de vue historique : Etymologiquement « Kignan" dérive d'un mot bamanan : « cian », qui signifie la vérité.

Née probablement du milieu du 18ème siècle, la ville de Kignan serait fondée par deux chasseurs en fuite ; à cause du climat d'anarchies, guerre qui régnait à l'époque.

Au moment de leur parcours ils passèrent d'abord par baniko (dioïla). De Dioila, ils continuèrent la chasse jusqu'au « Kofoulaben » (point de jonction de deux rivières qui se localise actuellement à 1km au Sud-Ouest de la ville de Kignan. Ce site très intéressant, car riche en gibier. Après avoir installé leur campement d'habitation, les deux explorateurs (chasseurs) poursuivirent leur chasse dans les environnants. Lors de la chasse, ils découvrirent deux puits naturels ; situés respectivement à l'Est et au Nord de la ville. Agréablement surpris par leur nouvelle découverte, le grand frère s'exclama en ces termes : ô ! Quel meilleur site d'habitation ! Au jeune frère de lui répondre en ce mot : « cian » (la vérité en guise d'approuver son frère. Le « cian » en bamanan a

donné par déformation de langue : « Kian » en suite « Kignan » a l'époque, il avait un seul village dans la zone du nom de Tiébe. Ce village se situe à l'Est de KIGNAN et distant de 6km et auquel revenait la propriété de l'ensemble des terres de la contrée. Ce village serait le marché lieu de vente pour les chasseurs ou ils écoulèrent le fruit de leur chasse. Après avoir pris conscience de l'importance du site, les deux chasseurs s'en allèrent demander la permission aux habitants de Tiébe et plus particulièrement à la famille Diarra de Tiébe, propriétaires des terres de s'installer à côté des dénommés puits. Les Diarra de Tiébe à leur tour n'hésitèrent guère à autoriser les deux prétendants de s'y installer ; mais en échange de la non agression de Tiébe (habitants).

Les deux parties (Diarra de Tiébe et Traoré chasseurs de Kignan) concrétisèrent cet accord en jurant sur leurs fétiches correspondants. Ce serment de respect scrupuleux de la parole donnée, de non-agression, de non-désobéissance et de fidélité est jusqu'ici en vigueur. La preuve en est que même aujourd'hui aucun Traoré chasseur de Kignan n'a son champ à l'Est de Kignan ; il n'y a que des relations de bon voisinage qui lient les habitants du quartier Tiankakorola (ancien Kignan) et la population de Tiébe. C'est sous le règne de Bakary Traoré, l'un des fils de casseur qu'il y a eu une guerre entre le village de Santiguila et les Gana.

Bakary Traoré et bon nombre de ses guerriers venus au secours de la population de Santiguila, perdirent la vie. Après cette guerre les survivants se sont enfuis auprès de Massa Daoula Traoré de Sikasso. Celui-ci leur confia aux habitants de Kouloussoudougou. Entre temps, Kignan est devenu « tomo » (en ruine) pendant près de 80 ans.

Vers 1831, Fafa Togora, un guerrier d'Elhdj Oumar Tall originaire de Foutaga (Ségou) se dirigea vers Kignan accompagné de 12 autres guerriers sous son commandement. Ils s'installèrent d'abord à Dioïla tant que Brigands. De là Fafa augmenta le nombre de ses alliés. Après avoir traversé le Bani (un affluent du Niger), il se dirigea vers Nonemela. Arriver à Nonemela, il poursuivit ses conquêtes aussitôt qu'il découvrit les vestiges (ruines) de Kignan. Une fois, après avoir cerné les réalités du passé, il demanda auprès des autorités de Tiébe, la permission de fondation de Kignan. Quand la demande lui fut accordée, aussitôt il envoya l'un de ses généraux du nom Kountigui Dioma Togora à kignan et quant à lui-même il resta à Nonemela. Fafa parvient à organiser une

brillante armée dirigée par : Kountigui Dioma Togora, Koromina Sidibé, Mamourouba Sangaré, Mimanabankelema Coulibaly.

Une fois définitivement installée avec son armée à Kignan Fafa Togora devint l'ennemie jurée de Tièba, roi de Sikasso. Tièba n'a jamais pu vaincre Fafa Togora de Kignan. Les Kignanais installés à Kouloussoudougou, en qualité de réfugiés de guerre retournèrent à Kignan. De nos jours ils occupent le quartier situé au nord de la ville connu sous le nom de Tiankakorola ; nom hérité de ses occupants c'est à dire les anciens de Kignan.

2- Etude géographique :

Avec une superficie de 2.645 Km², soit 3,68% du territoire régional (71.790 Km²) et 0,21% du territoire national (1.248.574 Km²), pour une population de 19.113 habitants, 22 hbts/km² (au kilomètre carré) ; la commune rurale de Kignan est située à 85 km (piste permanente) ou à 75 km (piste saisonnière) ou nord-ouest de la ville de Sikasso¹.

Les communes sœurs qui la délimitent sont :

- A l'Est les communes rurales de Kourouma et de Kléla ;
- Au Sud-est, la commune rurale de Sanzana ;
- Au Sud-ouest, celle de Tella ;
- A l'Ouest, la commune rurale de Blendio ;
- Au Sud la commune urbaine de Sikasso ;
- Au Nord-ouest celle de Koumantou ;
- Au Nord celle de Dialakoro et de Dioila dans la région administrative de Koulikoro.

Elle partage avec l'ensemble des communes citées d'étroites relations favorables du point de vue économique.

3- Eude Physique :

3.1- Relief :

Le pays de Kignan appartient au socle précambrien masqué par une couverture de grès subhorizontaux cambrien.

Le paysage physique est légèrement contrasté par la platitude monotone. C'est une zone de pénéplaine. Les collines bornent les falaises déchiquetées par l'érosion. Elles dominent la plaine de plusieurs centaines de mètres (700 à 800 m). la pénéplaine est installée sur une substratum de grès tendre qui apparaît souvent sans donner de relief

¹ Mémoire, Amadou Sogodogo, département géo-aménagement, 2006.

notable. Parfois de petites ondulations se devinent sous le manteau d'étrique qui recouvre l'ensemble. Mais le cuirassement entraîne quelques détails topographiques avec de légères corniches sur le rebord des glacis (ex : les collines de Komba-Katogo). Il n'affecte dans certaines localités qu'une partie de l'épaisseur du manteau qui vis-à-vis de l'eau garde une bonne capacité de rétention (ex : à Doumanaba). Très souvent le plateau latéritique est entaillé par de véritables vallées en « V » très évasées (rivière Dougo, parma et affluents) à Doumanaba, sous la cuirasse ferrugineuse existe une nappe phréatique abondante. Elle alimente des sources plus ou moins permanentes dans les petites falaises et éboulis de cuirasse. Les vallées ont une altitude de 295 à 300 m.

3.2- Le climat:

Le climat est de type soudanien sud avec une alternance de deux saisons :

- une saison sèche ;
- et une saison des pluies.

La saison sèche se caractérise par deux périodes : une période de froid (Novembre à Février) avec des températures minimales de 15 à 20°C et une période chaude (Mars à Mai) avec une température maximale variant entre 39 à 42°C.

La saison des pluies s'étend de mi-mars en octobre. La pluviométrie qui varie entre 540 varie de 48 à 52 jours dans les années.

Dans la commune l'harmattan, vent chaud et sec souffle en saison sèche et la mousson porteuse de pluie souffle en hivernage.

3.3- Sol et végétation :

3.3.1- Végétation

La végétation composée de la flore et de la faune se présente comme suit :

- La flore :

La savane arborée constitue le type de formation végétale que couvre le territoire communal. Le taux de recouvrement varie de 15 à 45% selon que l'on soit sur le plateau ou dans les glacis. La hauteur des arbres atteint 7 à 18 mètres.

Le taux de bois mort sur pied est estimé à 1,3% selon les saisons. La productivité annuelle des massifs de la commune de Kignan est d'environ 1,065m³/ha ou 2,769 stères/ha.

La strate herbacée est fournie et presque continue dans la plaine d'inondation et les glacis d'accumulation, ailleurs elle est peu fournie et discontinue.

- La faune :

La faune jadis très riche par excellence est en voie de disparition à cause de l'intensification du braconnage. Malgré ces effets néfastes, on rencontre sur le territoire quelques animaux sauvages.

Les ressources fauniques et halieutiques : Aujourd'hui, la faune de la commune de Kignan se résume à quelques phacochères, biches, chacals, lièvres, écureuils, singes, canards sauvages, perdrix, pintades... Cependant, il faut noter la disparition de certains animaux sauvages comme le lion, la panthère, le buffle, l'éléphante...

3.3.2- Le sol :

- Les plateaux : les sols de cette unité de paysage sont rocheux, squelettiques et peu profonds. Ils sont classés parmi les sols minéraux bruts d'érosion sur cuirasses latéritiques (lithosols). A cause de la position topographique et de la pente de l'unité minérale brute d'érosion sont exposés à toutes les formes d'érosion hydriques (en nappe, rigoles, griffes les ravinements).

- Les glacis d'épandage : les sols de cette unité de paysage sont gravillonnaires. Ils ont des caractéristiques analogues à celles des sols peu évolués d'érosion sur cuirasse latéritiques ou sur carapace (rigosols). Ils sont exposés presque à toutes les formes d'érosion hydrique (en nappe griffes, griffes, rigoles et ravins).

- Les sols dégradés représentent 15 à 35% environ des glacis d'épandage

- Les glacis dénudation : les sols de cette unité de paysage sont limono argileux ou argilo limoneux. Ils sont classés parmi les sols peu évolués hydro morphes sur cuirasses latéritiques ou carapace ;

- Les glacis d'accumulation : les sols de cette unité de paysage sont argilo-limoneux, limo-sableux, et limono argilo sableux. Les sols du glacis concrétion et les sols ferrugineux, tropicaux lessivé appauvris.
- Les sols dégradés du glacis d'accumulation sont estimés à environ 30 à 40% à cause d'érosion et de la méthode actuelle d'exploitation.
- Les plaines d'inondation : les sols de cette unité de paysage sont argilo-limoneux ou argileux en surface et argileux en profondeur.ils sont classés parmi les sols hydromorphes à gley et à concrétions.

Les dégradations observées sur ces sols se résument à l'ensablement et à la compacité de la surface.

