



HAL
open science

Acceptabilité d'un dispositif de mutuelles de santé innovant au centre du Mali: une recherche en méthodes mixtes

Pauline Boivin, Andrainolo Ravalihasy, Dansiné Diarra, Fodé Sissoko, Seydou Diabaté, Yacouba Diarra, Laurence Touré, Valery Ridde

► To cite this version:

Pauline Boivin, Andrainolo Ravalihasy, Dansiné Diarra, Fodé Sissoko, Seydou Diabaté, et al.. Acceptabilité d'un dispositif de mutuelles de santé innovant au centre du Mali: une recherche en méthodes mixtes. Working Paper du Ceped #57, Centre Population et Développement. 2023, pp.62. hal-04237267

HAL Id: hal-04237267

<https://hal.science/hal-04237267v1>

Submitted on 11 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



Centre Population
et Développement

WORKING **PAPER**

57

Acceptabilité d'un dispositif de mutuelles de santé innovant au centre du Mali : une recherche en méthodes mixtes

*Pauline Boivin, Andrainolo Ravalihasy, Dansiné Diarra, Fodé Sissoko,
Seydou Diabaté, Yacouba Diarra, Laurence Touré, Valéry Ridde*

Octobre **2023**

Contact Corresponding Author

Pauline Boivin (pauline.boivin@hotmail.fr) est diplômée en anthropologie de la santé et psychomotricienne. Elle travaille au sein de l'équipe de recherche de l'association Miseli au Mali, sur des questions liées à la couverture sanitaire universelle et aux politiques publiques de santé. Elle s'intéresse par ailleurs à la santé mentale et la santé maternelle et infantile.

ORCiDs

Pauline Boivin : <https://orcid.org/0000-0002-2952-5666>

Andrainolo Ravalihasy : <https://orcid.org/0000-0003-0880-6319>

Dansiné Diarra : <https://orcid.org/0000-0002-8727-1828>

Laurence Touré : <https://orcid.org/0000-0002-0109-8906>

Valéry Ridde : <https://orcid.org/0000-0001-9299-8266>

Citation recommandée Recommended citation

Boivin P, Ravalihasy A, Diarra D, Sissoko F, Diabaté S, Diarra Y, Touré L, Ridde V, « Acceptabilité d'un dispositif de mutuelles de santé innovant au centre du Mali : une recherche en méthodes mixtes », *Working Paper du Ceped*, n°57, Ceped (UMR 196 Université Paris Cité IRD), Paris, Octobre 2023.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8414157> | <http://www.cephed.org/wp>

Ceped Centre Population et Développement

UMR 196 Université Paris Cité IRD
45 rue des Saints-Pères 75006 PARIS, France
<http://www.cephed.org/> • contact@cephed.org

Les Working Papers du Ceped constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du Ceped ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture. **Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.**

Ceped Working Papers are **working papers** on current research conducted by Ceped-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals. **Copyrights are held by the authors.**

Acceptabilité d'un dispositif de mutuelles de santé innovant au centre du Mali : une recherche en méthodes mixtes

Pauline Boivin^a, Andrainolo Ravalihasy^b, Dansiné Diarra^c, Fodé Sissoko^d, Seydou Diabaté^a, Yacouba Diarra^a, Laurence Touré^a, Valéry Ridde^b

Alors que le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) se met progressivement en place au Mali, les mutuelles de santé, considérées comme l'un des piliers de ce régime, doivent innover pour faire face à ce défi de la couverture sanitaire universelle. Dans le cadre d'un programme expérimental, un dispositif mutualiste a été testé entre 2017 et 2021 dans le centre du Mali. Ce dispositif novateur professionnalise et structure les mutuelles à une plus large échelle qu'auparavant, passant des communes aux cercles. Une étude par méthodes mixtes a été menée dans la région de Mopti pour évaluer l'acceptabilité de ce dispositif auprès des élus des bureaux mutualistes. Ainsi, 118 questionnaires ont été administrés auprès d'élus en avril 2021. Des entretiens qualitatifs ont ensuite été réalisés en octobre 2021 auprès de 43 élus de ce même échantillon. L'approche de Sekhon et ses collègues, qui propose sept dimensions de l'acceptabilité (attitude, fardeau, valeurs, cohérence, coûts d'opportunité, efficacité perçue, efficacité personnelle), a servi de modèle conceptuel pour analyser les données. Le score global obtenu par l'analyse factorielle montre que plus de la moitié des individus (58%) rapportent une acceptabilité supérieure à la moyenne. Les élus se sentent accompagnés efficacement dans leurs activités par l'Union Technique de la Mutualité malienne (UTM), faïtière des mutuelles. Ils montrent une certaine assurance quant à leur capacité à assumer pleinement leurs fonctions, malgré un engagement très variable et souvent en deçà des attentes et des besoins, qu'ils justifient par leur statut bénévole. Les élus constatent une très bonne efficacité du dispositif malgré des conditions non optimales liées à l'insécurité prégnante dans la région. La nouvelle offre mutualiste est jugée très avantageuse pour les populations, au plan du contenu et de l'accès financier et géographique. La professionnalisation apparaît comme une condition incontournable de la performance du dispositif, tout comme le nouveau montage communautaire. Cependant, les élus s'inquiètent de la pérennité de ce dispositif et misent sur une prise de responsabilité de l'État et de ses partenaires. L'UTM aura un rôle important à jouer en poursuivant son accompagnement et en remplissant ses fonctions d'organisme de gestion déléguée dans le cadre du RAMU.

Mots-clés : mutuelles de santé, innovation, acceptabilité, Mali, Régime d'assurance maladie universelle

^a Miseli, Association de recherche en sciences sociales, Bamako, Mali

^b Ceped (Centre Population et Développement, UMR 196, Paris Cité, IRD), IRD, France

^c Université des Sciences Sociales et de Gestion, Bamako, Mali

^d Union Technique de la Mutualité malienne (UTM), Bamako, Mali

SIGLES ET ACRONYMES

AD	Assistant au Développement
AFD	Agence Française de Développement
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ASACO	Association de Santé Communautaire
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CBHI	Community based health insurance
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
MICBA	Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle de Bandiagara
MICMO	Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle de Mopti
OGD	Organisme de Gestion Délégué
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PADSS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire et Social
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
UTM	Union Technique de la Mutualité

INTRODUCTION

Les mutuelles de santé communautaire ou *Community based health insurance* (CBHI), mises en œuvre depuis plus de 30 ans avec le soutien de partenaires internationaux, sont aujourd'hui obligées d'innover, confrontées à de nouveaux enjeux que leurs faibles performances ne peuvent permettre de relever. Tous les acteurs de la santé mondiale et les gouvernements des pays concernés sont en effet aujourd'hui conscients des limites de ces organisations gérées par des bénévoles, pour se diriger vers la couverture universelle en santé (1–3). Si ces mutuelles arrivent à protéger leurs rares adhérents (4), leur taux de couverture populationnelle est si faible qu'il impose la recherche de nouvelles solutions (5). Même les mouvements mutualistes, internationaux et africains, réclament de tels changements. Ainsi, la Plateforme de Lomé propose de s'orienter vers une adhésion obligatoire mais aussi vers la professionnalisation du personnel des mutuelles (6). L'histoire de la mutualité en Europe et du développement des CBHI en Asie montrent d'ailleurs combien il est indispensable de disposer de personnel compétent et formé pour garantir

l'efficacité de la prise en charge (1,7). Les recherches montrent aussi les limites des CBHI organisées à une échelle trop petite, l'échelle villageoise ou communale par exemple, comme c'est le cas de la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest. Il y a plus de vingt ans, Bart Criel avait expliqué l'intérêt d'un partage des risques à plus grande échelle, en proposant celle d'un district de santé (8). Son appel n'a jamais vraiment été écouté/entendu dans la région. À notre connaissance, en dehors du Mali, seul le Sénégal en Afrique de l'Ouest francophone tente l'expérience, depuis 2014, de mutuelles de santé à l'échelle départementale et organisées par des professionnels. Si ces unités départementales d'assurance maladie (UDAM) sont aujourd'hui un succès, elles ne sont pas mises en place sans défis ni résistances au changement (9), tant de la part du gouvernement, focalisé sur sa politique nationale de mutuelles communales que des organisations internationales (10) et des membres des instances mutualistes. Le passage à une mutuelle gérée par des professionnels et organisée à une échelle départementale implique en effet la dissolution de chaque mutuelle de commune donc des instances de gouvernance souvent formées par des notables locaux (11).

Le Mali a testé un dispositif mutualiste innovant très semblable au modèle UDAM, dans le cadre d'un programme expérimental dans deux cercles de la région de Mopti. C'est ce dispositif innovant qui fait l'objet de la présente analyse (Encadré 1). Cette recherche a été menée dans le cadre du programme UNISSAHEL, qui portait sur les politiques d'accès à la couverture sanitaire universelle dans trois pays d'Afrique de l'Ouest (Mali, Sénégal, Tchad).

Dans cet article, l'innovation est ici définie au sens classique de Rogers soit « une idée, une pratique ou un objet qui est perçu comme nouveau par un individu ou une autre unité d'adoption¹ » (13). À la suite des travaux de Rogers notamment (13), la recherche sur les innovations en santé confirme en effet le rôle central des acteurs sociaux dans leur adoption (14). Les études montrent aussi combien ces personnes, leur acceptation des innovations et le contexte social, jouent un rôle central dans la possibilité de faire évoluer ces innovations à plus grande échelle (15,16).

¹Notre traduction, ici et ailleurs.

Encadré 1. Innovations de la mutualité dans deux cercles du Mali

Au Mali, le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) a été promulgué en 2018. Sous l'égide d'un organisme unique, la caisse nationale d'assurance maladie (CANAM), il tente de fédérer trois régimes existants pour couvrir la population malienne avec davantage d'efficacité et d'équité : 1) l'assurance maladie obligatoire (AMO), destinée à couvrir les fonctionnaires et salariés et leurs ayants droit, 2) le régime d'assistance médicale (RAMED), pour les personnes indigentes, 3) les mutuelles de santé pour le secteur agricole et informel à l'échelle des communes, soit 78% de la population. Depuis 2010, l'État a décidé de subventionner à 50% le prix de la cotisation (une expérimentation pilote a eu lieu en 2012). Alors que moins de 2% de la population est couverte par ces mutuelles communautaires, il semble nécessaire de réformer encore le dispositif et l'offre mutualiste. De 2017 à 2021, un programme – le programme d'appui au développement sanitaire et social phase 2 (PADSS 2) – teste un dispositif innovant en matière de mutualité dans deux cercles de la région de Mopti (Mopti et Bandiagara). Cette innovation repose sur divers instruments, tels qu'une subvention de 30% supplémentaires pour la cotisation, un paquet de soins plus attractif, la professionnalisation des ressources humaines et matérielles donc des activités, et une structuration à l'échelle d'un cercle (département). L'union technique de la mutualité malienne (UTM) est la faîtière nationale des mutuelles. En tant que plateforme de gestion et grâce à ses capacités techniques et son professionnalisme, elle a été chargée de la mise en place de ce dispositif. Une déconcentration de l'UTM à l'échelle des deux cercles de la région de Mopti a été organisée (12). Avant le projet, seulement sept communes disposaient d'une mutuelle de santé (Mopti, Socoura, Konna, Sio, Bandiagara, Dourou et Sangha); les 36 ont finalement été couvertes par ces deux mutuelles de cercle. Les élus mutualistes (population de cette étude) sont des bénévoles qui ont vu leur rôle et leurs missions restructurer avec ce nouveau dispositif. Désignés par les autorités villageoises et communales, ils doivent maintenant s'associer avec du personnel salarié recruté et rémunéré par l'UTM.

En Afrique de l'Ouest francophone où les décideurs cherchent des solutions pour améliorer la CSU, il est donc essentiel de comprendre l'acceptabilité de ce type d'innovations de la part des personnes qui sont au cœur des mutuelles de santé, soit les élus qui les dirigent. En santé publique, les travaux de Proctor et al. (17), ont permis d'inscrire l'acceptabilité dans la liste des critères d'évaluation des interventions. Ils définissent l'acceptabilité comme « la perception par les acteurs de la mise en œuvre qu'un traitement, un service, une pratique ou une innovation donnés sont agréables, palpables ou satisfaisants » (17). L'étude et l'application du concept d'acceptabilité est en plein essor en santé publique (18), même si les recherches en Afrique restent rares (19,20), au-delà des études dans le domaine des recherches cliniques et des nouvelles

technologies (21,22). Encore plus rares restent les recherches sur l'acceptabilité des innovations en Afrique qui utilisent des cadres conceptuels et des méthodes mixtes afin de profiter de la complémentarité des données quantitatives et qualitatives (23).

Nous avons choisi d'étudier plus particulièrement l'acceptabilité de deux des innovations qui illustrent les tensions entre le RAMU et les principes des mutuelles communautaires : i) la professionnalisation de la mutuelle avec le recrutement d'agents salariés (coordinateur, comptable, médecin conseil, assistants et gestionnaires) et des outils de gestion informatisés, ii) la structuration à l'échelle d'un cercle (département) avec des antennes dans les communes (15 à Mopti et 21 à Bandiagara). Ainsi, l'objectif de cette recherche est d'étudier l'acceptabilité des élus mutualistes à l'égard de ce dispositif innovant qui professionnalise et structure à une échelle de cercle (district) les mutuelles de santé dans la région de Mopti au Mali.

MÉTHODES

Devis

Cette recherche a utilisé un devis en méthodes mixtes de type séquentiel explicatif dans lequel nous avons commencé par collecter des données quantitatives (QUANT) en avril 2021 pour ensuite collecter des données qualitatives (QUAL) en octobre 2021. Les données QUANT et QUAL ont autant d'importance analytique (23).

Cadre conceptuel

Il existe de nombreux cadres conceptuels pour étudier l'acceptabilité d'une innovation sociale ou technique (15,19,24,25). Dans cet article, nous avons choisi l'approche proposée par Sekhon et ses collègues (18) car elle nous semblait la mieux adaptée à notre sujet et la plus pertinente pour une approche en méthode mixte. L'approche a été féconde dans nos travaux précédents en Afrique de l'Ouest (26). Ces auteurs proposent que l'acceptabilité soit comprise à partir de sept dimensions : attitude, fardeau, valeurs, cohérence, coûts d'opportunité, efficacité perçue, efficacité personnelle (18). Au moment de cette enquête, cette innovation mutualiste est en place depuis quatre années. Il s'agit donc d'une étude de l'acceptabilité simultanée voire rétrospective, les réponses des élus étant formulées sur une base expérientielle.

Démarche quantitative

Échantillon

Pour des raisons de sécurité, seules sept communes de ces deux cercles ont été ciblées pour cette étude (Mopti : communes de Mopti, Sio, Socoura ; Bandiagara : communes de Bandiagara, Dourou, Sangha, Soroly). Parmi les 118 élus, 58 étaient originaires du cercle de Mopti et 60 du cercle de Bandiagara.

Population

La population à l'étude concernait tous les élus des sections de mutuelles de ces sept communes, et les élus des conseils d'administration (CA) de cercle, soit un total de 118 personnes.

Les caractéristiques de ces élus sont présentées dans le tableau 1. L'échantillon quantitatif est ainsi composé d'élus dont un tiers de femmes. Un peu moins de la moitié de l'échantillon a 50 ans et plus. Le pourcentage d'élus ayant un niveau secondaire et supérieur est de 35,6%. On note enfin que la grande majorité des élus cumule différentes responsabilités à l'échelle village, commune ou cercle. 42,3% occupent 3 à 5 responsabilités et seulement 5% n'en occupe aucune autre.

Tableau 1. Description de l'échantillon quantitatif

	Effectifs	Proportions (%)
Sexe		
Homme	85	72,0
Femme	33	28,0
Age		
Moins de 40 ans	43	36,5
De 40 à 49 ans	17	14,4
De 50 à 59 ans	31	26,3
60 ans et plus	27	22,8
Niveau instruction		
Aucun niveau d'instruction	5	4,2
Enseignement coranique seulement	6	5,1
Seulement alphabétisé	10	8,5
Fondamentale 1er cycle /2e cycle	51	43,2
Medersa 1er cycle/2nd cycle	4	3,4
Medersa secondaire	2	1,7
Secondaire classique	10	8,5
Secondaire Technique et Professionnel	19	16,1
Supérieur	11	9,3
Délégué villageois officiellement désigné		
Non	6	5,1
Oui	112	94,9
Membres de la section communale		
Non	18	15,3
Oui	100	84,7
Membre du conseil d'Administration de la mutuelle de cercle		
Non	85	72,0
Oui	33	28,0

	Effectifs	Proportions (%)
Membre de l'ancienne mutuelle de la commune		
Non pas de mutuelle dans la commune	66	55,9
Non pas membre de la mutuelle communale	30	25,4
Oui	22	18,7
TOTAL	118	100%
Occupation d'autres fonctions et/ou responsabilités dans le village, la commune		
Non	6	5,1
Oui	112	94,9
Autorité coutumière villageoise		
Non	74	66,1
Oui	38	33,9
Élu communal		
Non	91	81,3
Oui	21	18,8
Responsable d'une organisation professionnelle/coopérative		
Non	35	31,3
Oui	77	68,8
Membre Association de santé communautaire (ASACO)		
Non	70	62,5
Oui	42	37,5
Autres associations, comité scolaire, jumelage		
Non	20	17,9
Oui	92	82,1
Total	112	100%

Certains élus du CA de la mutuelle de cercle sont aussi élus des sections mutualistes de communes autres que les 7 retenues

Outils de collecte de données

Les questions pour explorer l'acceptabilité ont été organisées selon les sept dimensions de Sekhon et ses collègues (18). Toutes les questions ont été formulées sous forme d'items de Likert donnant le choix à 5 réponses possibles notées de 1 à 5 (1.Tout à fait d'accord, 2.D'accord, 3.Ni en désaccord ni en accord, 4.Pas d'accord, 5.Pas du tout d'accord).

