

**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 – 2015 N°

TITRE

**ENQUETE DE SATISFACTION DES ASSURES AMO
AU NIVEAU DE DEUX (02) CENTRES DE SANTE DE
REFERENCES DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le/...../.....
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

Par Mme KEITA, Maïmouna KANTE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Samba DIOP
Membre : Dr. Mamady DIAWARA
Co. Directeur : Dr. Oumar GUINDO
Directeur: Pr. Soukalo DAOU

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Allah : le tout miséricordieux, le très miséricordieux, il n'y a de Dieu que toi.

Et à son prophète : paix et salut sur lui

Merci de m'avoir permise de présenter ce travail, fruit de beaucoup d'années de courage, de fatigue, de patience.

Prière de m'accorder encore une bonne santé et une longue vie afin que je puisse continuer à apprendre.

Encore merci.

A MES PARENTS, Mme KANTE, Aminata et Boubacar KANTE

In Mémorium

Vous auriez voulu être là en ce jour mémorable, ce travail est le fruit de vos bénédictions ; je le dédie entièrement à votre mémoire.

Reposez en paix ; Amen.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements :

A mon cher pays : LE MALI

Tu t'es occupé de moi depuis le primaire jusqu'à l'université.

Merci beaucoup pays de paix et d'hospitalité.

A MON GRAND FRERE, Monsieur Sidy KANTE:

Merci pour ton affection ; tes multiples actes de générosité et ton comportement social que louent tous ceux qui t'ont connue me combent de fierté; toi qui as fait du travail tout le sens de ta vie t'honore en ce jour solennel. Notre seul vœu c'est qu'Allah te donne longue vie et de bonne santé pour continuer à nous couvrir de ta tendresse et de ta gentillesse et qu'il récompense tes souffrances. Je t'aime grand frere chéri.

Au corps professoral et tous les enseignants de la FMOS de l'Université de Bamako pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez donné.

A tous mes ONCLES paternels et maternels et **TANTES** pour leur aide et leur soutien. Vous avez été toujours mes conseillers.

A mes frères et sœurs : M. Abdoulaye KANTE ; Madame DANIOKO, Fatouma KANTE ; Madame SACKO, Coumba KANTE ; M. Mamadou KANTE ; Kadidiatou KANTE. Merci pour vos soutiens matériels et financiers, qu'ALLAH raffermisse notre parenté.

A ma belle famille : Famille KEITA à Daoudabougou – Kalaban-coura,

Vos accompagnements, conseils et bénédictions ont été d'un apport formidable pour moi. Merci Qu'Allah vous garde !

A mon complice, ami, confident et compagnon de tous les jours D^r KEITA Salia, je sais à quel point tu t'es privé pour que je sois là. Je sais à quel point ta présence me rassure. Je sais aussi que tu peux compter sur moi. Ce travail est le tien. Je te dis tout simplement je t'aime.

Qu'Allah Raffermisse notre mariage.

A ma fille chérie, Aïchata KEITA dite « CHACHA » que Dieu te donne longue vie et beaucoup de courage pour surmonter les obstacles de la vie.

A mes cousins et cousines que je ne citerai pas de peur d'en oublier.

A mes filles, nièces et neveux

Vous êtes des compagnons de toujours. Ce n'est que partie remise, je veux que vous reteniez de mon image un père prêt à se rendre utile quoi que cela coûte. Je vous aime, je vous embrasse.

A tous mes camarades de promotion,

Pour les moments de joie que vous m'avez offerts et en souvenir de tout ce que nous avons partagé ensemble. Que Dieu vous prête longue vie.

A l'unité de Médecine Générale du Centre de Santé de Référence de la Commune IV Dr Youssouf DEMBELE, Dr Sagadatou MAIGA, Dr. Ibrahima Issouf MAIGA, Dr. Mohamed DOUMBIA, Dr. Aïssata KONE, Dr. Alpha Madani KONE, Dr. Bakary KONE, Dr. Dramane SAMAKE.

Vous m'avez appris le travail en équipe, le travail sous pression mais aussi la joie de tout partager, le respect des critiques et celui de l'autre.

Nous n'avons pas de médaille, mais bien plus : le respect des autres et notre amour pour l'amélioration de la qualité des soins et la satisfaction des patients.