3.4-Hydrographie :

Le réseau est constitué essentiellement par :

- Le cours d'eau Nièniè qui s'étale du sud vers l'ouest de la commune et coule dans le même sens ;
- Le Sirimanakô, Kanakoloni, le Kolmbadiè le Sodakô, le Koukokô et Glaba sont les affluents du Nièniè et coulent du nord vers le sud ;
- Le Kôgnô qui se jette dans Nièniè a pour affluents Le kandougou, le Foloblini le folobleba qui coule tous du nord vers le sud ;
- Le cours de Minzi ou Minzikô s'étale à l'est de la commune ;
- Le cours d'eau Kônifing se situe à l'ouest du territoire communal et coule de l'est à l'ouest.

Une multitude de mares dont les plus importants sont :

- Blaba (kouna et Tiébé) ;
- Finignaga ;
- Kalé ;
- et Boun à Kérémekoro.

4- Etude Humaine :

4.1- Effectif de la population :

Selon la D.R.P.S.I.A.P de Sikasso, la population de la commune rurale de Kignan en 2003est de 21646 habitants dont 10608 hommes et11038 femmes avec un taux d'accroissement de 3%. La population en 2005 a été évaluée par la mission à 22965

habitants dont 11054 hommes (soit 48,13%) et 11911 femmes (soit 51,87%). Après les Traoré de Tiankakorola et Fafa Togira accompagné de ses alliés de Korominè Sidibé, Mimanabankelema Coulibaly, Mamourouba Sangaré, aujourd'hui Kignan présente les signes d'une localité semi urbaine avec la densité de sa population. Cependant, on peut citer parmi ses habitants : les Bambaras, les Peuhls, les Sénoufo, les Sarakolés, Miniankas, Mossis, Bobos, Sonrhaïs, kassonkés...etc.

4-2- Structure de la population :

Selon la même mission, la population active est estimée à 14122 personnes (soit 61,49%) de la population totale dont 7274 femmes et 6938 hommes. La densité est de 31hts/km².

4.3- Mouvement des Populations :

4.3.1- Emigration :

Dans la commune ce mouvement s'effectue vers les centres urbains comme Sikasso, Bamako, et d'autres capitales régionales et aussi vers les pays frontaliers (Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée).

4.3.2- Immigration :

De par sa position géographique et économique (existence d'une usine d'égrenage de coton), la commune est devenue un lieu d'immigration pour les ressortissants d'autres communes, préfectures, régions du Mali, et pays de la sous région.

L'exode rural saisonnier est pratiqué par les jeunes filles et les garçons, il est estimé à environ 220 personnes par ans. Les pôles d'attraction sont : Bamako, Sikasso, Niono, Ségou, Siribala, Dougabougou, Côte d'Ivoire.

Les travaux agricoles (riz, canne à sucre...), le manœuvre, les travaux ménagers et le petit commerce sont les principales activités menées par les partants dans les localités d'accueil.

5- Organisation socio-économique et sanitaire :

5.1- Société traditionnelle :

A Kignan, on note la cohabitation pacifique de l'ensemble des communautés religieuses de notre pays. Il s'agit des musulmans (majoritaires), les catholiques, les protestants, et les animistes. Il existe plusieurs mosquées et une Eglise.

La commune urbaine de Kignan compte quinze (15) villages, pour 19 113 habitants (DNSI : les données du recensement général de 1998).

5.2 Education :

Tous les cycles de l'enseignement préscolaire, fondamental dans la commune. La commune rurale de Kignan a connu un essor les cinq dernières années avec la création de nouvelles écoles fondamentales.

Des jardins d'enfant publiques, privés existent aussi.

5.3 Santé:

La commune dispose d'un centre de santé communautaire géré par un comité de gestion. Le centre est dirigé par un médecin chef de poste qui est appuyé dans ses tâches par un infirmier d'état, un aide-soignant, une sage-femme et un pharmacien.

L'accès aux médicaments est facilité dans la commune par l'existence de deux dépôts de pharmacies, tenus par des privés.

La prévalence de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires est due à l'accès difficile à l'eau potable, à l'environnement et l'exode de jeunes vers les grandes villes. A cette situation s'ajoute l'insuffisance de revenu ou leur mauvaise répartition sur toute l'année pour faire face aux dépenses de santé.

6- Principales activités économiques :

6.1- Techniques et moyens de culture :

Les activités économiques des populations sont basées sur l'agriculture et l'élevage qui connaît un essor remarquable :

6.1.1- Céréales :

Les cultures vivrières portent sur le maïs, le mil, le riz, le fonio, les tubercules (patates, ignames manioc...), les fruits et légumes (mangues, oranges, bananes ...). Le maraîchage est aussi une des sources de revenu dans la zone.

6.1.2- Cultures secondaires :

Les cultures de rentes sont devenues le levier du développement rural. En particulier la culture du coton, de la pomme de terre et du pois sucré est en plein essor et alimente le marché national et même sous-régional.

6.2- Activités économiques :

6.2.1- Artisanat et Commerce:

Activité de relais, l'artisanat n'est pratiqué par la plupart du temps que pendant la saison sèche. Ce secteur se développe peu à peu grâce à l'appui de la C.M.D.T qui forme des forgerons.

Cependant, il faut signaler que la plupart de ces activités sont exercées pendant la saison sèche et connaissent un ralentissement pendant l'hivernage.

Le commerce occupe une place très importante dans les activités économiques de la commune. Il est surtout basé sur les produits agricoles et les produits de premières nécessités. Il existe des échanges commerciaux entre les villages de la commune et entre eux d'une part et d'autre part entre la commune et l'extérieur.

6.2.2- Transport :

Les années 1986-1988, ont vu la présence d'un seul véhicule assurant le transport commun des personnes et leurs sur l'axe Kignan-Sikasso. Cependant l'effet contraire à la mode avec la multiplicité du nombre d'infrastructure dans le dit domaine. Les mini-bus transportent les personnes et leurs biens de façon quotidienne, tous les jours de 7h30 à 9h30 et à 10h ; excepté les vendredis, jour du foire où la population reste sur place pour constituer soit le lot des revendeurs ou bien celui des acheteurs. L'affluence des véhicules vers le chef-lieu paraît considérable en ces jours. Ainsi on évalue à une dizaine environ le nombre d'automobile dans la localité. Sans compter

non plus les véhicules C.M.D.T, ainsi que d'autres véhicules transitant par Kignan et qui ne sont pas de Kignan ville. Nous pouvons déduire de là que le développement du transport est ainsi un indice de pôle de développement économique ; car son essor contribue sans nul doute à diminuer en nombre le taux de chômage des jeunes (recrutement des chauffeurs et apprentis chauffeurs).

6.23- Tourisme :

Ce secteur formel est très peu développé et connaît un essor très timide.

6.2.4- Communication :

La commune rurale de Kignan dispose d'une seule radio communautaire. Elle est couverte par l'ORTM régionale sur l'ensemble des quinze (15) villages.

III- La Mutualité et la prise en charge des soins:

La volonté du gouvernement Malien s'est traduite par l'adoption en 1996 de (5) cinq textes législatifs et réglementaires à savoir :

Le point de départ du processus a été la promulgation le 21 Février 1996 de la loi N°96 – 022 régissant la Mutualité en République du Mali.¹

Elle fut suivie le 2 Mai de la même année par deux textes d'application : le décret N° 96 – 136/ P-RM fixant les conditions de placement et de dépôt des Fonds des Mutuelles et le décret N° 96 – 137 PRM établissant les statuts – types des Mutuelles, des Unions, et Fédérations de Mutuelles.

Cet environnement s'est enrichi le 02 Août 1997 par l'arrêté interministériel N° 97 – 0477/MSSPA/MATS - SG déterminant les procédures d'agrément des Mutuelles et plus tard le 19 août 2002 par l'arrêté N° 02 – 1742/MDSSPA - SG portant sur le mécanisme de contrôle administratif et financier des Mutuelles et Organisations Mutualistes.

1- Généralités sur la mutualité dans le cercle de Sikasso :

Le cercle de Sikasso a connu une véritable éclosion des mutuelles à partir de l'adoption des textes législatifs et réglementaires. Il peut se glorifier d'avoir disposé la première mutuelle rurale. Il s'agit de la mutuelle de Nongon mise en place en 1998, sur l'initiative d'un jeune médecin : Dr Yacouba KONE.

¹ Textes législatifs et réglementaire régissant la mutualité au Mali, 1996.

Le besoin de créer une mutuelle de santé a été ressenti lors d'une enquête réalisée par le projet PHR/plus et l'USAID, l'initiative pour l'équité (IPE) pour voir le niveau d'accès des populations aux services sociaux de base.

Suite à cette enquête, l'alternative était la création des mutuelles de santé. Vu les services rendus de cette mutuelle, les responsables socio sanitaires et les différents partenaires ont eu l'idée de créer des mutuelles de santé dans la commune urbaine de Sikasso. Pour la réussite de certains projets en faveur des communautés rurales et en vue de mieux stabiliser leurs revenus, la CMDT et l'UTM ont établi un partenariat. Il avait pour but de mettre en place des mutuelles de santé au niveau de certaines de leurs zones de production agricole dans le cercle de Sikasso. C'est ainsi que la mutuelle de Kignan a vu le jour.

Il existe aujourd'hui dans le cercle de Sikasso neuf (9) mutuelles dont trois (3) urbaines dans la commune de Sikasso. Il s'agit des mutuelle « Kènèya ton » de Bougoula Ville, de Wayerma, et la MUSARS.

Généralités sur les Mutuelles Agrées dans la région de Sikasso

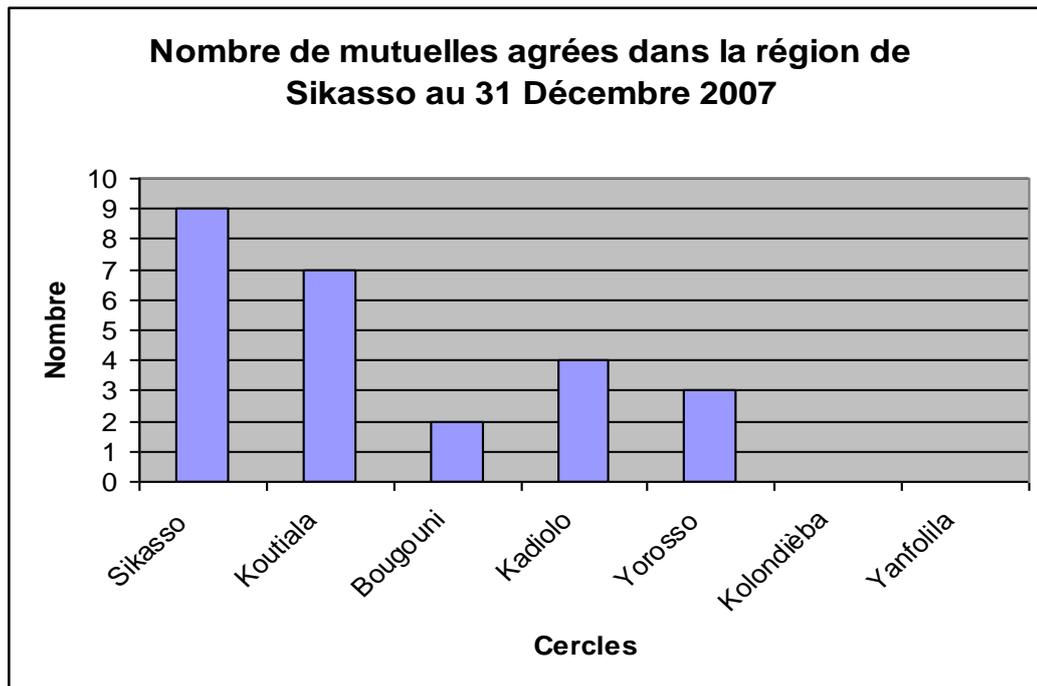
Localités	Nombre	Mutuelles en voie de création	
		Avec récépissé	Processus amorcé
Sikasso	9	2	
Koutiala	7		
Bougouni	2		
Kadiolo	4		
Yorosso	3	1	
Kolondièba	0		
Yanfolila	0		2
<u>Total=</u>	25	3	2

Source : DRDSES de Sikasso rapport d'activité de fin 2007.

