

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



Mémoire

Master en Santé Publique

Option : Santé Communautaire

Année Universitaire 2015 - 2016

**Caisses villageoises de Solidarité Santé (CVSS) dans
l'amélioration de l'état de santé des populations
rurales de Diéma et de Nioro.**

Présenté et soutenu le

Par : Dr Fantamady CAMARA

MD, Candidat MPH-Santé Communautaire

Président :

Membre :

Directeur : Pr. Hamadoun SANGHO

Co-directeur : Dr Mohamed Ali Ag Ahmed

Sponsor : **Medik : [Projet Mère Evacuation Districts Kayes](#)**

PRSSD : [Projet de Renforcement du Système de Santé Décentralisée.](#)

DEDICACES

Je remercie le Tout Puissant Allah!

Qui m'a permis de réaliser ce travail.

Je dédie ce travail à l'ensemble des membres de ma famille en particulier :

A mon père Haseny CAMARA,

Homme de principe et de justice l'artisan du travail bien fait,

Que Dieu te garde encore longtemps.

Les mots me manquent pour te dire Merci M'BAH je suis très fier de toi.

A ma mère Nakani KEITA;

Je ne trouverai pas ici le mot approprié pour te témoigner toute ma reconnaissance; je me contenterai seulement de dire : Que Le tout Puissant te garde encore longtemps pour que nous puissions partager ensemble les fruits de ce travail.

A ma chère épouse Maimouna DIALLO, merci pour l'exemplarité dont tu as fait et continue de faire preuve.

A mes enfants Tidiane, Sayon dite « Mamy », Bintou et Lolo, pour vos patiences et votre compréhension.

À mon jeune frère Siaka CAMARA et sa femme Nassou CAMARA merci pour l'hébergement et tout!

A ma sœur :

Lalla CAMARA ;

Tu es plus qu'une une grande sœur pour moi; saches que tes Soucis ne tomberont jamais dans l'oubliette. Merci infiniment.

Mes petites soeurs: **Fanta CAMARA, Korotoumou CAMARA et Hawa CAMARA,**

Vous pouvez toujours compter sur moi.

A mes frères: **Djibril et Bakary ;**

Soyez assurés de mon soutien indéfectible.

A mes oncles: **Djomakan CAMARA, Mady CAMARA** et particulièrement **Bandiougou CAMARA** celui qui, a été le socle de ce travail peut être sans le savoir; je te dis grand merci et surtout longue vie!

A mon oncle et logeur à Bamako **Massa CAMARA,**

Vous avez accepté de tout partager avec moi, merci infiniment!

A mes autres mères : **Feue Niakalé KEITA, Founé SISSOKO, Namissa KEITA, Maimouna KEITA, Sayon TRAORE, Kamissa TRAORE, Salimata**

KONATE, Aminata KEITA, Oumou KEITA,

Ce travail est vôtre; trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.

A mes grandes mères: **Many CAMARA** et **Feue Kanfing SIDIBE,**

Ce travail est le vôtre, soyez en fières.

A mes tantes : Bintou KEITA, Fatoumata KEITA, **Feue** Nagnouma KEI'FA, Sadio DIAKITE,
que Dieu vous donne encore longue vie afin que vous puissiez déguster le fruit de ce travail
qui est aussi vôtre.

Feue Saran CAMARA, reposez toi bien.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord à mon oncle, Feu **Massaman CAMARA**, pour m'avoir inscrit à l'école.

A tous les enseignants du DERSP/FMOS de l'USTTB, en particulier au Pr Hamadoun SANGHO Chef du DER, et Pr Samba DIOP, Professeur titulaire d'anthropologie pour vos simplicités hors pair, merci chers maîtres.

Aux encadreurs : Dr Mama SY KONAKE, Dr Oumar SANGHO, Dr Nouhoum TELLY, merci pour votre disponibilité totale.

Aux encadreurs du CREDOS en particulier Mr Kassoum Koné, sociologue pour l'appui inestimable ;

A tous ceux qui m'ont apporté un soutien financier ou matériel tout au long de ce master : je veux nommer :

La Société d'Etudes et de Recherche en Santé Publique (SERSAP), ainsi qu'aux membres du projet de recherche sur les innovations en Santé Maternelle, merci pour votre contribution financière à ce travail notamment, Pr Slim Haddad, Mr Abel Bicaba et Dr Mohamed Aly Ag Ahmed, sans oublier Mme Fatoumata KOUMARE, assistante de recherche dudit projet.

A l'ONG NIDD et son Directeur Dr Aly BARRY.

Tout le personnel du projet Medik, avec une motion spéciale à Dr Koman SISSOKO, et du PRSSD ;

A Monsieur Mamadou TRAORE à Dagassenou, Président de la Fondation Haris

Au Docteur Mamadou Diakité médecin-Directeur du cabinet médical espoir de Kayes,

Au Docteur Yacouba YALCOUYE, médecin-Directeur du cabinet médical « **Toguna** » à Koro ;

Mes collègues de la 4^{ème} promotion de master en santé publique du DERSP pour leur esprit d'équipe, de partage et surtout **le choix honorable de responsable de la classe, porté sur ma modeste personne ;**

Mes amis et frères Mamadou CAMARA et Allaye GUINDO Adama TRAORE et Dr Abraham KONE ;

Merci.

A mon cousin Modibo BAGAYOGO et famille, pour l'accueil toujours fraternel, merci

A mon cousin Amadou DIALLO et famille à Kayes Lafiabougou recevez toutes mes reconnaissances.

A mes amis:

Dr. Ousmane CAMARA, Dr. Yacouba S. KONE, Dr Oumar DIALLO Issa SIDIBE, Yacouba KEITA, Moussa Dantouman CAMARA, Dr Abdrahamane DIALLO, Dr Mahamadou DIASSANA et famille à Kayes, recevez ici toutes mes reconnaissances.

Pour tout autre soutien :

A tout le personnel des CSRéf de Kayes et de la commune CIV du district de Bamako pour leur franche collaboration.

Dr Lassana DIAKITE et tout le personnel technique du Centre Médicale El Razy de Djicoroni Para.

A Dr Mariam DIANCOUMBA,

Ma compagne de lutte, les mots me manquent pour te remercier.

Merci pour la bonne collaboration.

Au risque d'oublier quelqu'un merci à tout le monde.

Sommaire

I.	Introduction- Enoncé du problème	1
1.1.	Introduction	1
1.2.	Enoncé du problème.....	2
II.	Objectif.....	5
2.1.	Objectif général	5
2.2.	Objectifs spécifiques	5
III.	Question de recherche	6
3.1.	Question principale	6
3.2.	Questions secondaires :	6
IV.	Revue de la littérature	7
V.	Méthodologie	18
5.1.	Cadre de l'étude	18
5.2.	Type et période d'étude.....	21
5.3.	Population d'étude	21
5.4.	Taille de l'échantillon	22
5.5.	Technique d'échantillonnage	23
5.5.1	Choix des districts, des aires de santé et des sites CVSS:	23
5.5.2	Documents exploités.....	23
5.6	Critères d'inclusion et de non inclusion.....	24
5.6.1	Critères d'inclusion.....	24
5.6.2	Critères de non inclusion	24
5.6.3	Collecte des informations.....	24
5.6.4	Thèmes explorés	25
5.6.5	Traitements et analyse des données	25
5.7	Considérations éthiques	26
VII.	Résultats	27
VIII.	Discussions.....	50
IX.	Conclusion	53
X.	Recommandations	54
XI.	Références	56
ANNEXES	I

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AG	Assemblée Générale
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
AT	Accoucheuse Traditionnelle
CA	Conseil d'Administration
CPN	Consultation Périnatale
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant
CS	Centre de Santé
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CVSS	Caisse Villageoise de Solidarité Santé
DER/SP	Département d'Etude et de Recherche en Santé Publique
DRC	Dépôt Répartiteur du Cercle
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DTC	Directeur Technique du Centre
DV	Dépôt de Vente
EDS V-Mali	Enquête Démographiques et de Santé 5 ^{ème} Edition Mali
F CFA	Franc des Colonies Françaises d'Afrique
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
MAS	Micro-Assurance Santé.
MCAPAZ	Mouvement Canarien pour la Paix
MDC	Médecin-Chef de Cercle
Medik	Mère évacuation Districts Kayes
MUTEC	Mutuelle des Travailleurs de l'Enseignement et de la Culture
NIDD	Nouvelle Initiative pour un Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPT	Office National des Postes et Télécommunications
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PDSC	Plan de Développement Sanitaire du Cercle
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNP/SR	Politiques Normes et Procédure en Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations-Unis pour le Développement
P-RM	Président-République du Mali
PRODESS	Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social
PV	Procès-Verbal
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEC	Soins Essentiels dans la Communauté
SERSAP	Société d'Études et de Recherches en Santé Publique
SLDES	Service Local de Développement Social et de l'Économie Solidaire
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgences
SRE	Système de Référence Evacuation
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
URENI	Unité de Récupération Nutritionnelle Intensive
USTTB	Université des Sciences des Techniques et de Technologie de Bamako

Résumé en Français

Nous avons mené une étude qualitative descriptive transversale de deux Caisses Villageoises de Solidarité Santé (CVSS). Elle s'est déroulée du 24 Octobre 2016 au 28 février 2017. Une Caisse Villageoise de Solidarité santé est définie comme un groupement d'entraide et de solidarité, son l'objectif est d'améliorer l'accès financier et géographique aux soins de santé maternelle. Nous avons choisi la Caisse Villageoise de solidarité Santé de Fassoudébé dans le district sanitaire de Diéma du fait que l'initiative vient de la communauté elle-même, Guémou Malinké dans le district sanitaire de Nioro, qui représente les autres caisses car toutes ont été implantées par des ONG. L'objectif principal de notre étude était de documenter ces caisses. Des entretiens individuels face à face avec les responsables des caisses et leurs partenaires ont été menés, associés à une analyse documentaire. Notre étude montre que ces deux (02) ont été créées face à des difficultés d'accès aux soins de santé surtout maternelle. Elles assurent le transport des femmes en difficultés d'accouchement et des enfants de moins de 5 ans du village vers le Centre de Santé Communautaire. La Caisse Villageoise de Solidarité Santé de Fassoudébé en plus du transport aide les indigents à payer les frais des ordonnances médicales ; elle a toujours fonctionné. Quant à Guémou Malinké elle s'est arrêtée après le départ de l'ONG. Les caisses d'initiative communautaire semblent durées dans le temps comparée à celle créées par les partenaires extérieurs. Une étude sur un échantillon plus élevé de caisses répondrait mieux à cette question.

Mots clés : caisse villageoise, Groupement, entraide, urgence obstétricale.

Summary

We led a survey qualitative descriptive transversal of two Cases Villagers of Solidarity Health (CVSS). It took place from October 24, 2016 to February 28, 2017. A case Villager of Solidarity health is defined like a grouping of help and solidarity, it's the objective is to improve the financial and geographical access to the care of maternal health. We chose the Case Villager of solidarity Health of Fassoudébé in the sanitary district of Diéma because the initiative comes from the community herself, Guémou Malinké in the sanitary district of Nioro that represents the other cases because all have been implanted by NGO. The main objective of our survey was to document these cases. Face-to-face individual interviews with the persons responsible of the cases and their partners have been led associated to a documentary analysis. Our survey shows that these two (02) have been created facing difficulties of access to the care of especially maternal health. They assure the transportation of the women in difficulties of childbirth and the children of less than 5 years of the village toward the Communal Health Center. The Case Villager of Solidarity Health of Fassoudébé in addition to the transportation helps the paupers to pay for the expenses of the medical orders; she always has functions. As for Guémou Malinké she stopped after the departure of the NGO. The cases of communal initiative seem lengths in the time compared to the one created by the outside partners. A survey on a sample more raised of cases would answer this question better.

Keys words: Case villager, grouping t, mutual aid, obstetric emergency.

I. Introduction- Enoncé du problème

1.1. Introduction

Selon l'EDS V, le rapport de mortalité maternelle au Mali est estimé à 368 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de sept ans précédant l'enquête (2007-2013). Les taux de mortalité infantile et infanto juvénile restent aussi élevés et estimés respectivement à 56 ‰ et 95 ‰ [1]. Ces taux élevés s'expliqueraient en grande partie par le non recours aux soins de santé en raison des barrières socioculturelles, géographiques et financières. L'EDS V montre qu'au Mali trois femmes sur quatre (74 %) ont reçu des soins prénataux, dispensés par un prestataire qualifié : sage-femme ou infirmière (44 %), matrone (25 %), médecin (4 %) et autre personnel formé (2%). Malgré l'augmentation et l'amélioration des services offerts, l'accès des populations les plus pauvres et les plus vulnérables à ces services reste insuffisant surtout en milieu rural. Toujours dans l'EDS V, près de six femmes sur dix (59 %) ont déclaré avoir des obstacles importants pour recevoir un traitement ou un avis médical. La disponibilité de l'argent était le premier obstacle mentionné avec 52% de ces femmes. Ce taux passe de 55 % en milieu rural à 41 % en milieu urbain [1]. Puis vient la distance comme le 2^{ème} obstacle pour 36 % des femmes interrogées. Ce taux passe du simple au double respectivement pour les milieux ruraux et urbains (40 % à 21 %) [1]. Lorsque ces deux obstacles sont levés, 29 % des femmes disent avoir besoin et ne pas obtenir la permission d'un membre de la famille pour avoir recours aux soins de santé [1]. C'est pour minimiser ces obstacles aux soins obstétricaux et améliorer l'état de santé des femmes qu'ont été mis en place des groupements d'entraide et de solidarité dénommés « Caisses Villageoises de Solidarité Santé » (CVSS). Notre mémoire porte sur ces CVSS, qui devraient permettre de contribuer à réduire les barrières financières et géographiques mais aussi le processus de prise de décision pour faciliter l'accès aux soins obstétricaux [2,3].

Les premières CVSS ont été créées dans la région de Kayes en 2008. Elles présentent une grande diversité dans leurs différentes caractéristiques : processus de mise en place, fonctionnement, gouvernance et les services fournis aux adhérents. Il semble que cette diversité contribue au succès ou à l'échec des caisses donc à leur pérennité. Elles mériteraient donc d'être documentées d'où l'intérêt de notre étude.

1.2. Enoncé du problème

Dans le monde plus de 800 femmes meurent par jour pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum. En 2015, il y a eu 303 000 décès maternels dans le monde et l'Afrique subsaharienne représente 66 %. Elle était suivie de l'Asie du Sud avec 66 000 décès maternels [4]. Ces chiffres ne reflètent pas toutefois la réalité de la situation du fait des difficultés à mesurer les décès maternels [4,5]. Il n'existe pas d'instrument de mesure formelle à l'échelle mondiale pour compter ces décès. Au Mali les données sur les décès maternels proviennent des rapports des structures de santé et d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Les états civils ne donnent pas les causes de ces décès, ce qui limite les analyses pour une prise de décision éclairée.

Au Mali, le taux de mortalité maternelle (TMM) selon les différentes enquêtes démographique et de santé est passé de 582 en 2001 à 464 en 2006 puis à 368 pour 100.000 naissances vivantes en 2012-2013 [1]. Malgré ces résultats encourageants beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre l'Objectif 3 (réduire de 1/3 le taux de mortalité maternelle) pour le Développement Durable (ODD - 2016 – 2030) [6]. Selon l'annuaire statistique 2015, il y a même une tendance à la hausse du taux de mortalité maternelle

qui est passé de 527 à 620 pour 100 000 naissances vivantes entre 2014 et 2015 [7]. Selon la même source, la région de Kayes a recensé 79 cas et les districts de Bafoulabé, de Diéma et de Nioro où se trouvent nos CVSS cibles y ont contribué à hauteur respectivement de 5, 10 et 15 décès maternels.

Les causes de ces décès maternels sont dominées par les hémorragies obstétricales, les infections du post partum et les crises hypertensives [8] qui ne peuvent être prises en charge que par du personnel qualifié. C'est pourquoi la stratégie mondiale pour la santé préconise l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) pour toutes les femmes pour réduire efficacement la mortalité maternelle [8,9].

Au Mali plusieurs initiatives majeures ont été mises en place par l'Etat pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit principalement de la mise en œuvre du cadre conceptuel de la Référence/Evacuation depuis 2001, de la gratuité de la césarienne par le Décret n° 05 – 350 / P-RM [10] avec comme effet une augmentation du nombre de césariennes passant de 4 300 en 2005 à 175 876 en 2015 [7]. Nous avons également la prise en charge gratuite du

paludisme chez les enfants de moins de 5 ans qui a contribué efficacement à la réduction de la mortalité liée à cette maladie [1].

Le cadre conceptuel du système de Référence/Evacuation (SRE), prévoit d'assurer le transport des urgences obstétricales du CSCom vers le CSRéf [11,12]. Il ne prend donc pas les évacuations des parturientes du village au CSCom qui constituent un grand défi à relever. Les obstacles tant financiers que géographiques rencontrés par les femmes pour arriver aux centres de santé, les dissuaderaient à y recourir. Lorsqu'elles s'y rendent, cela pourrait entraîner des dépenses catastrophiques pour les ménages particulièrement en milieu rural, éloigné des services de santé [1,13]. Ainsi dans la région de Kayes, une étude menée par Arsenault et collaborateurs a montré qu'entre 20,7% et 53,5% des ménages ont encouru à des dépenses catastrophiques supérieures à 15% et 5% de leur revenu annuel respectivement [13]. Une telle dépense constitue un véritable problème, sachant que, qu'en 2014 le PNUD classe le Mali parmi les pays à indice de développement humain les plus faibles au monde (176^{ème} place sur 187) [14]. Aussi le ministère du développement social note que moins de 25% de la population malienne ont accès à une assurance maladie [3].

Tous ces différents problèmes ci-dessus énumérés constituent à notre avis des obstacles au recours précoce aux structures de soins adéquats par les femmes et les enfants.

Par ailleurs, la conférence d'Alma Ata en 1978, concrétisée par l'initiative de Bamako en 1987 a constitué une étape importante pour la population dans la prise en charge de leur propre état de santé à travers une participation communautaire active [15,16].

Dans les années 1990, le Mali a mis en place une politique sectorielle de santé. Puis plus tard avec l'avènement de la démocratie, dans le cadre de la décentralisation il a opté pour passer les responsabilités en matière de santé aux collectivités. Cela s'est matérialisé par la création des Associations de Santé Communautaires (ASACO), qui se sont ensuite fédérées pour mettre en place la FENASCOM (Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali) [17]. L'axe deux (02) de son plan stratégique vise notamment l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité, le soutien à la demande et la participation communautaire. C'est dans cette logique qu'ont été créées les premières caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) en 2008. Ce sont donc des innovations, sous forme de projet pilote qui ont été à notre connaissance très peu documentées. Au-delà du Mali, l'étude de Maria-Pia en 2004 sur les Mutuelles de Santé en

Afrique Sub-Saharienne, souligne que plusieurs d'entre elles sont sous documentées. Elle montre que des données de base essentielles comme le nombre de membres, de bénéficiaires et la population cible manquent particulièrement [18].