Pour votre disponibilité et vos conseils, profonde gratitude !

Aux personnels du **Centre de Santé de Référence de la Commune IV et V** du District de Bamako.

A mes amis (es) :

Par peur d'en oublié certains, je me réserve de citer les noms. Merci pour notre bonne collaboration qui est transformée aujourd'hui en un lien de fraternité.

A tous nos ancêtres pour leurs bénédictions.

A tous les Thésards des CSRéf IV et V du District de Bamako, je vous dis merci infiniment pour notre collaboration et complémentarité. Nous devons rester soudés.

A tous les étudiants(es) de la FMOS, Courage et bonne chance.

Nous adressons nos sincères remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail et à tous ceux qui en ont la bonne foi.

Nos remerciements sincères à la CANAM qui, n'a ménagé ni son temps, ni ses efforts pour la réalisation de cette étude.

**HOMMAGES AUX MEMBRES
DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY :

PROFESSEUR SAMBA DIOP;

✚ PROFESSEUR HONORAIRE À LA FMOS;



Honorable Maître;

*Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites
en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos
multiples sollicitations.*

*Vous avez notre admiration pour vos qualités de chef maniant
avec une maîtrise extraordinaire la simplicité et la rigueur.*

Veillez trouver ici le témoignage de votre gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

DOCTEUR MAMADY DIAWARA;

✚ DIRECTEUR DU CONTRÔLE MEDICAL A LA CANAM;



Cher Maître ;

C'est un réel plaisir et un honneur pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. Votre dynamisme, votre respect, votre calme, votre esprit d'équipe et de partage, votre simplicité, votre courage et votre amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

DOCTEUR OUMAR GUINDO;



Cher Maître ;

Votre qualité de formateur, de guide est sans commentaire.

Ce travail est le votre.

*Veillez trouver ici, l'expression de notre profond respect et
de toute notre reconnaissance pour tout ce que nous avons
appris à vos côtés.*

Que Dieu vous donne longue vie.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE :

PROFESSEUR SOUNKALO DAO

- ✚ MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ EN MALADIES INFECTIEUSES ;
- ✚ CHEF DE SERVICE DE LA MALADIE INFECTIEUSE AU CHU POINT G ;
- ✚ PRÉSIDENT DE LA SOMAPIT DU MALI ;



Cher Maître;

*C'est une grande joie pour nous de vous avoir comme
Directeur de thèse.*

*Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de diriger
ce travail. Soyez en remercié. Au-delà du Maître, nous
voudrions vous réitérer notre admiration pour votre simplicité
et votre ardeur au travail.*

*Espérant que cet humble travail sera à la hauteur de vos
espérances.*

Veillez trouver ici, l'expression de notre profond respect.

Abréviations et acronymes

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ASACO	Association sante communautaire
CNAM	Centre national d'appui à la maladie
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CRLD	Centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose
CROCEPS	Comités régionaux d'orientation, de coordination et d'évaluation des programmes sanitaires et sociaux
CSCom	Centre de santé communautaire
CSCR	Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté
CSRéf	Centre de santé de référence
DMP	Direction de la pharmacie et du médicament
DNS	Direction nationale de la santé
DRS	Direction régionale de la santé
FENASCOM	Fédération nationale de santé communautaire
INPS	Institut national de prévoyance social
INRSP	Institut national de recherche en santé publique
OMS	Organisation mondial de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PDDSS	Programme de développement sanitaire et social
PDSC	Programme de developpement en sante
PMA	Paquet minimum d'activité
PTF	Parténaire technique et financier

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX	TITRES DES TABLEAUX	PAGES
Tableau I	Répartition des patients en fonction de leur profession	37
Tableau II	Répartition des patients en fonction de leur statut matrimonial	38
Tableau III	Répartition des patients en fonction de leur statut matrimonial	40
Tableau IV	Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez-vous le montant cotisé par mois	40
Tableau V	Répartition des patients selon les bénéficiaires de l'AMO	40
Tableau VI	Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous le montant cotisé par mois ?	40
Tableau VII	Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous les actes médicaux non prise en charge par AMO ?	41
Tableau VIII	Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous une différence dans la gestion des patients assurés AMO et les autres usagers ?	41
Tableau IX	Répartition des patients selon le constat de la présence du logo du CANAM dans la structure ?	42
Tableau X	Répartition des patients selon l'accès facile où non des guichets AMO dans les structures	42
Tableau XI	Répartition des patients selon leurs respects au niveau des guichets AMO dans les structures	43
Tableau XII	Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivé des patients au niveau des guichets AMO dans les structures	44