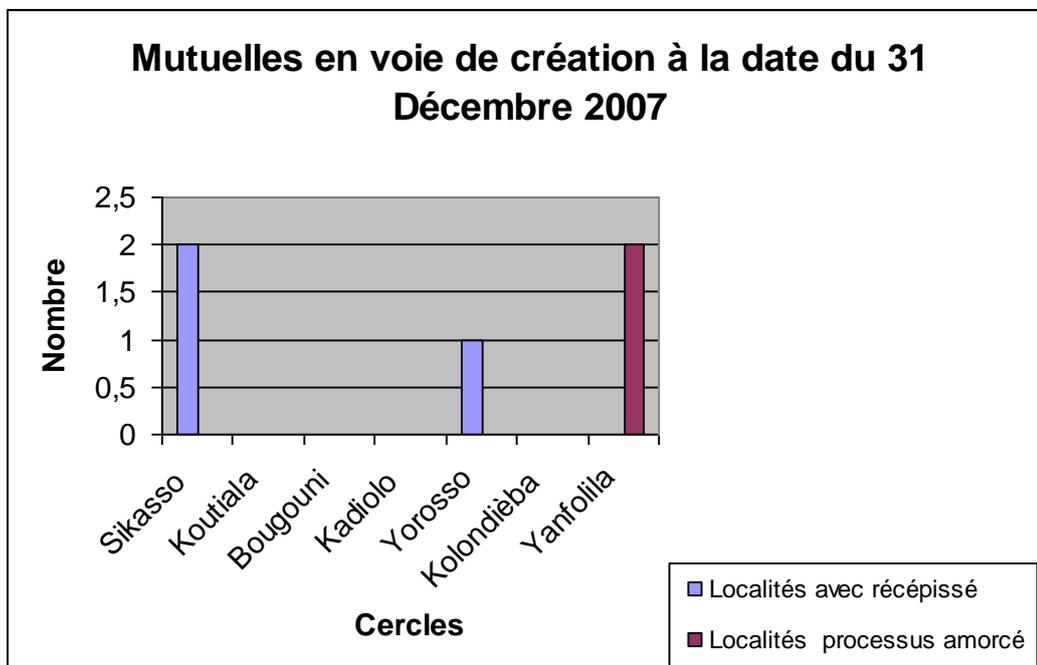
NB : Les deux mutuelles du cercle de Yanfolia sont réparties comme suit :

1. Mutuelle de santé de Filamana (Yanfolila) processus amorcé
2. Mutuelle de santé de la carrière (Sélingué) processus amorcé

Pour Sikasso, il s'agit de Hamdallaye et de Fourouma.



Le cercle de Sikasso dispose de plus de mutuelles que les autres localités de la région. Il est suivi du cercle de Koutiala



Le cercle de Sikasso est en avance en matière de nouvelle création suivi de Yorosso car il a deux (2) mutuelles qui disposent de récépissé.

Le cercle de Sikasso, quant à lui enregistre deux (2) mutuelles qui ont amorcé le processus de création. Il confirme sa situation de zone pionnière en matière de mutualité.

Tableau N°1 : Les mutuelles de santé agréées du cercle de Sikasso en fin Décembre 2007.

N°	Noms des Mutuelles	Date de création	Date obtention récépissé	Siège social	Date début prestations	N° de l'agrément
1	Mutuelle de Santé de Kénéyatou de <i>Wayerma</i> .	19 Mars 2002	19 Août 2002	Wayerma	2002	MIP- ML/200.000022
2	Mutuelle de Santé de Kénéyatou de <i>Bougoula Ville</i> .	20 Mars 2002	19 Août 2002	Bougoula ville	2002	MIP- ML2002.000223
3	Mutuelle interprofessionnelle de santé « <i>MIPROSI</i> » de <i>Sikasso</i> .	27 Octobre 2002	20 Mars 2002	Sikasso	Juillet 2002	MIP- ML/2003.000030
4	Mutuelle des Cotonniers de <i>Nongon</i> .	23 Juin 1998	-	Nongon	31 Juillet 1998	MIP- ML/2000.000011
5	Mutuelle de Santé de <i>Tella</i>	21 Avril 2000	14 Mai 2001	Tella	Septembre 2003	MIP- ML/2003.000027
6	Mutuelle interprofessionnelle de santé de <i>Kourouma</i> .	24 Mars 2000	20 Mars 2002	Kourouma	Juillet 2002	MIP- ML/2002.000022
7	Mutuelle Kénéya Gnèsiguiton de <i>Kignan</i> .	03 Juin 2000	31 Janvier 2001	Kignan	Juillet 2004	MIP- ML/2003.000025
8	Mutuelle de santé « Mukofan » de <i>Kafana</i> .	24 Mars 2000	2001	Kafana	1 ^{er} Juillet 2003	MIP- ML /2006.000061
9	Mutuelle de santé Régionale de Sikasso	-	-	Sikasso	-	-

Source : DRDSES/Sikasso situation des mutuelles agréées du cercle 2007.

2- Les structures techniques et leurs missions : DRDS ES, SDS ES et l'UTM

La tutelle du mouvement mutualiste est assurée par le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées à travers ses services déconcentrés au niveau régional par la Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DRSES) et subrégional par les Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SDS ES).

Les rôles assignés à la tutelle se résument entre autres à :

- Appliquer les éléments de la Politique de Développement de la Mutualité ;
- Créer et suivre l'application correcte du cadre législatif et réglementaire ;
- Créer un cadre institutionnel efficace ;
- Informer - Sensibiliser – Former les acteurs ;
- Contrôler la mise en place et le fonctionnement des mutuelles. Ce contrôle se fait à priori et à posteriori ;
 - le contrôle à priori porte sur les éléments à l'obtention du récépissé et de l'agrément ;
 - le contrôle à posteriori est relatif à la viabilité de la mutuelle, au fonctionnement institutionnel et au contrôle des outils de gestion administrative et financière.

Ces structures déconcentrées dans leurs missions à l'endroit de des mutuelles sont appuyées par l'unité opérationnelle de l'UTM de Sikasso. Les missions qui lui sont assignées sont essentiellement de :

- Assister les créateurs de mutuelles dans les domaines de:
 - l'élaboration des statuts et règlement Intérieur,
 - la réalisation des études de faisabilité Economique et Sociale,
 - l'appui à la préparation et la conduite des Assemblées Générales,
 - la recherche du récépissé et de l'agrément,
 - Inciter les populations à la création des mutuelles de santé au travers de la conduite de séances de sensibilisation et d'information ;
 - Organiser et mettre en place le cadre de concertation des groupements mutualistes au niveau de la région ;
 - Assister et conseiller les responsables mutualistes dans le processus du conventionnement avec les prestataires de soins ;

- Coordonner et structurer le mouvement mutualiste dans la région ;
- Collaborer avec la tutelle au niveau régional, en matière de développement de la mutualité au niveau de la région ;
- Promouvoir le développement progressif d'Unions locales (cercles) et d'un Union régionale des mutuelles ;
- Assurer la tenue de la comptabilité relative aux activités de l'unité opérationnelle
- assurer à l'organisation et la conduite des programmes formation des administrateurs et des salariés des mutuelles ;
- Rechercher des financements locaux pour le développement de la Mutualité ;
- Coordonner toutes les activités concourant à la diffusion et à la gestion de l'Assurance Maladie Volontaire.

IV- Présentation de la « Kènèya ton » de Bougoula Ville :

La mutuelle « Kènèya ton » de Bougoula Ville se trouve dans le quartier de Bougoula Ville non loin du marché et de la mosquée Flasso.

Cette mutuelle a été créée le 20 mars 2002 lors d'une Assemblée Générale Constitutive. La mutuelle « Kènèya ton » de Bougoula Ville a son récépissé et son agrément. C'est à partir du mois de Septembre 2002 que la mutuelle a commencé à offrir des prestations à ses bénéficiaires.

1- Objet de la Mutuelle :

La Mutuelle de Santé « kènèya ton » de Bougoula Ville a pour objet principal, la prise en charge totale et/ou partielle des dépenses de santé de ses adhérents et de leurs personnes à charge, auprès des prestataires conventionnés.

Elle prévoit de mettre à la disposition de ses adhérents, certaines prestations qui sont accessibles selon le principe du 1/3 payant.

Elles sont :

- Les soins ambulatoires ;
- Les accouchements ;
- Les urgences obstétricales.

Pour que ces prestations soient accessibles aux bénéficiaires sur une longue durée, il faudra que le taux de cotisation soit raisonnable pour la population et que ce taux

permette la viabilité financière de la mutuelle. La deuxième partie de l'étude se charge de déterminer tout ceci.

2- Prestations prises en charge :

- Les soins ambulatoires et médicaments en générique au CSCOM de CSRéf (y compris les accouchements) à 65% des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes,
- Les urgences obstétricales : à 100%.

Droit d'adhésion : 500 Fcfa

Taux de cotisation : 190 Fcfa/mois/bénéficiaires.