Le projet Medik (**E**vacuation des **M**ères dans cinq **D**istricts de **K**ayes) est un projet pilote de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Il intervient dans 5 districts sanitaires de la région de Kayes : Bafoulabé, Diéma, Nioro, Yélimané et Oussoubidiagna. Le projet a trois composantes dont la première vise la réduction des premier et deuxième retards dans l'accès des femmes enceintes et des nouveaux nés aux soins obstétricaux d'urgence au niveau des districts cibles. Pour atteindre ses objectifs Medik a mis en place plusieurs stratégies qui consistent à sensibiliser les acteurs (famille, accoucheuses traditionnelles, relais communautaires, agents de santé communautaire) aux déterminants des décès maternels et néonataux, mais également de renforcer les concertations entre les intervenants. Medik a prévu également la mise à disposition des moto-ambulances pour faciliter le transport des villages vers les CSCom et l'appui aux CVSS pour faire face aux coûts financiers. Ce mémoire veut contribuer à documenter les premières CVSS pour aider le projet Medik à aller vers la mise en échelle dans les cinq districts cibles.

Un premier état des lieux, montre que ces CVSS présentent des caractéristiques très diversifiées qui pourraient être classées selon deux configurations selon l'origine de leur création. Dans un premier cas, nous avons celles créées par des partenaires extérieurs en l'occurrence les ONG. Leurs objectifs et leur fonctionnement sont alors fortement dictés par ces ONG et elles s'arrêtent de fonctionner ou ralentissent le plus souvent à la fin du financement [19]. Quant au second cas les CVSS émanent de la communauté elle-même. Elles ciblent les besoins réels de la population et semblent être mieux acceptées et par conséquent durent plus dans le temps. Cette riche diversité mérite d'être documentée plus en profondeur.

Les caisses implantées par les projets semblent mieux structurées avec des statuts et règlements intérieurs [20]. Par contre, celles initiées localement les sont moins et fonctionnement sur des règles et principes adoptés et respectés sans statuts et règlements nécessairement écrits. On note également une diversité dans la gouvernance. Cette diversité pourrait être à l'origine des succès et des échecs dans les résultats.

Il ressort également que le taux d'adhésion soit fonction de la confiance des populations dans les gestionnaires des caisses, les expériences antérieures d'échec, ou la qualité des services.

Les prestations fournies aussi sont variées. Certaines CVSS assurent la prise en charge du transport des urgences obstétricales du village au CSCoM. D'autres prennent en charge les consultations prénatales ou encore les indigents. Par endroit les soins par des thérapeutes traditionnels semblent avoir été pris en charge sans qu'ils soient prévus au départ.

Notre étude veut contribuer à documenter cette diversité pour aider plus tard à l'identification d'un ou deux modèles pourvoyeur de succès. Ces cas feront l'objet d'une étude plus approfondie pendant la 2^{ème} phase de la recherche. Ils aideront à la mise à échelle que propose le projet Medik. Nous chercherons ainsi à comprendre dans quel contexte les CVSS ont été créées ? Comment fonctionnent-elles? Et quel est le potentiel de pérennisation de ces CVSS ?

L'état des lieux réalisé dans les 5 districts cibles pour l'intervention de Medik a permis d'identifier 12 CVSS qui contribueraient à la gestion des urgences obstétricales. Le district sanitaire de Nioro en dénombre 6, dans les aires de santé de Diabigué (2), Sandaré (1), Koréra Koré (1) et Simby (2). Il y a 3 caisses pour le district de Bafoulabé dont 2 dans l'aire de santé de Bafoulabé (Ségala et Dramétou), une (01) dans l'aire de santé de Goufan (Sadioya). Le district de Diéma dispose de 3 caisses dont une (01) à Debo Massassi une (01) à Fassoudébé et une (01) à Guédébiné.

Nous avons collecté les données sur l'ensemble de ces sites. Mais compte tenu du temps limité pour ce mémoire, nous avons choisi deux (02) sites pour les documenter.

II. Objectif

2.1. Objectif général

- Documenter deux (02) Caisses Villageoises de Solidarité Santé dans la région de Kayes en 2016.

2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire le contexte de création de deux (02) Caisses Villageoises de Solidarité Santé dans les districts sanitaires de Diéma et de Nioro dans la région de Kayes en 2016.
- Décrire le mode de gouvernance, le Membership, les prestations, les modalités de gestion, l'ancrage et quelques retombées de chaque caisse en 2016.
- Comparer les (02) modèles de CVSS dans les districts sanitaires de Diéma et de Nioro dans la région de Kayes en 2016.
- Faire des recommandations pour une éventuelle mise en échelle des CVSS.

III. Question de recherche

3.1. Question principale

Quels modèles de CVSS existent-ils dans les districts sanitaires de Diéma et Nioro dans la région de Kayes au Mali ?

3.2. Questions secondaires :

- Dans quel contexte les deux (02) CVSS ont été créées et comment fonctionnent-elles ?
- Quels sont les modèles des deux (02) CVSS dans les districts sanitaires de Diéma et Nioro ?

IV. Revue de la littérature

4.1. Etat de la connaissance sur les Caisses Villageoises de Solidarité Santé

Les premières Caisses Villageoises de Solidarité Santé, ont été créées l'initiative de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali (FENASCOM). Ce sont des groupements d'entraide et de solidarité dont les membres ont la volonté de faire face aux problèmes liés à la maladie en mettant en commun leurs ressources [2]. La littérature montre que de tels groupements contribuent au recours aux services de santé, surtout des soins obstétricaux par la population [21–23].

Les CVSS ont pour objectifs selon la FENASCOM qui les a initiées, d'améliorer l'accessibilité financière aux services de santé des populations desservies par la caisse, de renforcer les pratiques d'entraide et de solidarité dans les villages et de développer les attitudes de prévoyance face à la maladie.

L'expérimentation des CVSS a démarré en 2008 avec le choix de quatre cercles tests : Bafoulabé et Kita, dans la région de Kayes, Dioila dans la région de Koulikoro et Baraouéli, dans la région de Ségou. Le groupement est la structure de base d'une CVSS. Il peut comprendre plusieurs ménages ou familles et regrouper les associations visant les mêmes objectifs. Elles peuvent épargner de l'argent pour aider aux transports des femmes.

La moto ambulance dans les localités où elle est disponible, est rapide et facilite le transport organisé des femmes en difficulté d'accouchement du village vers le CSCOM, réduction du 2^{ème} Retard. Cela a été démontré dans plusieurs pays d'Afrique comme l'Ouganda [24], le Soudan du Sud [25] et le Malawi [26]. Dans la plus part des processus d'implantation des CVSS, le personnel des structures de soins et le personnel de soutien sont respectivement formés sur la prise en charge des urgences obstétricales et sur les conditions de transport. Une fois transportées par la moto ambulance, les femmes bénéficient d'une prise en charge rapide réduisant ainsi le 3^{ème} Retard.

Il existe trois retards de recours aux soins dans le cadre de la santé maternelle. Les ménages peuvent ne pas prendre tôt la décision d'aller au centre de santé, le temps mis pour prendre la décision constitue le 1^{er} Retard. Lorsque la décision est prise d'aller vers la structure, l'absence d'argent, de moyen de transport, etc..., peuvent retarder l'arrivée au centre de santé. Ce délai pour arriver au centre de santé constitue le 2^{ème} retard. Enfin le 3^{ème} retard est le temps écoulé entre

l'arrivée de la femme dans la structure de santé et la réception des soins adéquats. Ainsi l'amélioration de ces trois (3) délais contribue à celle de la survie des femmes et à la réduction de la mortalité maternelle et néo natale [8].

Depuis 2011 d'autres CVSS ont été créées dans la région de Kayes et particulièrement dans les cercles de Diéma et Nioro [20]. Cependant le constat est qu'elles présentent une grande diversité dans leurs différentes caractéristiques, qui vont de l'initiative de création aux résultats en passant par le fonctionnement, les modes de gouvernance (prise de décision et suivi) et les prestations offertes. Cette diversité semble être la cause des succès ou des échecs qui méritaient d'être décrits, d'où l'intérêt de notre étude.

En 2011 Julie Fournier a réalisé une étude sur l'analyse de l'implantation des CVSS dans la région de Kayes [19]. Cette étude menée à travers une enquête qualitative auprès des différents acteurs des CVSS de Bafoulabé et Kita, a montré que ces caisses servent à financer l'évacuation des femmes éprouvant des complications obstétricales, de leur village vers le Centre de santé communautaire (CSCOM), afin de réduire le délai de transport. Les CVSS permettent de générer une épargne destinée aux urgences obstétricales. Cependant, des points faibles ont été observés dans la conception de l'intervention, dans son implantation et dans ses effets attendus comme le non-respect des conditions préalables à l'implantation à Kita ; l'absence d'appui d'expert en micro finance. C'est pourquoi cette étude avait fait des recommandations parmi lesquelles, le respect des conditions préalables à l'implantation des caisses [27], le recours à l'expertise en micro finance pour la conception, l'implantation, le suivi, mieux définir et tester ces innovations avant d'envisager leur généralisation.

Nos autres sources documentaires sont dominées par les différents documents de création des CVSS par la FENASCOM, ses différents rapports [28], ainsi que ceux des ONG nationales et locales [20,29].

Les paquets de bénéfices des services de la CVSS sont déterminés par les membres en assemblée générale constitutive. La priorité est accordée aux femmes en âge de procréer et aux enfants de moins de 5 ans. La CVSS signe une convention avec l'association de santé communautaire ASACO pour l'accès aux services de santé du CSCOM. Un système de prise en charge des soins est négocié avec le CSRéf à condition d'être complémentaire au système de référence/évacuation

existant. La CVSS pratique le système du tiers payant, la convention précise les services couverts et les modalités de paiement [30].

La FENASCOM a aussi élaboré des statuts et règlements intérieurs modèles.

L'analyse des différents rapports nous enseigne que la création des CVSS a commencé depuis 2008, s'est poursuivie en 2011. Il existe une grande diversité tant dans les contextes de création que dans les objectifs, le fonctionnement allant aux effets attendus. C'est un mécanisme de prévoyance de la maladie et aide surtout à la prise en charge des complications obstétricales et néonatales [19].

L'état des lieux de la Couverture Universelle au Mali reconnaît les CVSS comme un outil de protection sociale qui couvre des risques et contribue au financement de la santé. Ce document considère les CVSS comme une pré mutuelle, mais à la différence de cette dernière, elles ne disposent pas d'environnement législatif et réglementaire permettant de régir son fonctionnement [3].

Le PRODESS III dans son résultat stratégique 9.5 prévoit de sensibiliser la population pour la création de la Caisse Villageoise de Solidarité Santé [31].

L'analyse de l'implantation des caisses dans la région de Kayes a abordé les CVSS sous l'angle des micro-Assurances en se concentrant sur les mutuelles dont les principes sont semblables [19]. Selon le ministère de la protection sociale, les caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) reposent sur une structuration organisationnelle complètement informelle, ce qui pose des problèmes évidents de contrôle de ce dispositif, mais surtout porte la confusion, à bien des égards, avec le système mutualiste dont le gouvernement du Mali veut faire la promotion [3].

Les CVSS appuieraient les femmes et les indigents ainsi que les pauvres à accéder aux différents services de soins par paiement à l'avance [2]. Elles couvriraient des risques et demeurent alors un mécanisme innovant informel de couverture maladie. Elles pourraient alors contribuer à l'atteinte de la couverture maladie universelle.

La Couverture Maladie Universelle est une perspective et une volonté affichée des dirigeants du monde [6]. Elle constitue un défi pour les pays Africains surtout au sud du Sahara. C'est l'une des conditions d'un développement durable [14].

A l'horizon 2030, les Nations Unies prônent la santé pour tous [6]. Cependant plus de 80% de la population mondiale manque encore de protection sociale [27]. L'OMS estime que 150 millions

de personnes se retrouvent dans une situation financière catastrophique chaque année du fait des dépenses de santé qu'elles doivent financer elles-mêmes [32].

En Afrique, la situation a été caractérisée par une gratuité des soins pendant la période coloniale. Après les indépendances la plus part des pays était incapable de continuer avec cette prise en charge, d'où l'implication des populations dans le paiement des soins de santé [1].

Si les travailleurs du secteur formel sont pris en charge par des systèmes de couverture maladie ou service, la grande majorité du secteur informel est sans assurance maladie. Cela les expose à des risques qui les rendent vulnérables [27].

En Afrique de l'Ouest en particulier au Benin [33] ; au Ghana ; en Côte d'Ivoire des initiatives sont créées pour palier à l'insuffisance d'assurance maladie [27]. Cela s'est traduit par des mécanismes innovants de financement de la santé parmi lesquels les micro-assurances maladies souvent sur l'initiative des populations locales qui s'organisent pour payer des services de soins [18].

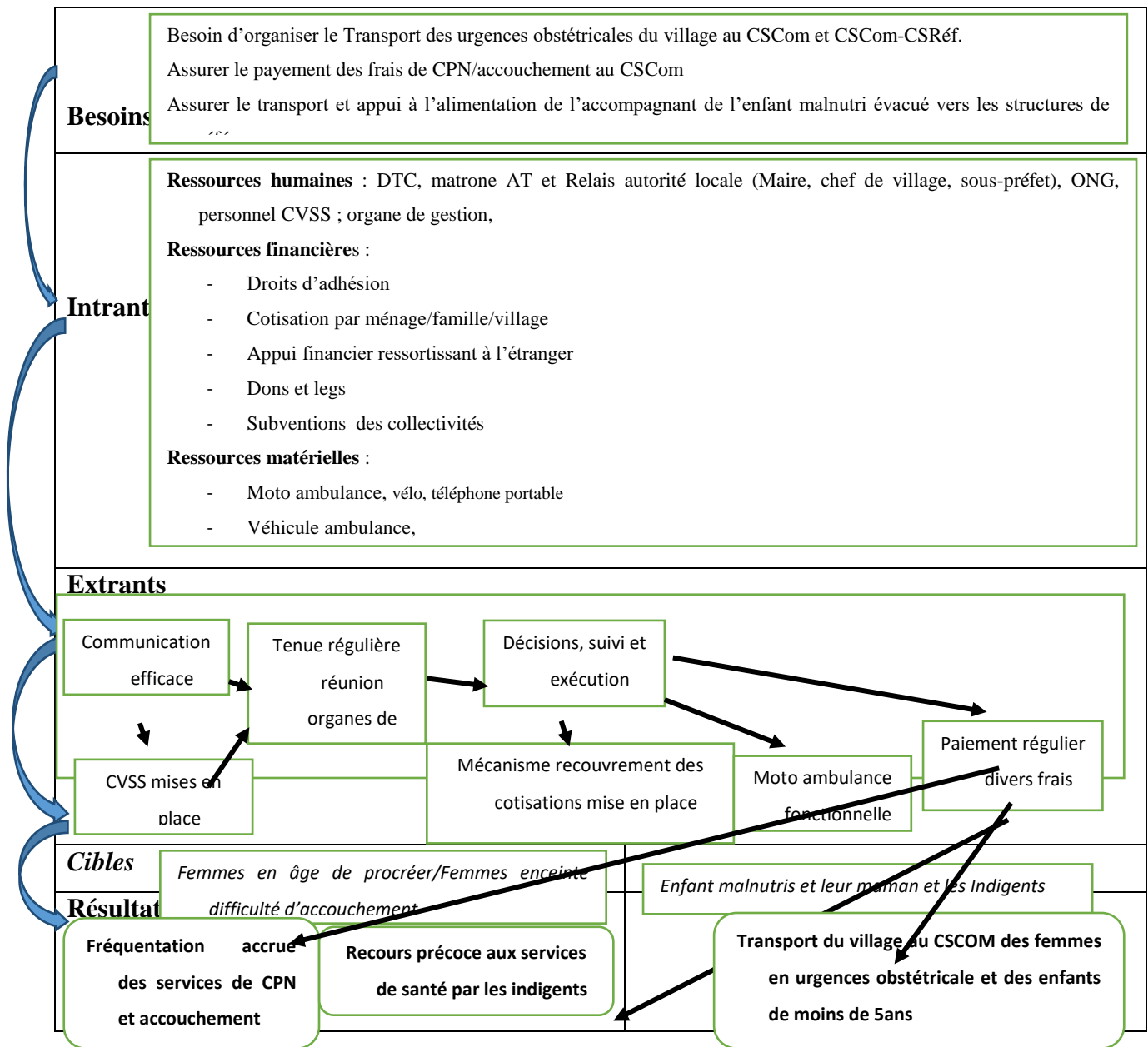
Les premières mutuelles au Mali remontent vers les années 50 avec essentiellement : la mutuelle de l'OPT (Office des Postes et Télécommunication) , la mutuelle des Cheminots, la mutuelle catholique [34]. Ensuite s'en suivit les années 80 marquées par une difficulté, le retard chronique de salaire, ainsi naquirent : la Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture (MUTEC) ; les Mutuelles des Corps d'Armée : Armée de Terre, Armée de l'Air, Gendarmerie, Garde, Police [22,34].

Au Mali, deux types d'assurances existent, l'Assurance Maladie Obligatoire (loi N°09-015 du 26 juin 2009) a démarré le 1^{er} mai 2011 et couvre les salariés du secteur privé, les retraités, les fonctionnaires de l'Etat et des Collectivités territoriales, les pensionnés ainsi que les parlementaires et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) selon la loi N°09-030 du 27 juillet 2009 , qui vise à procurer une assurance maladie aux personnes indigentes, exclues du système de santé à cause de leur incapacité à payer les services de santé. Ces mécanismes, pris ensemble, couvrent de nos jours moins de 25% de la population totale [3].

A côté de ces deux régimes ci-dessus mentionnés, le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées de concert avec celui de la Santé, a élaboré en 2010 une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. La stratégie ambitionne de donner une assurance maladie aux populations du secteur informel et agricole.

Parallèlement à ces dispositifs, à travers la Loi n° 96-022 du 21 février 1996, d'autres mécanismes de financement de la santé comme la caisse de solidarité, la caisse villageoise de solidarité santé, le programme de gratuité de la césarienne décret N°05-350/P-RM du 04 août 2005 [10,35], pour ne citer que ceux-ci, sont mis en œuvre (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées 2011) [3].