La collecte des données quantitatives a été faite avec un système de collecte de données mobiles. Nous avons opté pour une solution ODK basée sur la plateforme KoBoToolbox. Le questionnaire a été créé sur XLSForm ainsi que le déploiement des questionnaires via un serveur. La collecte s'est faite sur l'application KoBoCollect par deux enquêteurs et une personne a été spécialement affectée à la mise en place de la collecte des données mobile. L'insécurité a guidé le choix vers des téléphones plus discrets que des tablettes.

Les assistants de recherche ont travaillé ensemble à la traduction du questionnaire en langue bambara et en dogon.

Analyse des données

Le coefficient α de Cronbach a été utilisé pour étudier la cohérence interne, le coefficient H de Loevinger a été utilisé pour étudier la cohérence inter-item, et une analyse factorielle a été effectuée pour étudier les dimensions de l'acceptabilité mesurées grâce aux items.

Cohérence interne

Le coefficient α de Cronbach est utilisé pour vérifier si les items sont suffisamment homogènes pour mesurer l'acceptabilité au niveau des enquêtés. Une valeur supérieure ou égale à 0.7 est requise pour indiquer une bonne cohérence interne (27).

Cohérence inter-item

Le coefficient H de Loevinger est utilisé pour vérifier dans quelle mesure un item donné est compatible avec l'ensemble des items choisis pour mesurer une dimension. Une valeur supérieure ou égale à 0.3 est requise pour indiquer une bonne cohérence inter-item (28,29). Une valeur inférieure indique que les questions utilisées peuvent être apparentées à plus d'une dimension.

Dimensionnalité

Une analyse factorielle est mobilisée pour identifier les dimensions de l'acceptabilité mesurées par le questionnaire ainsi que les questions associées à ces dimensions. Le *comparative fit index* (CFI) est utilisé pour vérifier la validité de l'analyse factorielle et des dimensions mesurées. Une valeur supérieure à 0.8 est requise pour indiquer une bonne mesure des dimensions (30).

Démarche qualitative

Population

La population à l'étude concernait les élus qui ont répondu au questionnaire quantitatif, soit 118 personnes.

Échantillon

Nous avons procédé par un échantillonnage raisonné. Parmi les 118 élus, n'ont été retenus pour l'étude qualitative que ceux disponibles au moment de l'enquête, accessibles du fait des problèmes d'insécurité et qui avaient montré une certaine implication pour la mutuelle lors de la passation du questionnaire. Une enquête de terrain a été réalisée en octobre 2021 par deux assistants de recherche auprès de 43 élus des deux cercles. Parmi ces 43 élus, 20 font partie du cercle de Mopti et 23 du cercle de Bandiagara. Cet échantillon est composé de 35 hommes et 8 femmes, en majorité de 50 ans et plus. Pour la plupart agriculteurs, cultivateurs, commerçants, ménagères, tous cumulent différentes responsabilités dans leur village ou au niveau commune ou cercle. 9 élus sur 43 sont impliqués à la fois dans la section et dans le CA.

Outils de collecte de données

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en face-à-face avec ces élus et au moyen d'un guide suivant les sept dimensions de l'acceptabilité de Sekhon et ses collègues (18). Les entretiens ont été menés en français ou langue dogon à Dourou. Ils ont tous été enregistrés avec l'accord du participant, traduits en français le cas échéant puis retranscrits. L'ensemble des retranscriptions a été analysé avec le logiciel QDA Miner.

Démarche en méthodes mixtes

Dans le contexte de ce devis de recherche en méthodes mixtes, l'intégration des données a été réalisée durant la phase d'analyse et de rédaction des résultats de la recherche (31). Les analyses factorielles

quantitatives n'ont pas guidé la collecte des données qualitatives qui était basée sur les sept dimensions de l'acceptabilité (18) mais elles ont influencé l'organisation de leur analyse subséquente. Ainsi, nous confrontons et recontextualisons les résultats de l'analyse factorielle quantitative avec les résultats qualitatifs afin de dresser une description fine de l'acceptabilité du dispositif.

Éthique

La recherche a été autorisée par le Comité d'éthique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP – aujourd'hui INSP) à travers la décision n° 34/2018/CE-INRSP du 26 décembre 2018.

RÉSULTATS

Nous avons réalisé une analyse en suivant le cadre conceptuel de l'étude et les résultats de l'analyse quantitative factorielle (32). L'analyse de la cohérence inter-item indique que les questions utilisées dans la mesure de chacune des dimensions de l'acceptabilité peuvent être apparentées à d'autres dimensions ($H < 0,30$) exceptées les questions concernant « l'efficacité personnelle » ($H = 0,37$). L'analyse de la consistance interne montre quant à elle que les questions relatives à « l'efficacité perçue » ($\alpha = 0,74$) sont particulièrement cohérentes pour explorer cette dimension. Les valeurs du critère d'ajustement du modèle d'analyse factorielle (CFI) indiquent que les dimensions de l'acceptabilité ont été bien mesurées, celle concernant l'efficacité perçue (CFI=0,760) étant la plus difficile à évaluer. Le score global obtenu grâce à l'ensemble des questions présente une bonne consistance interne ($\alpha = 0,81$). L'analyse du score (tableau 2) montre que plus de la moitié des individus de l'échantillon (58%) rapportent une acceptabilité supérieure à la moyenne. Elle montre également que les scores obtenus sont globalement élevés (74,2%) sur toutes les questions utilisées. Les dimensions de la « cohérence » et de « l'éthique » sont celles pour lesquelles les individus sont moins en accord.

Tableau 2. Récapitulatif des scores par dimensions et du score global d'acceptabilité dans l'échantillon (118 personnes)

Dimension de l'acceptabilité	[Minimum-Maximum]	Score moyen dans l'échantillon	Score moyen standardisé (en %) dans l'échantillon	% de personnes dont le score est supérieur à la moyenne
Attitude	[16-28]	21.2	63.6	53%
Fardeau	[6-15]	13.0	83.5	55%
Efficacité perçue	[32-59]	48.1	75.2	51%
Efficacité personnelle	[9-25]	21.6	83.0	59%
Cohérence	[21-34]	27.4	72.8	46%
Éthique/Valeurs	[2-10]	6.0	50.3	17%
Coût d'opportunité	[4-10]	9.4	92.9	62%
Score global	[107-161]	146.8	74.2	58%

La suite des résultats retrace chacune des dimensions de l'acceptabilité selon les construits retenus par l'analyse quantitative puis relate la perception de ces construits par les acteurs rencontrés dans la démarche qualitative.

COHÉRENCE : comprendre l'intervention et son fonctionnement

Tableau 3. Questions utilisées pour analyser la compréhension de l'intervention et son fonctionnement

E04	Le nouveau rôle qui m'est attribué en tant qu' élu mutualiste est clair pour moi
D01	Je vois clairement l'intérêt de la mobilisation d'une équipe de salariés pour le fonctionnement quotidien de la mutuelle
D02	Je vois clairement l'intérêt d'avoir une mutuelle de cercle avec des sections communales plutôt que des mutuelles par commune
C04	Le contenu de cette nouvelle proposition mutualiste a été discuté au préalable avec les élus
H15	Les élus manquent d'info sur la gestion de la mutuelle
C07	Je pense que la communication autour des changements en direction des élus par l'UTM a été suffisante
C14	La ou les formations que j'ai reçue/s en tant qu' élu m'ont permis de bien comprendre la nouvelle organisation et les nouvelles règles mutualistes
C8	Je connais le CA de la mutuelle de cercle

Les questions relatives à la cohérence du dispositif sont présentées dans le Tableau 3. Les résultats quantitatifs montrent que les questions posées présentent une bonne cohérence inter-item faible ($H=0,02$) et globale acceptable ($\alpha=0,51$) ainsi qu'une bonne dimensionnalité ($CFI=0,961$). Le score moyen standardisé dans l'échantillon est en faveur d'une bonne compréhension du dispositif dans l'ensemble.

Les élus se déclarent satisfaits de leurs conditions d'information concernant l'implantation des nouvelles mutuelles.

Ils apprécient les modalités d'organisation de la communication, via des réunions organisées dans chaque commune par l'UTM, et auxquelles un très large panel de personnes a été convié. De leur point de vue, la nouvelle proposition mutualiste a été bien discutée au démarrage du programme.

« La procédure de l'actuelle mutuelle est la plus longue et l'ancienne est plus courte. Pour l'ancienne, il n'y a pas eu beaucoup de sensibilisation, on ne sortait pas pour faire la sensibilisation. Mais pour l'actuelle mutuelle, les populations et les autorités ont bien compris, avant que le choix des élus ne soit fait. »

(Homme, président de section)

L'Union Technique de la Mutualité (UTM) est considérée comme l'élément moteur dans l'organisation des assemblées constitutives des mutuelles de cercle et des sections communales. Elle représente un pôle d'information et de formation reconnu pour l'accompagnement au quotidien des élus et le renforcement de leurs capacités, même si certains regrettent que cela a surtout concerné la phase de démarrage du programme. Un tiers des élus déclare aussi que leur principale source d'information reste le bouche-à-oreille ou des sources d'informations secondaires.

Le niveau d'information concernant le programme expérimental PADSS2 est jugé satisfaisant par les élus, ce que leurs réponses confirment.

Les élus pensent que les formations reçues leur permettent de bien maîtriser les contours du programme dans lequel ces innovations mutualistes ont été expérimentées. De fait, une grande majorité d'entre eux en ont une bonne connaissance. Le partenaire extérieur est largement connu pour sa contribution financière, concernant tant la subvention supplémentaire de 30% de la cotisation que le déploiement des mutuelles. L'implication de l'État, via sa subvention de 50% des cotisations et sa désignation de l'UTM, acteur national, chargée d'en assurer la gestion, est bien connue et jugée positivement. Elle signe l'appropriation du

programme par les acteurs nationaux, et distingue ce programme d'un projet, nécessairement conjoncturel, externe, et de courte durée. Elle renforce en outre la crédibilité de cette nouvelle initiative mutualiste comparativement aux mutuelles communales, gérées localement.

« Avant, certains doutaient beaucoup de la mutuelle. Ils disaient que c'est un projet, ce n'est pas une initiative du gouvernement. Ils disaient que c'est pour voler les gens. Dans les villages aussi lorsqu'on sensibilisait les gens, beaucoup de gens nous insultaient dans les rues. Certains nous traitaient de complices des trompeurs, nous voulons prendre l'argent des gens et le bouffer. »

(Femme, secrétaire adjointe à l'organisation de section)

« Je trouve que la manière dont le processus de la mise en place du bureau a été fait, c'est ce qui a fait que la mutuelle a marché. Si cela avait commencé en bas au niveau des villages pour aller au niveau cercle personne n'allait écouter le maire dans ça, mais comme l'information est venue du haut, les gens se sont dit que ça pourrait être une bonne chose pour la population. »

(H, président de section, membre CA)

Par ailleurs, la plupart des élus sont en mesure de citer les différentes innovations proposées.

Le nouveau montant de la cotisation, la portabilité et le contenu du paquet mutualiste sont les innovations spontanément les plus citées, et de manière prioritaire, avant la professionnalisation et le nouveau montage institutionnel. Les élus déclarent voir cependant clairement l'intérêt de la professionnalisation et du changement d'échelle institutionnel.

Les élus sont moins unanimes dans leur capacité à expliquer l'intérêt des changements proposés et leur justification.

De manière générale, les élus ont compris que ce projet visait à ce que chacun puisse accéder à des soins à moindre coût et que chaque mesure allait dans ce sens.

Le principal argument avancé est le souci de faire mieux que le dispositif précédent, jugé assez unanimement peu attractif et performant. La plupart des élus, et plus encore ceux qui en ont fait l'expérience, pensent ainsi que les changements sont justifiés par les résultats insuffisants des anciennes mutuelles.

Le contexte de la protection sociale au Mali et ses nouveaux enjeux dans le cadre du RAMU sont également évoqués mais plus rarement. Ainsi, parmi les explications données par les agents UTM en début de programme, la comparaison avec l'AMO a marqué les esprits des élus. La

plupart d'entre eux connaissent l'AMO comme le système d'assurance maladie pour les fonctionnaires et salariés et voient la mutuelle comme « l'AMO des paysans ».

« Ils ont dit que le bureau qu'on est en train de mettre en place pour la mutuelle, que la mutuelle c'est comme une AMO façon. »

(Femme, secrétaire à l'organisation de section)

« L'idée de l'arrivée de la mutuelle est de permettre aux pauvres d'avoir les soins facilement comme les riches, parce que depuis des années, ce sont les gens de services, à savoir les fonctionnaires payés chaque mois qui ont la possibilité d'avoir un appui dans le cadre de la santé à partir de l'AMO. Donc les agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, n'en faisaient pas partie. Mais la mutuelle est venue pour permettre aux populations du milieu rural d'avoir les soins de qualité. La mutuelle est venue pour combler ce vide que l'AMO avait provoqué. »

(Homme, vice-président de section)

Enfin, les élus ont plus de difficultés à expliquer cette structuration à l'échelle d'un cercle et en quoi elle présente un intérêt.

« Notre bureau communal n'est pas trop imprégné de cette mise en place de bureau de cercle. On n'est pas trop au courant. C'est notre présidente qui a été appelée, peut-être. »

(Homme, secrétaire à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

« Dans notre commune, ils sont venus dire que si la mutuelle est présente dans un seul village, ça ne peut pas trop marcher, parce qu'ils ont fait plusieurs années, ça n'avance pas. Donc ils sont venus nous dire de propager dans toutes les communes jusqu'au cercle, cela est mieux que ça soit dans un seul village, et nous même on a vu que c'est ce qui est mieux, parce que ça a apporté beaucoup de changements. »

(Homme, secrétaire à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Seuls les élus occupant des postes de responsabilités, comme ici un président du CA d'une des deux mutuelles, sont en mesure de fournir la principale justification.

« La stratégie a échoué parce que c'était une commune une mutuelle, cette approche a échoué pourquoi ? Il y a plusieurs raisons : la toute première raison il faut avoir une taille, il faut avoir une aire donc il y avait tout cela ; pour la viabilité et la fonctionnalité de l'aire de santé il fallait avoir un certain nombre de population, au minimum c'est mille personnes par aire de santé

et avec ça tu trouveras que dans un regroupement de plus de quatre à cinq villages tu n'as pas mille personnes. »

(Homme, président de section, membre CA)

Les modalités d'organisation et de fonctionnement des innovations sont diversement maîtrisées.

Concernant la professionnalisation, les élus citent avec justesse les fonctions et tâches des membres de l'équipe salariée, c'est-à-dire celles qui figurent dans leurs fiches de poste. Le gestionnaire est le principal interlocuteur des élus et ses tâches, d'information, de gestion des adhésions et de recouvrement des cotisations, sont bien connues et en adéquation avec son profil ce poste. Les fonctions des assistants au développement, formation, contrôle et encadrement des gestionnaires, sont également maîtrisées par les élus. Le médecin conseil est peu visible et connu par seulement un tiers des élus mais sa fonction de vérification des ordonnances et des remboursements des formations sanitaires est connue. Son implication dans la gestion des conflits avec les structures sanitaires est à juste titre peu évoquée.

Les élus ont également conscience de la professionnalisation et informatisation des procédures.

La compréhension du montage institutionnel, faisant intervenir un conseil d'administration (CA) au niveau cercle et des antennes communales, et sa fonctionnalité, ne semble pas optimale.

La chronologie de mise en place des instances mutualistes n'est pas décrite unanimement par les élus. Ils sont en effet nombreux à penser que leur section a été créée avant le CA. Pour beaucoup, ce sont donc les élus des bureaux communaux qui sont allés mettre en place le CA au niveau du cercle, alors que ce sont les CA de la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle de Bandiagara (MICBA) et la Mutuelle Interprofessionnelle du Cercle de Mopti (MICMO) qui ont d'abord été créés.

L'explication officielle de la mise en place des instances communales, donnée par un membre de l'UTM, n'est relayée là encore que par les élus occupant les principaux postes de responsabilités.