Tableau XIII	Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente au niveau des guichets AMO dans les structures	44
Tableau XIV	Répartition des avis des patients par rapport aux comportements des agents au niveau des guichets AMO dans les structures	44
Tableau XV	Satisfaction des patients	45
Tableau XVI	Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant d'entrer dans la salle de consultation	46
Tableau XVII	Répartition des patients selon l'avis des patients par rapport à l'explication du traitement donné	47
Tableau XVIII	Répartition des patients selon leur avis par rapport de la garantie de l'intimité au cours des consultations	47
Tableau XIX	Satisfaction des patients au niveau du bureau de consultation	48
Tableau XX	Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans le laboratoire	49
Tableau XXI	Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivée des patients avant leur entrée dans le laboratoire	49
Tableau XXII	Répartition de l'avis des patients par rapport à l'explication de l'examen avant de poser l'acte.	50
Tableau XXIII	Satisfaction des patients au laboratoire d'analyses	50
Tableau XXIV	Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans un service d'imagerie	51
Tableau XXV	Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivée des patients avant leur entrée pour l'examen dans un service d'imagerie	52

Tableau XXVI	Répartition de l'avis des patients par rapport à l'explication avant de pratiquer l'examen.	52
Tableau XXVII	Satisfaction des patients au niveau des centres d'imageries	52
Tableau XXVIII	Répartition des patients selon leurs respects au niveau des officines	53
Tableau XXIX	Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans un service d'imagerie	53
Tableau XXX	Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivé des patients dans les officines	54
Tableau XXXI	Répartition des avis des patients porteurs d'ordonnances CANAM selon le comportement du personnel dans les officines	54
Tableau XXXII	Répartition de l'avis des patients par rapport à l'explication de la posologie des médicaments sur ordonnances AMO	55
Tableau XXXIII	Satisfaction des patients au niveau des officines	55

LISTE DES FIGURES

FIGURES	TITRES DES FIGURES	PAGES
Figure 1	Représentation graphique des patients en fonction du sexe	37
Figure 2	Représentation graphique des patients en fonction de leur niveau d'instruction	38
Figure 3	Répartition des patients selon leur provenance	39
Figure 4	Représentation graphique des avis des patients pour le respect de leur ordre d'arrivée avant d'être dans la salle de consultation.	46

1 - INTRODUCTION

Le Mali, dès son accession à l'indépendance, a souscrit souverainement aux principes affirmés dans la déclaration universelle des droits de l'homme et a adopté différents textes et lois inspirés de la Convention N°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) qui est la norme mondiale en matière de sécurité sociale ^[1].

En dépit de ces efforts très louables du Gouvernement, la demande des services de santé de façon générale reste faible. Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer les facteurs socioculturels, le sous financement des services de santé et le faible pouvoir d'achat de la population ^[2].

En reconnaissant aux citoyens le droit à la santé et le droit à la protection sociale, la Constitution de 1992 imposait donc aux pouvoirs publics de mettre en place les organismes appropriés pour rendre effectifs ces droits. Et pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, les autorités de la République du Mali ont institué un régime d'Assurance maladie obligatoire (AMO). Il s'agit d'un régime auquel l'assuré est automatiquement rattaché en fonction de sa situation personnelle: fonctionnaire, salarié, pensionné ou député. Le régime de l'AMO est basé sur deux concepts fondateurs: cotiser selon ses ressources et se faire soigner selon ses besoins. Ce système de solidarité s'exerce entre les personnes aux revenus élevés et les personnes aux revenus modestes; les personnes en bonne santé et les personnes malades et les fonctionnaires, les salariés, les pensionnés et les députés ^[3].