4.2. Modèle logique des CVSS



Description du modèle logique :

Ce modèle est conçu sur la base des documents de la FENASCOM et supports retrouvés sur les sites lors des supervisions.

Problèmes identifiés :

Il n'existe pas de transport organisé pour les femmes en difficulté d'accouchement des villages vers les CSCom, il y avait un manque d'argent pour le paiement des frais de CPN/accouchement, la difficulté de transporter les enfants malnutris avec complications évacués vers les structures de références, le manque de moyen pour les indigents de se soigner. Alors certains besoins sont identifiés.

Besoins

Face à ces problèmes, l'organisation du transport des urgences obstétricales et des enfants malnutris vers l'URENI (Unité de Récupération Nutritionnelle Intensive) du village au CSCom et pour certaines du CSCom au CSRéf était nécessaire. Le manque de moyen pour assurer le paiement des frais de CPN et des accouchements assistés aussi s'est imposé pour une meilleure fréquentation de ces services.

Objectifs :

L'objectif majeur était d'assurer le transport des urgences obstétricales et des enfants de moins de 5 ans du village vers le CSCom, ensuite d'améliorer la fréquentation des services de CPN/accouchement et d'assurer la prise en charge médicale des indigents par endroit.

Intrants

Cette situation a abouti à des actions communes des différents acteurs : autorités locales (Maire, chef de village, sous-préfet), gestionnaire de la santé, personnel technique (DTC, matrone AT et Relais), les utilisateurs des services ainsi que les autres partenaires comme les ONG.

Des moyens ont été alors mobilisés parmi lesquels les moyens financiers composés des droits d'adhésion, les cotisations par ménage/famille/village ; l'appui financier des ressortissants du village ; les dons et legs et les subventions des collectivités. Certains matériels sont réunis comme la moto ambulance, des véhicules ambulances, des statuts et règlement, des conventions de partenariat entre CVSS-CSCom avec des supports de gestion.

Extrants :

L'interaction entre ces composantes a permis la disponibilité des extrants. On peut citer : la mise en place de la CVSS, la disponibilité des organes de gestion (Assemblée Générale et conseil d'administration) et la tenue régulière des réunions avec prise de décisions, leur suivi/exécution concernant la gestion de la moto ambulance, le fonctionnement de la CVSS, les prestations couvertes ; la mise en place d'un mécanisme de recouvrement des cotisations pour la CVSS ; le paiement régulier des divers frais par la caisse au CSCom ; la tenue des supports à jour (livres de caisse, cahier de PV...); le bon fonctionnement de la moto-ambulance ;la maîtrise des thèmes et techniques de sensibilisation en santé de la reproduction à la suite des formations.

Cible :

Elle est composée par les femmes en difficulté d'accouchement, les enfants de moins de 5 ans et les indigents.

Les activités menées en direction des différentes cibles permettent non seulement d'améliorer la fréquentation des CPN mais aussi assurer le transport des cas du village au CSCom des urgences et apporter un appui financier aux enfants de moins de 5 ans malnutris avec complication évacués vers les structures de références.

Résultats à moyen terme :

La CVSS a instauré la gratuité de la CPN, les femmes décident de recourir précocement aux services (amélioration du 1^{er} délai). De même la moto ambulance fonctionnelle permet l'organisation du transport village-CSCom (2^{ème} délai) des urgences qui trouveront le personnel formé sur place pour une meilleure prise en charge (3^{ème} délai).

La communication efficace (maîtrise des thèmes et une bonne sensibilisation) sur la santé de la reproduction augmente la fréquentation de ces services, Cela facilite la prise en charge des complications liées à la grossesse et à l'accouchement et développe une attitude de prévoyance de la maladie par les femmes en recourant rapidement aux services.

La caisse permet de prendre en charge le transport et l'appui aux enfants malnutris évacués et permet la prise en charge des frais médicaux des indigents.

Résultats à long terme

Quand plus de femmes bénéficient d'un soutien financier, la décision est prise tôt de recourir aux services de CPN et mieux elles arrivent à temps (réduction des 3 retards) et bénéficient des soins

appropriés il y aura une réduction de la mortalité maternelle. Il y a un développement des attitudes de prévoyance vis-à-vis de la maladie.

4.3. Définition des concepts :

La Caisse Villageoise de Solidarité Santé : C'est un groupement d'entraide et de solidarité dont les membres ont la volonté de faire face ensemble aux problèmes liés à la maladie, en mettant leurs ressources en commun [2,3].

La solidarité : Pour le maintien et le renforcement de la cohésion sociale, la communauté doit contribuer activement à l'entraide et à l'assistance aux personnes qui ne peuvent seules subvenir à leurs besoins sociaux [36].

Facteurs contextuels de mise en place des CVSS : C'est une description détaillée de tous les événements ayant contribué à la mise en place des CVSS. Ils peuvent être socio-sanitaires, économiques ou environnementaux.

Mode de gouvernance:

Selon petit Larousse 2016, « la gouvernance c'est l'action de gouverner, art de gouverner indépendant de l'autorité étatique, soucieuse de souplesse, de transdisciplinarité et du respect des enjeux environnementaux. Elle repose sur la participation des différents acteurs de la société civile. Gouverner un pays c'est diriger politiquement. Exercer le pouvoir exécutif ».

Dans le cadre des Caisses Villageoises de Solidarité Santé, nous définissons la gouvernance comme l'action de diriger la caisse sur la base des règles consignées soit dans les statuts et règlements, (là où ils existent) soit dans les règles établies verbalement et qui prennent en compte les besoins de l'accès rapide aux soins de santé des femmes, des enfants et des indigents ou pauvres.

Membership : Le membership est toute personne qui accepte librement et adhère à la caisse en respectant les critères d'adhésion définis dans les règles établies par la communauté et qui jouit des services offerts.

Prestations :

Selon le 'Petit Larousse 2016', « une prestation c'est l'action de fournir quelque chose, notamment d'exécuter un travail pour s'acquitter d'une obligation légale ou contractuelle : prestation de service, objet, travail, service fournit »

Dans notre cadre des CVSS, nous désignerons par prestation l'action d'assurer le transport, de supporter les frais de soins médicaux des femmes, des enfants et des indigents ou pauvres par la caisse.

Modalités de gestion : Action ou manière de gérer quelque chose, période pendant laquelle quelqu'un gère une affaire.

Ancrage : « C'est le fait d'être implanté, c'est l'enracinement : l'ancrage de l'idée de justice dans l'esprit de nos contemporains » *Petit Larousse 2016*.

L'ancrage des CVSS : Pratique quotidienne développée chez la population grâce à la mise en place des caisses.

Retombées : Ensemble des conséquences d'un événement, répercussion : retombée économique d'un conflit.

Retombées Dans le cadre des CVSS : c'est le recours aux soins, la prévoyance de la maladie ou l'implication des femmes dans les activités de santé.

La prévoyance : consiste pour une personne à réserver une partie de ses ressources pour faire face à des événements incertains qui pourraient se produire dans le futur.

Une mutuelle de santé : est une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre des personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Son objectif principal est de mener, au moyen des cotisations des membres et à leur profit, des actions de prévoyance dans le domaine de la santé [27].

Les mutuelles de santé constituent un exemple de système de micro-assurance santé. Elles sont des groupements sociaux ou professionnels qui se sont développés progressivement en Afrique au cours de ces dernières années.

L'assurance santé : Permet à plusieurs personnes de partager les risques financiers liés aux dépenses de soins. Les ressources des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un risque.

Micro-assurance santé (MAS) : regroupe une importante variété de systèmes qui se développent sur le continent africain, ainsi que dans l'ensemble des pays en développement.

Cotisation : Somme d'argent déterminée, périodiquement versée à la CVSS par l'adhérent pour pouvoir bénéficier des prestations couvertes.

Part sociale : la somme que l'adhérent paye.

Droit d'adhésion : Somme d'argent versée à la caisse par le nouvel adhérent au moment de son inscription : elle couvre les frais administratifs et n'est pas récupérable en cas de démission. Le droit d'adhésion est également appelé droit d'entrée, d'inscription ou d'admission.

Ayant droit : Bénéficiaire des services de la caisse par l'intermédiaire d'un adhérent.

Moto ambulance : Engin motorisé généralement tricycle utilisé pour transporter les personnes qui doivent se rendre dans une structure de santé pour recevoir des soins.

Urgences obstétricales : selon les PNP/SR/Mali, les urgences sont de graves problèmes qui, sans intervention, causeront la mort de la mère ou du nouveau-né.

Décès maternel : Selon l'OMS « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. »

Premier (1^{er}) retard : Terme consacré aux temps consacré à la prise de décision d'avoir recours aux soins.

Deuxième (2^{ème}) retard : C'est le temps dû au transport du domicile vers une unité de soins appropriée.

Troisième (3^{ème}) retard : c'est le temps écoulé entre l'arrivée au centre de soins d'une femme et sa prise en charge adéquate par le centre de santé.

V. Méthodologie

5.1. Cadre de l'étude

Douze CVSS ont été implantées dans trois districts de santé de la région de Kayes à savoir trois (03) pour Bafoulabe, six (06) pour Nioro et trois (03) pour Diéma. Un état des lieux rapide des 12 CVSS nous a permis de retenir deux CVSS pour notre mémoire : Fassoudébé dans le district de Diéma et Guémou Malinké dans le district de Nioro. Le choix a porté sur ces deux CVSS en raison de leur représentativité des deux configurations ou modèles émergents suite à l'état des lieux des 12 CVSS. En effet, il est apparu que les 12 CVSS pouvaient être classées selon deux configurations : 1) ceux dont l'origine est exogène c'est à dire dont la mise en place serait initiée par des partenaires externes (cas de Guémou Malinké). 2) ceux dont l'origine est endogène, c'est à dire que ce sont les communautés elles-mêmes qui sont à l'origine de l'initiative (cas de Fassoudébé).

Présentation des districts sanitaires

District de Diéma [37]

▪ Situation géographique-Population :

Le Cercle de Diéma est situé à 271 Km de Kayes, dans la partie nord-est. Il couvrait une superficie de 12 360 Km² pour une population de **267 306** habitants en 2016 soit une densité de 22 habitants par Km² avec un taux d'accroissement de 1.029 selon le **RGPH 2009**. Cette population est à près de 51% féminine et à grande majorité jeune.

Les principaux groupes ethniques sont : Soninkés majoritaires, Peulhs, Bambara, Khassonkés, Maures, Kagoros et des Diawanbé.

Le cercle est limité:

- au Nord par le cercle de Nioro du Sahel ;
- au Sud par le cercle de Kita ;
- à l'Ouest par les cercles de Bafoulabé et Nioro du Sahel ;
- A l'Est par les cercles de Kolokani et Nara (région de Koulikoro).

Du point de vue division administrative et entité de développement, le cercle de Diéma compte 145 villages et 107 hameaux repartis entre 15 communes qui sont : Béma, Diangounté Camara, Dianguirdé, Diéma, Diéoura, Dioumara-Koussata, Fassoudébé, Guédébiné, Gomintradougou, Grouméra, Madiga Sacko, Lambidou, Lakamané, Sansankidé, Fatao (commune urbaine).

Activités économiques :

L'économie du Cercle repose principalement sur les activités suivantes : agriculture, élevage, commerce et artisanat.

Situation socio-sanitaire :

Le district sanitaire de Diéma, à l'instar des autres comporte 2 échelons :

- Le premier échelon (base de la pyramide) ou premier niveau de soins est constitué de 23 Centres de Santé Communautaires (CSCOM) fonctionnels en 2016 sur 27 aires de santé prévues dans le PDSC 2014-2018. Toutes ces 23 aires de santé offrent le Paquet Minimum d'Activités (PMA), qui comprend : les soins curatifs, préventifs et promotionnels
- Le deuxième échelon ou première référence est constitué par le Centres de Santé de Référence (CSRéf). Il assure la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

Dans le Cercle, ces 2 échelons sont renforcés par 28 centres de santé secondaires et 28 sites ASC (Agent de Santé Communautaires).

- Le secteur sanitaire privé qui comprend 4 cabinets médicaux.

Les établissements pharmaceutiques privés sont au nombre de 3 officines et 2 dépôts.

Les établissements pharmaceutiques privés sont au nombre de 3 officines et 2 dépôts.

Situation des CVSS :

Le district dispose de trois (03) sites anciens CVSS dans les aires de Guédébiné, Debo Massassi et Fassoudébé. Ces CVSS ont les mêmes noms que les aires de santé.

En 2016 avec l'appui de Medik 11 nouvelles caisses ont été implantées dans les villages de Tabakoro, Sirakoro et Kaniara (aire de santé de Lakamané), Kola (aire de Lattakaf), Bendougou et Sokan (aire de Débo Massassi), Soma (aire de Diangounté), Hacil Adramé et Nancoumana (aire de Torodo), Chikata et de Boudessigui (aire de santé de Dianguirdé).

District sanitaire de Nioro [38]

Situation géographique-Population

Le cercle de Nioro couvre une superficie de 11 060 Km² pour une population de **282 221 habitants** en 2015, Le cercle compte 16 communes :

Trois (3) urbaines : Nioro, Youri et Troungoumbé ;

Treize (13) rurales : Guétéma, Simby, Sandaré, Diaye Coura, Gavinané, Gadiaba Kadiel, Nioro tougouné Rangabé, Yéréré, Gogui, Diarra, Diabigué, Baniré Koré et Koréra Koré.

Il est limité :

- à l'Est par les cercles de Nara et Diéma ;
- au Sud par le cercle de Bafoulabé ;
- à l'Ouest par le cercle de Yélimané ;
- au Nord par la République Islamique de Mauritanie.

Situation socio sanitaire

Le district compte 28 aires de santé fonctionnelle, le CSRéf dispose de trois véhicules de liaison en bon état et de 3 ambulances dont 2 en bon état et 1 en mauvais état.

Les locaux de la maternité du CSRéf sont exigus.

L'absence d'unité pédiatrique, de réanimation et d'ORL.

La référence/évacuation a débuté dans le cercle de Nioro le 20 Octobre 2003, le système connaît des problèmes :

- panne fréquente de l'ambulance ;
- non-paiement des quotes-parts par certains partenaires ;
- retard dans l'évacuation des malades graves vers les hôpitaux pour des soins intensifs par faute de moyens financiers (quote-part non à jour).

Le district possède quelques atouts mentionnés ci-dessous :

- acquisition d'une nouvelle ambulance en septembre 2015 ;
- la formation du personnel en HBB/Pré éclampsie/CPNR ;
- l'audit de tous les cas de décès maternels ;
- l'organisation du transport de la femme du village au CSCOM dans 4 aires de santé (Diabigué, Sandaré, Koréra Koré et Simby) ;
- dotation de 5 CSCOM en Moto Ambulance (Tintiba, Monzombougou, Diaye Coura, Tourourou, Diarah).

Malgré ces atouts des défis non négligeables existent comme l'approvisionnement régulier du DRC en Kit Césarienne ; l'extension du transport de la femme du village au CSCOM à d'autres aires de santé, la disponibilité permanente du sang au laboratoire. Etc...

Situation des CVSS :

Le district possède six (06) CVSS, toutes implantées en 2011 par l'ONG MCAPAZ. Elles sont : Guémou Malinké ; Madina Malinké dans l'aire de santé de Simby ; Lakoulé dans l'aire de santé

de Koréra Koré; Mamoïré et Assagamantéré dans l'aire de santé de Diabigué et Makana dans l'aire de Santé de Sandaré. Cependant des initiatives sont en cours pour créer de nouvelles caisses avec l'appui de Medik.

Pour assurer le suivi de ces CVSS, le service local de développement social et de l'économie ne dispose que de 3 agents : deux (02) administrateurs de l'action sociale et assimilés et un (01) Technicien supérieur.

5.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire descriptive transversale. Elle s'inscrivait dans un projet de recherche soutenu par Medik et qui portait sur les CVSS. Ce projet comporte deux phases : cette première phase exploratoire à laquelle contribuait notre mémoire, qui consistait à faire un état des lieux des 12 anciennes CVSS de la région de Kayes. Compte tenu du temps et de nos moyens limités pour faire ce mémoire, nous nous sommes limités à deux CVSS mais assez représentatives des autres. Cette première étape qui s'est déroulée du 24 octobre 2016 au 28 février 2017, a contribué donc à formuler les objectifs de la deuxième phase de recherche qui contribuerait à documenter les conditions requises pour favoriser la durabilité et l'expansion des caisses de solidarité à toute la région.

Nous nous sommes rendus dans chacun des sites CVSS et passé en moyenne une journée et demi pour rencontrer des informateurs clés et collecter les données.

5.3. Population d'étude

Les participants à notre étude sont constitués par les personnes les mieux à même de nous renseigner sur nos questions de recherche en cherchant le plus de diversité possible. Une mission de terrain et les différents documents colligés auprès des services techniques nous ont permis d'identifier nos participants qui sont constitués par les responsables des CVSS, les partenaires des CVSS (le MDC, le Chef du SLDSES, le chef de village, la matrone ou l'AT du village) et les bénéficiaires. Chacune de ces catégories de participant a été consultée en fonction des dimensions de nos questions de recherche pour lesquelles ils ont des connaissances privilégiées.

Les responsables des CVSS ont donné des informations sur l'ensemble de nos questions de recherche.

Les partenaires des CVSS (ASACO et services techniques) : ont été interrogé le DTC, le président de l'ASACO, le médecin chef et le chef de service du développement social. Ils ont

répondu aux questions sur le contexte de création des CVSS, les prestations, l'évolution des activités de CVSS, leur acceptabilité ainsi que leurs relations avec les CVSS.

Les populations bénéficiaires : ont donné des renseignements sur l'utilité de la caisse et leur satisfaction, les difficultés d'accès aux prestations ; parmi celles-ci ont été interrogés, une mère d'enfants malnutris, une femme évacuée par moto ambulance et le mari d'une autre femme évacuée par la moto ambulance.

Le chef de village : est incontournable dans tout ce qui est activité dans le village. Grâce à son statut, il peut mobiliser la communauté en cas de besoin.

L'Accoucheuse Traditionnelle : L'Accoucheuse traditionnelle de Guémou Malinké prend la décision d'évacuer les femmes, donc le point de départ du transport du village vers le CSCom. Elle a donné des informations sur l'acceptabilité des services et les difficultés liées à l'accès aux prestations de la caisse et à l'évacuation.

Les relais: sont très impliqués dans les activités du CSCom de Fassoudébé, ils collectent les cotisations des adhérents.

5.4. Taille de l'échantillon

Tableau : Profil des informateurs-clés interviewés.