« Q : Pourquoi avez-vous commencé par la mutuelle du cercle ? R : C'était pour faire adhérer beaucoup de gens avant même la mise en place de la section. On voulait d'abord avoir les documents administratifs pour la mutuelle car on donne l'agrément à la mutuelle du cercle mais on n'en donne pas à la section. C'est pour cela qu'on a mis d'abord la mutuelle de cercle en place pour qu'elle

soit reconnue administrativement et c'est après qu'on a mis la section en place. »

(Salarié UTM)

« Nous avons commencé par choisir les 5 délégués, après les choix des 5 délégués qu'on a mis le bureau MICBA en place, après on a mis les bureaux des sections communales, c'est comme ça que les choses ont été structurées. Pour moi cette démarche c'est-à-dire mettre la MICBA avant les sections communales est liée à un problème de moyen et de temps à mon avis, parce que pour aller dans les villages il faut de l'argent ça va prendre trop de temps. La section ne met pas en place la MICBA, ce n'est pas son rôle, La section n'est responsable ni de loin ni de près responsable de la mise en place du bureau MICBA, ce sont les 5 délégués dont je vous ai parlé qui peuvent mettre la MICBA en place. La section est tout simplement chargée de mobiliser la population au niveau communal pour que les gens adhèrent massivement. Dans le fonctionnement de la mutuelle le bureau communal est plus responsable que les 5 délégués même si c'est eux qui ont mis la MICBA en place. »

(Homme, président de section, membre CA)

De fait, les élus des sections n'ont pas ou très peu de connaissances sur le « grand bureau », sur la désignation de ses membres, ni sur le lien qui est censé exister entre les deux niveaux.

Un tiers des élus ignore jusqu'à l'existence du CA de la « grande mutuelle » et d'autres n'en ont qu'entendu parler. Et logiquement, pour beaucoup, la nature de la relation institutionnelle entre sections et CA, n'est pas toujours claire et justement énoncée.

« Je ne connais personne qui est dans ce conseil d'administration ; on entend seulement que cela existe. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

« Ma première fois à savoir qu'il y a un CA de la mutuelle, c'était l'année dernière au moment où l'UTM a invité les sections des deux cercles pour la présentation des résultats par commune et par cercle. C'est ce jour-là que j'ai su qu'il y a des gens qui forment un organe supérieur de la mutualité qui est le CA. »

(Homme, secrétaire général de section)

« On leur a dit d'amener les gens qui nous représentent au sein du conseil pour qu'on puisse se connaître, ils n'ont pas pu faire cela, donc on leur a dit de ne pas nous parler des soi-disant représentants parce qu'on ne leur connaît pas, on ne sait pas comment ils ont été choisis. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

« Chaque sous-section est indépendante. Q : Et pour vous, chaque sous-section est une mutuelle à part ? R : Bon, pas à part...tous ces bureaux sont sous tutelle de la grande mutuelle, c'est elle qui oriente, c'est elle qui décide, tout, c'est ça la différence, si j'ai bien compris. »

(Homme, secrétaire général de section)

« Imaginez, vous m'avez demandé des choses aujourd'hui que j'ignore. Si y avait une bonne coordination entre les gens, je devrais être en mesure de vous fournir toutes les informations dont vous auriez besoin. »

(Homme, vice-président de section)

« Le problème se situe aujourd'hui au niveau de la communication. Même maintenant, entre le comité de cercle et le comité communal, depuis leur mise en place, on n'a pas eu à échanger. Tout notre problème c'est le manque de communication. »

(Homme, secrétaire à la formation, à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Les élus regrettent une insuffisance de communication entre les sections et le CA mais aussi entre les sections et l'UTM, échanges qui leur permettraient, en cours du programme, d'améliorer leur niveau de compréhension du dispositif.

En revanche, une très forte majorité des élus semble bien comprendre leurs rôles et attributions dans cette nouvelle configuration.

Les attributions citées sont plutôt opérationnelles et au plus près des populations : prioritairement l'information, puis le pré enrôlement et la gestion des conflits entre mutualistes et centres de santé (intermédiation, gestion plaintes). L'articulation de leurs attributions avec celles du personnel salarié semble bien comprise et exprimée en termes de complémentarité.

« Nous connaissons nos tâches. C'est clair. Nous devons sensibiliser les populations pour qu'elles adhèrent à la mutuelle. Nous devons appuyer le gestionnaire et l'assistant au développement dans la commune pour faciliter les activités de la mutuelle. En cas si ces deux agents ont des difficultés dans l'exécution de leurs activités, nous devons les aider à avoir des solutions rapidement. »

(Homme, secrétaire général de section)

Le mandat plus politique de représentation des mutuelles est souvent omis, y compris par les élus représentant le CA. On note enfin la perception d'un manque d'information des élus par rapport à la gestion de la mutuelle, au-delà de ce qui se passe dans leur commune.

Finalement, on remarque que le niveau d'information varie selon le profil de l'élu, et notamment concernant les informations plus stratégiques.

Les femmes et les personnes non instruites estiment ainsi être insuffisamment informées pour bien maîtriser les changements et n'ont qu'une faible idée du contexte qui les a motivés.

Les hommes, qui ont bénéficié d'une scolarisation, même minimum, ceux qui cumulent plusieurs responsabilités locales et ayant été membre du bureau d'une mutuelle communale dans le passé, sont les mieux informés sur l'ensemble des questions posées.

On note enfin que les élus qui occupent les places de président, vice-président sont généralement bien mieux informés que les autres élus.

Des efforts ont été faits pour que les élus comprennent l'intervention et son fonctionnement. Le mode d'information des élus, notamment au démarrage du programme, un peu moins en cours, est jugé satisfaisant. Il permet à ces derniers de comprendre l'intervention pour mieux s'y intégrer, en focalisant sur les aspects plus opérationnels et pratiques que stratégiques et de trouver une cohérence entre les différentes innovations introduites.

ATTITUDE: attitude affective à l'égard de l'intervention (sentiments, affects)

Tableau 4. Questions utilisées pour analyser l'attitude à l'égard de l'intervention

E02	Je pense que le partage de tâches entre les élus et l'équipe salariée a été clairement défini
H14	Les relations entre l'équipe de salariés et les élus mutualistes sont des relations de bonne collaboration
H11	Les élus des sections communales et les élus du CA travaillent en étroite collaboration
D3	En tant qu'élu mutualiste, je suis satisfait de l'offre de services que propose aujourd'hui cette nouvelle mutuelle à ses adhérents
E3	Je pense que le partage de tâches entre élus et l'équipe salariée est juste
F3	J'ai l'intention de continuer à assumer ce rôle d'élu mutualiste à l'avenir car il me donne satisfaction
I17	A l'avenir, je pense qu'il est intéressant de promouvoir ce nouveau modèle de mutuelle

Les questions relatives à l'attitude des élus mutualistes vis-à-vis du dispositif sont présentées dans le Tableau 4. Les résultats quantitatifs

montrent que les questions posées pour étudier cette dimension présentent une cohérence inter-item ($H=0,25$) et interne ($\alpha=0,55$) faibles malgré une excellente dimensionnalité ($CFI=0,973$). Le score moyen standardisé dans l'échantillon témoigne d'une attitude positive vis-à-vis du dispositif dans l'ensemble.

Les élus expriment presque unanimement leur satisfaction par rapport au nouveau dispositif expérimenté, avec des opinions fortement positives et sans équivoque. Cette intervention est jugée claire, juste. Là encore, le jugement porté sur les différentes innovations par les élus ayant été membre du bureau d'une mutuelle communale dans le passé, est systématiquement plus positif que celui des nouveaux élus.

Les élus apprécient d'assurer la promotion de cette offre de services mutualiste.

D'autant plus que celle-ci est jugée en adéquation avec les attentes et besoins de la population à sensibiliser (montant de la cotisation, paquet mutualiste et sa portabilité).

Les élus ont avant tout le sentiment d'appartenir et de défendre un bureau communal et s'inscrivent assez peu dans le montage institutionnel global, jugé défaillant.

Les élus apprécient la démarche de mise en place des instances mutualistes locales car elle n'a laissé personne à l'écart.

« tout le monde, et à tous les niveaux, a été impliqué. »

(Homme, vice-président de section)

Les élus du bureau communal peuvent ainsi bénéficier de l'appui des délégués villageois « qui sont leurs yeux et leurs oreilles dans les villages » (Homme, vice-président de section) et dont ils apprécient la collaboration.

« Q : Les délégués, ils font quoi ? R : Eux aussi ils parlent de la mutualité auprès des amis, des camarades autour du thé etc. Ils expliquent les avantages de la mutuelle à ces gens. Ils nous aident à expliquer la mutuelle aux gens. Ils ne se déplacent pas car le déplacement n'est pas facile mais ils expliquent la mutuelle aux gens, c'est pour cela que nous avons choisi 3 délégués dans chaque village. »

(Homme, secrétaire général de section)

L'implication importante des maires, partout reconnue, est jugée légitime et utile.

La liberté des sections de pouvoir fonctionner avec une certaine autonomie est en outre appréciée. Elle semble entretenue par le faible échange d'informations entre les sections et le CA, si ce n'est par l'intermédiaire des élus faisant partie des deux instances, ou par le biais du gestionnaire ou l'assistant au développement qui joue le rôle d'intermédiaire.

« Il n'y a pas un lien direct entre le bureau de cercle et les bureaux communaux. »

(Homme, président de section, membre CA)

« C'est avec les agents salariés que la section travaille. Il n'y a aucun rapport avec le CA. »

(Homme, président de section)

Les élus des sections communales ont en outre le sentiment que le niveau central est mieux informé que les sections, et n'est pas en mesure de les appuyer pour faire face à leurs difficultés.

La professionnalisation du dispositif mutualiste est presque plébiscitée, à différents titres.

La qualité du travail de l'équipe salariée est largement reconnue.

Les élus estiment que les salariés se montrent disponibles et qu'ils font un travail efficace. Ils ont conscience que le travail et la responsabilité des salariés sont beaucoup plus importants que les leurs, mais qu'ils sont justement formés et rémunérés pour cela. Ils rendent en outre possible l'informatisation des procédures, la digitalisation qui permettent de simplifier les échanges et une redevabilité plus facile aux élus. De fait, la présence des salariés est associée à plus de transparence, de confiance, et de crédibilité.

« L'un des avantages [de cette nouvelle organisation] est la présence de l'équipe de salariés qui travaille et nous respecte nous les élus. S'il y a une réunion, ils montrent le niveau de la mutuelle dans la commune. Ils nous disent la vérité. Ça c'est très bien. Si tu as bien travaillé, tu le sauras. Si tu n'as pas travaillé aussi, tu auras le résultat que tu mérites. »

(Homme, trésorier de section, membre CA)

Les élus perçoivent les gestionnaires déployés dans les communes comme des travailleurs disponibles, réactifs et engagés. Ces professionnels de terrain sont très connus et appréciés par la proximité qu'ils entretiennent avec les villageois.

« On voit qu'il est très courageux et déterminé dans son travail [le gestionnaire]; c'est nous qui avons demandé à ce qu'ils cherchent quelqu'un pour l'épauler dans son travail. Nous avons vraiment confiance en lui. Dans les 11 quartiers de la commune il y a des endroits qu'il connaît, nous-mêmes nous ne connaissons pas cela. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

« Nous n'avons rien à lui reprocher, franchement, il connaît le travail, il sait travailler, il ne se décourage pas. »

(Homme, secrétaire général de section)

« La manière de travailler de ces deux agents paraît vraiment intéressante pour moi. Ce sont ces deux agents qui représentent le service de mutualité dans la commune. Nous membres de la section communiquons très bien avec eux. »

(Homme, président de section)

« Si tu vas chez nous, dès que tu dis mutualité, ils vont te dire l'association de A., le premier nom qu'ils prononcent c'est le nom du gestionnaire. »

(Femme, présidente de section, membre CA)

« Dans les villages maintenant s'il y a quelqu'un qui veut s'inscrire il ne passe même plus par les membres du bureau ou délégués, il sait où se trouve le bureau, ou directement il appelle la gestionnaire, tout le monde a son numéro maintenant. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de section)

Un climat de bonne collaboration a été instauré et permet aux élus d'apprécier leur place dans cette nouvelle configuration.

Les notions de complémentarité et de confiance sont mises en avant par les élus pour caractériser leur rapport avec les salariés.

« C'est comme une chaîne. Chacun sait et fait correctement ce qu'il doit faire à son niveau. »

(Femme, trésorière de section)

Les élus ont appuyé le gestionnaire de leur commune en l'introduisant auprès des populations au début du projet. Même si élus et gestionnaire s'associent pour certaines activités notamment de sensibilisation, le gestionnaire mène également beaucoup d'activités seul dans la ou les communes dont il a la responsabilité, ce qui est apprécié. Certains élus regrettent cependant le manque d'autonomie des quelques rares gestionnaires qui ne maîtrisent pas la langue parlée dans le milieu.

« Il connaît personne, ça ils nous ont eu hein, ça a été un problème, il ne connaît même pas les quartiers. Comment il peut servir des

gens ? Il ne parle que la langue bambara, il est dans un milieu dogon et peulh, la langue bambara est peu parlée ici. Tu ne peux pas te promener dans un lieu que tu ne connais pas. »

(Femme, vice-présidente de section)

« Nous partons le plus souvent dans des villages qui ont une grande difficulté d'accès pour quelqu'un de non familier de ces zones. Donc, nous partons toujours à pied. D. ne maîtrise pas ces zones ; en plus, il ne parle pas le dialecte de ces villages. Du coup, ça devient plus compliqué pour lui. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

Mais les élus apprécient l'idée d'une certaine complémentarité entre élus et salariés sur le terrain, imposée quelquefois par les lacunes de ces derniers concernant la zone d'intervention, souvent par la situation d'insécurité qui y prévaut.

« On est ensemble le gestionnaire et nous. »

(Homme, vice-président de section, membre CA)

« Q:est ce que B. peut travailler seul de façon libre dans la commune sans que la section ne l'appuie ? R:sans l'appui de la section ça ne va pas, c'est la section qui permet à B. de travailler. B. ne connaît pas tous les quartiers de la ville, ce sont les membres du bureau qui connaissent mieux les quartiers et les gens, c'est facile pour nous d'indiquer les lieux à B. que s'il appelle tous ces gens, ça va lui coûter trop de crédit. Quand il se fait accompagner par les membres du bureau c'est plus rapide et plus efficace. »

(Homme, trésorier adjoint de section)

« Nous faisons des sorties ensemble parce qu'ils ne connaissent pas les chemins des villages, ils ne connaissent pas non plus les gens, surtout avec la situation d'insécurité, les étrangers ont peur d'entrer dans les villages sans être accompagnés par un natif de la localité. »

(Femme, trésorière de section)

« Le gestionnaire seul parvient à faire plusieurs activités sans aucune implication d'un élu. Souvent nous ne sommes pas même au courant. Maintenant, nous sommes tous d'accord que les moments sont difficiles et que l'insécurité est grandissante, et dans ce contexte, le gestionnaire ne va jamais faire l'adhésion ou le recouvrement d'une personne dans la commune sans avoir notre avis d'abord. En tout cas, il nous informe avant de partir. Il nous informe de tout ce qu'il fait dans la commune. »

(Homme, secrétaire général de section)

Les gestionnaires reconnaissent et apprécient également cette collaboration et estiment que l'implication des élus est incontournable.

« J'ai compris que sans les membres de la section, je n'allais pas pouvoir travailler à S. Ils m'ont été d'une aide sans précédent et ils continuent de l'être. Ce sont eux qui connaissent les populations. C'est toujours la complémentarité. Aucun agent ou aucun élu ne peut bien travailler sans l'autre. On se complète. »

(Salarié UTM)

Malgré ces atouts, le programme est aussi source d'inquiétude pour les élus.

Les élus s'inquiètent de la charge de travail croissante des salariés.

« Le travail est énorme pour B., vous voyez que la ville est grande, s'il faut faire l'enrôlement, prendre la cotisation et appeler tous ces gens pour qu'ils viennent payer leurs cotisations, s'il faut partir à l'hôpital pour régler les problèmes qui se posent à ce niveau, avec les déplacements et autre B. seul ne peut faire tout cela. Je pense que même si on emploie dix personnes de plus pour faire ce travail ça ne serait pas trop. »

(Homme, trésorier adjoint de section)

« Pour s'inscrire à la mutuelle maintenant il faut aller au siège de la mutuelle, tout simplement parce que la mutuelle est débordée de monde maintenant. Avant les agents de la mutuelle passaient dans les quartiers pour faire le renouvellement des mutualistes, (...) ils font toujours les tours dans la ville pour faire des inscriptions, mais le volume du travail est plus grand par rapport aux agents qui font l'inscription (...) Si toi-même tu ne te déplaces pas pour aller au siège, ta carte ne sera pas renouvelée. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de section)

L'inquiétude des élus concerne également le retrait du principal bailleur de ce programme, qui fait planer une menace sur la continuité des activités.

Il est cependant intéressant de constater que l'avènement du RAMU constitue, pour les élus les mieux informés, un espoir pour cette continuité.

« Par rapport à la continuité de la mutuelle même les membres du bureau MICBA ont des soucis, à plus forte raison la communauté parce que lorsqu'on aide les gens à réaliser un projet, ils sont dedans mais après quand ont dit aux gens de se prendre en charge, il y a problème. On nous a dit que l'AFD va se retirer, bon il y a quand même le RAMU qui nous rassure qui nous démontre que tous ceux qui ne sont pas membre du RAMU, risquent de ne pas pouvoir se soigner au niveau des structures de santé. On nous a dit

une fois que pour être dans le RAMU il faut être membre d'une mutuelle de santé et c'est plus rassurant pour nous par rapport à la survie de la mutuelle.»