L'État et les employeurs du secteur privé paieront une partie des cotisations. Le reste est prélevé directement sur les salaires. Ce mécanisme est théoriquement destiné à soulager nos concitoyens de l'énorme charge liée à la prise en charge des maladies. Mais le prélèvement des arriérés de cotisation d'assurance maladie sur les salaires fait déjà polémique. La Confédération syndicale des travailleurs du Mali (CSTM) a adressé une correspondance au ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées pour demander l'arrêt des prélèvements à la source. Elle ne conteste pas le bien-fondé du mécanisme de protection, mais relève

de nombreuses lacunes qui grippent le bien-fondé du principe ^[4]. La direction générale de la Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM) n'est, évidemment, pas de cet avis. L'AMO, assure-t-elle, est une bonne politique de protection sociale des risques. La mise en place de l'assurance maladie obligatoire et du Fonds d'assistance médicale constitue un des axes majeurs de la politique nationale de protection sociale, du Projet de développement économique et social du président de la République et de la Déclaration de Politique Générale du Premier Ministre ^[5]. Quand en est-il pour la satisfaction des usagers ? C'est l'objectif de notre étude.

2 - OBJECTIFS :

2.1 - Objectif général :

Déterminer la satisfaction des assurés AMO au niveau de deux (02) Centres de Santé de Référence du District de Bamako.

2.2 - Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques culturelles et économiques des patients ;
- ✓ Identifier les attentes et les motifs d'insatisfaction des assurés AMO ;
- ✓ Déterminer le niveau de connaissance des bénéficiaires par rapport aux montants des cotisations, aux actes et aux médicaments couverts par l'AMO ;
- ✓ Apprécier la qualité de l'accueil, des assurés AMO dans les structures ;
- ✓ Proposer des points d'amélioration du système.

3 – GENERALITES :

3.1. Rappel :

Situé au cœur de l'Afrique Occidentale, le Mali est un pays vaste de 1.241.238 Km² et sa population est estimée à 16.319.000 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 3,6% selon la dernière Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM V) en 2012 - 2013. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (74,5%). Le taux d'urbanisation est de 22,5%. La répartition spatiale est inégale.

Au dernier recensement de la population, 22,5% seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46,6% de la population sont âgées de moins de 15 ans ^[12].

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente du Mali s'élevait à 14.528.662 habitants en avril 2009 dont 51 % de femmes et 49% d'hommes; la densité est d'environ 11,7 habitants au kilomètre carré. En 2012, cette population est estimée à 16.319.000 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 3,6%. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (74,5%). Le taux d'urbanisation est de 22,5%. La répartition spatiale est inégale.

Au dernier recensement de la population, 22,5% seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46,6% de la population sont âgées de moins de 15 ans.

Le pays est découpé en huit régions administratives et le district de Bamako, la capitale. Le Mali s'est engagé dans la décentralisation depuis une vingtaine ; ce processus a abouti à la création de plus de 760 collectivités territoriales à différents niveaux (communes, cercles, régions, district). Le décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences et ressources transférées de l'Etat aux collectivités territoriales (Commune et Cercle) indique le transfert des compétences suivantes au niveau commune :

l'élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement sanitaire ; la signature de la convention d'assistance mutuelle avec les associations de sante communautaires (ASACO) ; l'allocation de subventions pour le financement des activités de sante selon les critères définis annuellement (contrat de performance); la mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels) ; la contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents de santé ; la subventions financières aux travaux de construction et à l'équipement des CSCom ; la lutte contre la vente illicite des médicaments ; le suivi et le contrôle de la gestion des ASACO ; la lutte contre les épidémies et catastrophes ; le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux médecins chefs des services de sante de cercles.

Au niveau cercle les compétences transférées de l'Etat sont les suivantes :

- ✓ l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement sanitaire (PDSC);
- ✓ le recrutement du personnel;
- ✓ la construction/réhabilitation et l'équipement des CSREF;
- ✓ la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies ;
- ✓ la lutte contre la vente illicite des médicaments;
- ✓ l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments;
- ✓ l'élaboration et la révision de la carte sanitaire;
- ✓ l'allocation de subventions aux centres de sante de référence;
- ✓ le contrôle du respect des engagements des ASACO du cercle;
- ✓ le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux directeurs régionaux de la santé.