Informateur/CVSS	Fassoudébé	Guémou Malinké	Total
Responsable caisse	2	2	4
DTC	1	1	2
MCD	1	1	2
Chef SLDES	1	1	2
Maire/chef de village	1	1	2
AT/ASC/relai	1	1	2
Membre ASACO	1	1	2
Femme bénéficiaire	0	1	1
Mari femme bénéficiaire	0	1	1
Mère enfant bénéficiaire	1	0	1
Total	09	10	19

Notre étude a concerné deux sites CVSS, Fassoudébé dans le district de Diéma et Guémou Malinké dans le district de Nioro, nous avons réalisé 19 entrevues individuelles sur les sites soit 11 hommes et 8 femmes.

Pour la CVSS de Fassoudébé en plus du médecin chef et du chef du service de développement Social et de l'Economie Solidaire, nous avons interviewé un total de sept (07) participants dont cinq (05) hommes composés de : le Trésorier de la caisse de Nutrition, le trésorier adjoint de la caisse des indigents, le premier adjoint au maire en même temps président des caisses, le DTC et le président du comité de gestion de l'ASACO, deux (02) femmes dont une femme relai et une mère d'enfant ayant bénéficié du transport pour aller à l'URENI de Diéma. L'âge moyen des interviewés d'environ 44 ans, les professions varient : Commerçant (1personne/7) ; chargeur (1personne/7), employé de commerce (1personne/7), Vendeuse (1presonne/7) et une ménagère sur les 2 femmes interrogées. La durée des entretiens a varié de 05 minutes à 01heure 15 minutes. A Guémou Malinké six (06) participants dont quatre (04) hommes composés du président de la caisse, du représentant du chef de village, du communicateur (détenteur du téléphone), et du mari d'une femme évacuée, les deux (2) femmes étaient l'une des accoucheuses traditionnelles et une femme ayant bénéficié de l'évacuation par la moto ambulance. L'âge moyen des interviewés est de 51 ans qui va à 59 ans si on prend seulement les membres de la caisse. Les paysans sont majoritaires avec 4/6 ensuite nous avons deux (02) ménagères. La durée des entretiens a varié de 07 minutes à 01heure 59 minutes.

5.5. Technique d'échantillonnage

5.5.1 Choix des districts, des aires de santé et des sites CVSS:

Pour la sélection des sites nous avons choisi un site endogène qui couvre plusieurs prestations sur les 03, qui est Fassoudébé dans l'aire de santé de Fassoudébé dans le cercle de Diéma et un site exogène qui est Guémou Malinké dans l'aire de santé de Simby dans le cercle de Nioro sur les 09 sites. Ce choix s'explique par le fait que Guémou Malinké a été le premier site où nous avons enquêté et obtenu une complétude des données par rapport aux autres.

5.5.2 Documents exploités

Les documents consultés ont été les documents administratifs : manuel référence de la création des CVSS de la FENASCOM, les comptes rendus des réunions avec les acteurs internes et externes impliqués dans l'intervention, bilans des activités et les supports informationnels du

programme (registres, fiche de référence/contre référence, rapports), en rapport avec les CVSS au niveau district, aire de santé et CVSS.

5.6 Critères d'inclusion et de non inclusion

5.6.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les responsables de caisses villageoises de solidarité santé, les Directeur Technique du Centre des CSCom concernés, les bénéficiaires, les membres des ASACO, les responsables des CSRéf et des SLDES, les AT/ASC/Relais communautaires présents au moment de notre enquête, ayant une connaissance des caisses villageoises de solidarité et acceptant de répondre à nos questions.

Ont également fait partie de notre échantillon, les autorités politiques locales (maires chef de village) présents au moment de notre enquête, impliqué dans les activités des caisses villageoises de solidarité et acceptant de répondre à nos questions.

5.6.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude les responsables de Caisses Villageoises de Solidarité Santé, les agents de santé des CSCom concernés, les bénéficiaires, les membres des ASACO et les responsables des CSRéf et des SLDES, absents au moment de notre enquête, qui n'ont pas accepté de répondre à nos questions ou les personnes de ce groupe ne disposaient pas d'information sur les Caisses Villageoises de Solidarité Santé. Ont été aussi exclues de cette étude les autorités politiques locales (maires chef de village), qui n'ont pas accepté de répondre à nos questions ou qui ne sont pas impliqués dans la gestion des caisses.

5.6.3 Collecte des informations

5.6.3.1 Techniques :

Pour la collecte des données nous avons procédé à :

Un entretien semi-directif approfondi: en individuel face-face avec les informateurs clés retenus ; des enregistrements avec dictaphone, combinés à des prises de notes, suivi d'une synthèse systématique après chaque interview ont été réalisés. Nous avons ensuite réécouté les enregistrements pour compléter notre synthèse.

Nous avons également fait une analyse documentaire, pour cela, nous avons exploité tout document administratif qui traite des CVSS aussi bien au niveau du district, de l'aire de santé jusqu'au site CVSS.

5.6.3.2 Outils de collecte

Un guide d'entretien avait été élaboré, testé et validé, adressé à chaque groupe cible. Trois guides, en annexe de ce document, ont été utilisés à savoir : un guide adressé aux responsables des caisses, un guide adressé aux partenaires de la caisse (DTC, Membre ASACO, chef de village, AT/ASC/Relais, maire), et un guide pour les bénéficiaires de la caisse (voir annexe du document).

Une grille d'exploitation des documents a permis de vérifier l'existence et la tenue des supports et la fonctionnalité des caisses.

Une fiche d'identification aussi annexée a permis d'identifier les participants ayant pris part à nos entretiens.

5.6.3.3 Déroulement

Dans les 2 districts, notre porte d'entrée a été les médecin-chefs et les chefs du SLDSES, ils nous ont introduit auprès des DTC des aires de santé concernées, qui à leur tour nous ont présenté ou accompagné dans les sites CVSS. Les participants ont été identifiés à partir de la liste des membres du bureau ou en demandant le nom des responsables. Les entretiens ont été réalisés aux CSRéf pour le médecin chef et le chef du SLDSES, au CSCom pour le DTC et les membres des ASACO, aux villages sites dans des lieux choisis avec l'accord des participants. Les guides ont été administrés par une sociologue, deux apprenants en maîtrise de santé publique dont moi-même le tout coordonné par un doctorant en santé communautaire.

5.6.4 Thèmes explorés

Les thèmes suivants ont fait l'objet d'analyse : le contexte de création de chaque CVSS, le mode de gouvernance, le membership, les prestations, les modalités de gestion, l'ancrage et les retombées des caisses villageoises de solidarité santé.

5.6.5 Traitements et analyse des données

Les données collectées ont été organisées et classées en fonction des cibles enquêtées. Nous avons données un numéro de code d'identifiant à chaque participant par district, qui va de 01 à 09 dans le district de Diéma et de 01 à 10 dans le district de Nioro afin d'assurer l'anonymat. Nous avons procédé à une description narrative des entretiens en suivant le plan de notre guide d'entretien, en respectant le plus possible les propos des interviewés. Un résumé systématique de

chaque interview a été ensuite fait à la fin. Une synthèse générale de ces résumés a été produite, en faisant une comparaison des deux sites suivis de discussions.

Nous avons utilisé le Microsoft Word 2013 pour la rédaction du rapport.

5.7 Considérations éthiques

En prélude à cette étude, des lettres d'information, des messages électroniques ont été envoyées aux différents responsables administratifs, politiques et sanitaires des aires choisies. Des prises de contact ont été effectuées avec les chefs des villages sélectionnés en vue d'obtenir leur autorisation. Le consentement oral et éclairé de chaque participant a été demandé et obtenu, cela était la condition première pour l'administration des guides d'entretien.

Aussi on a demandé l'accord du participant pour enregistrer l'entretien, tous ont accepté.

Les sujets à enquêter ont reçu au préalable des informations sur l'étude : sa justification, ses objectifs, les techniques de collecte et le circuit après l'inclusion. Nous avons expliqué clairement que le refus de participer à l'enquête ne causera aucun préjudice. L'administration du guide se faisait d'une manière anonyme et avec l'accord de l'enquêté.

VII. Résultats

7.1. Présentation et description du contexte de création des caisses

7.1.1. Présentation des CVSS

- Présentation de la CVSS de Fassoudébé:

Le site CVSS de Fassoudébé compte trois caisses dont une est dédiée au système de référence/évacuation et les deux (2) autres à la prise en charge médicale des indigents et à l'appui au frais de transport des cas de malnutrition des enfants de moins de 5 ans évacués vers les URENI. La caisse est située dans l'enceinte du CSCCom. Fassoudébé village site du CSCCom est situé à 75 Km de Diéma sur l'axe Diéma-Nioro, une route bitumée. L'aire compte une population d'environ 6 849 habitants pour 978 ménages et couvre 4 villages. On trouve aussi un site ASC à Dioba village situé à 25 Km du CSCCom. La population est à majorité peulh et l'activité économique principale est l'agriculture, l'élevage et le petit commerce. La commune bénéficie d'un appui important des ressortissants à l'extérieur.

- Présentation de la CVSS de Guémou Malinké :

Le site CVSS Guémou Malinké est situé dans l'aire de santé de Simby dans la commune du même nom. L'aire couvre 13 villages pour une population de 17 434 habitants en 2016. Il y a un centre de santé secondaire à Diadjela et un poste de santé avancé situé à Guémou Malinké tenu par un technicien de santé qui mène des consultations curatives. Le site est à environ 22 Km du CSCCom sur une piste d'accès très difficile avec des marigots par endroit, ce qui entraîne un enclavement du village pendant toute la saison hivernale. Le village compte environ 2081 habitants. Dans l'aire il y a une mutuelle de santé qui couvre l'ensemble du paquet minimum d'activités du CSCCom ainsi que les frais de transport. Les droits d'adhésion sont fixés à 1000F CFA/an et les cotisations à 500F CFA/mois et par personne. En 2016, cette mutuelle (Mucosi) comptait 549 adhérents pour 1942 bénéficiaires.

L'activité principale de la population du village est l'agriculture.

7.1.2. Contexte de création des CVSS:

- CVSS de Fassoudébé :

De l'avis des personnes interrogées, il ressort que la création des trois caisses répond à des problèmes tels que : la faible fréquentation du CSCCom, le faible recouvrement des coûts, des plaintes incessantes des patients, une difficulté de paiement de la quote-part de la

référence/évacuation au CSRéf, un taux élevé de malnutrition des enfants de moins de 5ans. Les propos ci-dessous témoignent :

« C'est une initiative que nous-mêmes avons eu à mettre en place, A notre arrivé au CSCom de Fassoudébé il y a beaucoup de problèmes : le CSCom n'était pas fréquenté et les usagers se plaignaient de beaucoup de choses et finalement nous avons essayé de regrouper les acteurs communautaires, les leaders d'opinions au niveau du CSCom en présence du maire, nous avons évoqué les problèmes auxquels le centre était confronté, ensemble nous avons jugé nécessaire de mettre en place ce système » propos d'un partenaire de la caisse.

« Le DTC actuel nous a trouvé dans de grosses difficultés » propos d'un responsable de la caisse.

« La caisse a été créée car beaucoup de femmes ont des difficultés pour rejoindre le CSCom et beaucoup d'enfants souffrent de malnutrition sévère allant souvent jusqu'au décès, face à ces difficultés nous avons pris l'initiative de créer cette caisse afin d'assurer le transport des malnutries et leur donner un appui alimentaire pendant leur séjour à Diéma » propos d'un responsable de la caisse.

Les activités de ces caisses ont réellement commencé avec l'arrivée du nouveau DTC en Novembre 2010. C'est ainsi en mars 2011 les caisses ont été créées et on y trouve 3 types de caisses.

La création de ces caisses fait suite à des problèmes identifiés dans l'aire de santé de Fassoudébé. Ainsi il y avait une faible fréquentation du CSCom, un faible recouvrement des coûts, des plaintes incessantes des patients, une difficulté de paiement de la quote-part de la Référence/évacuation au CSRéf, l'absence d'électricité au CSCom, un taux élevé de malnutrition des enfants de moins de 5 ans.

Des concertations entre le DTC, le maire et les autres leaders communautaires, ont permis de confirmer ces problèmes. Pour trouver des solutions une assemblée générale a été organisé où les problèmes ont été portés à l'attention de l'ensemble de la population. Tout le monde y compris le personnel de santé a cotisé. Ainsi la somme collectée ce jour s'est élevée à environ 200 000 F CFA.

Avec ce montant la quote-part de l'ASACO dans la Référence Evacuation a été payée. Afin d'assurer la régularité de ce paiement il a été décidé d'instaurer une cotisation annuelle par

ménage. Une série de proposition a été faite, l'unité d'adhésion est le ménage et la cotisation est de 1100 F CFA/an/ménage.

Ce montant alimentera trois caisses pour faire face aux problèmes prioritaires de santé des populations de l'aire. Ainsi l'idée des trois caisses est née. Sur les 1100 F CFA ; on versera 250 F CFA dans une caisse pour la prise en charge des indigents et les pauvres qui ne peuvent pas se payer les frais médicaux, 100 FCFA vont dans une caisse qui prendra en charge les frais de transport des enfants malnutris avec complications référés vers URENI soit à Diéma soit à Nioro, les 750 FCFA est utilisé pour payer la quote-part du district et le montant restant est versé dans la petite caisse et permet de financer les activités de la moto ambulance.

Ces trois caisses sont des initiatives locales sous l'impulsion du DTC qui avait tenté et réussi une expérience similaire dans un autre CSCoM dans un autre district.

Description des trois caisses de Fassoudébé :

- La caisse du système de Référence Evacuation/moto ambulance :

Elle assure le financement de la référence évacuation aux deux (2) niveaux de référence. Le 1^{er} niveau est payé au district sanitaire pour l'évacuation du CSCoM vers la CSRéf et le 2^{ème} niveau qui alimente la caisse de la moto ambulance pour assurer le transport du village au CSCoM, cette dernière est née après l'acquisition de la moto ambulance offerte par l'ONG Save The Children en 2012. La population éprouvait beaucoup de difficultés à assurer le transport des femmes en difficulté d'accouchement du village vers le CSCoM.

- La Caisse des indigents ou caisse de Solidarité :

Cette caisse appelée aussi localement « Mutuelle » a été créée le 05/03/2014 du fait que certains indigents et d'autres malades pauvres ne peuvent pas payer les frais d'ordonnance. Pour les venir en aide il a été créé une caisse pour prendre en charge leur frais d'ordonnance.

Les ressources de cette caisse proviennent des 250 F extrait des 1100 F CFA/ménage et surtout les contributions volontaires obtenues à l'AG.

- La caisse d'appui à la malnutrition :

Elle assure les frais de transport des enfants malnutris sévères avec complications vers les structures de référence soit Diéma soit Nioro. Elle a été créée suite au constat du nombre élevé d'enfants malnutris dans la communauté par le conseiller de l'ONG locale ADG.

C'est ainsi que l'ONG a sensibilisé la population pour créer une caisse pour aider à lutter contre la malnutrition des enfants.

Les ressources de cette caisse proviennent des cotisations et dons des bonnes volontés, ainsi à l'assemblée générale on lance un appel en faveur de la caisse des malnutris et les participants contribuent.

- Description de la CVSS de Guémou Malinké :

L'initiative de création d'une caisse est venue d'un projet MCAPAZ en 2011, dont l'objectif était de lutter contre la mortalité maternelle et infantile en réduisant le délai de transport du village au CSCom. La population trouve que ce besoin était réel car avant la moto ambulance le temps de transport était environ de 3 voire 4 heures avec la charrette. Ce temps a été réduit à environ une heure voire moins.

L'objectif de la caisse est de faciliter le transport des femmes en difficulté d'accouchement et les nouveaux nés du village de Guémou vers le CSCom, aussi de prévenir les dépenses liées aux transports en cas d'évacuation.

L'ONG MCAPAZ est arrivée dans la commune, a invité les 2 villages retenus (Guémou-Malinké et Madina Malinké), présenté le projet et sensibilisé la population sur l'utilité de la CVSS. Ainsi la CVSS a été créée avec la mise en place d'un bureau pour faire fonctionner la moto ambulance ; qui devrait assurer le transport des femmes en difficulté d'accouchement et des nouveaux nés en souffrance néonatale du village au CSCom. Les activités ont ainsi démarré avec le paiement des cotisations et le transport des cas.

Initialement le projet avait prévu de stationner la moto ambulance dans le village de Guémou, mais, après concertations entre les différents acteurs (autorités communales, ASACO, DTC, relais) et les 2 villages concernés il a été convenu de la prédisposer au CSCom pour faire bénéficier des autres populations de l'aire.

7.2. Mode de gouvernance

7.2.1. Organisation de la caisse :

- Organisation de la Caisse de Fassoudébé :

Il existe un bureau dont les membres sont généralement ceux de l'ASACO. Dans ce bureau aucune femme ne semble représentée.

- **Organisation de la CVSS de Guémou Malinké:**

Elle est décrite par les statuts et règlement intérieur qui stipulent que l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration sont les 2 organes de la CVSS. La copie de ces statuts est gardée au CSCCom par le DTC et les membres du bureau ne semblent pas être au courant de son existence. Cependant le rapport d'un atelier d'harmonisation de ces statuts et règlement, tenue à Nioro dit que certains des membres du bureau et le DTC du CSCCom auraient participé cet atelier. La caisse ne dispose pas de plan d'action mais mène ses activités sans problème.

Le comité de gestion se charge de la bonne marche du bureau, au tout début des activités le bureau recevait des missions de supervision de la part du DTC et souvent des responsables de l'ONG, qui les aidaient à corriger les insuffisances et faisaient des recommandations pour la bonne marche de la caisse. La dernière supervision date de 2013.

Au tout début le fonctionnement de la caisse était satisfaisant, mais depuis le retrait de l'ONG, rien ne marche comme avant, le bureau parvient plus à tenir les réunions, les adhérents ne payent plus les cotisations, la moto- ambulance ne fonctionne pas selon les habitants du village, chose que le DTC conteste. Selon lui la moto- ambulance n'a jamais été complètement arrêtée.

Partenariat de la caisse avec les partenaires :

- **Avec l'ASACO**, selon le responsable de la Caisse village il n'existe pas de concertation formelle dans le cadre de la gestion de la moto ambulance, en témoigne la divergence des propos sur sa fonctionnalité. Les personnes interrogées pensent que la moto est arrêtée il y a plus de 2 ans alors que le DTC affirme qu'elle ne s'est jamais arrêtée complètement.

- **Le personnel de santé** : En cas d'évacuation le DTC est informé par le détenteur du téléphone, il envoie la moto ambulance. Il menait une supervision mensuelle des activités de la caisse et des ATR, sur la base d'un contrat écrit entre lui et l'ONG. Il collecte les données et les renvoie directement à la direction du projet à Nioro.