(Homme, président de section, membre CA)

Les élus se sentent à l'aise dans ce nouveau programme mutualiste d'autant plus qu'ils fonctionnent de manière très autonome au niveau communal. Ils voient assez peu l'intérêt du CA de cercle mais apprécient d'être efficacement accompagnés par l'UTM pour mettre en œuvre leurs activités. Finalement, bien qu'ils s'inquiètent de la pérennité de ce dispositif mutualiste, ils le présentent très largement comme un modèle à promouvoir pour l'avenir, et les mieux informés comptent sur l'avènement du RAMU pour parvenir à ce résultat.

ÉTHIQUE/VALEURS : l'intervention s'accorde avec les valeurs personnelles des individus

Tableau 5. Questions utilisées pour analyser la compatibilité de l'intervention avec les valeurs personnelles

H04	Le rôle des élus reste déterminant dans cette nouvelle mutuelle pour garantir le bon fonctionnement de la nouvelle mutuelle
F1	La participation communautaire n'est pas indispensable à la réussite de la nouvelle mutuelle

Les questions relatives à la dimension éthique quant au dispositif sont présentées dans le Tableau 5. Les résultats quantitatifs montrent que les questions posées pour étudier cette dimension présentent une cohérence inter-item ($H=0.01$) et interne ($\alpha=0.01$) faible mais une bonne dimensionnalité ($CFI=1.000$). Le score moyen standardisé dans l'échantillon implique que parmi les dimensions étudiées, la compatibilité de l'intervention avec les valeurs personnelles est celle moins acceptée.

L'éthique communautaire, hautement valorisée par les élus, est préservée dans le nouveau dispositif.

La participation communautaire est jugée indispensable à la réussite des mutuelles pour une écrasante majorité des élus. Elle permet de faciliter l'adhésion des populations au programme et de susciter leur confiance.

Le nouveau montage mutualiste préserve cette éthique communautaire, voire la renforce grâce à un processus de mise en place, plus long, plus coûteux, mais plus efficace en termes de communication et de représentativité.

« [Cette démarche] est très bonne. Comme on le dit, on ne rase pas la tête à l'absence de l'intéressé. L'importance du travail qu'on fait

revient toujours à la communauté et la section représente celle-ci. Tu vois, c'est pourquoi beaucoup de nos projets tombent à l'eau parce que les bénéficiaires ne sont pas impliqués dans la mise en place et la mise en œuvre. Avec la mutuelle c'est le contraire. Pour la mutuelle, nous n'avons jamais été absents. »

(Femme, trésorière de section)

L'UTM et ses salariés revendiquent également l'intérêt de cet ancrage communautaire, sans d'ailleurs le questionner au regard de ses performances effectives.

« Q : Le fonctionnement de cette mutuelle repose largement sur votre équipe de salariés à mon avis. Pensez-vous qu'il serait envisageable d'aller plus loin, de prévoir la mise à disposition d'un produit mutualiste sans structuration mutualiste ? R : Non. Nous les salariés, nous ne pourrions rien faire parce que les élus sont notre porte d'entrée dans les villages et les quartiers. C'est grâce à eux que les populations nous écoutent. Notre crédibilité vient d'abord de leur implication. Il suffit que l'élu soit une personne de confiance et les gens acceptent... Tu sais dès qu'il s'agit d'argent, il faut impliquer les populations sinon ça n'ira nulle part. Les élus sont indispensables dans le développement de la mutuelle. »

(Salarié UTM)

Par ailleurs l'affirmation assez nette des élus, que la légitimité et crédibilité du dispositif tiennent autant à l'implication de l'État qu'à son ancrage communautaire, correspond au nouveau montage institutionnel.

« Je trouve que la manière dont la mise en place du bureau a été fait, c'est ce qui explique que la mutuelle a marché. Si cela avait commencé en bas au niveau des villages pour aller au niveau cercle, personne n'allait écouter le maire. Mais comme l'information est venue du haut, les gens se sont dit que cela pouvait être une bonne chose pour les populations. »

(Homme, président de section, membre CA)

« Chez moi on écoute un étranger mieux que moi. C'est logique, l'étranger est mieux écouté que l'autochtone parce que dans mon village on me connaît. Je convoque une réunion ils vont dire "il est toujours là" mais quand un étranger arrive dans le village et qu'il convoque la réunion, les gens sont curieux de savoir ce qu'il va dire, on vient donc l'écouter. »

(Homme, secrétaire de section)

Les critères de sélection des élus et leur mode de désignation respectent les principes et valeurs sociales de désignation de représentants, au détriment quelquefois de leur efficacité.

Les élus apprécient que le long processus d'installation de la mutuelle et de ses instances ait permis que tous les villages, voire les hameaux, aient

été associés et aient des représentants dans les instances mutualistes. Cela permet que le maximum de personnes soit informé de l'existence de cette mutualité, y voit un intérêt et y adhère. Et on note d'ailleurs que le nombre de membres par section ou CA a été défini pour parvenir à une représentativité géographique incontestable. Au niveau cercle, le nombre de postes entre le CA (18 élus) et la commission de contrôle (5 élus) a permis ainsi que chaque commune soit représentée.

« Les communes qui n'étaient pas représentées dans le CA de la MICBA étaient là pour être représentées dans la commission de contrôle. »

(Homme, président de section, membre CA)

Les salariés confirment que le nombre de membres est élevé mais que cela se justifie pour permettre une bonne représentativité géographique, et pour qu'il y ait toujours au final un petit noyau actif.

Par ailleurs, autre concession à la culture locale, les élus n'ont pas été désignés à l'issue d'un processus classiquement démocratique mais plutôt par désignation par des responsables locaux (maire ou autorité villageoise), et souvent par consensus plus que par vote.

« Les maires ont préféré le consensus pour qu'il n'y ait pas de rancune, pour que les gens restent soudés et tout le monde était d'accord, surtout qu'il y avait déjà l'insécurité dans le cercle, les maires ne voulaient plus qu'il y ait d'autre problème entre les gens. »

(Homme, président de section, membre CA)

Lors de la mise en place des CA et des sections, certains critères ont été proposés par l'UTM, notamment l'implication des femmes et des personnes instruites, la reconduction d'anciens élus expérimentés, mais ils n'ont pas été imposés. De fait, les élus décrivent et apprécient un processus largement aux mains des représentants de leurs communautés. La notion d'interconnaissance a été très prégnante lors de ce choix des élus.

« Comme on se connaît entre nous, chacun connaît qui est capable de quoi, finalement on s'est mis d'accord pour choisir les gens qui peuvent mieux faire ce travail. »

(Homme, vice-président de section)

Ainsi, les personnes désignées sont souvent âgées, et de ce fait peu mobiles, faiblement ou non scolarisés, et les femmes restent très minoritaires. Enfin, de nombreux élus ont été retenus, quelquefois à leur insu ou par défaut, sans être à la hauteur des enjeux et dans la capacité de

faire face à leurs obligations statutaires (manque de disponibilité, difficulté de compréhension, éloignement géographique).

« Dans certains villages on peut choisir quelqu'un parce que sa tête plaît à ceux qui sont chargés de choisir, ou chez d'autres aussi il y a un manque de ressources humaines, si on dit de choisir quelqu'un c'est la seule personne qui est un peu mieux placée par rapport aux autres pour venir représenter le village au niveau communal, c'est un peu compliqué. Très généralement ce sont des gens qui n'ont aucune connaissance de la chose en termes de compétences, et ils ne sont pas motivés aussi pour la cause, ils sont venus seulement parce qu'on leur a dit de venir. »

(Homme, président de section, membre CA)

Ces valeurs concernant la désignation de représentants semblent cependant ne plus faire l'unanimité.

Certains élus ont signalé quelques réactions négatives de jeunes dénonçant le manque de représentativité de ces bureaux, dont ils s'estiment largement exclus. Le pourcentage non négligeable de jeunes et de personnes instruites, de niveau secondaire et supérieur, s'explique peut-être par la prise en compte de ces revendications.

On note également la critique, par certains élus, de l'imposition du mode de désignation par consensus, jugé peu démocratique.

« Il y a quelques jeunes qui ont infiltré l'assemblée et ont voulu saboter. Ils disaient que la jeunesse n'a pas été contactée et qu'ils ne sont pas d'accord. »

(Homme, secrétaire à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

« Quand on parle de consensus, c'est des principes qu'ils ont choisis pour pouvoir vraiment réduire la division des gens. Donc quand on dit un bureau de consensus, même si tu n'es pas d'accord, tu sais que réellement ce dernier n'est pas capable, tu te tais parce qu'on parle de consensus. Et même si on vote il va gagner. Pourquoi il va gagner ? Parce que beaucoup d'esprits sont corrompus, pas avec l'argent mais avec la parole, et quand tu veux te retirer de ce consensus c'est sans effet donc il vaut mieux accepter quand on dit consensus. »

(Homme, président de section, membre CA)

« On voulait aller en vote ils disent non que d'aller en consensus et en consensus. Ils nous ont imposé les gens. »

(Homme, trésorier adjoint de section)

L'affirmation d'une éthique communautaire forte, et les modalités de mise en place des instances communautaires, montrent un souci réel de respecter des pratiques valorisées dans le milieu, malgré le déficit d'efficacité que cela peut générer. Il est intéressant de noter néanmoins que l'évolution des valeurs transparait, au moins dans l'expression de certaines revendications.

FARDEAU : efforts qui sont perçus comme nécessaires pour participer à/bénéficiaire de l'intervention

Tableau 6. Questions utilisées pour analyser les efforts perçus comme nécessaires pour participer à/bénéficiaire de l'intervention

G04	Je pense que les motivations ou gratifications offertes aux élus mutualistes pour leur participation sont encourageantes
G05	Le fait que les gratifications offertes aux élus dépendent des résultats qu'ils obtiennent est une idée à encourager
G03	Je pense que la mobilisation d'une équipe de salariés allège l'implication des élus dans les activités de la mutuelle

Les questions relatives à la dimension du fardeau des élus mutualistes vis-à-vis du dispositif sont présentées dans le Tableau 6. Les résultats quantitatifs montrent que les questions posées pour étudier cette dimension présentent une cohérence inter-item ($H=0,10$) et globale ($\alpha=0,22$) faibles mais une bonne dimensionnalité ($CFI=1,000$). Le score moyen standardisé dans l'échantillon suppose que les efforts à fournir pour participer à l'intervention ne constituent pas un frein.

Le fardeau le plus décrié par les élus est le principe de bénévolat.

L'engagement bénévole, principe de base du fonctionnement mutualiste, principe explicité et accepté dès la création des instances communautaires, constitue un lourd fardeau pour les élus. Il décourage les bonnes volontés à s'inscrire dans le processus et constitue une source de démotivation clairement explicitée, pour ceux qui s'y sont engagés.

« Même pour avoir une personne pour un poste, ce n'est pas facile parce qu'il n'y a pas de candidat à cause du bénévolat des élus. À un moment donné, il devient obligatoire d'imposer une personne pour un poste car le poste ne peut rester vacant. »

(Homme, secrétaire général de section)

« Depuis la mise en place de ces instances ça a été dit que c'est un travail bénévole, tu le fais pour aider ta population et non pour avoir de l'argent ou autre chose. Malheureusement quand on parle de bureau, les gens courent derrière les postes. Même quand on leur dit que c'est bénévole, ils espèrent toujours avoir quelque chose

dedans au bout du compte. Quand ces personnes rentrent dans le bureau, au bout de quelque temps ils relâchent parce qu'ils ne peuvent pas tenir le coup et quand ils relâchent, le poste restera figurant dans le bureau.»

(Homme, président de section, membre CA)

Les élus notent d'ailleurs que leur implication « *dépasse même le bénévolat* ».

Ils racontent ainsi leurs difficultés à concilier activité bénévole mutualiste et activité professionnelle. Pour eux, le temps passé à s'impliquer pour la mutuelle se fait au détriment de leurs activités professionnelles et représente donc une perte de profits.

« Moi je suis menuisier, on nous donne des marchés avec délais, donc si un mutualiste vient t'appeler pour les problèmes de ce genre tu es obligé d'aller et ça te fait moins de temps pour ton travail. Vraiment c'est ce côté qui me fatigue beaucoup dans ce travail. Il arrive des fois que j'ai le dégoût du travail de la mutuelle. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

Leur engagement les amène en outre à « *mettre la main à la poche* » et faire des dépenses (carburant, forfait téléphonique, petite monnaie pour compléter les cotisations des bénéficiaires), lors des activités, ce qui est particulièrement mal accepté. Plusieurs élus emploient le terme de sacrifice.

« Nous sommes venus dans la mutuelle par volontariat. Vous nous avez dit qu'on ne trouve rien, nous sommes rentrés sur ça, mais vous ne nous aviez pas dit que nous allons dépenser hein ! Ce qui nous dérange, c'est que c'est nous qui dépensons pour les activités de la mutuelle, nous utilisons nos motos, nous mettons du carburant pour parcourir des kilomètres, même si on ne gagne rien parce que c'est volontaire, on ne doit quand même pas mettre la main dans nos poches encore ! Si on savait que c'était comme ça, on n'allait même pas rentrer. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

« Je peux laisser un travail qui peut me rapporter 5000F pour faire celui de la mutuelle qui ne donne rien. En dehors de ça, dès que tu es membre de la section communale, que c'est toi qui fais la sensibilisation, les recouvrements et même les adhésions, il est incontournable que ton argent soit utilisé dans la mutuelle... Tu peux croiser des personnes qui sont dans la nécessité d'adhérer à la mutuelle, mais elles n'ont pas le montant complet pour les membres de sa famille. Cette année, j'ai eu deux cas comme ça. (...) Les gens peuvent aussi me dire « mais tu nous dis que la mutuelle a des avantages tandis que ton frère même n'a pas adhéré ». C'est grâce à cette réflexion que j'ai aidé mon frère à adhérer. Si tu es

un élu, tu trouveras toujours ce genre de cas que tu ne peux éviter socialement. »

(Femme, trésorière de section)

« Il me dit qu'il va démissionner, qu'il ne peut pas supporter. Il faut toujours mettre le carburant il faut aller en réunion et laisser son travail, il dit qu'il ne peut pas faire ça. J'ai tout essayé, mais il a dit non et a écrit sa lettre de démission. »

(Homme, secrétaire de section)

Cette situation est d'autant plus pénible à vivre pour les élus que la population s'imagine que ces acteurs bénévoles retirent des avantages y compris financiers de ce statut d'élu mutualiste.

« Par exemple je suis en train de m'entretenir avec vous, tout de suite quand je sors quelqu'un va me dire donne-moi un peu de ce que tu as eu là-bas. Certains pensent qu'on gagne des millions dans ce travail. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de section)

« Souvent on nous manque de respect. Les gens pour lesquels on travaille ils nous insultent, que si on se donne à ce travail, c'est qu'on gagne un salaire. »

(Femme, secrétaire adjointe à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Enfin, les anciens élus, familiers du dispositif précédent, sont conscients que le montage actuel les prive des frais de gestion qui leur revenaient par le passé et qui étaient redistribués par les bureaux mutualistes aux élus, souvent pour faire face à ces frais précisément. Ils sont aujourd'hui gérés par l'UTM.

« D'un côté nous avons dépassé l'ancien bureau par le nombre d'adhésions, parce que nous avons fait le triple de ce qu'ils avaient fait. De l'autre côté, l'ancien bureau nous a dépassés, c'est-à-dire que lors des réunions mensuelles de l'ancienne mutuelle, ils avaient de l'eau à boire, de la boisson et même de la viande à chaque fin du mois. C'est des gens qui n'ont pas travaillé, mais ils trouvaient tout cela, tandis que nous qui avons triplé leur travail, lors de nos réunions mensuelles on ne trouve même pas de l'eau à boire. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

Les tentatives d'allègement de ce fardeau sont appréciées.

La professionnalisation, et notamment la présence de gestionnaires dans les communes, au plus près des populations, a permis un allègement

certain de ce fardeau, en limitant l'implication des élus dans la gestion quotidienne de la mutuelle. Les élus en sont conscients.

Par ailleurs, l'UTM a pris la décision d'encourager les sections mutualistes (mais non les CA), en leur versant mensuellement une motivation financière appelée « frais de déplacement », introduisant le principe de prime aux résultats, à raison de 280 francs multipliés par le nombre de bénéficiaires obtenus durant le mois (nouveaux + anciens).

« L'objectif de ce bonus était d'encourager les meilleurs élus à beaucoup travailler et montrer à ceux qui font peu de choses, que si tu travailles bien, il y a des avantages. Comme chaque mois l'objectif de toute la commune était d'avoir 178 bénéficiaires. »

(Homme, secrétaire général de section)

« On doit avoir par mois en adhésion et recouvrement 178 bénéficiaires par section. Ce calcul est fait aussi en fonction de la population à atteindre par mois. Souvent nous pouvons dépasser ça. On peut se trouver à 200 et jusqu'à 300 durant certains mois. Ce sont les agents de l'UTM qui font le calcul en fonction de ce que nous avons eu et nous motivent. Tu trouveras que souvent ce qu'ils donnent ne dépasse 70 000F par mois. Et souvent même 50 000F. Souvent 40 000F. Ça dépend des mois. Ces sommes sont subordonnées à la réalisation des activités et des réunions de la section. »

(Homme, secrétaire général de section)

Vue comme une forme de reconnaissance et de considération, cette motivation selon les résultats a eu des effets positifs sur l'implication des élus. Les sections ont utilisé cette somme comme frais de déplacement pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation et d'enrôlement aux mutuelles.