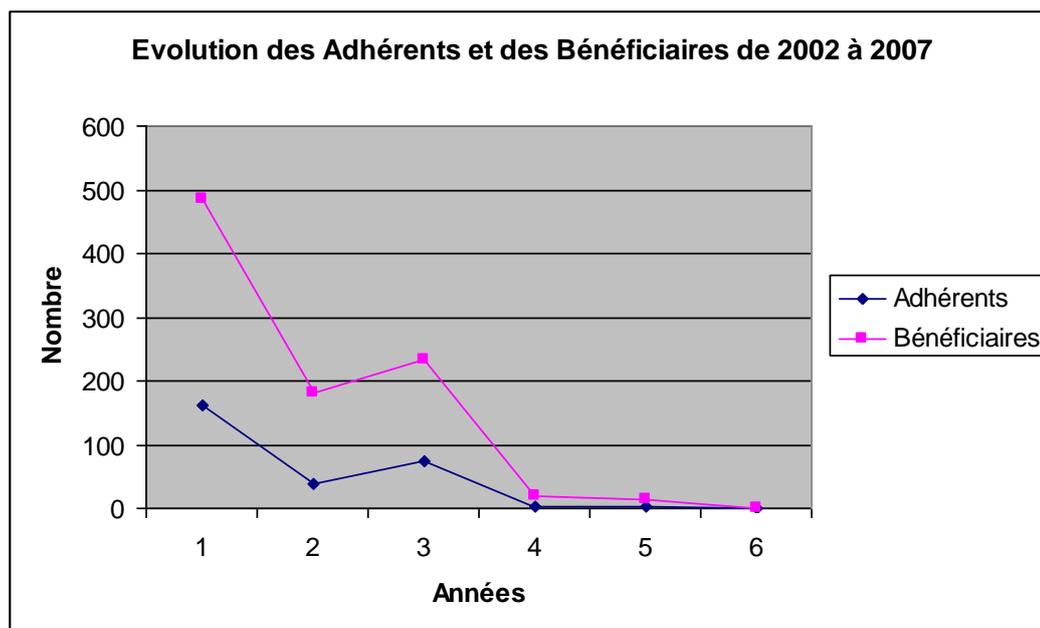
2.1- Evolution des adhésions :

Tableau N°2 : Evolution des adhésions et des Bénéficiaires de 2002 à 2007.

Années	Adhérents	Bénéficiaires
2002	161	486
2003	39	181
2004	74	233
2005	2	18
2006	3	14
2007	0	0
<i>Total :</i>	<i>279</i>	<i>935</i>

Source : Personnelle (Enquête de terrain Décembre 2007).

Bénéficiaires : Adhérents + personnes à charge.



Le niveau des adhésions reste très faible. Il est entrain de diminuer en même temps que le niveau des bénéficiaires d'année en année à part les 3 premières années de vie de la mutuelle. En 2004, la taille des adhérents et des bénéficiaires a augmenté grâce à la faveur des émissions de sensibilisation dans les radios libres sur la mutualité. Cette activité a été financée par le partenaire financier en prélude aux supervisions de leur ONG depuis les Etats Unis. La mutuelle a arrêté d'offrir les prestations car les sollicitations ont multipliées avec son corollaire de sélection adverse (inscription des malades opportunistes).

2.2- Situation de prises en charge 2002-2007 :

Tableau N°3 : Situation des ordonnances prescrites et les montants remboursés.

Années	Nombre d'ordonnance	Montant remboursé
2002	Période d'observation	
2003	33	49 815
2004	93	283 950
2005	76	291 080
2006	20	42 805
2007	16	45 400
<u>Total :</u>	256	856445f cfa

Source : Personnelle (Enquête de terrain Décembre 2007).

Sur les 256 consultés, 3 cas de césarienne ont été enregistrés.

Les trois (3) césariennes ont coûté à la mutuelle : Cent quarante trois mille trois cent quatre vingt quinze (143 395f cfa).

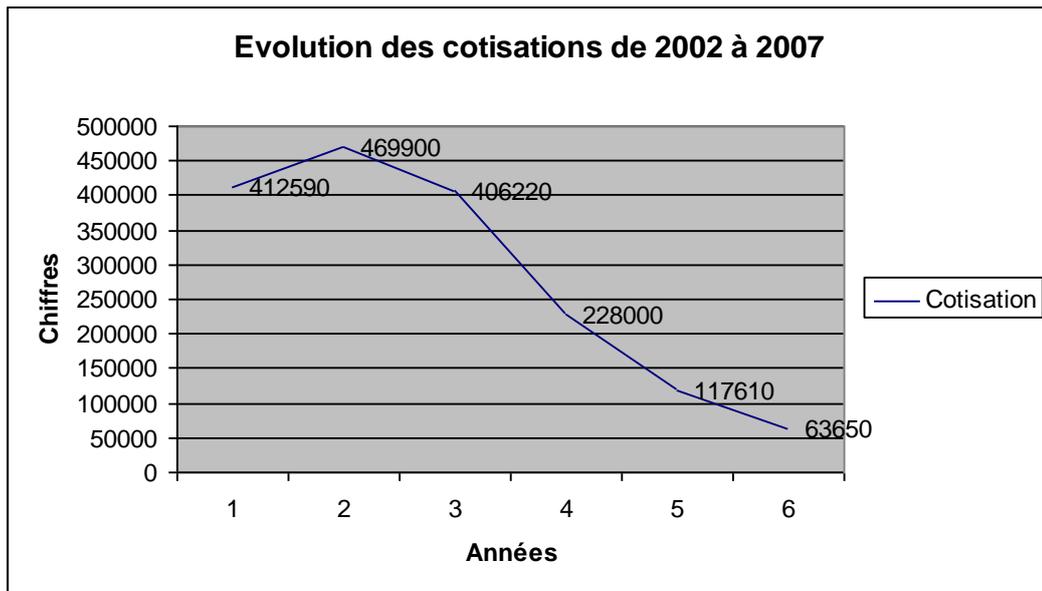
2.3- Situation des cotisations collectées:

Tableau N° 4 : Evolution des cotisations de 2002 à 2007.

Années	Cotisation
2002	412 590
2003	469 900
2004	406 220
205	228 000
2006	117 610
2007	63 650
<u>Total=</u>	1 697 970f cfa

Source : Personnelle (Enquête de terrain Décembre 2007).

« Les cotisations sont à la mutuelle, ce qu'est la sève pour un arbre », dit-on. Au niveau de la mutuelle de Bougoula Ville, en plus du fait que les adhésions soient timides, il y a le fait que les adhérents ne paient pas leurs cotisations. Si ce n'est pas les premières années d'exercices, le paiement des cotisations demeure faible.



La situation des cotisations est identique à celle des adhésions et des bénéficiaires de la création de la mutuelle à ce jour. Ici, les mauvaises pratiques des prestataires de soins ont été aussi décriées et seraient à la base de la faible cotisation par les membres. A cela s'ajoute aussi, la non adhésion (nouvelle adhésion).

2.4- Le bilan des activités de la mutuelle du début des activités au 31

Décembre 2007 :

➤ Situation des prestations :

Tableau N° 5 : Situation des prestations de 2002 à 2007.

Années	Prestations	Accouchements simples	Accouchements compliqués
2002	<i>Période d'observation</i>		
2003	32	ND	1
2004	92	ND	1
2005	75	ND	1
2006	20	ND	0
2007	16	ND	0
<u>Total=</u>	245	ND	3

Source : Personnelle (Enquête de terrain Décembre 2007).

ND : Non disponible.

Source : Rapport d'activités de l'UTM

➤ **Situation financière :**

De la création à la date du 31 Décembre 2007, la situation financière de la mutuelle « Kènèya ton » de Bougoula ville se présente comme suite :

Tableau N°6 : Le bilan des activités de la mutuelle de sa création en 2007.

Recettes	Montant	Dépenses	Solde
Cotisation	1 539 130	Fonctionnement : 316 480	888 190f
Frais d'adhésion	123 250	Prestations : 540 210	
Subvention	82 500		
Total	1 744 880	856 690	

Source : Documents de gestion de la mutuelle (enquête de terrain Décembre 2007).

Tableau N°7 : Adhérents, Rapport entre les prévisions et les réalisations au cours des trois (3) premières années d'activités.

Années	Adhérents			Taux de recouvrement
	Prévues	Réalisées	Ecart	
2002	1 287	161	1 287	12,50 %
2003	1 351	39	1312	2,88 %
2004	1 418	74	1 344	5,21 %

Source : Documents de gestion de la mutuelle (enquête de terrain Décembre 2007).

Tableau N° 8 : Cotisations, Rapport entre les prévisions et les réalisations au cours des trois (3) premières années d'activités.

Années	Cotisations			Taux de recouvrement
	Prévues	Réalisées	Ecart	
2002	4 157 010	412 590	3 7444 420	9,92 %
2003	4 364 860	469 900	3 894 960	10,76 %
2004	4 584 100	406 220	4 177 880	8,86 %

Source : Documents de gestion de la mutuelle (enquête de terrain Décembre 2007).

La mutuelle de Bougoula Ville malgré la grande campagne de sensibilisation n'arrive pas à avoir un très grand nombre d'adhérent.

Lors de la dernière assemblée générale de présentation de bilan tenue le 29 Janvier 2008, les participants ont renouvelé leur confiance leur au bureau sortant. Ils ont trouvé que le CA (plus de **856445f cfa en caisse**) estime confiance et que c'est aux populations de s'acquitter de leur devoir et cela malgré l'irrégularité des réunions statutaires.

IV- Présentation de la mutuelle « Kènèya Gnèsigui ton » de Kignan:

La Mutuelle de Santé « Kénéya Gnèsigui ton » de Kignan (Mu-Kignan), a été mise en place en même temps que les trois (3) précédentes. Il s'agit des mutuelles rurales de Kourouma, Kafana et Tella. Elle a été créée le 03 juin 2000.

Les premières années de sa mise en place ont été assez difficiles pour elle. Les premiers responsables désignés pour composer les instances de la mutuelle, n'ont pas pu bénéficier de la confiance des populations. Tout simplement, ils avaient la mauvaise réputation comme quoi toutes organisations dont ils dirigeaient périllicitaient. C'est ainsi que durant trois (3) ans (2000-2003), toutes les activités de sensibilisation des populations, n'ont pu donner le nombre d'adhérents nécessaires au démarrage des prises en charge. Il a fallu saisir l'occasion du départ de certains de ces responsables, pour procéder à un remembrement des organes en vue d'une redynamisation du fonctionnement de la mutuelle et essayer de donner confiance aux futurs adhérents.

Cette stratégie a effectivement ramené la confiance, ce qui a permis à la mutuelle d'enregistrer de nouvelles adhésions qui ont été à la base du démarrage de la prise en charge des adhérents en avril 2004.

1- Objet de la Mutuelle :

La Mutuelle de Santé de Kignan (MU-KIGNAN) a pour objet principal, la prise en charge totale et/ou partielle des dépenses de santé de ses adhérents et de leurs personnes à charge, auprès des prestataires conventionnés.