- **Le chef de village** intervient en cas de difficulté majeur (refus de paiement, pour résoudre le cas de non adhérent dont les parents ont bénéficié du transport).

7.2.2. Présentation des organes de gestion et leurs rôles :

- Présentation des organes de la CVSS de Fassoudébé et leurs rôles:

L'assemblée générale est l'instance suprême de prise de décision, elle est annuelle et élit les membres du comité. Le comité composé de 8 membres et présidé par le maire de la commune gère les 3 caisses, mais chaque caisse possède son trésorier.

Le trésorier de la caisse des indigents ou caisse de Solidarité, appelé aussi « Mutuelle » est le président de la jeunesse de Fassoudébé, ce choix s'explique par le fait de la confiance placée en lui, mais aussi parce qu'il peut intervenir auprès des ressortissants pour la recherche des solutions aux éventuels problèmes (déficit d'argent dans une caisse et surtout la mobilisation de la jeunesse). Chaque année un compte rendu des activités est fait à l'assemblée générale. Au vu des résultats obtenus, les ressortissant se sont impliqués et ont payé un véhicule ambulance (en panne à notre passage), la caisse n'a pas de statuts et règlement intérieur propre, mais utilise ceux du comité de gestion de l'ASACO.

Toutes les caisses fonctionnent à la satisfaction non seulement des membres du bureau rencontrés mais aussi de celle des bénéficiaires. Les membres des caisses sont ceux de l'ASACO. Les cas référés à l'URENI de Diéma reçoivent des visites ponctuelles du DTC pour renforcer l'adhésion aux caisses. Le chef de village est impliqué dans les activités des différentes caisses.

- Présentation des organes de la CVSS de Guémou Malinké et leurs rôles

L'assemblée est l'instance suprême de décision et regroupe tous les adhérents. Elle se réunit une fois par trimestre sur convocation du président du CA.

Elle définit la politique générale de la CVSS. A ce titre, elle :

- adopte les statuts et règlement intérieur ;
- élit et révoque les membres du Conseil d'Administration ;
- fixe les montants des cotisations et le prix des cartes de membre ;
- étudie, amende et adopte le programme d'activités et le budget annuel de la caisse ; proposés par le conseil d'administration ;
- approuve les conventions liant la CVSS à l'ASACO et à tout autre partenaire ;
- approuve les rapports d'activités et financier du Conseil d'Administration ;
- peut dissoudre le Conseil d'Administration ;

- prononce en définitive les sanctions contre les membres de la CVSS et ceux du Conseil d'Administration ;

- Peut décider des modifications des statuts et règlement intérieur.

Le conseil d'administration comprend :

- des membres actifs à jour dans le paiement de leurs cotisations ;
- des membres de droit ;

Les membres actifs, délibératifs sont élus par l'assemblée générale pour une durée de 3 ans et sont :

- un (01) président,
- un (01) vice-président,
- un (01) Secrétaire Administratif,
- deux (02) Trésoriers
- deux (02) secrétaires à l'organisation,
- deux (02) commissaires aux comptes,
- deux (02) commissaires aux conflits.

Les membres de droit du conseil d'administration avec voix consultative sont :

- le Sous-Préfet
- le Maire
- le Chef du Village
- le Directeur Technique du Centre
- le Chef du Service Local du Développement social et de l'Economie Solidaire,
- le médecin Chef du Centre de Santé de Référence de Nioro.

Les membres du bureau interviewés ont été le plus souvent désignés sur la base de certains critères (la confiance de la population, la disponibilité). Par exemple le président actuel était absent au moment de la mise en place du bureau, mais a été proposé et élu à ce poste.

Les statuts et règlement Intérieur pour la CVSS décrivent les attributions de chaque membre du CA.

Cependant les membres qui gèrent la caisse de Guémou Malinké sont composés en pratique de : un président, un communicateur (détenteur du téléphone) qui joue le rôle de trésorier, du

directeur l'école du village qui joue le rôle de secrétaire administratif, l'accoucheuse traditionnelle.

Les femmes sont peu représentées dans ce comité, cependant le poste de trésorier était tenu par une femme mais qui ne réside plus au village.

7.2.3. Le mode de prise de décision

- Mode de prise de décision à la CVSS de Fassoudébé

Les décisions sont prises en réunion de bureau mais toujours validées en Assemblée Générale.

« *Chez nous ici, on ne peut rien valider sans l'Assemblée Générale* » nous a confié un responsable de la caisse.

- Mode de prise de décision à la CVSS de Guémou Malinké

Les décisions se prennent au cours des réunions du bureau et se font de commun accord sans influence d'un membre. Mais il ressort de nos constats que les propositions de poste sont peu discutées quand c'est le chef de village qui le fait, chose qui est de règle, témoins ces propos d'un responsable de la caisse : « *...pour la prise de décision il y a des membres influents comme mon père qui est le fils du chef de village. Le plus souvent quand il prend une décision c'est pris en compte et on marche sur cela* ».

7.2.4. La disponibilité des supports de gestion

- Disponibilité des supports CVSS de Fassoudébé

Il existe des supports de gestion pour les différentes caisses, disponibles au niveau du centre de santé. Le jour de notre passage nous avons vu un cahier de gestion des dépenses de la moto ambulance de 2013 à 2016, tenu par le gérant du dépôt de vente qui est membre des trois (03) caisses, il est trésorier général de la caisse de la moto ambulance ; trésorier adjoint de la caisse des indigents (mutuelle ou solidarité); et secrétaire à l'organisation de la caisse de malnutrition. Le gérant DV garde aussi les reçus de paiement des cotisations, ainsi que des ordonnances d'indigents validés avec le cachet du maire. A notre avis cela dénote de la transparence dans la gestion.

- Disponibilité des supports au niveau de la CVSS de Guémou Malinké

Les supports de gestion sont disponibles à notre passage étaient un cahier de communication, un cahier de référence évacuation, un cahier d'adhérent, cahier de supervision. Il ressort des propos qu'ils sont tenus par le directeur de l'école du village qui n'est cependant pas un ressortissant du

village. Selon un partenaire de la caisse « .*En l'absence quelqu'un qui sait lire et écrire dans le bureau, on a désigné le directeur de l'école pour remplir les supports,*»

Au CSCom ils existent quelques supports : un canevas de rapportage mensuel, une fiche d'animation et la copie d'un contrat qu'il avait signé avec l'ONG MCAPAZ.

7.2.5. Appréciation du fonctionnement de la caisse par les interviewés

- CVSS de Fassoudébé

Le fonctionnement des trois caisses est satisfaisant pour les membres, ce qui expliquerait leur forte implication et acceptation. A notre passage il y avait de l'argent dans toutes les caisses, témoignent les propos de ce responsable de caisse « *...depuis le début jusqu'à nos jours nous avons évacué tous ceux qui étaient dans le besoin*».

- CVSS de Guémou Malinké

Selon les membres, depuis le retrait du partenaire rien ne marche comme avant. Les problèmes évoqués sont : l'absence de tenue des réunions du bureau, le refus de payer les cotisations par les adhérents, la non fonctionnalité de la moto- ambulance. A ceux-ci s'ajoute l'irrégularité des supervisions car il faut dire que la dernière supervision de la CVSS date de 2013. Toute chose qui ne satisfait pas les populations, comme le stipulent les propos de ce responsable de caisse : « *Je ne suis pas content du fonctionnement de la CVSS, car je voudrai qu'on cotise mieux, la caisse est là mais, les cotisations sont arrêtées, il ne correspond pas à mes attentes* »

7.2.6. La collaboration avec les différents acteurs

- CVSS de Fassoudébé

La caisse n'a pas de statuts et règlements qui lui sont propres. Pour le moment ils exploitent ceux du comité de gestion de l'ASACO. Il existe une très bonne relation avec l'ASACO puisque la plus part des membres sont ceux de l'ASACO. Un responsable de la caisse nous a confié que :

« *Tout ce qu'on fait est sous la direction de l'ASACO, il existe une collaboration franche entre la caisse et l'ASACO et la mairie*»

Il existe une très bonne relation entre la caisse et ses autres partenaires : maire, CSCom, et population surtout les relais communautaires qui collectent les cotisations pour la caisse.

A Fassoudébé il existe un réseau de relais qui est très impliqué dans les activités du CSCom. Ce sont ces relais qui collectent les cotisations pour la caisse, du coté ils sont des membres actifs mais dont le rôle est reconnu et par la caisse et par les responsables du CSCom.

« Ici le système marche beaucoup chez nous, il y a une rencontre mensuelle entre l'ASACO et les relais, l'ASACO les motive et ils collectent les cotisations pour la caisse »

La caisse et le CSCoM disposent d'un autre partenaire, appelé « Mama de lumière », qui est un groupement féminin, créé par le DTC et qui sensibilise pour la fréquentation du CSCoM mais aussi surtout formé pour les visites à domicile pour aider les accouchées à mieux allaiter leurs enfants. Au dire d'une femme partenaire de la caisse : *« Le groupement 'maman de lumière' a été très bénéfique pour les femmes et leurs enfants, il participe aussi à l'identification et à la validation des cas d'indigents ».*

- CVSS de Guémou Malinké

Il n'existe pas de concertation formelle entre la CVSS et l'ASACO comme en témoignent les divergences sur la fonctionnalité de la moto-ambulance. Par contre le DTC était en charge de superviser la CVSS jusqu'au retrait de l'ONG avec laquelle il avait un contrat.

Le DTC est appelé en cas d'indication d'évacuation pour mettre en route la moto-ambulance, témoignent ces propos d'un partenaire de la caisse: *« nous avons eu des difficultés à Guémou, un jour tous les relais communautaires ont démissionné en bloc, à la date d'aujourd'hui, il n'y a pas de relais à Guémou Malinké ».*

Un autre partenaire de la caisse ajoute « Nous ne savons pas comment ils gèrent leur caisse là-bas, nous, ce qu'on sait c'est qu'en cas de besoin la moto ambulance part»

7.2.7. L'implication des chefs de villages

- Implication du chef de village de Fassoudébé

Le chef de village mobilise beaucoup en faveur de la caisse et du CSCoM, son fils qui réside à l'extérieur du pays est un des plus grands contributeurs financiers. Il a pris en charge une année, le paiement des impôts et la cotisation pour toute la commune.

- Implication du chef de village de Guémou Malinké

Le chef de village intervient en cas de problème et surtout en cas de refus de payement.

« Je suis le fils du chef de village de Guémou et 1^{er} conseiller du village j'assume ces 2 rôles nous aidons à la résolution de tout conflit dans le village » propos d'un partenaire de la caisse.

7.3. Membership :

7.3.1. Description des critères d'adhésion et de l'adhésion des différentes communautés

- Critère d'adhésion à la CVSS de Fassoudébé :

L'unité d'adhésion des caisses de référence évacuation est le ménage, le montant de la cotisation 1100 F CFA /ménage/an. Les relais collectent les cotisations pendant les visites à domicile. Chaque ménage reçoit un reçu quand il paye les 1100F. Ce reçu est la preuve d'être à jour et sera présenté au CSCom en cas de besoin d'évacuation.

Presque que toutes les communautés adhèrent à la caisse, cependant ils existent des personnes réticentes ou qui ne payent pas dans le délai. Ces personnes sont sanctionnées en cas de besoins d'évacuation. Cette sanction consiste à payer le coût du déplacement de l'ambulance de Diéma qui est de 30 000 F CFA et la cotisation annuelle de 1100 F CFA. Lorsqu'il s'agit de la moto ambulance la sanction s'élève à 6100 F CFA dont 5000 F CFA d'amende et 1100 F CFA de cotisation annuelle.

Cependant aucun support ne permet d'identifier la liste exhaustive des adhérents. Les souches de reçus de paiement des cotisations servent à cette fin. Cela ne fait pas ressortir que les chefs de ménage ayant payés, mais pas les bénéficiaires

- Critère d'adhésion à la CVSS de Guémou Malinké

L'unité d'adhésion est le ménage (homme marié à une ou plusieurs femmes) dans le contexte du village de Guémou-Malinké.

Tout homme marié (ménage) qui paie le droit d'adhésion fixé à 500 F CFA et la cotisation mensuelle de 50 F CFA/mois et par ménage.

Toutes les communautés présentes dans le village adhèrent à la Caisse à l'exception de quelques chefs de ménage. Cela s'explique par l'analphabétisme, les mauvaises gestions antérieures des caisses similaires.

L'arrêt de la moto ambulance selon les responsables de la caisse a conduit à une démotivation globale et au non paiement des cotisations.

Les difficultés rencontrées par la caisse sont entre autres : le non paiement des cotisations, les pannes fréquentes de la moto ambulance, et le manque de communication entre les responsables

de la caisse, l'ASACO et le DTC.

La sanction infligée aux non adhérents en cas de besoins est le paiement des frais de transport de la femme et l'adhésion automatique.

Pour une meilleure pérennité les personnes recommandent de sensibiliser d'abord les adhérents pour la mise en place de la caisse et faire le bilan régulièrement à la population.

7.3.2. Identification des causes de non adhésion des communautés.

- Causes de non adhésion à la CVSS de Fassoudébé

Les réticences sont dues à l'incompréhension et avec la définition des ménages actuels les recettes risquent de ne pas couvrir les dépenses.

- Causes de non adhésion à la CVSS de Guémou Malinké

Les causes des non adhésions sont généralement l'analphabétisme et les mauvaises expériences antérieures non réussies et les pannes fréquentes de la moto ambulance à Guémou Malinké

7.3.3. Identification des difficultés rencontrées dans la gestion des adhérents

- Difficultés rencontrés dans la gestion à la CVSS de Fassoudébé

Ces difficultés se résument au retard ou au non-paiement des cotisations par quelques membres. La santé a amélioré l'adhésion.

- Difficultés rencontrés dans la gestion à la CVSS de Guémou Malinké

L'analphabétisme, la pauvreté aussi sont des difficultés dans la gestion des adhérents.

7.4. Prestations de la caisse

7.4.1. Description des prestations couvertes par la caisse

- Les prestations des CVSS de Fassoudébé

Le paiement des 1100 F CFA donne droit aux services fournis par les 3 caisses :

Le transport des urgences obstétricales : Une fois que les chefs de ménage payent les 1100F/an, les membres bénéficient gratuitement de la référence évacuation que ça soit par la moto ambulance du village vers le CSCom ou par l'ambulance du district, du CSCom vers le CSRéf de Diéma.

La demande d'évacuation est faite par les relais ou l'ASC dans le village de Dioba. L'appel est adressé soit au DTC soit au gérant du Dépôt de Vente. On saisit alors le chauffeur de la moto

ambulance pour aller chercher la femme. L'ASC accompagne les femmes, mais si le cas est urgent une matrone du CSCoM accompagne la moto ambulance.

En 2013 la moto ambulance a évacué 55 femmes et deux (02) enfants malnutris avec complications, en 2014 26 femmes et 1cas de malade, en 2015, 06 femmes évacuées et en 2016, 31 femmes ont été évacuées.

La prise en charge médicale des indigents : Elle est assurée par la caisse de solidarité et a débuté le 05 mars 2014 pour aider les pauvres et indigents à se soigner.

L'accès au service de cette caisse est subordonné à la validation par les relais communautaires et les chefs de village qui connaissent tous les villageois et confirment le statut des indigents. Une fois ce statut vérifié, le DTC prescrit l'ordonnance et le maire valide en y apposant son cachet et sa signature, alors le gérant DV délivre les médicaments. Les souches des ordonnances sont alors présentées à l'AG pour preuve.

En 2015, douze (12) indigents ont bénéficié des services de cette caisse de solidarité, en 2016 ; dix-neuf (19) cas ont été pris en charge. Le montant en caisse à la date du 18/1^{er} /2017 était de 64 770 F CFA.

Transport des enfants malnutris avec complications référés vers les districts : Les cas sont dépistés par les relais ou l'ASC dans les villages et référés au CSCoM, une fois le diagnostic d'évacuation posé par le DTC, il fait une note adressée au trésorier de la caisse qu'il remet aux parents de l'enfant à évacuer en mentionnant le motif et le montant à décaisser qui varie de 5000 F CFA et 6000 F CFA, cependant la caisse a aidé un cas à hauteur de 20 000 F CFA. Le transport est assuré vers l'URENI de Diéma ou de Nioro.

En dehors des urgences obstétricales deux autres catégories peuvent bénéficier des services la moto ambulance. Ils s'agissent des femmes accouchées du CSCoM au village de Fassoudébé, le frais de ce déplacement est de 1000 F CFA dont 500 F CFA de carburant et 500 F CFA de prime de chauffeur. Les autres urgences graves non obstétricales sont aussi transportées et les frais dépendent du cas et de la distance. Par exemple pour les villages de Guimbana et Dioba les parents payent respectivement 3 600 F CFA et 6000 FCFA par déplacement de la moto ambulance.

A la date du 18/1^{er} /2017 le montant dans la caisse de nutrition était de 60 000 F CFA.

- **Les prestations fournies par la CVSS de Guémou Malinké**

La Caisse a été créée pour assurer le transport des femmes en difficulté d'accouchement et des nouveaux nés en souffrance du village au CSCoM, cependant, elle a apporté un appui à des cas sociaux comme l'a témoigné l'AT. En effet un appui financier de 20 000 F CFA aurait été donné à son frère lors du décès de sa fille pour se rendre à Diéma.

La décision d'évacuer une femme ou un nouveau-né est prise par l'AT, qui aussitôt informe les parents de la femme. Le mari de la femme informe le communicateur (détenteur du téléphone) qui appelle le DTC du CSCoM pour l'envoi de la moto ambulance. Entre temps le trésorier vérifie si le mari est adhérent ou non. Si le mari est adhérent la caisse prend entièrement en charge les frais de déplacement de la moto estimé à 7100 F CFA, répartis comme suit : le détenteur du téléphone achète du crédit avec 1100 F CFA et appelle le DTC, 6000 F CFA sont remis au chauffeur et qui constituent le frais de carburant et le prime du chauffeur et de l'agent qui accompagne la moto ambulance. Si le mari n'est pas adhérent la caisse se charge du frais de déplacement de la moto, mais il est tenu de rembourser ces frais et adhérer automatiquement à la caisse à son retour du CSCoM.

Le choix du transport s'explique les objectifs du projet. Cependant c'est un besoin réellement vécu et perçu par la population du village.

Le frais de transport ne varie pas est fixé à 7100 F CFA. Depuis la création les prestations n'ont pas variées.

Les transports étaient uniquement des femmes en difficulté d'accouchement, nous n'avons pas vu de cas de nouveaux nés par la moto ambulance.

Il faut noter qu'entre 2012 et 2013 respectivement neuf (09) personnes dont cinq (05) adhérents et quatre (04) non adhérents, des cas obstétricaux, et un (01) cas de maladie ont bénéficié des services de la moto ambulance.