« Au moment où on n'avait pas de motivation, on travaillait. Mais le fait d'avoir une motivation nous a permis d'intensifier nos activités. On faisait des sorties dans la commune. »

(Homme, vice-président de section)

« Lorsqu'il y avait la motivation, je dirais que c'est ce qui a vraiment donné une grande visibilité à la mutuelle parce que les gens se donnaient à fond dans la sensibilisation. »

(Homme, vice-président de section)

« Ces motivations donnent davantage le courage aux gens, même si ce n'est pas beaucoup, même si tu as l'amour du travail, ça

renforce cet amour, parce que ça te pousse à penser que tu es considéré par les gens avec lesquels tu travailles. »

(Femme, secrétaire adjointe à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Le versement de ces frais de déplacement a été formalisé à travers un contrat dénommé « accord mutualiste de tournées de sensibilisation par les sections communales de mutuelles » dont le 1^{er} a été signé entre les sections et l'UTM en juin 2019. Ce qui a permis le versement d'un montant de 50 000 FCFA à l'ensemble des 36 sections communales pour le démarrage de cette expérience. Pour le reste, les versements des frais de déplacement sont effectués aux sections les plus méritantes et en fonction des résultats obtenus (280 FCFA x le nombre de personnes ayant payées leurs cotisations).

Travailler bénévolement pour sa communauté est un principe jugé aujourd'hui anachronique, dépassé.

Les élus ont conscience que la mutuelle ne pourrait pas tenir financièrement s'ils étaient rémunérés et que les capacités des élus sont insuffisantes pour prétendre à un salaire. Malgré tout, la majorité d'entre eux considère le bénévolat comme un principe incompatible avec les conditions de vie précaires d'une majorité de la population.

« Il faut reconnaître que le bénévolat ne peut pas marcher ici chez nous. Un pauvre ne peut pas faire du bénévolat, si le pauvre fait le bénévolat comment il va vivre ? Les gens laissent leurs travaux pour venir à la réunion et à la fin de la réunion ils n'ont même pas le prix de condiments. Comment ils vont pouvoir manger ? Souvent on recrute un journalier pour aller travailler au champ quand on vient à la réunion, ce journalier, il faut le payer à 2500F dans la journée. On vient à la réunion espérant avoir un petit per diem de 3000 ou 5000 FCFA. »

(Homme, trésorier de section)

« A mon avis, est-ce que les Maliens ont compris le bénévolat ? Dans les pays développés, ce sont des gens qui ont fini de construire leur vie qui partent en bénévolat. Au Mali, quand on dit bénévolat ça sonne mal à l'oreille, ça ne doit même pas se dire ici. Le mot bénévolat est un faux concept, si tu veux la réussite d'une chose il faut enlever complètement le mot bénévolat, parce que tout le monde ne peut pas faire le bénévolat. Si tu prends les gens à 100% il y a 90% qui ne peuvent pas faire ce travail. A l'heure où nous sommes, presque tous les gens que vous allez choisir pour ce travail, très généralement ce sont des chefs de famille, ceux qui sont à la recherche du pain quotidien. Ce que tu es en train de chercher, tu

n'as pas eu ça, que tu laisses cela encore pour aller faire ce qui est gratuit c'est très difficile chez nous ici. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

Et pour certains, il s'agit d'un principe même incompatible avec le fonctionnement de la société malienne actuelle.

« Aujourd'hui, là où nous sommes, c'est donnant donnant. Quand tu ne donnes pas à quelqu'un...même ton petit-fils là, quand tu lui demandes de faire un travail ou une commission, lorsqu'il fait le travail ou la commission, au retour si tu ne lui donnes rien, même pas le prix du bonbon, le lendemain tu l'appelles encore, il va fuir. C'est ça le monde actuellement, ce sont les effets de la mondialisation donc il faut partir avec la réalité du terrain sinon tu n'auras personne. »

(Homme, vice-président de section)

« Aujourd'hui les gens sont tellement habitués à l'argent, personne ne veut se déplacer sans avoir quelque chose. »

(Homme, président de section, membre CA)

« Notre président il n'a pas pu supporter il a démissionné. Il dit que ce n'est pas un travail facile. Les fonctionnaires viennent utiliser les gens en disant que c'est le "fasobaara, fasobaara" (travailler pour la patrie) et quand ça marche bien on nous met à côté, on amène les fonctionnaires. Nous, nous sommes les charrettes. Nous transportons le fumier mais quand on récolte le champ, c'est l'âne qui mange. On met le fumier dans la charrette et l'âne tire jusqu'au champ. Après les récoltes, on donne un peu de mil à l'âne, on ne donne rien à la charrette. Nous nous sommes les charrettes. Nous travaillons pour le village et ce sont les patrons qui mangent les retombés après. »

(Homme, secrétaire adjoint à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Le deuxième fardeau souvent évoqué est le manque d'implication des partenaires locaux.

Les élus se sentent finalement très seuls pour défendre la mutualité et ne peuvent compter sur l'engagement d'autres acteurs locaux, les élus communaux par exemple ou les agents de santé.

L'implication des mairies dans la mutualité est jugée bénéfique par les élus. Elle représente un soutien et donne selon eux de la crédibilité à la mutuelle. Lors de la mise en place des instances mutualistes, les mairies ont joué un rôle dans la diffusion de l'information et de l'organisation.

Mais dans la majeure partie des communes, leur appui au quotidien est perçu comme insuffisant et les élus parlent même de désintérêt.

« Bien vrai qu'ils ont tout fait pour la mise en place mais arrivé au suivi, ils (les maires) se sont retirés. »

(Homme, vice-président de section)

« Le travail ne se limite pas seulement aux gens du bureau. Si c'est uniquement les membres du bureau, il peut y avoir la confiance, mais si les chefs des villages s'impliquent, il y a plus de confiance. Le chef du village ne doit pas rester à l'écart, même le maire aussi ne doit pas s'écarter et laisser ça aux membres du bureau. »

(Homme, secrétaire général de section)

Les élus des mairies confirment largement cet état de fait. Le fait que des instances mutualistes existent, auxquelles les mairies ne participent pas, semble faciliter leur désengagement.

« Est-ce qu'il y a un bureau communal de la mutuelle dans notre commune ? Je ne pense pas. Il n'y a pas de bureau communal de la mutuelle. Même si ça existe, je ne suis au courant de rien par rapport à sa présence. »

(Élu communal)

Par ailleurs, les élus pensent que des soignants engagés pour la mutuelle peuvent aussi avoir un réel impact sur l'adhésion des populations puisqu'ils sont leurs interlocuteurs privilégiés au niveau des centres de santé. Sangha en est un très bon exemple : le directeur technique du centre de santé (DTC) est particulièrement impliqué avec son personnel dans la sensibilisation auprès des patients qui se présentent au centre de santé communautaire (CSCOM). Et les résultats sont visibles et reconnus de tous.

« Si les agents de santé ne sont pas pour la mutuelle, l'association-là est un enfant mort-né, elle n'ira nulle part. »

(Homme, vice-président de section, membre CA)

Mais malgré les efforts de formation entrepris pour les convaincre de l'intérêt de la mutualité, l'implication des professionnels de santé fait largement défaut, à quelques exceptions près.

« Chez nous, on peut faire le travail mais le vrai travail revient aux médecins. S'ils prescrivaient les médicaments de la mutuelle,

il n'y aurait pas de problèmes. Si nos mutualistes étaient accueillis comme ceux de Sangha, il n'y aurait pas de problèmes. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

Les élus leur reprochent même de chercher à décourager les mutualistes.

« Parmi les premières personnes qui ont adhéré à la mutuelle dans mon village, il y a un commerçant qui a plusieurs bénéficiaires. Il est allé avec sa carte de la mutuelle dans un centre pour bénéficier des avantages de la mutuelle mais les soignants n'ont pas reconnu la carte. Il y a un autre mutualiste qui a été victime du même comportement des soignants. Cette situation a suscité beaucoup de difficultés dans la progression de la mutuelle dans mon village parce que les premières personnes qui ont adhéré sont des nantis du village. Cela a été un obstacle et continue de l'être. La mutuelle n'est plus crédible chez nous. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de CA)

De ce point de vue, le programme ne propose pas réellement de solution pour alléger ce fardeau. Au-delà de l'implication et information de tous les acteurs au démarrage du programme, les efforts pour activer et renforcer les relations de partenariat avec les acteurs locaux en cours d'activité, sont jugés insuffisants.

Le troisième fardeau est le climat d'insécurité dans la zone qui rend plus complexe et lourd le travail des élus.

L'insécurité a représenté un frein important à la mise en œuvre du programme et au déroulement des activités, que ce soit pour l'équipe de salariés ou pour les élus. En effet, d'après la coordination de l'UTM, 14 communes du cercle de Mopti sur 15, et 19 communes sur 21 dans le cercle de Bandiagara, sont sous occupation totale ou partielle des djihadistes.

L'interdiction ou la difficulté à circuler et à se regrouper dans certaines zones, a eu des répercussions tant sur les déplacements des élus pour aller sensibiliser ou se réunir que sur ceux des populations pour accéder aux centres de santé.

« En vérité, nous avons eu des gens compétents et vraiment motivés. Mais ce qui a un impact négatif sur le travail des élus dans ma commune c'est la recrudescence de l'insécurité. L'insécurité a fait que la quasi-totalité des élus de ma commune ont peur et ont baissé les bras comme s'ils ne faisaient rien. C'est la

peur des djihadistes qui est à la base de tout ça. Moi-même j'en fais partie. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de CA)

« Je suis allé dans la commune pour expliquer en cachette la mutuelle aux conseillers communaux. C'était un vrai danger. Je donnais les informations individuellement parce qu'il est complètement interdit de se regrouper. Même cinq vieux ne peuvent pas se retrouver sous un arbre pour causer. Si les djihadistes vous voient directement ils vous prennent. »

(Homme, trésorier de section, membre CA)

« Vous savez que ce n'est pas facile, il y a l'insécurité qui est en train d'occasionner le retard de certaines adhésions. Il y a aussi des gens qui ont fui, les gens sont dans le doute ils ne savent pas s'ils seront chassés de leur localité ou pas, on se dit pourquoi prendre des papiers alors qu'on n'en bénéficiera pas. Il y a donc tous ces soucis qui font que les gens se retiennent un peu. Vous voyez qu'il y a des paysans qui ne cultivent même pas leur champ. »

(Homme, président de section, membre CA)

Cette situation a entraîné par ailleurs une perturbation importante des activités économiques dans la zone donc un appauvrissement de la population, peu propice à une adhésion aux mutuelles.

« Les problèmes qu'ils ont aujourd'hui sont les conséquences de l'insécurité. Depuis que l'insécurité a commencé, les gens ne peuvent plus faire les cultures commerciales. Cela fait que les gens n'ont pas d'argent pour adhérer ou pour renouveler les cotisations. Un sac de sésame était payé de 40 000 à 50 000F et il y avait des gens qui gagnaient 5 à 6 sacs. Le sac d'haricot allait dans les 50 000 aussi mais on ne peut plus faire ces cultures. C'est une perte pour les paysans. C'est ça le problème. »

(Homme, secrétaire adjoint à la formation, à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Les élus identifient le bénévolat, l'isolement et l'insécurité comme étant les trois fardeaux qu'ils subissent et que le programme n'a permis d'alléger que partiellement.

EFFICACITE PERSONNELLE : adopter les comportements requis pour participer à/bénéficier de l'intervention

Tableau 7. Questions utilisées pour analyser l'adoption des comportements requis pour participer à l'intervention

I01	Je suis confiant dans ma capacité à jouer mon rôle d'élu dans cette nouvelle mutuelle
I02	Je suis capable d'expliquer à ma communauté pourquoi il y a eu ce changement dans la structuration de la mutuelle
I03	Je suis capable d'expliquer à ma communauté pourquoi il y a eu cette professionnalisation de la mutuelle
I04	Je suis capable d'évaluer le travail du gestionnaire de ma commune
I05	Je me sens capable de faire remonter les problèmes vécus par les adhérents mutualistes de ma section

Les questions relatives à l'efficacité personnelle des élus mutualistes vis-à-vis du dispositif sont présentées dans le Tableau 7. Les résultats quantitatifs confirment que les questions posées sont pertinentes pour étudier cette dimension en présentant une cohérence inter-item ($H=0.37$) excellente et globale acceptable ($\alpha=0.67$) ainsi qu'une bonne dimensionnalité (CFI=0.881). Le score moyen standardisé dans l'échantillon témoigne de la facilité à utiliser le dispositif dans l'ensemble.

Les élus ont le sentiment d'avoir le profil permettant d'exercer leur rôle d'élu et d'être légitimes.

Le cumul de responsabilités est souvent mis en avant. Il traduit la confiance que la population ou ses représentants leur porte, leur influence sociale, l'habitude d'aller au contact des populations, à transmettre un message.

« Je pense que je suis pratiquement dans tout. »

(Homme, président de section, membre CA)

« A Bandiagara, tout le monde me connaît. Même quand je ne veux pas, on me nomme quelque part. »

(Femme, vice-présidente de section)

Ce cumul est plutôt perçu par les élus comme avantageux dans le sens où cela représente une multiplication d'opportunités pour informer sur la mutualité. Il permet par exemple de faciliter la prise en charge des mutualistes au niveau du Centre de Santé Communautaire (CSCOM) si l'élu est également membre du bureau de l'Association de Santé Communautaire (ASACO), l'élu jouant le rôle d'intermédiaire.

Les élus identifient bien les missions qui leur reviennent, et la présence de personnel salarié contribue également au sentiment d'une bonne maîtrise de leur fonction.

Les élus ont une idée claire de leurs responsabilités et tâches, même s'ils sont souvent dans l'incapacité de citer les différents postes qui existent d'un bureau mutualiste, et celui qu'ils occupent personnellement.

« Chaque élu est nommé pour un poste précis mais dans les faits à part président, trésorier, tous jouent quasiment le même rôle. Il y a peu de distinction dans les rôles de chacun : « tous les membres jouent le même rôle c'est-à-dire tout le monde fait les sensibilisations. »

(Homme, secrétaire général de section)

Leur mission principale est d'après eux la sensibilisation de la population.

« Nous connaissons nos tâches. C'est clair. Nous devons sensibiliser les populations pour qu'elles adhèrent à la mutuelle. Nous devons appuyer le gestionnaire et l'AD dans la commune pour faciliter les activités de la mutuelle. »

(Homme, secrétaire général de section)

Les élus mettent aussi en avant la défense des droits des mutualistes dans leur accès aux soins. Ils sont capables de faire remonter les problèmes rencontrés par les mutualistes et certains font même une veille au niveau des centres de santé.

« Des fois, je vais au centre de santé pour voir moi-même s'ils accueillent bien nos membres. Si tu viens au centre de santé, ils te demandent d'abord si tu as la carte, à chaque fois que je me rends là-bas en cachette pour voir, je trouve qu'ils demandent vraiment si la personne a la carte, parce que des fois nos membres se plaignent en disant que quand eux ils se présentent, ils ne trouvent pas de médicament ou bien ils ne sont pas bien accueillis. Pendant mes suivis, vraiment j'ai trouvé qu'ils sont accueillants avec nos membres. »

(Femme, présidente de section, membre CA)

« Si nos assurés ont des difficultés ou si j'amène quelqu'un, je suis obligé de l'aider. La personne peut être à jour mais son nom n'apparaît pas sur la liste des bénéficiaires alors il sera obligé de se tourner vers moi pour que je lui donne des explications claires. A mon tour, j'appelle les salariés pour les informer de la situation afin qu'ils trouvent une solution rapidement. Je peux les demander

de faire une autorisation de prise en charge en attendant pour que la personne puisse bénéficier de ses droits. »

(Homme, secrétaire à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Dans les communes situées en zone rouge, où la présence des salariés est impensable, les élus parviennent à assurer un certain maintien des activités.

Enfin, certains assurent même leur capacité à superviser les gestionnaires, et à juger leurs performances sur la base essentiellement de leur présence et de leurs déplacements dans la commune.

« Une fois on a eu à interpellé C. [le gestionnaire], parce qu'à un moment ça n'allait pas. On a dit à C. qu'il ne devait pas attendre la clientèle, qu'il devait aller vers la clientèle parce qu'arrivé à un certain niveau, tous les moyens sont bons pour atteindre les objectifs, qu'il doit se sacrifier. Ce jour il a dit qu'effectivement c'est vrai qu'il allait essayer d'améliorer les choses, de se rattraper par rapport à ce qu'on a dit. Tout le bureau était là. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

La plupart se sentent donc plutôt incontournables, essentiels au fonctionnement de la mutuelle et efficaces. Ils estiment d'ailleurs que la présence des salariés renforce cette situation. Grâce à eux, ils sont mieux informés, secondés, appuyés. Leur présence renforce aussi leur crédibilité. Ainsi, la présence des salariés, qui peuvent mieux argumenter, résultats et chiffres à l'appui, donne plus de poids à leur intervention, dans la gestion des plaintes des mutualistes notamment.