Elle prévoit de mettre à la disposition de ses adhérents, certaines prestations qui sont accessibles selon le principe du 1/3 payant.

Elles sont :

- Les soins ambulatoires ;

- Les accouchements ;
- Les urgences obstétricales.

Pour que ces prestations soient accessibles aux bénéficiaires sur une longue durée, il faudra que le taux de cotisation soit raisonnable pour la population et que ce taux permette la viabilité financière de la mutuelle.

2- Prestations prises en charge :

- Les soins ambulatoires et médicaments en générique au CSCOM de Kignan (y compris les accouchements) à 65% des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes,
- Les urgences obstétricales : à 100%.

Droit d'adhésion : 1 000 Fcfa

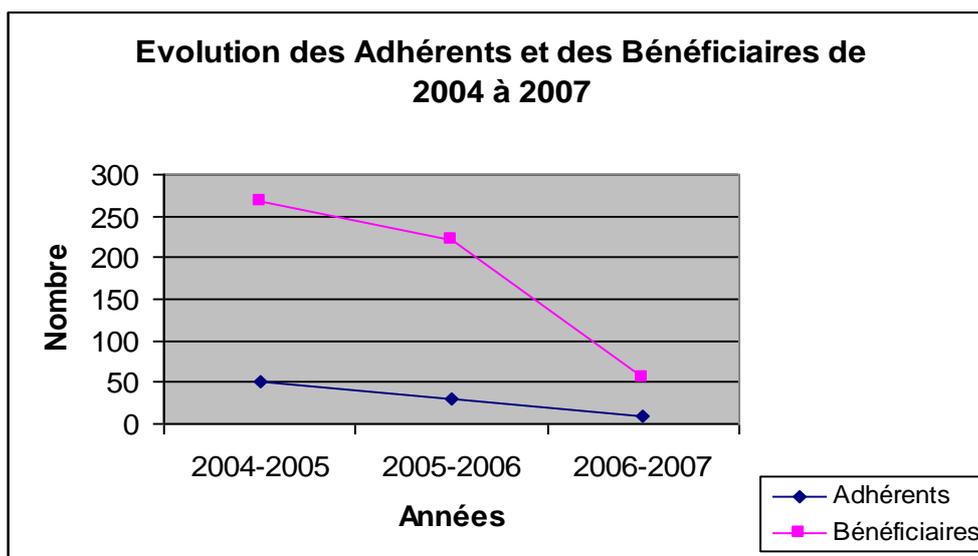
Taux de cotisation : 1 100 Fcfa/an/bénéficiaires.

2.1- Situation des adhésions :

Tableau N°9 : Evolution des adhésions et des Bénéficiaires de 2004 à 2007.

Années	Adhérents	Bénéficiaires
2004-2005	50	267
2005-2006	31	221
2006-2007	9	56
<u>Total=</u>	90	544

Source : Rapport d'activités de la mutuelle.



Les adhérents et les bénéficiaires de la mutuelle sont en baisse. La situation est devenue alarmante à partir de 2006. Ce la dénote que la mutuelle en déclin si aucune solution n'est entreprise dans l'immédiat. Ajouté à cela, la cible de la mutuelle (enfants de 0 à 5 ans et les femmes) car après le démarrage de la mutuelle les adhérents qui n'avaient pas participé à l'AGC ont décrié la cible choisie. Certains adhérents ne paient plus aussi leur cotisations à cause des mauvaises pratiques qui leurs sont infligées par les prestataires de soins.

2.2- Situation des prises en charge :

Tableau N° 10 : Situation des ordonnances prescrites et les montants remboursés.

Années	Nombre d'ordonnances	Montant remboursé
2004-2005	76	95 915
2005-2006	122	176 405
2006-2007	73	186 020
<u>Total=</u>	271	458 340

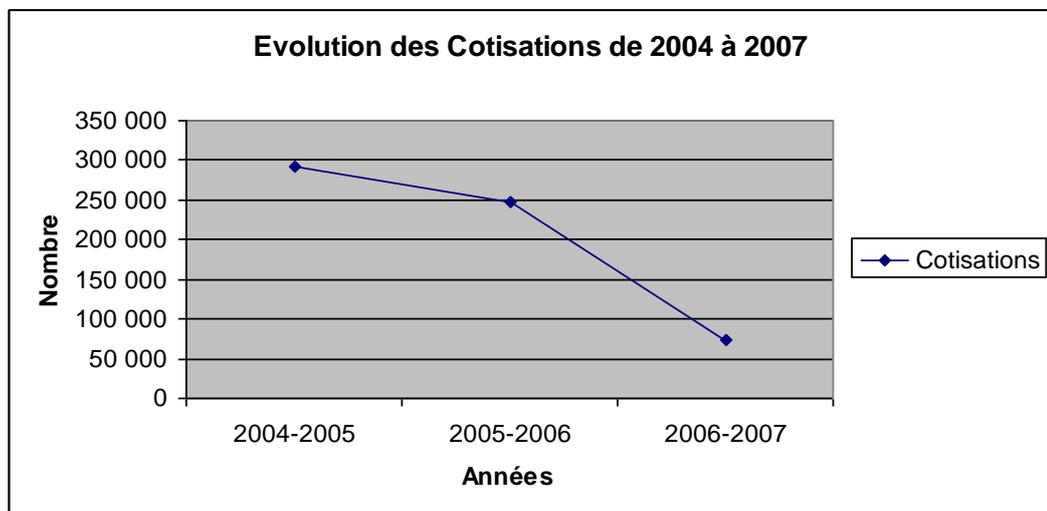
Source : Rapport d'activités de la mutuelle.

2.3- Situation des cotisations :

Tableau N° 11 : Evolution des adhésions et des Bénéficiaires de 2004 à 2007.

Années	Cotisations
2004-2005	293 100
2005-2006	246 400
2006-2007	73 000
<u>Total=</u>	612 500

Source : Rapport d'activités de la mutuelle.



2.4-Le bilan des activités de la mutuelle de Mars 2002 à Décembre 2007 :

➤ **Situation des prestations :**

Tableau N° 12 : Situation des prestations de 2004 à 2007.

Années	Prestations	Accouchements simples	Accouchements compliqués
2004-2005	76	ND	0
2005-2006	122	ND	1
2006-2006	76	ND	1
<u>Total=</u>	271	ND	2

Source : Rapport d'activités de l'UTM

➤ **Situation financière :**

De la création à la date du 31 Décembre 2007, la situation financière de la mutuelle « Kènèya gnèsigui ton » de Kignan se présente comme suite :

Tableau N° 13 : Le bilan des activités de la mutuelle de sa création à fin 2007.

Recettes	Montant	Dépenses	Solde
Cotisation	73 000	Fonctionnement : 63 900	153 690f cfa
Frais d'adhésion	600 000	Prestations : 453 000	
Subvention	-		
Total	673 100f	520 410f	

Source : Rapport d'activités de la mutuelle.

Tableau N°14 : Adhérents, Rapport entre les prévisions et les réalisations au cours des trois (3) premières années d'activités.

Années	Adhérents			Taux de recouvrement
	Prévues	Réalisées	Ecart	
2002	434	50	384	11,52%
2003	723	31	692	4,28%
2004	579	9	570	1,55%

Source : Rapport d'activités de la mutuelle.

Tableau N° 15 : Cotisations, Rapport entre les prévisions et les réalisations au cours des trois (3) premières années d'activités.

Années	Cotisations			Taux de recouvrement
	Prévues	Réalisées	Ecart	
2002	2 162 150	293 100	1 869 050	13,55%
2003	5 776 010	246 400	5 529 610	4,26%
2004	8 648 600	73 000	8 575 600	0,84%

Source : Rapport d'activités de la mutuelle.

La MU-Kignan est une mutuelle qui devrait avoir un nombre d'adhérents assez important, vu le potentiel à travers la population de l'aire de santé. Seul le village de Kignan est en mesure de disposer d'une mutuelle. Tout ceci se trouve affecté par un certain nombre de situations qui ne sont pas toujours à la faveur de la mutuelle.

Le taux de cotisation choisie à la création de la mutuelle, ainsi que la cible à prise en charge, n'ont pas été favorables pour une grande adhésion. En effet, la cible des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes qui ont été privilégiés pour le plus bas taux de cotisation, n'a pas été une cible qui a particulièrement intéressé la population. Au cours de plusieurs activités de sensibilisation, cette restriction a été souvent citée comme facteur de blocage, par plusieurs personnes.

C'est dans ce sens que les responsables de la mutuelle ont sollicité auprès de l'UTM, la reprise de l'étude de faisabilité, avec l'option de prise en charge de tous les membres de la famille.

Cette étude a été réalisée et a proposé en tous trois options. Cette fois ci encore le choix a porté sur l'option dont la cotisation annuelle est la plus basse, soit 1 300 Fcfa/an/personne, pour un taux de prise en charge de 50% et 100% pour les urgences obstétricales.

Chacune des mutuelles de santé mises en place dans le cadre du partenariat avec la CMDT, a choisi le scénario qui lui convient parmi les propositions de scénarii faites, dans le cadre de l'étude de faisabilité économique et sociale.

Les mutuelles de Kourouma et de Kafana ont choisi la prise en charge de tout le monde avec le taux de cotisation y afférent (c'est-à-dire plus élevé), alors que Tella et Kignan ont choisi la prise en charge uniquement des enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, car le taux de cotisation était assez moindre. Au démarrage des activités au niveau de toutes ces mutuelles, le constat a été fait que le taux d'adhésion aux mutuelles est plus élevé à Kourouma et Kafana plus qu'à Tella et Kignan. Ceci pour la simple raison que beaucoup de personnes ne comprennent pas pourquoi ils doivent verser des cotisations et ne pas bénéficier de la prise en charge. Cette situation ayant été identifiée

par les responsables eux-mêmes, le souhait a été émis de revoir les études et de proposer des cotisations, permettant la prise en charge de tout le monde.

Pour Kignan et Tella qui sont un peu à la traîne des autres, il été imaginé une stratégie pour leur redynamisation. Il s'agit de l'implication des relais des ONG du Projet Kénéya Ciwara intervenant dans ces aires de santé, dans les activités s'information et de sensibilisation. Dans le cadre de leurs activités, ces ONG ont à leur disposition des relais qu'ils ont formés, pour une meilleure circulation des informations sur la santé.

Les discussions avec ces ONG, ont permis de retenir le principe d'implication des relais. Pour cela, un certain nombre d'activités préalables doivent être menées. Il s'agit surtout de la formation de ces relais, pour leur permettre de disposer des connaissances nécessaires à la sensibilisation, ainsi que la mise à leur disposition d'outils pour leur faciliter la sensibilisation et capitaliser les travaux réalisés.