7.5. Modalité de gestion :

7.5.1. Description des sources de provenance des ressources financières des CVSS.

- **Sources des ressources financières CVSS de Fassoudébé**

Les ressources financières proviennent des cotisations des ménages, des dons des bonnes

volontés et des ressortissants de la commune à l'extérieur qui s'impliquent de plus en plus.

Le défi est la composition des ménages car certains payent effectivement par ménage mais d'autres le font par chef de famille, dans ce dernier les cotisations deviennent insuffisantes avec les 1100 F CFA/familles.

Les fonds couvrent les dépenses mais des stratégies sont prévues pour faire face à de tels cas. En cas d'extrême urgence le DTC et le président font des quêtes pour résoudre le problème.

- **Sources des ressources financières de la CVSS de Guémou Malinké**

Les ressources proviennent des droits d'adhésion et des cotisations des membres. Le paiement régulier des cotisations et la réparation de la moto ambulance demeurent des défis à relever.

Le montant des cotisations est de 50/famille/mois. La méthode de collecte des cotisations est la porte à porte, qui peut être mensuelle ou annuelle. Le tarif des cotisations est abordable mais peut être revue si besoin. Quel que soit le montant, certaines familles ne peuvent pas avoir les moyens de payer.

Les recettes des cotisations si elles sont payées par l'ensemble des adhérents peuvent couvrir les besoins.

Des membres de la CVSS ont reçu des formations par rapport à la CVSS à Nioro, ils ne connaissent pas le type de formation. Les participants ont bien apprécié cette formation.

7.5.2. Les défis rencontrés dans la gestion de la caisse

- **Défis dans la gestion de la CVSS de Fassoudébé**

Le défi est la composition des ménages car certains payent effectivement par ménage mais d'autres le font par chef de famille, dans ce dernier la cotisation devient insuffisante avec les 1100F/familles.

- **Défis dans la gestion de la CVSS de Guémou Malinké**

Le défi est le non paiement des cotisations par les adhérents.

7.5.3. Montants des cotisations et les mécanismes de recouvrement ainsi que la périodicité.

- **Montant des cotisations de la CVSS de Fassoudébé**

La cotisation est de 1100 F CFA/ménage/an. La collecte se fait de façon mensuelle par les relais lors des visites à domicile.

- **Montant des cotisations de la CVSS de Guémou Malinké**

Le montant des cotisations est de 50 F CFA/famille/mois. La méthode de collecte des cotisations est le passage de famille en famille, qui peut être mensuelle ou annuelle.

7.5.4. Formations reçues dans le cadre de la caisse.

- **Formations reçu par la CVSS de Fassoudébé :**

Dans la mise en place des caisses ; aucune formation n'a été organisée.

- **Formations reçu par la CVSS de Guémou Malinké**

Des membres de la CVSS ont reçu des formations par rapport à la CVSS à Nioro, il ne connaît pas le type de formation. Les participants ont bien apprécié cette formation.

« Il y a eu oui au début des formations des responsables des caisses sur la gestion des CVSS depuis 2011, mais il va falloir faire des formations de recyclage » Propos d'un partenaire de la caisse. Un responsable de la caisse affirme aussi nous a confié que : *« j'ai participé à une formation à Nioro sur la gestion des caisses et j'ai été très content de cette formation ».*

7.6. Ancrage :

7.6.1. Conditions à réunir pour la mise en place de la caisse

- **CVSS de Fassoudébé**

Dans notre étude toutes les personnes rencontrées acceptent et sont satisfaites des services de la caisse. Le DTC du CSCOM et le maire de la commune du fait de leur fort engagement ont beaucoup plus d'influence sur la caisse.

Pour une meilleure réussite de la caisse il faut impliquer tout le monde, faire ressortir les difficultés et montrer aux acteurs et qu'ils sachent où va l'argent (transport), on devrait compter sur soi-même (cotisation des adhérents d'abord). L'Assemblée Générale est toujours précédée d'une visite d'identification des problèmes dans tous les villages ensuite une réunion préparatoire a lieu avec les relais.

Les ayant droits bénéficient toujours des services s'ils sont à jour et sont mis à contribution pour sensibiliser de nouveaux adhérents. La collecte se fait en sensibilisant et non en répression systématique.

On doit continuer sensibiliser pour changer le paiement à 500 FCFA/an/ménage.

Le programme de l'AG prévoit toujours une série de présentation des bilans : technique par le

DTC ; le témoignage de certains bénéficiaires, ASACO, mairie. Les montants des caisses sont remis aux différents trésoriers en AG. Le DTC rend souvent visite aux évacués à l'URENI de Diéma.

- **CVSS de Guémou Malinké**

Pour la mise en place d'une caisse l'idéale serait de rendre abordable les cotisations. La survie de la caisse dépend de la régularité du paiement des cotisations et de leur coût abordable.

Globalement la caisse est acceptée par la communauté et les membres du bureau et les bénéficiaires des services de la caisse sont satisfaits.

7.6.2. Autres besoins que la caisse aurait mieux prendre en compte

- **CVSS de Fassoudébé**

Les responsables de la caisse ne prévoient pas pour l'instant d'inclure d'autres prestations.

- **CVSS de Guémou Malinké**

Avec l'arrêt de la caisse il est difficile d'autres besoins n'ont pas été signalé.

7.6.3. Les éventuelles menaces pour la pérennité de la caisse.

- **CVSS de Fassoudébé**

Le fait de ne compter que sur de partenaires, la mauvaise gestion, le non paiement des cotisations sont des menaces pour la pérennité de la caisse.

- **CVSS de Guémou Malinké**

L'absence de dynamique sociale et le non paiement des cotisations, le départ de l'ONG ont entraîné l'arrêt de la caisse.

7.6.4. Les recommandations pour une meilleure durabilité de la caisse.

- **CVSS de Fassoudébé**

Pour une meilleure pérennité de la caisse il faut compter sur les cotisations des adhérents, et aussi sur la transparence dans la gestion.

- **CVSS de Guémou Malinké**

Pour la durabilité il est indispensable de payer régulièrement les cotisations.

7.7. Retombées

7.7.1. Apport des caisses à la communauté

- CVSS de Fassoudébé :

Avec l'arrivée des caisses la fréquentation du CSCom a augmenté ; les soins du CSCom sont accessibles aussi bien à ceux qui ont les moyens qu'aux pauvres et indigents. De 2011 à 2016, la quote-part de l'ASACO dans la référence évacuation est à jour. Il faut aussi noter les femmes s'impliquent beaucoup dans les activités de soins.

Les fonds collectés pendant l'AG ont permis l'électrification du CSCom.

Les relais sont fonctionnels dans l'aire et collectent les cotisations, il existe un cadre de concertation entre relais et ASACO. Les relais reçoivent une motivation (le jour de la réunion mensuelle l'ASACO, donne le transport aux relais qui n'habitent pas à Fassoudébé), il existe aussi une caisse des relais dont la cotisation est fixée 500F/mois/relai. La caisse relai donne 2500 F CFA en cas baptême et 5000 F CFA en cas de mariage, en plus les relais ne payent pas les 1100 F CFA.

Le DTC et les relais cultivent un champ collectif, ils avaient élevé des moutons, mais cela n'a pas marché à cause de la sécheresse. Ces activités permettent une motivation des relais, qui sont reconnus par le DTC et l'ASACO comme des acteurs clés de la santé dans l'aire de santé.

Chaque mois il y a deux réunions, une avec les relais et l'autre avec l'ASACO. C'est un lieu de discussion des problèmes surtout les cotisations ; dont le relais ont en charge la charge la collecte. Il existe aussi un groupement féminin appelé « Mama de lumière », qui est une association de femmes formées pour sensibiliser les femmes dans les quartiers sur l'allaitement maternel et elles ont un cahier.

Notre étude montre que la caisse soutient aussi les enfants une mère d'un enfant bénéficiaire de la caisse nous confie : « *Mon enfant a bénéficié du transport pour aller à Nioro et il est guéri, bénéficiaire mère enfant malnutri ayant bénéficié du transport pour aller à l'URENI de Nioro* ».

- CVSS de Guémou Malinké

La caisse a amélioré certaines conditions : le confort de la femme qui est protégée par un hangar lorsqu'elle est à bord de la moto ambulance, et la réduction du coût du transport qui est seulement

de 7100 F CFA, contre 10 000 F CFA ou plus au paravent pour les autres transporteurs. « Elle a également réduit le temps de transport. Ces temps sont estimés respectivement à environ moins de 20 mn et à plus de 2 heures pour les 22 Km qui séparent Guémou du CSCom de Simby et respectivement en moto ambulance et en charrette » propos d'un responsable de la caisse.

On a constaté également que la décision est prise à temps dans le recours aux soins.

7.7.2. Changements induits par la caisse dans les conditions de vie des femmes et leur implication et participations aux précises de décision

- CVSS de Fassoudébé

Les femmes à travers les mamans de la lumière sont impliquées dans le recours aux soins.

- CVSS de Guémou Malinké

L'implication des femmes est faible, seule l'accoucheuse traditionnelle est actuellement membre du bureau.

7.8. Comparaison des caisses de Fassoudébé et de Guémou Malinké:

7.8.1. Présentation des caisses

La CVSS de Fassoudébé est situé au niveau du village site du CSCom et couvre 4 villages (CVSS communale). Quant à la CVSS de Guémou Malinké, elle est à 22 Kms du site du CSCom et ne couvre que le village de Guémou de Malinké.

7.8.2. Contexte de création des caisses :

En référence aux déclarations des participants, les caisses des urgences obstétricales et celle des indigents (mutualité) de Fassoudébé semblent être une initiative locale, pour la caisse d'appui à la malnutrition, l'origine de l'initiative est nuancée, certains pensent que c'est locale, d'autres évoquent une ONG, cette situation mériterait d'être éclairée.

A Guémou Malinké l'initiative vient de l'ONG MCAPAZ dont l'objectif était d'assurer le transport des femmes en urgences obstétricales et les enfants malnutris du village vers le CSCom de Simby.

7.9. Mode de gouvernance

7.9.1. Organisation des caisses

A Fassoudébé il existe un comité de huit (08) membres présidé par un président, mais chacune des caisses possède son trésorier, et il n'y a aucune femme dans ce comité.

A Guémou Malinké, les statuts et règlements intérieurs prévoient un bureau de 12 membres, cependant il y a quatre (04) personnes qui font fonctionner le bureau à savoir : le président, le communicateur, le directeur de l'école et l'Accoucheuse Traditionnelle.

7.9.2. Présentation des organes de gestion et leurs rôles

Dans les deux sites il y a deux organes : l'assemblée générale et un comité.

L'assemblée est l'instance suprême de prise de décision et le comité est chargé de gérer la caisse.

Si à Fassoudébé les organes sont fonctionnelles à la satisfaction des acteurs, à Guémou Malinké elles ne le sont pas et la caisse est arrêtée. Cela n'est pas du goût des responsables des caisses.

7.9.3. Mode de prise de décision

A Fassoudébé le bureau peut prendre des décisions mais l'application n'entre en vigueur qu'après l'assemblée générale. C'est une marque de transparence et de la gestion démocratique.

A Guémou malgré que les statuts et règlements disent que les décisions se prennent en AG, la voie du fils du chef de village est prépondérante.

7.9.4. Disponibilité des supports :

A Fassoudébé, toutes les caisses disposent de leur support, certains sont gardés en double copie et par le gérant DV et par le trésorier de la caisse concernée. Cela dénote de la transparence dans la gestion.

A Guémou Malinké, les nouveaux cahiers tenus par le directeur de l'école, avec peu d'informations ne permettent pas d'avoir des informations sur les activités du début de la caisse.

7.9.5. La collaboration avec les différents acteurs de la caisse

A Fassoudébé, il existe une très bonne dynamique sociale centrée autour des relais communautaires, qui en plus de leur tâche de sensibilisation collectent les cotisations pour la caisse, ils interviennent aussi dans la validation des cas d'indigents pris en charge par la caisse. Il existe une caisse d'entraide entre les relais qui les appuient en cas d'événements sociaux.

Le groupe des femmes « Mama de lumière » est également un symbole d'implication des femmes dans les activités de soins.

A Guémou Malinké, en l'absence de mobilisateur communautaire (relai) et avec des membres du bureau en âge avancé le fonctionnement de la caisse est difficile. L'absence de dynamique sociale et de relation d'entraide entre les membres sont des menaces à la pérennité de la caisse de ce village.

7.9.6. L'implication des chefs de villages

Aussi bien Fassoudébé qu'à Guémou Malinké, les chefs de villages interviennent soit dans la mobilisation soit dans la résolution des problèmes liés à la caisse.

7.10. Membership

7.10.1. Critères d'adhésion

Dans les deux sites l'unité d'adhésion est le ménage mais, cela pose des problèmes car dans les deux cas la majorité paye par chef de famille et non par chef de ménage. Des mécanismes de régulation sont instaurés et permettent d'améliorer l'adhésion.

7.10.2. Causes de non adhésion

Dans les 2 sites, les causes de non adhésion sont : la mauvaise définition des ménages, une méfiance au vu des expériences antérieures non réussies, et l'incompréhension liée probablement à l'ignorance, en plus de ces situations, à Guémou Malinké les pannes fréquentes de la moto-ambulance a été beaucoup évoquées par les interviewés.

7.10.3. Les difficultés rencontrées dans la gestion des adhérents

La grande difficulté dans les 2 sites est le non paiement des cotisations, mais à Fassoudébé la sanction prévue pour ce faire, a amélioré cette situation. A Guémou Malinké la caisse est arrêtée.

7.11. Les prestations couvertes par la caisse :

A Fassoudébé la caisse fournis trois types de prestation dont deux de même nature mais pour des cibles différentes : le transport des urgences obstétricales et celui des enfants malnutris évacués vers les URENI, la 2^{ème} prestation est la prise en charge des frais d'ordonnances des indigents.

A Guémou Malinké la caisse assure aussi le transport des urgences obstétricales et des enfants de moins de cinq (05) ans mais pourrait apporter un appui social en cas d'évènement inattendu.

7.12. Modalité de gestion

7.12.1. Provenance des ressources financières de la caisse

La cotisation est la ressource financière de base des deux sites, cependant, les caisses de Fassoudébé bénéficient d'un appui financier important de la part de leurs ressortissants à l'extérieur, chose qui n'a pas été signalé à Guémou Malinké.

7.12.2. Défis dans la gestion de la caisse

Toutes les deux caisses connaissent le défi de non paiement des cotisations, cependant le mécanisme d'autorégulation de Fassoudébé a augmenté le nombre d'adhérent à jour.

A Guémou le mécanisme existe mais n'a pas empêché l'arrêt des cotisations.

7.12.3. Montant des cotisations

A Fassoudébé on a opté pour le paiement en une tranche unique des 1100 F CFA annuels pendant un délai fixé et adopté chaque année en Assemblée générale, alors qu'à Guémou les 50 F CFA/famille est payable par mois.

7.12.4. Formations dans le cadre de la caisse

A Fassoudébé, l'initiative des caisses venant de la communauté, un accompagnement en termes de formation de capacité n'a pas été fait, contrairement à Guémou Malinké où le projet qui a initié les caisses avait planifié et réalisé des formations pour les acteurs de la caisse.

7.13. Ancrage

Les acteurs des caisses sont satisfaites, et acceptent les services de la caisse, cependant à Fassoudébé pour la pérennité, ils recommandent d'abord de compter sur soi-même, c'est à dire la cotisation des adhérents comme la première ressources financière de la caisse, ensuite de faire bénéficier des services de la caisse à ceux qui sont en règle (à jour de leur cotisation) en toute transparence et de continuer à sensibiliser.

A Guémou Malinké avec les 50 F CFA/mois /chef de famille, on pense qu'il faut rendre les cotisations abordables. La caisse est arrêtée après une année de fonctionnement et le départ de l'ONG.

7.13.1. Menaces à la durabilité de la caisse

La menace pour la caisse est que la caisse soit financée par un partenaire ou les ressortissants, la mauvaise gestion, le non paiement des cotisations entraînent aussi l'arrêt de la caisse, le cas de Guémou Malinké.

7.13.2. Les recommandations pour une meilleure durabilité des caisses

Pour une meilleure durabilité de la caisse, à Fassoudébé on recommande de compter sur les cotisations des adhérents de la caisse, la transparence dans la gestion, et l'accès facile des

adhérents à jour de leur cotisation. A Guémou Malinké on pense qu'il faut payer régulièrement les cotisations.

7.14. Retombées

La caisse à Fassoudébé a amélioré l'accessibilité financière et géographique des populations aux soins de santé. Elle a aussi renforcé les liens d'entraide et de solidarité. Aussi bien les riches que les pauvres, tout le monde a accès aux soins du CSCom grâce à la caisse.

A Guémou Malinké il y a une amélioration du confort des femmes pendant le transport par la moto ambulance, une réduction du temps de transport.

VIII. Discussions

8.1. Limite de l'étude :

Notre étude s'est heurtée à certaines difficultés.

La première a été le temps limité pour la rédaction du mémoire. Pour cela nous n'avons retenu que deux sites sur les 12 visités. Ce facteur ne nous a pas permis de faire une transcription, suivie d'une analyse de contenu.

Tous les participants étaient choisis de façon raisonnée, ce qui ne permet pas une généralisation de nos résultats (biais de sélection).

Certains informateurs ne se souvenaient plus des informations, celles qui datent de plus de 5 ans, depuis 2011 (biais de mémoire).

L'annonce de l'appui du projet Medik en moto ambulance fait que les réponses des interviewés étaient orientés vers l'obtention de cette aide à Guémou Malinké (biais d'espoir).

Les outils étaient en Français alors que la plus part de nos interviews se sont déroulés en Bambara. L'idéale était de les traduire en Bambara.

8.2. Contexte de création des CVSS:

Les deux CVSS de Fassoudébé et de Guémou Malinké ont été créées pour faire face des difficultés d'accès financier et géographique aux services de santé maternelle surtout les urgences obstétricales, Julie Fournier en 2011 avait trouvé qu'à Bafoulabé et Kita les mêmes raisons étaient à l'origine des CVSS de Dramétou, Ségala dans le cercle de Bafoulabé et Flabougou Bangassi dans le cercle de Kita [19].

Les CVSS de Dramétou et de Ségala, ont été implantés à l'initiative d'un partenaire à travers une ONG. Elles se sont arrêtées de fonctionner à la fin du financement et au départ de l'ONG [19].

Dans notre étude, la caisse de Guémou Malinké créée en 2011 par une ONG semble renforcée cette hypothèse. En effet elle s'est aussi arrêtée une année après le départ de l'ONG.