« Le centre de santé de référence (CSREF) est plus proche de notre commune, mais ça ne va pas là-bas. Il faut que le directeur de l'UTM ou ses agents viennent parler aux soignants du CSREF de faire comme G., sinon ce n'est pas bon. Q : Pourquoi vous ne parlez pas aux soignants en tant qu'élu de la mutuelle ? R : Les soignants ne vont même pas m'écouter. J'ai quel pouvoir ? Mais si c'est le directeur de la mutuelle, ils vont avoir peur. C'est sûr. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de CA)

De même, pour les activités de sensibilisation, ils apprécient la présence des salariés, une personne extérieure au village étant plus écoutée par les populations, que celle d'un natif du village.

« Si ce sont nous les membres de la section qui partaient seuls, on n'allait pas avoir le résultat qu'on a eu ensemble [...]. Aussi si ce

sont les agents salariés seuls qui partaient, personne n'allait les écouter. On se complète. »

(Homme, vice-président de section)

La disponibilité des élus reste cependant relative et leur degré d'implication, très variable d'une personne à l'autre, a baissé en cours de programme.

Globalement, les élus ne jugent pas leur implication suffisante. Président et trésorier représentent deux postes clés souvent considérés comme les plus actifs.

« Après la mise en place du bureau, vous verrez que c'est seulement le président et le trésorier ou souvent le président seul qui travaille normalement dans le bureau. »

(Homme, président de section, membre CA)

La plupart des élus, et surtout en fin de programme, se déclarent découragés et de fait peu impliqués. Ce constat n'est pas propre aux élus des sections, il concerne également les membres du CA dont les réunions se sont progressivement arrêtées, tout comme les activités de sensibilisation.

« Les 13 membres du bureau ne se sont jamais retrouvés ensemble à une réunion. Nous sommes 4 personnes membres qui acceptent de partir dans les villages pour sensibiliser. »

(Femme, secrétaire adjointe à l'organisation de section)

« En moyenne 6 ou 7 personnes de la section sont toujours présentes aux réunions du bureau. »

(Homme, président de section)

« Un bureau à 13 personnes quand il y a une réunion il n'y a que 3 ou 4 personnes qui sont présentes. »

(Homme, secrétaire général de section, membre CA)

« Sincèrement, je vais vous dire la vérité, wallaye, on pensait que ce sont des gens qui allaient travailler. Mais nous nous sommes trompés. La majorité ne travaille pas. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de CA)

« On dit chaque fois qu'on va tenir une réunion mais on n'arrive pas à la tenir pour le moment. On doit renouveler le bureau parce que certains membres ne sont pas là. Le président n'est pas là depuis plus d'un an, on va choisir un nouveau président. (...) Le bureau est découragé. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de section)

Pour expliquer ce déficit d'engagement, les élus remettent assez peu en cause un âge qui freine leur mobilité, le fait d'avoir accepté cette fonction alors qu'ils étaient peu disponibles ou un niveau d'instruction insuffisant. En revanche, le bénévolat est présenté comme le facteur de démotivation majeur, et l'insécurité un facteur aggravant.

Les élus montrent une certaine assurance quant à leur capacité à assumer pleinement leurs fonctions, malgré un engagement très variable et souvent en deçà des attentes et des besoins, qu'ils reconnaissent et justifient presque exclusivement par le bénévolat.

COÛTS D'OPPORTUNITÉ : renoncer à des avantages, des profits ou à ses valeurs pour s'engager dans l'intervention

Tableau 8. Questions utilisées pour analyser les coûts d'opportunité

F2	Je peux jouer mon rôle d'élu comme je le souhaite dans cette nouvelle mutuelle dotée d'une équipe de salariés
G01	J'ai personnellement bien accepté la transformation des anciennes mutuelles communales en sections communales d'une mutuelle de cercle

Les questions relatives à la dimension du coût d'opportunité sont présentées dans le Tableau 8. Les résultats quantitatifs montrent que les questions posées pour étudier cette dimension présentent une cohérence inter-item ($H=0,09$) et globale ($\alpha=0,12$) faibles malgré une excellente dimensionnalité ($CFI=1,000$). Le score moyen standardisé dans l'échantillon sous-entend que les mutualistes perçoivent de réels avantages à l'utilisation du dispositif tandis que les résultats qualitatifs ci-dessous permettent d'apporter des nuances à la lecture de ce résultat.

Le renoncement à certains profits, imposé par le principe de bénévolat est mal vécu par les élus, et tempéré de fait par leur disponibilité aléatoire.

Nous avons vu que participer en tant qu'élu à une mutuelle n'est pas lucratif et que cela contraint même certains élus à financer leur participation et à perdre certaines opportunités de revenus pour se rendre disponible. La faible fonctionnalité des instances mutualistes témoigne du fait que les élus dosent souvent leur participation pour éviter qu'elle ne les pénalise trop.

Le sentiment de devoir renoncer à l'autonomie de la section communale au profit d'un CA piloté au niveau cercle est faiblement perceptible parce que peu effectif.

Le changement d'échelle institutionnel est susceptible d'engendrer un sentiment de perte d'autonomie au niveau communal au profit d'un CA de cercle qui dispose du réel pouvoir.

Potentiellement, l'idée d'être « dirigé » par une personne d'une autre commune qui serait membre du CA de la mutuelle de cercle pourrait paraître difficilement acceptable.

« Il y a de ces villages depuis "fatarabakilé" [depuis les temps anciens] ils n'ont pas collaboré tu leur dis de collaborer, en plus prendre la gouverne à un village pour qu'il soit gouverné par l'autre, ça ne peut pas marcher ! »

(Homme, président de section, membre CA)

De fait, la frustration des anciens élus face à l'obligation de dissoudre les mutuelles communales est très rarement évoquée. Et ils mentionnent quelques rares tensions lors de la création du CA d'une des deux mutuelles, autour de l'élection de son président, mais sans grandes conséquences.

« Le renouvellement n'a pas suscité des frustrations et même pas des craintes de la part des anciens élus de la mutuelle communale parce que la mutuelle communale était sur le point de la disparition. L'élu ayant déjà vu l'importance de la mutuelle et en voyant qu'elle part en dérive, si une nouvelle mutuelle apparaît à côté et qu'elle a aussi les moyens et la force nécessaire que la mutuelle communale, cela l'enchanté. »

(Femme, trésorière de section)

« Je pense que d'avoir mis les mutuelles ensemble et donner la chance à ces différents villages de transformer ces mutuelles qui étaient agréées en sections, nous l'avons accepté. »

(Homme, président de section, membre CA)

La crainte d'une mainmise trop forte d'un niveau supérieur sur les « affaires mutualistes » de la commune, en revanche bien présente, semble tempérée, d'une part par leur connaissance imparfaite du nouveau montage institutionnel et des nouvelles prérogatives qu'il donne à la « grande mutuelle », d'autre part par la faible fonctionnalité de l'articulation CA/sections.

La création des sections a même été quelquefois perçue comme un moyen de reprendre la main sur la mutuelle et une garantie d'indépendance.

« Sangha est parti ce jour-là pour remplir les formalités c'est tout, juste pour qu'ils disent que Sangha était présent. On a vu que Sangha va gérer librement sa mutuelle, on ne sera pas sous la tutelle d'un autre bureau, il n'y a pas de problème. Même s'il y a MICBA, ça ne va pas empêcher Sangha de développer sa mutuelle comme il l'entend, on s'est dit que ça ne vaut donc pas la peine de se tirer dans tous les sens. »

(Homme, secrétaire adjoint à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Le nouveau montage institutionnel n'a pas remis en cause l'implication communautaire ni alimenté un sentiment d'inutilité des élus. Et globalement, les sections communales ont le sentiment de rester maîtresses chez elles.

La professionnalisation du dispositif est gérée de manière à éviter tout conflit de pouvoir entre élus et salariés.

Certains élus s'estiment « patrons » de leur section, avec un pouvoir notamment sur le salarié qui intervient dans leur commune.

« C'est le bureau qui prend les décisions. Il (gestionnaire) travaille pour nous, il est notre employé. Il ne peut pas dire qu'il est mieux payé ou mieux placé que nous, il travaille pour nous. Nous savons très bien que ce n'est pas nous qui le payons pour le moment mais il travaille pour nous. »

(Homme, vice-président de section, membre CA)

« C'est sous notre contrôle, c'est nous le patron. Q : Donc c'est vous qui prenez la décision ? R : C'est nous qui prenons la décision, c'est nous qui dirigeons, mais si ça arrive à un niveau, c'est le gestionnaire qui gère tout, il a la gestion de l'argent. »

(Homme, secrétaire général de section)

« Ce sont nous les élus qui prenons les décisions au niveau de la section. Nous n'avons pas d'autres pouvoirs que décider de tenir des activités dans la commune. »

(Homme, vice-président de section)

Mais ils sont conscients des limites de leur pouvoir réel et ne s'en offusquent pas.

« Est-ce que nous on a un pouvoir de décision ? Parce que c'est seulement dire aux gens venez adhérer à la mutuelle et les gens adhèrent, c'est tout. »

(Homme, trésorier adjoint de section)

« Nous n'avons pas de pouvoir. On exécute à mon avis. On fait les réunions pour prendre des décisions qui tournent autour de la

sensibilisation, de l'adhésion, des problèmes rencontrés entre les mutualistes et les soignants et les problèmes liés au recouvrement. C'est tout. Sinon nous n'avons pas de pouvoir. »

(Homme, président de section)

« Selon moi c'est le gestionnaire le chef, parce que quand il y a problème, c'est à lui que nous faisons recours pour régler la situation. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

« Le gestionnaire est obligé de marcher avec nous. C'est nous qui l'employons mais l'employé peut être chef; il est donc chef de façade mais au fond nous sommes chef. Le gestionnaire est diplômé et nous ne sommes pas diplômés. »

(Homme, secrétaire adjoint à la formation,
à l'animation et à l'éducation pour la santé de section)

Plus que le pouvoir, les élus demandent du respect et un climat de bonne collaboration. De fait, ils apprécient être informés des activités qui concernent leur section, dans certains cas d'y être impliqués, et s'insurgent quand ce n'est pas le cas.

« Des fois ils viennent faire des communiqués à la radio sur notre commune... et c'est à notre grande surprise qu'on entend les informations sur notre commune à la radio comme les autres l'entendent. Nous on a été effacés dans cette affaire, cela a été une grande erreur dans ce travail. D'autant plus qu'on travaille ensemble, ils ne doivent pas organiser les choses et venir parachuter sur nous. Ça amène des frustrations dans le travail au niveau du bureau parce qu'il n'y a pas de respect dedans. »

(Homme, vice-président de section)

« J'ai essayé de faire une réunion et le gestionnaire a demandé pourquoi je fais une réunion sans lui avoir dit. Moi j'ai dit non, je n'ai rien à te demander, c'est moi qui t'emploie. Il dit non, non, non. On a fait des histoires. J'ai appelé le directeur et ce dernier l'a appelé pour le remettre à l'ordre, qu'il n'est qu'un simple agent. Dès lors il ne m'a plus causé de problèmes. »

(Homme, secrétaire général de section, membre CA)

Paradoxalement, pour les élus, la présence de l'UTM et des salariés renforce plutôt leur pouvoir local et rend aussi leur implication plus valorisante. Cela compense à leurs yeux ce qui peut apparaître comme une mise sous tutelle des élus par des salariés, jugés mieux informés qu'eux de la gestion de la mutuelle.

« L'un des avantages [de cette nouvelle organisation] est la présence de l'équipe de salariés qui travaille et nous respecte nous

les élus. S'il y a une réunion, ils montrent le niveau de la mutuelle dans la commune. Ils nous disent la vérité. Ça c'est très bien. Si tu as bien travaillé, tu le sauras. Si tu n'as pas travaillé aussi, tu auras le résultat que tu mérites. »

(Homme, trésorier de section, membre CA)

« Quand nous parlons aux gens certains n'écoutent pas souvent ce qu'on leur dit, s'il y a Camara avec nous, les gens ont confiance, ils prennent ça au sérieux. Q : Mais il rentre dans les villages ? R : Oui. On lui dit le jour où on veut aller dans les villages, il vient et on va ensemble. Ainsi on regroupe les gens du village, nous nous parlons après lui aussi il parle. Cela donne plus de force à la sensibilisation. Les gens comprennent et ils sont plus rassurés. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de section)

Avoir un pouvoir de second plan dans un dispositif qui donne des résultats, et dans lequel on est respecté en tant que collaborateur, est jugé moins contraignant qu'un dispositif dont ils assurent pleinement la gestion et qui n'intéresse personne. Les élus ont bien conscience que c'est au prix de la professionnalisation et d'un changement d'échelle que cette attractivité et fiabilité est possible.

Le coût d'opportunité pour les élus est assez faible puisqu'ils défendent un dispositif plus crédible et plus attractif. Ils n'expriment pas ou très rarement de revendication pour disposer de plus de pouvoir ou d'autonomie dans la gestion mutualiste, vis-à-vis des salariés. Ils ont avant tout besoin de la reconnaissance et du respect dont ils reconnaissent bénéficier. Et ils apprécient l'autonomie de fonctionnement dont semblent bénéficier les sections. Le sentiment de renoncement exprimé concerne le principe de bénévolat qui leur est imposé.

EFFICACITÉ PERÇUE : intervention perçue comme susceptible d'atteindre ses objectifs

Tableau 9. Questions utilisées pour analyser l'efficacité perçue de l'intervention

D04	Cette nouvelle offre mutualiste correspond mieux aux attentes de ma communauté
E01	Les conditions financières d'adhésion grâce au subventionnement étatique/AFD facilitent l'adhésion des populations à la mutuelle
H16	Les performances de la nouvelle mutuelle sont satisfaisantes
H17	Les adhérents à la nouvelle mutuelle bénéficient d'un produit mutualiste attractif
H13	L'équipe de salariés déployée dans les communes sait trouver les bons arguments pour convaincre les communautés à adhérer
H04	Cette organisation de la mutuelle avec du personnel salarié a permis d'améliorer le niveau d'info des communautés villageoises
H05	Les efforts que les populations doivent faire pour bénéficier de cette nouvelle offre mutualiste ont été allégés par la présence du personnel salarié
H06	La présence du personnel salarié facilite la gestion transparente de la mutuelle
H07	La présence du personnel salarié renforce la confiance de la population envers la mutuelle
H09	Les plaintes des mutualistes sont bien prises en compte par l'équipe de salariés
H01	Cette nouvelle structuration mutualiste à l'échelle de cercle, avec des sections communales est plus facile à mettre en place que le dispositif précédent
H12	L'équipe de salariés déployés dans les communes connaît les communautés

Les questions relatives à la dimension l'efficacité perçue du dispositif sont présentées dans le Tableau 9. Les résultats quantitatifs montrent que les questions posées sont pertinentes pour étudier cette dimension en présentant une faible cohérence inter-item ($H=0,22$) et bonne cohérence globale ($\alpha=0,74$) ainsi qu'une dimensionnalité acceptable ($CFI=0,760$). Les résultats restent en faveur d'une bonne acceptabilité vis-à-vis du dispositif dans l'ensemble même si les usagers semblent moins en accord en ce qui concerne l'efficacité perçue de l'intervention.

Pour les élus, cette nouvelle configuration mutualiste est perçue comme étant très efficace, et cela dans différents domaines. On peut noter là encore que les élus des anciennes mutuelles communales sont particulièrement conscients des performances inédites de ce nouveau modèle.

Les élus jugent la proposition mutualiste attractive pour son public cible.

Grâce au financement de l'État malien et de l'AFD à hauteur de 80% des cotisations de l'assurance maladie mutualiste (État 50% ; AFD 30%), adhérer à la mutuelle coûte 1 730 FCFA par an et par personne, au lieu de 8 650 FCFA. Ce subventionnement, non négligeable, représente un appui de taille pour les communautés ciblées par ce programme. Le faible coût des cotisations et la plus forte portabilité du panier de soins, c'est-à-dire la possibilité de se faire soigner dans des centres de santé de différentes communes et à différentes échelles de la pyramide sanitaire, sont autant d'avantages précieux pour les populations. La proposition mutualiste correspond donc bien aux besoins des populations, et cette situation est tout à fait inédite au Mali.

« La MICBA [...] sur le plan des adhérents, on n'en parle pas, c'est 100% plus efficace. Avec la mutuelle MICBA, la qualité des remèdes est meilleure avec une équipe technique et médicale qui contrôle et veille sur les produits qu'on prescrit aux patients. Alors qu'avec la mutuelle communale, il n'y avait pas de contrôles sur la qualité des produits prescrits. Au niveau de la cotisation annuelle et individuelle aussi, la MICBA est trois voire quatre fois moins chère que la mutuelle communale. C'est 1730F pour la MICBA contre 3000 FCFA pour la mutuelle communale. Au niveau de l'offre de la prestation, les mutualistes déclarent que la MICBA est plus bénéfique que la mutuelle communale. Le premier permet d'aller dans tous les CSCOM et CSREF de la région alors que la seconde se limite uniquement dans notre commune. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

Malgré le passage à échelle de la mutuelle au niveau cercle, les communautés sont mieux informées de cette offre mutualiste, de ses contours et principes de fonctionnement.