CHAPITRE II: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUÊTE

Pour mieux appréhender notre démarche, nous avons identifié un certain nombre d'éléments comme étant déterminants dans la fonctionnalité d'une mutuelle de santé. Il s'agit de :

- Les conditions de mise en place ;
- Les conditions d'adhésion ;
- La gestion des prestations /conventionnement ;
- Les relations de partenariat;
- Les conditions de pérennisation ;
- Les interventions des SDSSES et de l'UTM.

A l'issue de nos investigations menées auprès des administrateurs et des bénéficiaires des deux mutuelles ainsi que des personnels de l'Unité Opérationnelle de l'UTM à Sikasso et des services de Développement Social et de l'Economie Solidaire de Sikasso, nous pouvons retenir essentiellement des résultats obtenus les constats suivants :

I- Mise en place :

1.1- Les administrateurs des mutuelles :

Il ressort des entretiens avec les membres des instances de direction des mutuelles de Kignan et de Bougoula Ville que le processus de création a duré une année environ. Pour Bougoula Ville, l'initiative est venue lors d'une enquête commanditée par le PHR Plus suite à un constat relatif à la sous fréquentation des services de santé par les populations. Quant à Kignan, c'est à la faveur du partenaire CMDT /UTM qu'elle a vu le jour. Elles ont été mises en place conformément à la loi régissant la loi N°96 – 022 du 21 février 1996 régissant la Mutualité en République du Mali.

Ces mutuelles n'ont pas été créées pendant la même année. En plus des entretiens réalisés, les documents que nous avons pu exploiter confirment que la mutuelle « Kènèya Gnèsigui ton » de Kignan date d'Avril 2000. Les activités de la mutuelle ont réellement débuté en 2004. Quant à Bougoula ville, elle a été créée le 20

Mars 2002, le reste de l'année a été consacré à la période d'observation. C'est en 2003 qu'elle a commencé à offrir les prestations.

Le service de Développement Social et de l'Economie Solidaire et PHR+ sont les partenaires qui ont contribué à la mise en place de la mutuelle de Bougoula Ville. L'unité opérationnelle de l'Union Technique de la Mutualité (UTM) et la CMDT sont les partenaires techniques qui ont appuyé la création de la mutuelle de Kignan.

La contribution de ces partenaires s'est déroulée sur l'ensemble du processus de mise en place d'une mutuelle de santé.

La nature de leurs interventions était essentiellement axée notamment sur :

- la sensibilisation ;
- la formation des populations et des leaders locaux;
- les appuis/conseils ;
- la prise en charge financière des activités de sensibilisation, de formation et de production des documents de la mutuelle de Bougoula Ville par le PHR+.

Le processus de mise en place de ces mutuelles a respecté les démarches requises.

1.2- Les responsables des SDSSES et de l'unité opérationnelle de l'UTM :

En ce qui concerne la mise en place de ces mutuelles, les SDSSES et l'unité opérationnelle de l'UTM de Sikasso affirment que le processus de création de ces mutuelles a respecté les démarches de création d'une mutuelle. Cependant, ils trouvent que l'initiative n'est pas venue des populations de ces localités. Selon, eux la motivation de la création de ces mutuelles réside des conclusions de l'enquête organisée sur la sous fréquentation des services de santé par les populations pour Bougoula ville. C'est pour mieux consolider les revenus des populations et de contribuer à leur santé que l'idée de création de la mutuelle est née. Ils corroborent les propos avancés par les administrateurs de mutuelle sur la nature de leur intervention à savoir : la sensibilisation, la formation des populations et des acteurs locaux, les appuis/conseils, la prise en charge financière des activités de sensibilisation, de formation et de production des documents de la mutuelle de Bougoula Ville par le PHR+ et de Kignan par la CMDT.

Le développement social a participé à l'ensemble de mise en place de ces mutuelles. De concert avec les partenaires de ces mutuelles, il a assuré la formation des membres élus aux organes de gestion, procédé au contrôle à priori des dossiers de création et était présent lors des AGC.

SYNTHESE :

On retient essentiellement que toutes les démarches ont été respectées dans la mise en place de ces deux mutuelles. Elles ont été créées conformément aux loi et textes régissant la mutualité au Mali.

Le DS, la CMDT, l'UTM et PHR Plus sont les partenaires qui ont appuyé la création de ces deux mutuelles. La nature de leur intervention est la même en ce sens qu'ils ont contribué pendant tout le processus de création des mutuelles. Ils ont été souvent acteurs et bailleurs de certaines activités. Devant cette situation, les populations de ces deux localités n'ayant pas contribué ni physiquement, ni financièrement tombent dans la facilité et pensent que d'autres partenaires acteurs seront candidats à la prise en charge de leurs difficultés. Ces difficultés relevant en majorité d'elles mêmes.

I

2- Adhésion :

2.1- Les administrateurs des mutuelles :

Il ressort des entretiens réalisés auprès des administrateurs des deux mutuelles et les documents des études de faisabilité de ces deux mutuelles que les conditions d'adhésions fixées par les deux mutuelles ne sont pas au dessous de la capacité des populations de ces localités. Ils affirment que les conditions d'adhésions actuelles ont été retenues après présentation lors des AGC de plusieurs scénarii par les études de faisabilité et les dispositions des statuts et règlement intérieur. Ils trouvent que ces conditions ne sont difficiles (une demande adressée au président du CA, et les autres petits frais) et ne sont pas particulières par rapport aux conditions générales d'adhésion aux mutuelles. La même réponse a été avancée par les responsables des deux mutuelles non concernées par recherche. Il s'agit pour rappel de Wayerma et de la MUSARS. Le président de la mutuelle de Kignan trouve : « *qu'il est plus facile de détruire que de construire au niveau de Kignan* » et c'est ce qui démontre la baisse des taux d'adhésion

au niveau de ces deux mutuelles. Il ressort que pendant les trois premières d'activités à Kignan, les taux d'adhésions par rapport aux prévisions sont respectivement de 11,5% ; 4,28% et 1,55%. Ces chiffres montrent qu'aucune action de grande envergure n'est entreprise pour redresser la chute de la mutuelle. Le concours des relais communautaires n'a pas donné les résultats escomptés.

Quant à Bougoula ville, ces mêmes taux d'adhésion sont progressifs et sont les suivants : 12,50% ; 2,88% ; et 5,21%. Cette situation de baisse d'adhésion constitue un élément d'inquiétude et de désespoir les acteurs de la mutualité.

Les administrateurs pensent que la qualité des prestations n'est pas à la base de ces faibles taux enregistrés. Ils attribuent au fait que la création de ces mutuelles n'est pas l'émanation de la demande des populations en majorité.

Le Développement social participé aux différentes AGC pour donner plus de crédibilité à la chose. Lors de ces AGC, il a trouvé que les conditions d'adhésions adoptées sont celles qu'il faut à ces deux mutuelles. Il a servi de conseil lors des différents choix. Selon toujours le développement, le scénario choisi est à la faveur des deux populations. Il le trouve alléchant car, il pense bien qu'il y a une adéquation entre les ressources des populations et les conditions adhésion arrêtées dans les statuts et règlements intérieurs.

2.2- Les prestataires de soins :

A ce niveau, les avis des deux personnes enquêtées sont convergents. Elles trouvent que les conditions d'adhésion à ces deux mutuelles sont à la portée des populations car c'est à partir de l'étude de faisabilité que le scénario actuel a été adopté. Elles affirment que les conditions annoncées dans les statuts et règlement exposées lors des AGC ne sont pas au dessus de la capacité des populations.

Par rapport aux conditions aux mutuelles, les services du Développement Social.

2.3- les responsables des SDSSES et de l'unité opérationnelle de l'UTM de Sikasso :

Sur cette question, le responsable de l'UTM et les SDES pensent que les conditions d'adhésion ne sont pas difficiles (une demande adressée au président du CA, et les autres petits frais). Ils trouvent aussi qu'elles ne sont pas particulières par rapport aux conditions générales d'adhésion de l'ensemble des mutuelles.

Le niveau actuel d'adhésion à ces mutuelles n'est pas du tout satisfaisant voire décevant. Le DS attribue la situation actuelle de Bougoula Ville au départ du partenaire financier le PHR Plus (en 2005).

2.4- Les bénéficiaires des deux mutuelles:

A propos des conditions d'adhésion, les points de vue de nos enquêtés sont partagés. Certains affirment que les maladies choisies et les cibles ne permettent pas une bonne adhésion et qu'il faut augmenter la gamme des maladies à couvrir et pour ce faire il faut une cotisation un peu plus élevée. Par contre, d'autres trouvent que les conditions actuelles sont acceptables car ce sont les maladies courantes qui sont couvertes. Mieux, ils pensent que le choix a été fait en fonction des cotisations arrêtées et trouvent que les maladies couvertes par les mutuelles permettent une meilleure adhésion des populations. Ils souhaitent un élargissement de la gamme à d'autres prestations telles que les interventions chirurgicales et de prendre en charge l'ensemble des populations au lieu des femmes et des enfants.

SYNTHESE:

En ce qui concerne les adhésions, nous retenons qu'elles restent très faibles voire inexistantes. Il faut retenir essentiellement que peu de gens adhèrent aux mutuelles après les trois premières de leur création. Les raisons évoquées sont surtout le manque de revenus (pauvre), le manque de confiance à la philosophie. A cela, il ajouter la faible sensibilisation des populations sur la question.

Il en est de même pour les cotisations qui sont liés à l'adhésion. Elles sont très faibles partout, selon les entretiens réalisés les documents des études de faisabilité. Pour Bougoula ville les taux de recouvrement des cotisations sont très bas. Les taux suivants ressortent entre les prévisions et les réalisations pendant les trois (3) premières années de la mutuelle. Ils sont fortement en chute : 9,92% ; 10,76% et 8,86%. Grâce à la grande promotion organisée au tour des deux (2) mutuelles urbaines. Cette campagne de sensibilisation a porté par la diffusion des messages sur les radios libres de la commune et c'est ce qui explique les 10,76% de cotisation.

Les opinions collectées confirment largement cette situation. Selon le responsable de l'UTM « Nous sommes avec des organisations communautaires et chaque mutuelle

fonctionne selon les réalités de son milieu » et « La situation actuelle peut être expliquée par les aléas climatiques pour la culture du coton, les cours mondiaux du prix du coton, des mauvaises pratiques que jusque là les populations n'arrivent à effacer (contribution pour la réalisation d'infrastructures socio éducatives par le projet SOS pauvreté) et c'est cette réticence qui serait à la base de la faible mobilisation des populations ». Maintenant que « tout le monde veut voir pour croire ensuite au lieu d'attendre pour croire » renchérit le même responsable, aujourd'hui, il n'y a pas de confiance entre les responsables mutualistes et les populations.