Nos résultats montrent que la CVSS de Fassoudébé est une initiative de la communauté locale, créée en 2011, elle a toujours assurée ses prestations sans interruption jusqu'à nos jours.

Ainsi ce cas de Fassoudébé semble prouver que si l'initiative est communautaire, un certain degré de pérennité est assuré.

Les groupements d'entraide comme les CVSS améliorent l'accès aux services de santé maternelle. Cette amélioration de l'accès aux soins par les CVSS a été confirmé par

Lynne Miller Franco et collaborateurs au Mali en 2008, ils ont montré qu'une femme membre d'une organisation de mutuelle de santé avait deux fois plus de chance de faire quatre visites ou plus de consultation prénatale, comparée à une femme non membre [22]. En Inde, **Somen Saha** et collaborateurs ont montré que la présence d'un groupe d'entraide en zone rurale est associée à une amélioration du comportement sanitaire de la population [21].

8.3. Organisation de la caisse :

Les deux caisses sont structurées avec une instance suprême qui est l'assemblée générale et un bureau qui gère les activités. Cependant elles diffèrent par l'existence des statuts et règlement intérieur propre à la caisse à Guémou Malinké, et l'utilisation des statuts et règlements de l'ASACO par la caisse de Fassoudébé. A Dramétou et Ségala, Julie avait trouvé que les mêmes structurations existent [19], ces dernières avaient même une reconnaissance juridique qui est le récépissé délivré par l'administration locale.

8.4. Prestations

Nos résultats ont prouvé que les deux (2) caisses assuraient le transport des urgences obstétricales et des enfants de moins de 5 ans malnutris du village vers les CSCom. Les mêmes prestations étaient retrouvées dans l'étude de **Julie** en 2011 à Dramétou et Ségala [19].

Les moyens utilisés par nos sites pour ce transport étaient la moto ambulance, les personnes interrogées trouvent que ce moyen est confortable, réduit le temps de transport et est moins cher comparée aux autres moyens, Dramétou et Ségala ne possédaient de moto ambulance [19].

L'importance de la moto ambulance pour le transport des urgences obstétricales est retrouvée dans plusieurs études, l'UNICEF l'a démontré au Soudan du sud en 2013, cela est témoigné par les propos de cette femme bénéficiaire confirme « *L'ambulance de la motocyclette a sauvé ma vie* », elle poursuivit-elle, « *je ne serais pas maintenant ici si je n'avais pas été transporté à l'hôpital par l'ambulance de la motocyclette* » [25]. En 2008 au Malawi, **Jan J. Hofman** et collaborateurs ont montré que le délai de transport par la moto ambulance était réduit de 2 à 4,5 heures [26]. En 2016 en Ouganda, **Rogers Ssebunya** et collaborateurs ont montré que l'utilisation de la moto ambulance était associée à un âge maternel avancé (supérieur à 35 ans) et à la consultation par l'accoucheuse traditionnelle [24].

8.5. Membership

Dans notre étude l'unité d'adhésion pour les deux (2) sites est le ménage, cependant quand il s'agit de payer c'est le chef de tous ceux qui mangent qui paye et non chaque homme et sa femme. Aucun support ne nous a permis d'identifier le nombre de bénéficiaires des caisses. En Afrique de l'Ouest **Maria-Pia** et collaborateurs ont confirmé cette difficulté d'identification du nombre réel de bénéficiaires des micro assurances [18].

Il existe un frais d'adhésion à Guémou Malinké qui n'existe pas à Fassoudébé. Dans l'étude de Julie à Ségala et Dramétou l'unité d'adhésion est le membre de famille et c'est le chef de famille qui paye pour ses membres [19].

Les défis rencontrés sont la non adhésion de certaines communautés et le non paiement des cotisations. Les raisons évoqués pour la plus part sont : le manque de confiance aux gestionnaires, les conflits, les mauvaises expériences passées.

Le faible taux d'adhésion aux initiatives de micro assurances locales est retrouvé dans l'étude de Maria-Pia en Afrique de l'Ouest [18].

IX. Conclusion

Nos résultats montrent que les caisses sont organisées en bureau et assurent le transport des femmes en difficultés d'accouchement ou les enfants de moins de 5 ans vers les structures de prise en charge. Ces caisses contribuent ainsi à améliorer la santé des mères et des enfants.

Selon l'initiative de création nous avons identifié deux types de caisses, celle initiée par les communautés elles-mêmes et celle à l'initiative d'un partenaire extérieur.

Dans notre étude Fassoudébé répond au type endogène, depuis sa création en 2011 à nos jours, elle mène ses prestations (au nombre de trois : transports des urgences obstétricales, appui à l'évacuation des enfants malnutris vers les URENI, et la prise en charge des frais d'ordonnance des indigents) de façon régulière et la caisse contient de l'argent. Ce fait pourrait être lié à la forte dynamique sociale qui règne dans cette aire de santé ainsi qu'à l'engagement des acteurs communautaires et surtout du DTC actuel.

Quant à la caisse de Guémou Malinké, dont l'initiative vient d'une ONG, elle n'a fonctionné que pendant la période du projet. À la date d'aujourd'hui les activités sont arrêtées et la caisse ne fonctionne plus. D'où la question essentielle qu'on peut se poser, faut-il que le financement des activités communautaires comme les CVSS soit lié uniquement à un partenaire ?

La réponse à cette question pourrait se trouver dans une étude sur un nombre élevé de caisse. Notre étude dont le nombre de CVSS est limité ne permet pas de tirer une conclusion qui puisse être généralisée. Cependant on pourrait formuler certaines recommandations pour la mise en échelle et la pérennité des CVSS.

X. Recommandations

En vue de la pérennité et d'une mise en échelle des CVSS nous formulons les recommandations suivantes à l'endroit de :

Ministère du Développement Social et de l'Action Humanitaire:

- Accompagner la mise en place des CVSS en tant que complément du système de solidarité au niveau rural ;

DRDSES

- appuyer le SLDSES en affectant du personnel supplémentaire pour la supervision des activités des CVSS ;

- coordonner les activités de mise en place des CVSS ;

- restituer les résultats sur les CVSS au niveau national.

DRS

- appuyer la DRDSES sur les questions relatives à la qualité des prestations de soins et des services.

Projet Medik :

Au-delà des aspects normatifs de la mise en place des caisses, à savoir le respect des étapes de sensibilisation, d'information et formation pour la mise en place des CVSS, nous recommandons au projet Medik de :

- faire une analyse des causes réelles de la réussite à Fassoudébé et de l'échec à Guémou Malinké ;

- intervenir en fonction des réalités de chaque communauté ;

- soutenir une approche communautaire centrée sur les résultats ;

- adopter une méthodologie flexible qui prendra en compte les réalités socio-économique ;

- financer un suivi régulier des CVSS ;

- appuyer la réparation des motos ambulances.

- restituer les résultats aux autorités communales, régionales et nationales

ECD/SLDSES

- Assurer un suivi régulier des CVSS.

Aux ASACO

- Créer un partenariat dynamique avec les CVSS
- Redynamiser les relais communautaire de Guémou Malinké

Personnel du CSCCom

- Assurer un suivi régulier des CVSS.

Aux responsables des caisses

- Faire des comptes rendus aux adhérents pour renforcer la confiance en mettant en place un mécanisme de redevabilité
- Compter en premier lieu sur les cotisations des adhérents pour financer la CVSS
- S'approprier des CVSS ;
- Sensibiliser la population pour une meilleure adhésion ;
- Respecter les règles de fonctionnement CVSS ;
- Etablir un partenariat avec le CSCCom à travers l'ASACO à Guémou Malinké.
- Impliquer plus de femmes dans les bureaux des CVSS

Aux chefs de ménage :

- Adhérer aux caisses
- Payer régulièrement les cotisations et par chef de ménage et non par chef de famille.

XI. Références

1. **Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'É Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014.** Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, et al. Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V). 2013.
2. **FENASCOM.** Manuel de référence pour la création d'une Caisse Villageoise de Solidarité Santé (CVSS) JUIN 2009. FENASCOM; 2009.
3. **Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées.** Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali. Bamako: Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées; 2011 oct p. 55.
4. **OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale, Nations Unis.** Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies Résumé d'orientation. OMS; 2015.
5. **Ouédraogo C, Bouvier-Colle M-H.** Santé maternelle en Afrique francophone - Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest: comment, combien et pourquoi? /data/revues/03682315/00310001/80/ [Internet]. 3 sept 2008 [cité 30 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/114376>
6. **Nations-Unies; Assemblée Générale.** Projet de document final du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015. New York: Nations Unies; 2015 sept p. 41. Report No.: A/69/L.85.
7. **SLIS, Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique.** Annuaire statistique SLIS 2015. 2016.
8. **SCHOEMAKER-MARCOTTE C, Line GAUVIN, président-rapporteur, Pierre FOURNIER, directeur de recherche, Carl-Ardy DUBOIS, membre du jury.** La qualité des soins obstétricaux en milieu rural malien: Une étude exploratoire. Montréal: Université de Montréal; 2013 p. 105.
9. **OMS.** LA STRATEGIE MONDIALE POUR LA SANTE DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT NOTE D'INFORMATION [Internet]. 2015 [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: http://everywomaneverychild.org/images/Global_Strategy_EB_briefing_for_member_states_30Jan_FINAL_fr.pdf
10. **Primature Secrétariat général du gouvernement République du Mali.** Décret n° 05 – 350 / P-RM. 2005.

11. **Dogba M, Fournier P, Dumont A, Zunzunegui M-V, Tourigny C, Berthe-Cisse S.** Mother and newborn survival according to point of entry and type of human resources in a maternal referral system in Kayes (Mali). *Reprod Health*. 10 mai 2011;8:13.
12. **Pierre Fournier, Alexandre Dumont, Caroline Tourigny, Geoffrey Dunkley & Sékou Dramé.** Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. :9.
13. **Arsenault C, Fournier P, Philibert A, Sissoko K, Coulibaly A, Tourigny C, et al.** Emergency obstetric care in Mali: catastrophic spending and its impoverishing effects on households. *Bull World Health Organ*. 1 mars 2013;91(3):207-16.
14. **Malik K, Eva Jespersen, al.** Rapport sur le développement humain 2014 [Internet]. 1 UN Plaza, New York, NY 10017, USA: Programme des Nations Unies pour le développement; 2014 p. 259. Disponible sur: <http://hdr.undp.org>
15. **Labonté R, Sanders D, Packer C, Schaay N.** Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international project. *Glob Health Action* [Internet]. 21 août 2014 [cité 26 déc 2016];7. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141965/>
16. **USAID/PHR, BIT/ACOPAM, ANMC, WSM.** Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Mali [Internet]. 1997 [cité 4 janv 2017]. Disponible sur: <http://multicountryphnetwork.org/MutuellesEtudesMali.pdf>
17. **Mamadou Kani KONATE, Bakary KANTÉ, Dr Fatoumata DJÈNÈPO.** POLITIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET VIABILITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE DES CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES AU MALI ÉTUDE DE CAS EN MILIEU URBAIN ET RURAL. 2003.
18. **Maria-Pia Waelkens et Bart Criel.** Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub- Saharienne; État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche. 2004.
19. **Julie Fournier, Aliou Coulibaly, Caroline Tourigny, Soumaïla Diakité, Pierre Fournier.** Une analyse de l'implantation des Caisses villageoises de solidarité-santé dans la région de Kayes, au Mali. 2013.
20. **Centre de Santé de Référence de Nioro.** Rapport de supervision des activités de l'ONG MCAPZ. Nioro: MCAPZ; 2013 janv p. 29.
21. **Saha S, Kermode M, Annear PL.** Effect of combining a health program with a microfinance-based self-help group on health behaviors and outcomes. *Public Health*. nov 2015;129(11):1510-8.

22. **Franco LM, Diop FP, Burgert CR, Kelley AG, Makinen M, Simpura CHT.** Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bull World Health Organ.* nov 2008;86(11):830-8.
23. **Saha S, Annear PL, Pathak S.** The effect of Self-Help Groups on access to maternal health services: evidence from rural India. *Int J Equity Health.* 28 mai 2013;12:36.
24. **Ssebunya R, Matovu JKB.** Factors associated with utilization of motorcycle ambulances by pregnant women in rural eastern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 3 mars 2016 [cité 8 févr 2017];16. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4778302/>
25. **UNICEF, United Kingdom.** Motorcycle Ambulances for Pregnant Women in South Sudan; Final report prepared for the Guernsey Overseas Aid Commission [Internet]. 2013 [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.gov.gg/CHttpHandler.ashx?id=82788&p=0>
26. **Hofman JJ, Dzimadzi C, Lungu K, Ratsma EY, Hussein J.** Motorcycle ambulances for referral of obstetric emergencies in rural Malawi: do they reduce delay and what do they cost? *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* août 2008;102(2):191-7.
27. **BIT.** Micro-assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 2002 Mutualité, assurance-maladie, Afrique francophone. 02.03.2 ISBN 92-2-212852-4. 2002.
28. **Fédération Nationale des Associations de santé communautaire du Mali** RAPPORT DE L'ETUDE SUR LA CAPITALISATION DES EXPERIENCES REUSSIES EN MATIERE DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTE : CAS DES CAISSES DE SOLIDARITE DU SYSTEME DE REFERENCE EVACUATION. Bamako: FENASCOM; 2006 mars.
29. **SERVICE LOCAL DU DEVELOPPEMENT, SOCIALET DE L'ECONOMIE SOLIDAIRE.** RAPPORT DE SUPPERVISION TRIMESTRIELLE DES CAISSES VILLAGEOISES DE SOLIDARITE SANTE (CVSS) DU DISTRICT. SERVICE LOCAL DU DEVELOPPEMENT SOCIALET DE L'ECONOMIE SOLIDAIRE.; 2015 Décembre.
30. **Ministère de l'Action humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées.** Étude de la faisabilité de l'établissement de passerelles entre l'AMO, le RAMED et l'Assurance mutualiste d'une part et les autres dispositifs de couverture sanitaire instaurés par l'État. [Internet]. Ministère de l'Action humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées; 2012 nov [cité 26 déc 2016]. Disponible sur: http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/10/2012_12_13_MoSW_Mali-Rapport_passerelles_AMO_RAMED_Mutualite_autres_dispositifs_final.pdf

31. **CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE SECTEUR SANTE, DEVELOPPEMENT SOCIAL ET PROMOTION DE LA FAMILLE. PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE 2014-2018 (PRODESS III)** [Internet]. CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE SECTEUR SANTE, DEVELOPPEMENT SOCIAL ET PROMOTION DE LA FAMILLE; 2014. Disponible sur: www.sante.gov.ml

32. **OMS.** Rapport sur la santé dans le monde 2013: La recherche pour la couverture sanitaire universelle Rapport [Internet]. 2013 [cité 2 nov 2016] p. 168. Report No.: (classification NLM: W 84.6). Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85764/1/9789240691193_fre.pdf?ua=1

33. **Fournier P.** Mapping of initiatives to increase membership in mutual health organizations in Benin. *Int J Equity Health.* 5 déc 2012;11:74.

34. **Dr Oumar OUATTARA.** LES MUTUELLES DE SANTE AU MALI CREATION, ORGANISATION, FONCTIONNEMENT [Internet]. 2000 [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/3139730-Les-mutuelles-de-sante-au-mali-creation-organisation-fonctionnement.html>

35. **DNS-MALI.** GUIDE POUR LA MISE EN OEUVRE DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE. 2005.

36. **MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE L'ACTION HUMANITAIRE ET DE LA RECONSTRUCTION DU NORD REPUBLIQUE DU MALI.** POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE. 2015.

37. **CSRéf Diéma.** Monographie du district sanitaire de Diéma. SLIS; 2016.

38. **CSRéf Nioro.** Monographie district sanitaire de Nioro. 2016.

ANNEXES

Guide d'entretien sur les CVSS adressé aux Responsable des caisses (président et trésorier)

I- GENERALITES

- a) Qu'est-ce qui vous a amené à créer une CVSS dans votre village ?
 - Besoins prioritaires de santé à l'époque en santé locale
 - Quels étaient vos Objectifs?
- b) Par quel processus votre CVSS a été créée ?
 - L'initiative est-elle venue de vous ou des partenaires ? Expliquez
 - Quelles ont été les différentes étapes
- c) Quelles sont les personnes/partenaires ayant été impliquées dans la mise en place de votre CVSS ?

II- GOUVERNANCE

- a- Pouvez-vous m'expliquer l'organisation de votre CVSS?
 - Vérifier l'existence de statuts et règlement et leur appropriation par le bureau
- b- Quels sont les différents organes dirigeants de la CVSS ?
 - Quel est le rôle de ces organes (chacun) ?
 - De quelle manière ces organes sont mis en place? Quelle est la représentativité des femmes au sein de ces organes ?
- c- Comment les décisions sont-elles prises au sein de la CVSS?
 - Qui sont les membres qui ont le plus d'influence et pourquoi, d'après vous ?
- d- Disposez-vous de supports de gestion ? Lesquels ? (rapports périodiques, gestion financière, registres des adhésions,...). Qui tient et comment sont tenus ces supports ?
- e- Disposez-vous d'un plan d'action? Comment a-t- il été préparé ? Qui d'autre était impliqué ? Qu'avez-vous pensé de la manière de procéder ?
- f- Qui vous aide à gérer votre CVSS ? Et Comment ?
- g- Comment vous trouvez le fonctionnement de votre CVSS? est-ce qu'il correspond à vos attentes ? Souhaiterez-vous changer quelque chose dans le fonctionnement ?
- h- Comment la CVSS collabore-t-elle avec les acteurs de la communauté ? (ASACO, le personnel de santé, mairies, le SLDSS, le médecin chef) En quoi consiste cette collaboration ? Quel rôle jouent-ils par rapport à votre CVSS ?

i- Quelle est l'implication du chef de village ou des leaders religieux dans votre CVSS ?

III- MEMBERSHIP

a) Qui peut adhérer à votre CVSS? Quels sont les **critères** d'adhésion?

b) D'après vous, est ce que toutes les communautés (ménages, familles, villages) adhèrent à la CVSS ?

- Si non, quelles sont les couches qui n'adhèrent pas et pourquoi ?

c) Est-ce que votre CVSS enregistre de nouvelles adhésions ou des démissions? Pourquoi ?

d) Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez en tant que responsable par rapport à la gestion de la CVSS ? Pour faire adhérer le plus de populations ?

e) Par quel processus êtes-vous devenue responsable de la CVSS

Sonde : quelles étaient/sont vos motivations?