Selon les élus, une large campagne d'information a été organisée sur la mutualité lors de la mise en place du nouveau dispositif. Les sensibilisations menées par les élus et les salariés ont donné de réels résultats à tel point que les élus prétendent que la population est aujourd'hui bien informée et que les mutualistes ont pris le relai, partageant leur expérience avec beaucoup d'efficacité.

« Au début les gens nous écoutaient quand on parlait, maintenant quand on commence à parler de mutuelle dans le groupe on trouve beaucoup qui la connaissent déjà et qui témoignent ce qu'on dit par rapport aux avantages de la mutuelle. »

(Homme, vice-président de section, membre CA)

« Tout le monde est au courant de l'existence de la nouvelle mutuelle, personne dans la commune ne vous dira qu'il ne sait pas

qu'il y a la mutuelle, il peut ne pas avoir adhéré à la mutuelle pour diverses raisons, mais ils sont tous informés de la mutuelle. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de section)

La professionnalisation est un gage de proximité du service, de transparence, de crédibilité, de fiabilité.

Un service de proximité pour les populations.

Les gestionnaires salariés, en poste dans les communes, ont rendu en le service facilement accessible aux populations. Leurs déplacements vers les populations pour les enrôler et recueillir leurs cotisations a grandement facilité les adhésions durant les premières années du programme. Aujourd'hui dans certaines communes le gestionnaire se retrouve débordé, il met davantage de temps à se déplacer et se montre donc moins disponible, ce qui amène les populations à se mobiliser.

Par ailleurs, la présence des salariés va de pair avec un renouvellement et une informatisation des outils de gestion qui ont permis un gain de temps et d'efficacité dans les démarches d'enrôlement et de paiement des cotisations.

Une gestion plus transparente et plus fiable avec la mise en place d'outils de suivi évaluation des performances.

La professionnalisation favorise une gestion transparente de la mutuelle et permet d'améliorer les outils de gestion à travers une informatisation des supports. Les cartes mutualistes individuelles avec photo représentent également un changement notable, apprécié, limitant les cas de fraude.

« Les gestionnaires saisissent les noms dans la machine et nous c'était dans le registre. C'est donc une amélioration. »

(Homme, vice-président de section, membre CA)

« La gestion aujourd'hui il y a toute une transparence. L'argent est versé, combien sont rentrés on le sait, ce que l'AFD paye on le sait, ce que l'État paye on le sait, tout est vérifié et tout est là. »

(Homme, président de section, membre CA)

« Chaque mois on se réunit pour faire l'état des choses, tel nombre de personnes a payé, tel nombre de nouvelles personnes est rentré dans la mutuelle, tel quartier a eu plus d'adhérents que les autres, en un mot ça permet de nous situer par rapport à nos objectifs et ça nous donne le courage de bien travailler le mois prochain pour occuper la première place. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

Un meilleur contrôle de la qualité des prestations.

La présence des professionnels salariés permet de lutter contre les abus de prescriptions à travers le contrôle des ordonnances.

« Avec la mutuelle MICBA, la qualité des remèdes est meilleure avec une équipe technique et médicale qui contrôle et veille sur les produits qu'on prescrit aux patients. »

(Homme, secrétaire aux relations extérieures de section)

Les performances de cette mutuelle sont réelles, et surtout inédites

Bien que le taux de pénétration atteint au 31 décembre 2021, à la fin du programme, soit loin des chiffres escomptés (le projet s'était fixé pour objectif d'atteindre 20% de la population cible et seulement près de 9% ont finalement adhéré aux mutuelles), les élus sont satisfaits du niveau d'adhésion atteint par la mutuelle.

« L'actuelle mutuelle est très bonne. Sur ce point, il n'y a pas de doute. Aucune mutuelle n'a atteint une telle réussite ici. »

(Homme, vice-président de section)

Les élus sont conscients que cette efficacité et ces performances ont un coût élevé, qui fragilise la pérennité et la viabilité financière du dispositif. Mais pour eux, le questionnement légitime de ces points faibles ne doit cependant pas se faire au prix d'une altération du contenu de la proposition

Les élus ont tous bien conscience que ce dispositif coûte plus cher, que ce soit la démarche d'implantation des mutuelles ou le fonctionnement quotidien. La pérennisation de ces mutuelles et leur passage à échelle ne doivent cependant pas se faire au détriment de la qualité du produit expérimenté. Ils estiment qu'elle est cependant possible. Elle dépend essentiellement de la volonté de l'État mais n'ira pas sans partenaires.

« Moi j'ai 60 ans maintenant, je n'ai pas vu quelque chose au Mali d'abord plus intéressante que la mutuelle. L'État est à féliciter pour ça, il ne faut pas qu'on soit ingrat. Avec la période de palu il y a des gens qui se retrouvent avec trois ou quatre enfants malades, mais avec la mutuelle ils n'ont plus peur d'amener les enfants au centre de santé, parce que le coût à payer est très minime par rapport au coût non mutualiste. Je dirais que le bilan de la mutuelle est bien mais j'ai peur pour la continuité ; il faut que l'Etat prenne sa part de responsabilité, que la mutuelle prend sa responsabilité, que les élus communaux prennent leur responsabilité pour créer une synergie d'action entre tous les acteurs de la mutuelle. Si chacun se donne à fond je pense que ça peut bien marcher. »

(Homme, président de section, membre CA)

« Moi je crois à cette nouvelle mutuelle. J'ai foi en cela. Je ne suis pas comptable mais je crois au dispositif mutualiste que nous avons maintenant. Bien vrai que le coût est élevé, je pense qu'il est préférable de chercher des partenaires. Sinon, je ne vois rien à enlever dans le dispositif. »

(Homme, président de section)

« L'État doit s'assumer pour le bien-être de ses agriculteurs, ses pêcheurs, ses éleveurs, ses commerçants etc. De la manière que l'État s'est engagé pour ses salariés en disant qu'il va les mettre à l'AMO, qu'il fasse la même chose avec nous qui ne sommes pas salariés. Qu'il cherche par tous les moyens les solutions. Qu'il fasse son possible. C'est l'État qui doit vulgariser ce système d'assurance maladie qui est la mutuelle. Là même, les revenus des populations vont accroître parce qu'elles sont en bonne santé. »

(Femme, trésorière de section)

« Si le Mali veut bien, il peut, parce que toutes ces choses-là c'est une question de volonté. Dire que c'est une question de coût, pour moi ce n'est pas valable parce que si tu observes bien, ce que la mutuelle va faire accomplir dans la vie des populations est énorme. Si tu prends ce que la mutuelle va assurer dans la vie du commerçant, de l'artisan, du paysan, c'est énorme. Selon moi, aujourd'hui dans le domaine de la santé, rien ne doit être plus renforcé que ce dispositif de la mutuelle parce qu'elle aide vraiment les populations. »

(Homme, secrétaire général de section)

« Si l'initiative vient des plus hautes autorités du pays, le pays pourra supporter. Si les hautes autorités disent qu'il faut que chaque Malien ait la carte de la mutuelle, ça sera comme une chose faite. Si les hautes autorités ont pris réellement la décision, le pays pourra le faire. Je n'en doute même pas. »

(Homme, secrétaire à l'action sociale de CA)

Bien que ce programme pilote n'ait pu se déployer dans des conditions optimales du fait de l'insécurité prégnante dans la région, les élus constatent une très bonne efficacité du dispositif. La nouvelle offre mutualiste est jugée très avantageuse pour les populations, en termes de contenu et d'accès financier et géographique. La professionnalisation apparaît comme une condition incontournable de la performance du dispositif, tout comme le nouveau montage communautaire. Inévitablement se pose donc la question de la pérennisation du dispositif à la fin du programme subventionné par un bailleur. À cela, les élus opposent non pas une baisse de la qualité de l'offre proposée, mais plutôt une prise de responsabilité de l'État et de ses partenaires face à un enjeu énorme, la santé accessible à moindre coût, qu'ils viennent d'expérimenter de manière tout à fait inédite, pendant quelques années.

DISCUSSION

Cette recherche montre la bonne acceptabilité de cette nouvelle proposition mutualiste par les élus, évaluée dans une perspective rétrospective, donc après qu'ils aient expérimenté les innovations proposées. Cette acceptation tant à la fois du principe et du fonctionnement, n'a pas été sans soulever des défis et des questionnements, mais s'est faite compte tenu des bénéfices qu'ils en retirent, personnellement en tant qu'élus, et la population en tant que bénéficiaire. S'appuyer sur la professionnalisation des gestionnaires et un partage des risques à une échelle plus grande que celles des communes, réclamés depuis longtemps (8), semblent donc des innovations porteuses et sans commune mesure, en terme de performances, avec les approches mutualistes préalables dont on a vu la faible efficacité pour la CSU(1,5).

L'analyse en méthode mixte a été une opportunité de confronter des données de nature différente mais au moyen d'une démarche rigoureuse, systématique et d'un cadre conceptuel adapté pour étudier l'acceptabilité. Cette recherche permet notamment de mettre en exergue trois éléments importants dans le contexte du développement de la couverture sanitaire universelle (CSU) en Afrique de l'Ouest dans lequel de nombreux pays s'engagent dans le développement de leurs assurances publiques de santé (33), notamment le Mali (34).

D'abord, la professionnalisation de la gestion des deux mutuelles a été plébiscitée par les élus rencontrés lors de cette étude. À l'image de l'histoire des défis de l'amateurisme et du volontariat dans la gestion des mutuelles (1,5,35), participant au manque d'efficacité et aux défis de collusion dans la région (36–39), les élus confirment l'importance d'avoir recours à des professionnels. Ce qui est intéressant est que ces élus ont quand même un certain degré de connaissances du fonctionnement des mutuelles et malgré cela, ou à cause de cela justement, ils confirment toute l'importance de confier leur gestion à des personnes formées et compétentes. En outre, il ne s'agit pas d'évoquer les seules compétences en gestion, comme cela a été mis en avant en Mauritanie (39), mais les habilités en marketing social et le partage des risques qui sont aussi essentiels au fonctionnement de cette innovation et à l'enrôlement des bénéficiaires (40). Ainsi, le rôle de l'organisation faitière, l'UTM et ses professionnels, a été central à l'efficacité et, donc à l'acceptabilité de l'innovation même si le temps imparti à sa mise en œuvre a été réduit (34) et la réflexion autour d'une optimisation de la professionnalisation, absente. En 2020, ils étaient 37 professionnels impliqués dans la gestion de ces deux mutuelles (41). En outre, les élus insistent sur l'importance de

la relation de confiance entre les professionnels et les élus pour que l'innovation puisse fonctionner, à l'image de l'état des connaissances sur les mutuelles en Afrique de l'Ouest (42). D'autres recherches ont montré au Mali combien la confiance était centrale au fonctionnement des centres de santé (43) comme toutes les études sur les mutuelles de santé dans la région (38,40). Au Sénégal, une enquête nationale a fait ressortir que la présence de gestionnaires professionnels renforçait la performance des mutuelles communales de santé (44) et les deux unités départementales en place depuis 2014 confirment cette importance (9). En même temps, si les élus du Mali ont bien conscience des limites techniques du bénévolat, ils disent aussi que le manque de dédommagement financier de leur implication réduit leur motivation à s'engager dans le processus. Nous sommes ici au cœur d'un dilemme international dans le domaine de l'économie sociale, très prégnant dans un contexte de rareté de ressources et de large présence de l'aide publique internationale (35,45,46). Les primes à la performance tentées dans ce programme pour les élus volontaires, comme ailleurs au Mali (47), ou encore les distributions de *per diem* pour compenser le temps accordé aux activités, restent des solutions éphémères et dépendantes des Partenaires Techniques et Financiers (48). En outre, leurs effets pervers pour la motivation, l'implication et l'appropriation sont bien connus dans le monde du développement (48). Mais les personnes qui gèrent ces mutuelles doivent être payés de manière décente et la faible couverture actuelle dans beaucoup de pays fait en sorte que certains réclament que l'État ou leurs partenaires internationaux puissent participer à ces salaires (39). Cette situation est complexe et une solution simple est évidemment impossible, montrant l'interconnexion de la question de la professionnalisation avec celle de la gouvernance communautaire et de la pérennité que nous évoquons maintenant.

Ensuite, l'enjeu de la place des citoyens, des élus et donc des communautés a été largement abordé comme étant un élément important de l'acceptabilité de l'innovation et de ces défis. L'analyse des mutuelles en République démocratique du Congo montre en effet que cette dimension est importante, notamment dans la relation avec les professionnels de santé (49). Comme au Rwanda où les mutuelles ne sont plus gérées par les communautés mais par l'État (50), les élus du Mali s'interrogent sur leur place, et plus généralement la place des communautés dans l'innovation proposée. La coordination de tous les acteurs concernés par les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest a été mise en débat au Sénégal (51), comme ici au Mali (34). En Tanzanie, l'échec des mutuelles a incité l'État à les centraliser, à organiser le partage des risques à l'échelle régionale et leur

gestion au fonds national d'assurance maladie (52). Donner plus de place, et donc de pouvoir à des professionnels, est un dilemme pour les organisations de l'économie solidaire dans un contexte du Mali où l'histoire du système de santé a donné une place importante aux communautés dans la gestion des centres de santé primaire. Des associations de santé communautaires dont les membres sont élus des villages gèrent depuis très longtemps ces centres de santé. Mais l'efficacité de la gouvernance communautaire est remise en cause depuis longtemps au Mali (53) et l'échec de ces ASACO pour améliorer l'accès aux soins, comme celui des mutuelles communautaires pour assurer le secteur informel, confirme la pertinence d'une plus grande place des professionnels (34,37). Mais c'est aussi un dilemme pour le développement des mutuelles puisque le sentiment d'appartenance et le lien social au sein de ces mutuelles participent à leur attraction (54). Une gestion par des professionnels réduira-t-il ce sentiment ? L'étude montre que les élus sont beaucoup plus ambivalents maintenant concernant la gestion communautaire, dont ils voient les limites, apprécient une gestion respectueuse de la part des salariés et souhaitent une implication de l'État et d'autres acteurs locaux. Cependant, cela ne veut pas dire, comme pour les assurances départementales au Sénégal qui semblent réussir cette alchimie (55), que les communautés ne puissent pas disposer de pouvoir dans les instances de gouvernance ou ne souhaitent adhérer à des mutuelles gérées par des professionnels. La gouvernance des systèmes de santé et des mutuelles de santé doit s'inscrire dans une approche plus inclusive et plus participative ; de nombreux pays montrent que c'est possible (56). L'équilibre n'est évidemment pas facile à trouver et les élus qui ont participé à cette recherche semblent parfaitement le comprendre. En Mauritanie, les enjeux de pouvoir ont forcé la gestionnaire professionnelle à ne plus faire preuve d'innovation et se cantonner à la routine pour éviter les conflits. En effet « les structures de pouvoir et les processus de prise de décision existant dans la communauté ont été reproduits dans la gestion de la mutuelle » (39). Les élus du Mali insistent aussi sur le rôle que devraient pouvoir tenir les collectivités territoriales dans cette innovation bien que ces dernières éprouvent des défis importants à s'engager, faute de moyens financiers et humains, dans l'appui aux politiques nationales de protection sociale (57).

Enfin, si Greenhalgh et ses collègues (58) ont senti le besoin d'attirer l'attention sur la pérennité des innovations, au-delà de leur adoption, c'est que cette dimension est cruciale. En effet, dans le domaine du développement et notamment au Mali, la dépendance à l'égard de l'aide publique au développement rend toute innovation d'origine exogène

difficile à pérenniser. Certains interrogent même le fait que ce type d'innovation « pourrait, sans le vouloir, reproduire ou renforcer des relations de dépendance qui sont loin d'être émancipatrices pour le Sud » (59). Dans le cas présent, les élus mutualistes n'ont pas hésité à affirmer que s'ils acceptaient globalement l'innovation proposée, ils avaient bien conscience des défis posés à sa pérennité alors même qu'elle a été en très grande partie financée par un partenaire international. Durant cinq années, ce n'est pas moins de 1,9 millions d'euros qui ont été octroyés à l'UTM pour aider au déploiement de ces deux mutuelles, 470.000 euros pour le cofinancement des cotisations. S'ajoutent 5 millions d'euros ayant servi à renforcer l'offre de soins et 222.000 euros pour l'assistance technique internationale. Dans le cadre du RAMU, l'État du Mali a d'ores et déjà décidé de limiter sa subvention à 50%, ce qui impose une révision à la hausse des cotisations à l'arrêt du projet fin 2021. Le soutien à l'UTM, même si elle devient un organisme de gestion conventionné, ne sera sans doute pas à la même hauteur. De plus, l'innovation a été testée dans une zone très sensible au plan sécuritaire et qui est vite devenue, au fil de déroulement du projet, dangereuse tant pour les professionnels de santé que les populations et leur recours aux soins (60). Si la réactivité et l'anticipation sont deux principes clefs des processus de mise en œuvre des innovations, il semble que cela a été difficile de les mobiliser dans le contexte de ce programme (61). En outre, il semble que contrairement à ce que les recherches préconisent, notamment pour les innovations (62,63), la planification de la pérennité ait été tardivement pensée par les initiateurs du programme, de même qu'une stratégie de sortie du partenaire extérieur. Les cadres d'analyse pour préparer la pérennité (64) ou la « *de-implementation* » (65) ne manquent pourtant pas.