3- Prestations/conventionnement :

3.1- Les administrateurs des mutuelles :

On retient essentiellement selon les entretiens réalisés et à l'exploitation de certains documents tels que les conventions signées et les rapports de supervision que les prestations conventionnées par ces mutuelles permettent une meilleure adhésion des populations. Ils confirment que c'est que sur présentation de plusieurs scénarii lors des assemblées générales constitutives de ces mutuelles que les prestations actuelles ont été choisies et qui ont fait l'objet d'un conventionnement entre les prestataires de soins et les mutuelles. Les populations qui n'étaient pas présentes lors des AGC sont les plus nombreuses à demander une révision sur les prestations à couvrir.

Interrogés sur la question, les administrateurs trouvent que la question n'est pas à ce niveau que seulement les populations de ces deux localités n'en n'ont pas fait de ces mutuelles leurs propriétés.

Ils trouvent que les services dispensés par les centres de santé sont de qualité. Cependant, ils affirment que des incompréhensions avaient un moment amenés certains bénéficiaires à ne plus fréquenter les centres. Cette situation a été évoquée par les membres des deux mutuelles. En tant que chargés de l'administration de la mutuelle, ils sont parvenus à résoudre ces problèmes et trouvent qu'ils ne sont pas de nature à menacer la vie la mutuelle.

Nos interviewés trouvent que la convention qui lie les deux parties à savoir les prestataires de soins et les mutuelles de santé est bien respectée et que chacun joue bien sa partition. Cette convention porte essentiellement sur la qualité et la disponibilité des

services de santé confiés par le plateau technique et les maladies courantes dans ces localités.

Informé sur la question, le développement social et les responsables des services de santé ont provoqué une rencontre pour discuter de la question. Des remèdes ont été trouvés et depuis les deux parties sont entrain de bien appliquer le contenu de la convention.

3.2- Les bénéficiaires des deux mutuelles :

Sur la question, les points de vue de nos interviewés sont divergents. Certains mutualistes interrogés pensent que les prestations livrées ne sont pas de qualité. Ils ont décrié l'attitude des prestataires de soins car trouvent que certaines pratiques exécrables leur étaient infligés notamment le paiement au comptant des frais de consultation au niveau du poste de consultation, le refus délibéré de livrer les ordonnances en DCI et la rupture fréquente des médicaments au dépôt de vente. Par contre, d'autres pensent que les prestataires font de leur mieux pour satisfaire le service des mutualistes.

Ils trouvent aussi que les prestations choisies sont petites.

Le développement social assurant la tutelle a essayé démarches pour rapprocher les deux parties. Mais jusque là, ces pratiques n'ont pas été complètement dissipées. Une intensification de la sensibilisation devrait contribuer à cette solution.

3.3- les responsables des SDSSES et de l'unité opérationnelle de l'UTM de Sikasso :

Aux dires de ces responsables du service d'encadrement et de l'unité opérationnelle sur la question, les mutualistes de ces deux localités ont mis l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant à partir du scénario choisi par les communautés. Ils trouvent que les maladies conventionnées par les mutuelles sont le choix de l'ensemble des mutualistes (adhérents et bénéficiaires) car les prestations choisies ont été d'abord présentées en projet lors des AGC ayant établies en convention.

3.4- Les prestataires de soins :

En ce qui concerne les prestations et la convention, les prestataires conventionnés par ces mutuelles trouvent qu'ils disposent des compétences requises pour dispenser des

services de qualités aux mutualistes conformément aux directives des normes en matière de prise en charge de la santé au Mali. Les urgences sont référées à un niveau plus élevé avec une prise en charge gratuite assurée par l'Etat.

Ils ne reprochent rien à la convention et trouvent du même que chacun est entrain d'œuvrer pour son application correcte.

Ils affirment que les mutualistes ne se présentent au centre que lorsque la maladie a atteint un niveau où les médicaments en DCI ont un faible apport.

Par insuffisance d'information, certains mutualistes demandent souvent des prestations qui ne figurent pas dans la convention.

Avec la prise en charge gratuite de la césarienne par le gouvernement, les mutualistes ont maintenant moins de charge.

Sur cette question, le développement social ayant fait ses constats lors des supervisions a instruit aux administrateurs des deux mutuelles d'informer les populations sur la fréquentation à temps des services de santé. Mais ce comportement profondément ancré chez les populations perdure.

Le développement social devrait s'associer aux responsables mutualistes afin de sensibiliser les deux populations sur le sujet pour un changement positif de comportement.

SYNTHESE:

En somme, les prestations choisies à l'époque étaient légitimes. Le processus qui milité cet état de fait a obéit à l'esprit des statuts et du règlement des mutuelles ainsi que celui des conventions existant entre ces deux parties. En effet, les statuts et règlement étaient en projet lors des AGC et c'est après validation qu'ils ont été inscrits avec force de loi. Les adhérents qui n'ont pas participé aux AGC reprochent au nombre de maladies choisies comme étant insuffisantes.

Quant à la convention, l'insuffisance de son application incombe aux prestataires de soins. En effet, la rupture incessante des médicaments, le mauvais accueil, et le

harcèlement des mutualistes sont toute chose qui contribue à la faible adhésion et au favorise le retrait de certains membres.

4-- Interventions du Développement Social et de l'UTM :

4.1- Les administrateurs des mutuelles :

Selon les personnes interrogées à savoir les administrateurs des deux mutuelles de notre étude et ceux des mutuelles qui ne sont pas concernées. Le département du Développement social à travers ces structures déconcentrées comme la Direction Régionale du Développement Social et le service du Développement Social et de l'Economie Solidaire ont participé activement à l'Assemblée Constitutive de presque toutes les mutuelles du cercle. Ils sont appuyés dans leurs missions par l'UTM qui a aussi participé à ces AGC. Ces structures participent aussi aux différentes rencontres statutaires de des mutuelles de Kignan et de Bougoula ville en particulier et de l'ensemble des mutuelles du cercle.

Les membres des instances des deux mutuelles ont été élus de façon démocratique parmi les délégués mandatés par les communautés sous la supervision du développement social.

L'appui de ces structures jusque là reste centré sur les supervisions formatives et les conseils.

Elles assurent des supervisions programmées à l'endroit de l'ensemble des mutuelles du cercle. Par manque de moyens financiers, souvent deux (2) à trois (3) sorties peuvent être réalisées. Pour l'année 2007 sur quatre (4) programmées deux (2) seulement ont été réalisées le service local, la direction quant à elle n'a fait aucune supervision ainsi que le niveau central. Pour l'UTM, les supervisions étaient trimestrielles et concernaient les mutuelles qui étaient à leur début. Par manque de personnel, elle n'arrive pas à effectué correctement ces supervisions. Durant l'année 2007, Kignan n'a pas été suivie. Pour l'année 2008 ce sera un suivi semestriel car la structure envisage de faire un suivi de chaque quatre (4) mois pour les mutuelles qui ont plus de deux (2) années de vie.

Ces supervisions sont organisées à partir des termes de référence élaborés et suivant un certain nombre de paramètres. Elles sont exécutées de façon séparée par ces deux

structures. Mais de temps en temps cette activité est exécutée en tandem avec les deux structures (SDSES et UTM).

Il n'existe pas une équipe de supervision par mutuelle. Les rapports produits exploités ne figurent pas les membres supervisés.

Les deux structures disposent des ressources humaines qui ont été formées dans le domaine pour accomplir efficacement cette mission. La tutelle ne dispose pas de ressources financières et matérielles régulières et suffisantes pour faire un suivi/contrôle régulier et un appui constant. Quant aux ressources matérielles à savoir les moyens de déplacement, elles ne sont pas adaptées voire inexistantes. Le service local qui se trouve être la première structure de contact ne dispose que deux motos et n'a pas de véhicule pour faire face aux multiples sollicitations par les populations. Quant à l'UTM les ressources humaines sont insuffisantes mais, elle dispose de ressources financières pour suivre les mutuelles opérationnelles. Elle ne dispose pas de moyens de déplacement adapté.

Dans l'ensemble les moyens dont l'unité dispose lui permettent de faire des appuis de qualité à l'endroit de ces mutuelles.

Les supervisions portent presque sur les termes de référence qui concernent les mutuelles du cercle. Les rapports de supervision disponibles ne montrent pas l'état d'exécution des recommandations qui sont formulées à chaque sortie mais hélas elles ne sont pas exécutées.

Les recommandations sont consignées dans un cahier pour la circonstance disponible auprès des mutuelles.

4.2- les responsables des SDSES et de l'unité opérationnelle de l'UTM de Sikasso :

Aux dires du chef du service du SDSES, « les populations n'ont tellement pas perçu clairement toute l'importance de la mutuelle malgré leurs multiples interventions ainsi que ceux d'autres à l'endroit de ces organisations » et c'est ce qui serait à la base de leur hésitation pour adhérer.

Les entretiens réalisés et la capacité des mutualistes montrent que les deux structures ont animé des sessions de formation à l'endroit de ces mutuelles. La qualité et l'apport de ces formations ont été appréciés par les bénéficiaires.

SYNTHESE :

En somme les services de développement social en plus du manque de ressources matérielles et financières, sont confrontés à une insuffisance de planification des activités de suivi contrôle. En effet, les activités programmées ne sont pas exécutées pour faute souvent de ressources car, ils ont plusieurs groupes à satisfaire à la fois. Ils ont assuré l'essentiel de leurs rôles vis-à-vis de ces mutuelles. Ces mutuelles disposent de l'agrément, ont été informée ainsi que d'autres acteurs, bénéficient des supervisions. La situation actuelle de ces mutuelles n'est pas due à une crise de gestion financière, mais elle est surtout liée à un manque de persuasion. En effet, la situation actuelle des adhérents et le niveau des cotisations ne permettent pas à ces organisations de se développer. Les structures d'appui doivent de concert avec les administrateurs des mutuelles restaurer la confiance et participer ensemble aux activités de sensibilisation.