IV- PRESTATIONS

a) Quelles sont les prestations offertes par la CVSS ? Et comment sont-elles offertes ?

b) Pourquoi avez-vous choisi ces prestations ? Et comment s'est fait ce choix ?

c) Pouvez-vous nous dire comment les adhérents bénéficient-ils des prestations de votre CVSS ?

d) Quels sont les plafonds pour la prise en charge de chaque prestation ? Et comment se fait la prise en charge du reste à couvrir selon vous ?

e) Y a-t-il eut des changements dans les prestations offertes depuis la création de la CVSS ?
Si oui, Lesquels ?

f) Les non-adhérents (indigents, autres) peuvent-ils bénéficier des prestations de la CVSS ?
Si oui sous quelles conditions ?

g) Est-ce que certaines prestations sont plus sollicitées que d'autres ? Si oui lesquelles et pourquoi ?

h) Les prestations couvertes par la CVSS correspondent elles vraiment aux besoins des populations ? Selon vous, quels autres besoins pertinents ne sont pas couverts par la CVSS? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre en charge ces besoins non couverts par la CVSS ?

V- MODALITES DE GESTION

- a- D'où proviennent les ressources financières de la CVSS ?
- b- Quels sont les défis que vous rencontrez dans la gestion de votre CVSS ?
- c- Comment sont faites les mises à jour les listes des membres et la situation des cotisations ?
- d- Comment vous travaillez avec les adhérents ? Avec le personnel de santé ? Avec l'ASACO ?
- e- Quel est le montant des cotisations et les mécanismes de recouvrement? Quel est le rythme de payement (périodicité) ?
- f- Le tarif des cotisations sont-elles abordables pour les familles ?
Si oui, pourquoi ? Si non, combien vous proposez ?
- g- Les recettes des cotisations parviennent-elles à couvrir les dépenses de la caisse ? si non, comment gérez- vous le déficit ?
- h- Avez-vous reçu des formations par rapport à la CVSS ? ? Si oui, de quelles formations il s'agissait ? Avez-vous des besoins de formation ? Lesquels ?

VI- ANCRAGE

Supposons que vous deviez à votre tour conseiller des villageois voulant créer une CVSS.

- a) Quelles conditions vous leur recommanderiez de réunir d'abord ?
- b) Qu'est-ce qu'il faudrait absolument éviter pour ne pas retarder ou rendre plus difficile le démarrage ou le fonctionnement de cette CVSS?
- c) Selon vous, qu'est ce qui aiderait dans le futur, votre CVSS à bien fonctionner dans la durée ?
- d) Comment appréciez-vous le bilan de votre CVSS, de sa création à aujourd'hui ?
- e) Est-ce que vous pensez que les prestations sont bien acceptées par les communautés ? Par exemple la moto-ambulance ?
- f) Est-ce que les communautés sont plutôt satisfaites de ce que la CVSS fait ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mieux faire ? Par exemple ?
- g) Ressentez-vous des réticences par rapport à la CVSS (de la part des communautés, des partenaires) ? Si oui lesquelles ?
- h) Quelles sont selon vous les menaces à la durabilité des CVSS ?

VII- RETOMBEES

- a- Selon vous, est-ce que vous pensez qu'en général les CVSS ont apporté quelque chose à la communauté ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- b- Est-ce que les choses ont changé pour les femmes du village depuis que la CVSS est là ? Qu'est ce qui a changé ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?
- c- La création des CVSS a-t-elle permis d'améliorer le processus de prise de décision pour le recours des femmes aux soins de santé ?
- d- La création des CVSS a-t-elle permis une plus grande participation des femmes au processus de prise de décision pour leur recours aux soins de santé ?
- e- Comment ces changements sont-ils perçus par la communauté, les décideurs et par les époux des femmes ?
- f- Est-ce que vous pensez que les femmes s'impliquent davantage maintenant dans la CVSS ? Si non qu'est ce qui les empêche ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?

Guide d'entretien sur les CVSS adressé aux partenaires (DTC/SLS /Médecin chef/ASACO /AT)

I-GENERALITES

- a) Qu'est-ce qui, selon vous a motivé à la création des CVSS ?
 - Besoins prioritaires de santé à l'époque
 - Quels en étaient les Objectifs?
- b) Par quel processus le CVSS a-t-elle été créée ?
 - L'initiative est venue de qui? Expliquez
 - Quelles ont été les différentes étapes ?
- c) Quelles sont les personnes/partenaires ayant été impliquées dans la mise en place de la CVSS ?

II- GOUVERNANCE

- a) Pouvez-vous expliquer comment est organisé la ou les CVSS de votre circonscription?
 - Vérifier l'existence de statuts et règlement et leur appropriation par le bureau
- b) Quels sont les différents organes dirigeants la ou les CVSS de votre circonscription ?
 - De quelle manière ces organes sont mis en place? Quelle est la représentativité des femmes au sein de ces organes ?

- c) Les CVSS disposent-elles de supports de gestion ? Lesquels ? Qui tient et comment sont tenus ces supports ?
- d) Les CVSS disposent-elles d'un plan d'action? Avez-vous été impliqué ? Comment a-t-il été préparé ? Que pensez-vous de la manière de procéder ?
- e) Etes-vous ou avez-vous été impliqué la gestion des CVSS ? Si oui Comment ?
- f) Comment vous trouvez le fonctionnement des CVSS? Quels sont les écarts entre les statuts/règlements et le fonctionnement réel selon vous ?
- g) Comment vous collaborez avec la ou les CVSS de votre circonscription ?
- h) Quelle est selon vous l'influence du chef de village ou des leaders religieux dans la gestion du CVSS ?

III- MEMBERSHIP

- a) Qui peut adhérer au CVSS? Quels sont les **critères** d'adhésion?
- b) D'après vous, est-ce que toutes les communautés (ménages, familles, villages) adhèrent à la CVSS ?
 - Si non, quelles sont les couches qui n'adhèrent pas et pourquoi ?
- c) Est-ce que vous percevez une évolution dans les adhésions au CVSS ? nouvelles adhésions ou démissions? Pourquoi ?
- d) Quelles sont selon vous les principales difficultés rencontrées par la gestion des CVSS? Pour faire adhérer le plus de populations par exemple ?

IV- PRESTATIONS

- a) Quelles sont selon vous les prestations offertes par la CVSS ? Et comment sont-elles offertes ?
- i) Pourquoi selon vous ces prestations ont-elles été choisies? Et comment s'est fait ce choix ?
- j) Pouvez-vous nous dire comment les adhérents bénéficient-ils des prestations de votre CVSS ?
- k) Quels sont les plafonds pour la prise en charge de chaque prestation ? Et comment se fait la prise en charge du reste à couvrir selon vous ?
- l) Y'a-t-il eu des changements dans les prestations offertes depuis la création de la CVSS ? Si oui, Lesquels ?

- m) Les non-adhérents (indigents, autres) peuvent-ils bénéficier des prestations de la CVSS ?
Si oui sous quelles conditions ?
- n) Est-ce que selon vous certaines prestations sont plus sollicitées que d'autres ? Si oui lesquelles et pourquoi ?
- o) Les prestations couvertes par la CVSS correspondent elles vraiment aux besoins des populations ? Selon vous, quels autres besoins pertinents ne sont pas couverts par la CVSS ?

V- MODALITES DE GESTION

- a) D'où proviennent les ressources financières de la CVSS ?
- b) Quels sont selon vous les défis rencontrés dans la gestion de la ou les CVSS de votre circonscription ?
- c) Quel est le montant des cotisations et les mécanismes de recouvrement ? Quel est le rythme de paiement (périodicité) ?
- d) Selon vous, le tarif des cotisations sont-elles abordables pour les familles ?
Si oui, pourquoi ? Si non, que proposez-vous ?
- e) Les recettes des cotisations parviennent-elles à couvrir les dépenses de la caisse ? si non, comment gérer le déficit selon vous ?
- f) Y'a-t-il eu des formations par rapport à la CVSS ? ? Si oui, de quelles formations il s'agissait ? voyez-vous des besoins de formation ? Lesquels ?

VI- ANCRAGE

Supposons que vous deviez à votre tour conseiller des villageois voulant créer une CVSS.

- a) Quelles conditions vous leur recommanderiez de réunir d'abord ?
- b) Qu'est-ce qu'il faudrait absolument éviter pour ne pas retarder ou rendre plus difficile le démarrage ou le fonctionnement de cette CVSS ?
- c) Selon vous, qu'est ce qui aiderait dans le futur, la CVSS à bien fonctionner dans la durée ?
- d) Comment appréciez-vous le bilan de la ou les CVSS de votre circonscription, de sa création à aujourd'hui ?
- e) Est-ce que vous pensez que les prestations sont bien acceptées par les communautés ?
Par exemple la moto-ambulance ?

- f) Est-ce que les communautés sont plutôt satisfaites de ce que la CVSS fait ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mieux faire ? Par exemple ?
- g) Ressentez-vous des réticences par rapport à la CVSS (de la part des communautés, des partenaires) ? Si oui lesquelles ?
- h) Quelles sont selon vous les menaces à la durabilité des CVSS ?

VII- RETOMBEES

- a) Selon vous, en général les CVSS ont-elles apporté quelque chose à la communauté ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- b) Est-ce que les choses ont changé pour les femmes du village depuis que la CVSS est là ? Qu'est-ce qui a changé ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?
- c) La création des CVSS a-t-elle permis d'améliorer le processus de prise de décision pour le recours des femmes aux soins de santé ?
- d) La création des CVSS a-t-elle permis une plus grande participation des femmes au processus de prise de décision pour leur recours aux soins de santé ? Expliquez
- e) Comment selon vous ces changements sont-ils perçus par la communauté, les décideurs et par les époux des femmes ?
- f) Est-ce que vous pensez que les femmes s'impliquent davantage maintenant dans la CVSS ? Si non qu'est-ce qui les empêche ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?

Guide d'entretien sur les CVSS adressé aux bénéficiaires (une femme et un époux)

I-GENERALITES

- a) C'est quoi une CVSS ?
 - Besoins prioritaires de santé couverts à l'époque
 - Quels étaient vos objectifs?
- b) Comment la CVSS a démarré dans votre localité ?
 - L'initiative est venue de qui selon vous ? Expliquez

II- GOUVERNANCE

- a) Comment selon vous est organisé votre CVSS ?
- b) Avez-vous participé à une AG de votre CVSS ? Comment les décisions sont-elles prises au sein de cette AG ?
 - Qui sont les personnes qui ont le plus d'influence et pourquoi, d'après vous ?

- c) Comment vous trouvez le fonctionnement de votre CVSS? est-ce qu'il correspond à vos attentes ? Qu'est-ce que vous suggérez pour son bon fonctionnement ?
- d) Quelle est l'implication du chef de village ou des leaders religieux dans votre CVSS ?

III- MEMBERSHIP

- a) Qui peut adhérer à votre CVSS? Quels sont les critères d'adhésion?
- b) Pourquoi certains selon vous n'adhèrent pas à la CVSS ?
- c) Connaissez-vous des gens qui ont démissionné de la CVSS ? Pourquoi ont-ils démissionné ?
- d) Par quel processus êtes-vous devenue membre de la CVSS ?
Sonde : quelles étaient/sont vos motivations?

IV- PRESTATIONS

- a) Quelles sont les prestations offertes par la CVSS ? Et comment sont-elles offertes ?
- b) Y'a-t-il eut des changements dans les prestations offertes depuis la création de la CVSS ?
Si oui, Lesquels ?
- c) Les prestations couvertes par la CVSS correspondent elles vraiment à vos besoins ? Quels sont vos autres besoins qui ne sont pas couverts par la CVSS?
- d) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour la prise en charge par le CVSS ?
- Retard dans le transport / Qualité du transport/panne/ autres difficultés.

V- MODALITES DE GESTION

- a- D'où proviennent les ressources financières de la CVSS ?
- b- Quelles sont vos relations avec les membres du bureau ?
- c- Le tarif des cotisations vous sont-elles abordables ?
Si oui, pourquoi ? Si non, combien vous proposez ?

VI- ANCRAGE

Supposons que vous deviez à votre tour conseiller des villageois voulant créer une CVSS.

- a) Que faut-il faire selon vous pour que beaucoup de personnes adhèrent aux CVSS ?
- b) Selon vous, qu'est ce qui aiderait dans le futur, votre CVSS à bien fonctionner dans la durée ?

- c) Comment appréciez-vous ce qu'a fait votre CVSS, de sa création à aujourd'hui ?
- d) Est-ce que vous pensez que les prestations sont bien acceptées par les communautés ? Par exemple la moto-ambulance ?
- e) Est-ce que les communautés sont plutôt satisfaites de ce que la CVSS fait ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mieux faire ? Par exemple ?
- f) Ressentez-vous des réticences par rapport à la CVSS (de la part des communautés) ? Si oui lesquelles ?

VII- RETOMBEES

- a- Selon vous, est-ce que vous pensez qu'en général les CVSS ont apporté quelque chose à la communauté ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- b- Est-ce que les choses ont changé pour les femmes du village depuis que la CVSS est là ? Qu'est ce qui a changé ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?
- c- La création des CVSS a-t-elle permis d'améliorer le processus de prise de décision pour le recours des femmes aux soins de santé ?
- d- La création des CVSS a-t-elle permis une plus grande participation des femmes au processus de prise de décision pour leur recours aux soins de santé ?
- e- Comment ces changements sont-ils perçus par la communauté (femmes, époux) ?
- f- Est-ce que vous pensez que les femmes s'impliquent davantage maintenant dans la CVSS ? Si non qu'est ce qui les empêche ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?

Identification des enquêtées

District :

Aire de santé :

Site CVSS :

Nom et prénoms	Sexe	Age	Profession	Statut	Contact

Identification du site CVSS

Rubrique	Option Résultat
Nom du cercle	
Nom de la Commune	
Nom de l'aire de santé Nombre habitants	
Autre centre de santé dans l'aire	
Nom du village CVSS	
Population totale	
Nombre de ménage du village	
Date de création CVSS	
Unité d'adhésion à la caisse	Ménage ou famille ou Village

Tableau sur l'évolution des adhérents

Année/	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre d'adhérents							
Nombre d'adhérent à jour des cotisations							
Nombre bénéficiaire							

Disponibilité des supports

Liste des supports	Disponibilité O/N	Tenue	Observations

Tableau d'évolution des statistiques d'activités : transport

Année/	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre de femmes évacuées							
Nombre de femmes évacuées par moto Ambulance							
Nombre d'enfants malnutris transportés							
Nombre d'enfants malnutris transportés par Moto Ambulance							
Total bénéficiaire							

Coût des prestations payé par la caisse

Services	Coût adhérent	Coût non adhérent	Spécificité de paiement
Adhésion			
Cotisation			
Transport			

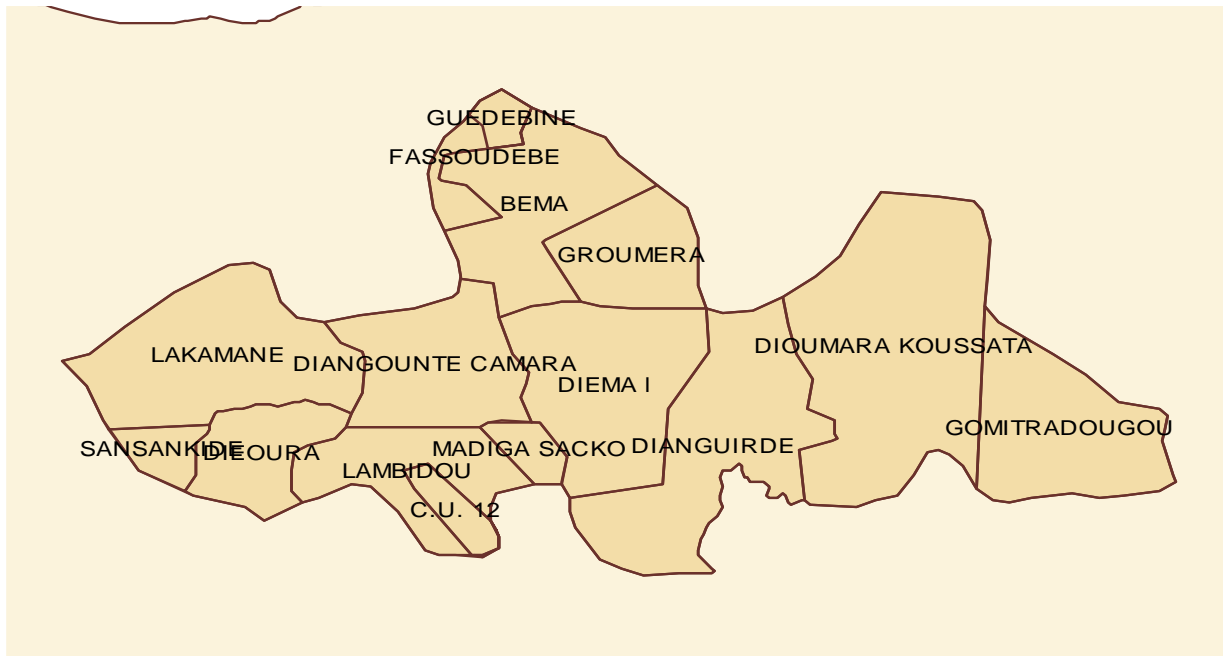
Tenue des réunions du Conseil d'administration :

Trimestre	1	2	3	4
Prévue				
Tenue				
Ténue avec PV				
Nombre de participants				

Tenue des réunions Comité de gestion de la CVSS

Mois	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Prévue												
Tenue												
Tenue avec PV												
Nombre de participants												

Carte sanitaire du district sanitaire de Diéma au 31/12/2015



Carte sanitaire district de Nioro.



N° Identifiant des personnes interviewées dans le district de Diéma

N° Identifiant	Sexe	Age	Fonction	Durée entretien en minute
01	M	38 ans	Partenaire caisse	34,02
02	M	44ans	Partenaire caisse	75,06
03	M	38 ans	Partenaire caisse	46,07
04	M	50ans	Partenaire caisse	19,52
05	M	63ans	Responsable caisse	30, 45
06	M	49ans	Responsable caisse	21, 12
07	M	42 ans	Responsable caisse	22,40
08	F	40	Partenaire caisse	24,30
09	F	30 ans	bénéficiaire	05, 24

N° Identifiant des personnes interviewées district Nioro

N° identifiant	Sexe	Age	Fonction	Durée entretien en minute
01	M	43ans	Partenaire caisse	74,43
02	M	45ans	Partenaire caisse	119
03	M	41ans	Responsable caisse	61
04	M	54ans	Partenaire caisse	48,42
05	M	73ans	Responsable caisse	35,15
06	M	74ans	Partenaire caisse	26,20
07	M	48	Responsable caisse	53
08	F	49ans	Responsable caisse	37,52
09	M	51ans	Bénéficiaire	19,41
10	F	22ans	bénéficiaire caisse	7,11