Cette recherche a fait face à quelques limites méthodologiques inhérentes à son organisation dans un contexte malien complexe, notamment dans la région d'étude. Plusieurs auteurs de cet article n'ont pas été autorisés à se rendre sur le terrain mais ils connaissent parfaitement le sujet et la région. De plus, de multiples échanges méthodologiques ont été réalisés à distance au cours de la collecte de données avec les coauteurs qui étaient sur place ainsi que durant le processus d'analyse. Par ailleurs, les analyses quantitatives ont pu être limitées par la taille de l'échantillon, notamment les analyses factorielles (66,67) mais l'échantillon a de bonnes chances d'être représentatif de la population d'acteurs interrogés. Néanmoins, nous avons étudié la cohérence des questions globalement, et entre elles, pour s'assurer de la pertinence des dimensions de l'acceptabilité présentées. De plus, la confrontation des analyses quantitatives avec les analyses qualitatives

dans le cadre du devis mixte de recherche permet de nuancer les résultats. Les résultats ont aussi été présentés et discutés avec les parties prenantes, notamment un acteur de l'UTM. Enfin, en complément d'une analyse sur les défis de sa mise en œuvre (34), cette étude de l'acceptabilité de l'innovation par les élus mutualistes doit aussi être comprises comme une pièce du puzzle de l'efficacité. En effet, en moins de quatre ans, cette innovation a permis d'assurer que 7% de la population de la région, taux certes faible mais bien au-delà de toutes les tentatives depuis 30 ans au Mali. Si ce résultat est modeste, il n'en reste pas moins présent et l'acceptabilité du modèle participe certainement à cette explication.

CONCLUSION

Les défis contemporains du Mali sont immenses et ceux pour lui permettre de renforcer l'accès aux soins de qualité pour ses populations tout aussi importants (60,68). Face aux échecs antérieurs des mutuelles de santé communautaire à l'échelle communale et de son système de paiement direct (recouvrement des coûts) des soins de santé, le Mali s'est engagé pendant ces cinq dernières années dans une expérimentation au centre de son territoire. Largement financé par un partenaire extérieur (l'Agence Française du Développement), le projet visait à tester pour la première fois au Mali, l'organisation de mutuelles de santé à l'échelle de cercle dont la gestion est laissée entre les mains de professionnels formés à cet égard. La présente étude montre que, globalement, cette innovation a été bien acceptée par les élus des mutuelles de santé, particulièrement par ceux des anciennes mutuelles qui ont conservé des positions dans la gouvernance de ces deux nouvelles mutuelles professionnelles de cercle. Cependant, ils sont soucieux de la pérennité de cette innovation dont ils voient bien tant la plus-value pour leur communauté que les performances. La fin du projet en 2021 et de ses financements à l'appui ne sont évidemment pas de bon augure pour la poursuite de cette innovation. Cependant, l'institution faitière qu'est l'Union Technique de la Mutualité (UTM), qui a accompagné ce processus innovant, est une organisation nationale qui, contrairement au programme, ne va pas disparaître. De plus, elle est appelée à jouer un rôle d'OGD dans le cadre du RAMU, s'inscrivant dans un mouvement mondial de délégation de fonctions (69). L'avenir nous dira si elle a pu disposer des moyens pour poursuivre son accompagnement mais aussi, éventuellement, le faire passer à plus grande échelle tant les besoins de protection sociale sont immenses au Mali.

RÉFÉRENCES

1. International Labour Organization. Extending social security to workers in the informal economy. Lessons from international experience. Geneva: ILO; 2021 p. 205.
2. Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. Community based health insurance: how can it contribute to progress towards UHC ? Geneva, Switzerland: WHO; 2017. 7; WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/17.3 p.
3. Fenny AP, Yates R, Thompson R. Strategies for financing social health insurance schemes for providing universal health care: a comparative analysis of five countries. *Global Health Action*. 1 janv 2021;14(1):1868054.
4. Artignan J, Bellanger M. Does community-based health insurance improve access to care in sub-Saharan Africa? A rapid review. *Health Policy and Planning*. 17 mai 2021;36(4):572-84.
5. Ridde V, Asomaning Antwi A, Boidin B, Chemouni B, Hane F, Touré L. Time to abandon amateurism and volunteerism: addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa. *BMJ Global Health*. oct 2018;3(Suppl 3):e001056.
6. Kanga-Tona T. The Iomé platform: a plea carried by the mutualist movement. *Med Trop Sante Int*. 2 avr 2021;1(2):mtsimagazine.n1.2021.80.
7. Da Silva N. La bataille de la Sécu: Une histoire du système de santé. Paris: La Fabrique Editions; 2022.
8. Criel B. District-based health insurance in sub-saharian Africa, Part I. Antwerp, Belgium: ITG Press; 1998. 149 p. (De Brouwere V, Kegels G, Van Lerberghe W. *Studies in health services organisation & policy*).
9. Ridde V, Ba MF, Guyot M, Kane B, Mbow NB, Senghor I, et al. Factors that foster and challenge the sustainability of departmental health insurance units in Senegal. *Int Social Security Review*. avr 2022;75(2):97-117.
10. Caffin JH. L'aide au développement et le financement basé sur la performance : quelle performativité ? [Doctorat ès sciences de gestion]. [Paris]: Ecole Doctorale de Management Panthéon-Sorbonne; 2018.
11. Bossyns P, Ladrière F, Ridde V. Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012 – 2017. *Studies in Health Services Organisation&Policy*, 34, 2018. Antwerp, Belgium.: ITGPress; 2018. 260 p.
12. Touré L, Boivin P, Cissoko Y, Diabaté S, Ridde V. Innovations dans la mutualité : défis et apprentissages dans la perspective du Régime d'assurance maladie universelle au Mali [Internet]. Paris: IRD/CEPED; 2022 déc [cité 25 janv 2023]. (Document de travail UNISAHEL). Disponible sur: <https://zenodo.org/record/7431696>
13. Rogers E. Diffusion of Innovations. New York: the Free Press; 1995.
14. Barnier F, Chekkar R. De l'utilité de l'évaluation de l'acceptabilité des innovations technologiques transformant les contextes professionnels du soin : le cas des technologies de domotique. *Innovations*. 27 sept 2021;N° 66(3):203-34.
15. Greenhalgh T, Abimbola S. The NASSS Framework – A Synthesis of Multiple Theories of Technology Implementation. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2019;193-204.
16. McLean R, Gargani J. Scaling impact: innovation for the public good. London ; New York : Ottawa: Routledge, Taylor & Francis Group ; International Development Research Centre; 2019. 1 p.
17. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. mars 2011;38(2):65-76.
18. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*. 2017;17:88.
19. Blaise Bucyibaruta J, Peu D, Bamford L, Van der Wath A. Closing the gaps in defining and conceptualising acceptability of healthcare: a qualitative thematic content analysis. *Afr H Sci*. 28 oct 2022;22(3):703-9.
20. van Niekerk L, Manderson L, Balabanova D. The application of social innovation in healthcare: a scoping review. *Infect Dis Poverty*. déc 2021;10(1):26.

21. Litwin LE, Maly C, Khamis AR, Hiner C, Zoungrana J, Mohamed K, et al. Use of an electronic Partograph: feasibility and acceptability study in Zanzibar, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9 mai 2018;18:147.
22. Ide N, Hardy V, Chirambo G, Heavin C, O'Connor Y, O'Donoghue J, et al. People Welcomed This Innovation with Two Hands: A Qualitative Report of an mHealth Intervention for Community Case Management in Malawi. *Annals of global health* [Internet]. 2019;85(1). Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85065404593&doi=10.5334%2faogh.919&partnerID=40&md5=2fd4212821f7f8da610aa09587ba60fd>
23. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications; 2007. xviii, 275 p. p.
24. Pérez MC, Chandra D, Koné G, Singh R, Ridde V, Sylvestre MP, et al. Implementation fidelity and acceptability of an intervention to improve vaccination uptake and child health in rural India: a mixed methods evaluation of a pilot cluster randomized controlled trial. *Implement Sci Commun*. déc 2020;1(1):88.
25. Holden RJ, Karsh BT. The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*. févr 2010;43(1):159-72.
26. Ridde V, Kane B, Gaye I, Ba MF, Diallo A, Bonnet E, et al. Acceptability of government measures against COVID-19 pandemic in Senegal: A mixed methods study. *Mahendradhata Y, éditeur. PLOS Glob Public Health*. 25 avr 2022;2(4):e0000041.
27. Hair JF, éditeur. *Multivariate data analysis*. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010. 785 p.
28. Ligtvoet R, van der Ark LA, te Marvelde JM, Sijtsma K. Investigating an Invariant Item Ordering for Polytomously Scored Items. *Educational and Psychological Measurement*. août 2010;70(4):578-95.
29. Mokken RJ. *A Theory and Procedure of Scale Analysis: With Applications in Political Research* [Internet]. DE GRUYTER MOUTON; 1971 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783110813203/html>
30. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. janv 1999;6(1):1-55.
31. Pluye P, Hong QN. Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual review of public health* [Internet]. 30 oct 2013; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24188053>
32. Ritchie J, Spenser L. *Qualitative data analysis for applied policy research*. In: Bryman A, Burgess RG, éditeurs. *Analyzing qualitative data*. London and New York: Routledge; 1994. p. 173-94.
33. Ly MS, Bassoum O, Faye A. Universal health insurance in Africa: a narrative review of the literature on institutional models. *BMJ Glob Health*. avr 2022;7(4):e008219.
34. Touré L, Boivin P, Diarra Y, Diabaté S, Ridde, Valéry. Innovations in mutuality: challenges and learnings for the Universal Health Insurance Plan in Mali. *BMJ Global Health*. 2023;
35. Fonteneau B, Vaes S, Van Ongevalle J. Toward redistributive social protection ? Insights from Senegal and Morocco. Leuven: BeFind, Acropolis, Working Paper n°21.; 2017 p. 77.
36. Ridde V, Haddad S, Yacoubou M, Yacoubou I. Exploratory Study Of The Impacts Of Mutual Health Organizations On Social Dynamics In Benin. *Social Science & Medicine*. 2010;71(3):467-74.
37. Wood A. Patronage, partnership, voluntarism: Community-based health insurance and the improvisation of universal health coverage in Senegal. *Social Science & Medicine*. févr 2023;319:115491.
38. Mladovsky P, Ndiaye P, Ndiaye A, Criel B. The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: qualitative evidence from three Senegalese case studies. *Health Policy and Planning*. 1 juill 2015;30(6):768-81.
39. Waelkens MP, Coppieters Y, Laokri S, Criel B. An in-depth investigation of the causes of persistent low membership of community-based health insurance: a case study of the mutual health organisation of Dar Naïm, Mauritania. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2017 [cité 16 juin 2018];17(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2419-5>

40. Dror DM, Hossain SAS, Majumdar A, Pérez Koehlmoos TL, John D, Panda PK. What Factors Affect Voluntary Uptake of Community-Based Health Insurance Schemes in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Weary D, éditeur. PLOS ONE.* 31 août 2016;11(8):e0160479.
41. Anthony M, Kiendrébéogo JA, Forest A, Barthes O. Capitalisation du programme d'appui au développement sanitaire et social de la région de Mopti. Bruxelles: AEDES; 2022 p. 81.
42. Conde KK, Camara AM, Jallal M, Khalis M, Zbiri S, De Brouwere V. Factors determining membership in community-based health insurance in West Africa: a scoping review. *glob health res policy.* 28 nov 2022;7(1):46.
43. Durand F, Ridde V, Touré L, Coulibaly A. The moderating role of support for innovation in sub-Saharan African healthcare teams: a multilevel perspective. *Current Psychology [Internet].* 23 févr 2023; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04341-6>
44. Rouyard T, Mano Y, Daff BM, Diouf S, Fall Dia K, Duval L, et al. Operational and Structural Factors Influencing Enrolment in Community-Based Health Insurance Schemes: An Observational Study Using 12 Waves of Nationwide Panel Data from Senegal. *Health Policy and Planning.* 12 avr 2022;czac033.
45. Assogba Y. Gouvernance, économie sociale et développement durable en Afrique [Internet]. Hull: Université du Québec à Hull. Chaire de recherche en développement communautaire; 2000 p. 18. Report No.: 16. Disponible sur: www.uqah.quebec.ca/crdc-geris/R16.htm
46. Alenda-Demoutiez J, Boidin B. Community-based mutual health organisations in Senegal: a specific form of social and solidarity economy? *Review of Social Economy.* 2 oct 2019;77(4):417-41.
47. Zitti T, Fillol A, Lohmann J, Coulibaly A, Ridde V. Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration? *glob health res policy.* déc 2021;6(1):5.
48. Samb OM, Essombe C, Ridde V. Meeting the challenges posed by per diem in development projects in southern countries: a scoping review. *Global Health.* déc 2020;16(1):48.
49. Criel B, Waelkens MP, Kwilu Nappa F, Coppieters Y, Laokri S. Can mutual health organisations influence the quality and the affordability of healthcare provision? The case of the Democratic Republic of Congo. *Tu WJ, éditeur. PLoS ONE.* 16 avr 2020;15(4):e0231660.
50. Chemouni B. The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development.* juin 2018;106:87-98.
51. Alenda-Demoutiez J. Les mutuelles de santé au Sénégal face aux difficultés de coordination de leurs acteurs. *Revue internationale de l'économie sociale.* 2017;(345):69.
52. Kigume R, Maluka S. The failure of community-based health insurance schemes in Tanzania: opening the black box of the implementation process. *BMC Health Serv Res.* déc 2021;21(1):646.
53. Baliqye H, Ouattara O, Ag Iknane A. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé Publique.* 2001;13(1):35-48.
54. Mladovsky P, Soors W, Ndiaye P, Ndiaye A, Criel B. Can social capital help explain enrolment (or lack thereof) in community-based health insurance? Results of an exploratory mixed methods study from Senegal. *Social Science & Medicine.* janv 2014;101:18-27.
55. Ridde V, Kane B, Mbow NB, Senghor I, Faye A. The resilience of two departmental health insurance units during the COVID-19 pandemic in Senegal. *BMJ Global Health.* 1 déc 2022;7(Suppl 9):e010062.
56. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, World Health Organization, éditeurs. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. 688 p.
57. Touré L, Ridde V. The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. *Global Public Health.* 2 janv 2022;17(1):55-67.
58. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, et al. Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *J Med Internet Res.* 1 nov 2017;19(11):e367.

59. Macnaghten P, Owen R, Stilgoe J, Wynne B, Azevedo A, de Campos A, et al. Responsible innovation across borders: tensions, paradoxes and possibilities. *Journal of Responsible Innovation*. 4 mai 2014;1(2):191-9.
60. Bonnet E, Lerosier T, Touré L, Diarra Y, Diabaté S, Diarra D, et al. Evolution of assisted deliveries at primary healthcare centres in an unstable security context in Mali. *BMJ Global Health*. 1 mars 2023;7(Suppl 9):e010811.
61. Stilgoe J, Owen R, Macnaghten P. Developing a framework for responsible innovation. *Research Policy*. nov 2013;42(9):1568-80.
62. Pacifico Silva H, Lehoux P, Miller FA, Denis JL. Introducing responsible innovation in health: a policy-oriented framework. *Health Res Policy Sys*. déc 2018;16(1):90.
63. Lehoux P, Silva HP, Rocha de Oliveira R, Sabio RP, Malas K. Responsible innovation in health and health system sustainability: Insights from health innovators' views and practices. *Health Serv Manage Res*. nov 2022;35(4):196-205.
64. Pluye P, Potvin L, Denis JL, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Eval Program Plann*. 2005;28:123-37.
65. Walsh-Bailey C, Tsai E, Tabak RG, Morshed AB, Norton WE, McKay VR, et al. A scoping review of de-implementation frameworks and models. *Implementation Sci*. déc 2021;16(1):100.
66. Jackson DL, Voth J, Frey MP. A Note on Sample Size and Solution Propriety for Confirmatory Factor Analytic Models. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1 janv 2013;20(1):86-97.
67. Rouquette A, Falissard B. Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2011;20(4):235-49.
68. Lerosier T, Touré L, Diabaté S, Diarra Y, Ridde V. Minimal resilience and insurgent conflict: qualitative analysis of the resilience process in six primary health centres in central Mali. *BMJ Glob Health*. avr 2023;7(Suppl 9):e010683.
69. Niang M, Gélinas É, Samb OM, Tessier L, Mailfert M, Iradukunda A, et al. The role of mutuals and community-based insurance in social health protection systems: International experience on delegated functions. *Int Social Security Review*. avr 2023;76(2):3-29.