5- Partenariat :

5.1- Les administrateurs des mutuelles :

Par rapport à cette question, nos groupes cibles interrogés ainsi que les mutuelles de Wayerma et de la MUSARS non concernées par l'étude attestent qu'il n'existe un cadre de concertation formel regroupant les mutuelles, les prestataires de soins et les structures d'appui car aucun rapport le matérialisant n'est disponible. Ils affirment unanimement que la tutelle (DS) avait initié en 2005 un cadre de concertation qui regroupait les partenaires, les prestataires de soins et les mutuelles. Deux réunions seulement ont été tenues. L'unité opérationnelle de Sikasso pour cette année 2008 est dotée d'un budget substantiel pour animer un tel cadre dans quatre cercles de la région. Il s'agit de Koutiala, Kadiolo, Yorosso et Sikasso avec une périodicité d'une à deux réunion par an. Ce cadre de concertation vise à créer une union des mutuelles au niveau cercle et progressivement des unions régionales. L'existence de ce cadre allait être déterminant pour le développement des mutuelles d'autant plus qu'il a été réclamé par

l'ensemble des sujets interrogés. A leurs dires, il allait servir de lieu où les difficultés rencontrées allaient être discutées avec des propositions de solutions par l'ensemble des parties prenantes.

Le développement social en vue d'assurer un développement harmonieux de ces mutuelles avait initié en 2004-2005 un cadre analogue qui regroupait l'ensemble des acteurs intervenants dans le domaine du développement social. Les questions relatives aux mutuelles de santé étaient largement évoquées ainsi que celles ayant trait aux ASACOs.

5.2- Les prestataires de soins :

Sur la question leurs points de vue sont divergents. Les prestataires avec lesquels la mutuelle de Bougoula Ville a établie une convention affirment qu'il existe un cadre de partenariat entre les différents acteurs autour de leur mutuelle. Par contre, ceux de Kignan sont formels sur l'inexistence d'un véritable cadre de concertation.

SYNTHESE :

En réalité, il n'existe pas un véritable cadre de concertation formel regroupant l'ensemble des acteurs de la mutualité dans le cercle de Sikasso. Cependant, l'unité opérationnelle de l'UTM a inscrit dans son PO de 2008 la mise en place et l'animation d'un cadre de concertation qui va regrouper tous les intervenants dans le domaine de la mutualité dans l'ensemble des cercles de la région qui disposent de mutuelles agréées.

6- Pérennisation :

6.1- Les bénéficiaires des deux mutuelles :

Sur cette question, seuls les bénéficiaires ont été interrogés. Ils restent perplexes sur la question. Certains membres pensent que les instances des mutuelles fonctionnent bien et qu'elles tardent seulement à transcender les difficultés rencontrées. Par contre, d'autres trouvent que les instances de direction de la mutuelle ne fonctionnent pas du tout.

Tous les membres interrogés ont participé seulement à l'AGC. Quant à la tenue des AG ordinaires et d'autres rencontres statutaires de la mutuelle, ils affirment par la négation.

Ils affirment que les décisions prises lors des AG ne sont pas diffusées. Ces mêmes personnes enquêtées trouvent que les mutualistes et les non mutualistes reçoivent par les amis et voisins.

Pour assurer la pérennisation de ces deux mutuelles en particulier et de celles des autres mutuelles du cercle en général, l'ensemble des acteurs du domaine doivent mener une synergie d'actions en vue de soutenir certains éléments de viabilité d'une mutuelle de santé. Il s'agit notamment :

- la sensibilisation pour une meilleure adhésion des populations ;
- le renforcement de l'équipe des membres des mutuelles par les relais communautaires pour sensibiliser les populations et les agents du DS et de l'UTM;
- la formation des leaders communautaires en mutualité pour qu'ils puissent transmettre efficacement les messages ;
- la création des ressources complémentaires pour la mutuelle car selon eux les seules cotisations des membres ne peuvent pas faire fonctionner une mutuelle de santé ;
- le paiement régulier des cotisations pour la prise en charge des mutualistes ;
- la tenue régulièrement des réunions au niveau des instances de direction de la mutuelle.

Pour assurer la pérennisation, le développement social organise des supervisions périodiques à l'endroit de ces mutuelles en vue. Il profite des occasions au-delà de ce cadre à prodiguer des conseils aux responsables mutualistes.

Pour faute de ressources, et mauvaise planification, il n'arrive pas assuré le suivi régulier de ces mutuelles.

SYNTHESE :

En somme, les éléments suscités évoqués sont essentiels dans le fonctionnement et la pérennisation d'une mutuelle de santé et constituent à la fois les critères de viabilité d'une mutuelle. Leur non satisfaction peut expliquer l'état actuel des difficultés des deux mutuelles. Il s'agit : de la faible adhésion, du non paiement des cotisations, de la tenue incorrecte des réunions par les instances de ces mutuelles et du manque d'information des populations sur la vie de la mutuelle.

Comme on le dit : « la sève est pour un arbre, ce qu'est la cotisation pour une mutuelle ». Les cotisations permettent à la mutuelle de se doter des ressources financières et de faire face aux dépenses de fonctionnement et de prise en charge des

bénéficiaires ; la forte adhésion permet à la mutuelle de bien fonctionner et voire de se pérenniser; l'établissement des bilans moral et financier permet à la mutuelle de connaître son évolution. Quant à l'information des populations, elle permet d'avoir la confiance et de donner plus de crédibilité à la chose.

Ces critères pourront contribuer, s'ils sont correctement mise en œuvre à la pérennisation de la mutuelle.

DIFFICULTES RENCONTREES :

Certaines difficultés ont été citées lors des entretiens réalisés. Il s'agit :

- les cotisations sont très faibles voire inexistantes du fait des moyens financiers limités des populations de ces deux localités ;
- les adhésions souffrent du même mal que les cotisations car elles sont très faibles dus certainement à la méfiance des populations ;
- le mauvais accueil,
- la volonté délibérée de livrer les ordonnances en spécialités ;
- la rupture de stock des médicaments en DCI ;
- l'exigence des prestataires de soins aux mutualistes leur demandant de payer directement les frais de consultation ;
- Le suivi irrégulier des activités des mutuelles par la tutelle et l'UTM.

Ces actions sont de tendance à engendrer des sentiments de mécontentement auprès des mutualistes et ce qui amènent certains à se retirer complètement de la mutuelle.

SUGGESTIONS :

Afin de trouver une meilleure réponse aux difficultés qui menacent le devenir de ces mutuelles, il serait judicieux de prendre en charge certaines suggestions qui sont les suivantes :

- Mettre les ressources à temps à la disposition des SDSSES pour suivre régulièrement les mutuelles,
- Améliorer la qualité des supervisions des SDSSES à l'endroit de mutuelles,
- Veuillez au respect scrupuleux des conventions entre les mutuelles et les prestations de soins,
- Intensifier la sensibilisation des populations en adoptant la stratégie de l'apport des SDSSES et d'autres agents pour l'approche village,
- Redynamiser les Conseil d'administration pour une plus grande participation des administrations aux réunions statutaires et la tenue régulière des réunions statutaires.

CONCLUSION

Le développement des mutuelles de santé est devenu une réalité au Mali, depuis l'exécution du projet de développement de la mutualité au Mali en 1998. Aujourd'hui, l'émergence des mutuelles est un moyen pour l'accès des populations à moindre coût aux soins de santé dans une région où le nombre de CSCom et de mutuelle est le plus important dans tout le pays. L'intervention d'acteurs multiples dans le domaine autorise l'optimisme quant à leur développement harmonieux. La tutelle assurée par les structures déconcentrées du ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées offre une réelle opportunité pour les mutuelles opérationnelles de transcender certaines difficultés qu'elles rencontrent dans leur fonctionnement tout en accomplissant pleinement les missions qui leur sont assignées par la loi.

Cette stratégie de financement alternatif de la santé offre une réelle opportunité d'amélioration et de l'accessibilité financière des populations à la santé tout en s'appuyant sur les valeurs fondatrices de notre société.

Les missions régaliennes et non régaliennes des structures étatiques qui sont faiblement exécutées à cause de l'inadéquation entre les ressources octroyées et le volume du travail à accomplir et l'inefficacité des interventions sont quelques éléments déterminants aux difficultés des mutuelles.

En effet, cette étude nous a montré que les mutuelles « Kénéya ton » de Bougoula-ville dans la commune urbaine de Sikasso et « Kénéya Gnésiguiton » de Kignan dans la commune rurale de Kignan souffrent de véritables problèmes. Il s'agit de:

- La faible adhésion ;
- Le retrait de certains adhérents ;
- Le non paiement des cotisations ;
- Le suivi irrégulier des activités de la mutuelle par la tutelle ;
- Le non respect de la convention entre les mutuelles et les prestataires de soins ;
- L'absence d'un cadre de concertation regroupant les acteurs de la mutualité dans le cercle ;

- Et l'irrégularité dans la tenue des réunions statutaires par les instances des mutuelles.

Malgré les difficultés suscitées, les mutuelles de Bougoula ville et de Kignan méritent de l'espoir car elles continuent à offrir des prestations à leurs membres.

Les problèmes qui ont mis ces mutuelles en difficulté étant connus pour trouver des solutions, il suffit de tenir compte des propositions faites par les sujets enquêtés.

Les résultats atteints au terme de notre étude, nous permettent de dire que les hypothèses formulées, sur les quelles nous nous sommes basés sont confirmées à savoir :

Les difficultés enregistrées dans le fonctionnement et la pérennisation des mutuelles de santé sont liées à une insuffisance de coordination des interventions des services de Développement Social de Sikasso.

L'adhésion aux mutuelles dépend de la qualité des prestations fournies aux bénéficiaires ;

L'absence d'un cadre de concertation entre les mutuelles existantes et les structures d'appui est l'une des causes des difficultés actuelles ;

Le faible suivi des Services de Développement Social pour la pérennisation des mutuelles de santé est dû à l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières.

Les résultats que nous avons atteints permettront de contribuer sans doute à la résolution de certaines difficultés des mutuelles.

Ce travail n'est pas exhaustif, il contient des imperfections auxquelles d'autres chercheurs tenteront de trouver des solutions. /

BIBLIOGRAPHIE

. Textes législatifs et règlementaires :

- loi N° 96-022 du 21 Février 1996 régissant la mutualité ;
- Décret N° 96-136 PRM du 02 Mai 1996
- Décret N° 96-137 PRM du 02 Mai 1996
- L'arrêté interministériel N° 97-0477/MDSSPA/MASTS-SG du 02 Avril 1997
- L'arrêté ministériel N° 02-1742 MDSSPA – SG du 19 Août 2002.

• Ouvrages spécifiques :

1. Rapport de l'atelier de concertation
2. Monographie de la commune rurale de Kignan
3. Monographie de la commune urbaine de Sikasso.

• Mémoires :

Diarata Diarra : L'adhésion des populations aux mutuelles de santé dans la commune urbaine de Sikasso : Cas de la mutuelle »Kènèya ton » de Bougoula Ville, 2003.

Amadou Sogodogo , Département géo aménagement, 2006.