Le système de santé du Mali :

La politique de santé repose sur la Déclaration de soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako, la Déclaration de Ouagadougou sur la relance des soins de santé ainsi que d'autres initiatives internationales auxquelles le pays a souscrit. L'unité opérationnelle de la politique de santé est le district

sanitaire qui comprend les services de santé de première ligne (centre de santé communautaire) et l'hôpital de district (centre de santé référence).

3.2. Les Centres de Santé Communautaire :

Depuis la fin des années 1990, le Mali a procédé à la mise en place d'un nombre important de centre de santé communautaire. En 2009, on estimait que plus de 88% de la population malienne résidaient dans un rayon de moins de 15 km d'un CSCom. Cette démarche de création de CSCom entre dans le cadre de la politique du gouvernement de la République du Mali de rapprocher les services de santé des utilisateurs et d'en faciliter l'accessibilité au plus grand nombre de la population. Les CSCom sont administrés par les associations de santé communautaire (ASACO) dont les membres sont les personnes physiques vivant dans l'aire de santé.

Le CSCom constitue l'entité sanitaire périphérique la plus proche des populations. C'est la base de la pyramide où s'exécutent les programmes de façon intégrée et où s'applique la médecine dans ses aspects curatif, préventif et promotionnel. Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale, la consultation pré et post natale, l'accouchement eutocique ou simple, les soins infirmiers, les conseils sur la nutrition, l'hygiène, etc. En général, l'équipe technique du CSCom est composée d'un médecin, d'une sage-femme, d'un infirmier.

Cette équipe s'occupe des consultations et de la maternité. Le CSCom dispose d'un dépôt de médicaments essentiels, d'une maternité et d'une infirmerie^[11].

3.3. Les Centres de Santé de Référence (CSRéf) :

Ils constituent le 2^{ième} niveau de contact, ils reçoivent les références du CSCom. Actuellement le Mali dispose soixante (60) CSRéf répartis sur l'ensemble du territoire national. Chaque cercle administratif en dispose d'au moins un. Les CSRéf sont administrés par un Conseil de gestion dont les membres sont les représentants des pouvoirs publics, des usagers, des collectivités territoriales.

Le Président de la collectivité territoriale de ressort (conseil de cercle ou commune du district de Bamako) ou son représentant est membre de droit du Conseil de gestion du CSRéf. Le plateau technique du CSRéf est naturellement plus étoffé que celui du CSCom. L'on y dispense des services de médecine générale et spécialisée selon les cas.

Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale surtout les méthodes longue durée, la consultation pré et post natale, le suivi de la grossesse, les accouchements dystociques, la consultation spécialisée (dentaire, ophtalmologique), les interventions chirurgicales, la supervision et la formation du personnel des CSCom. [11]

3.4. Les Etablissements Hospitaliers :

La réforme hospitalière de 2002, a consacré l'autonomie des hôpitaux qui sont depuis lors, dotés de la personnalité morale. La loi dite hospitalière qui est la cheville ouvrière de la réforme, distingue deux types d'hôpitaux :

- ✓ les établissements publics hospitaliers,
- ✓ les établissements hospitaliers privés.

Les établissements publics hospitaliers rendent le service public hospitalier. Sous certaines conditions, les établissements hospitaliers privés peuvent participer à la réalisation de la mission du service public hospitalier. Dans ce cas, ils reçoivent des subventions publiques. Actuellement il existe treizes (13) établissements hospitaliers dont douze publics et un privé qui participe d'ailleurs à la mission du service public.

Les établissements publics hospitaliers sont classés en deux catégories sur la pyramide sanitaire à savoir les hôpitaux dits régionaux qui sont implantés dans chacune des régions administratives sauf à Kidal et Koulikoro et les hôpitaux dits nationaux, structures de dernière référence, qui sont implantés dans la capitale et ses environs.

Les hôpitaux régionaux ont un plateau technique plus performant que celui des CSRéf dont ils reçoivent les patients référés. Les hôpitaux nationaux reçoivent les malades des hôpitaux régionaux ou des centres de santé de

référence. Ils participent à la formation des agents de santé et fournissent plus de soins avec des spécialités diversifiées. Ils mènent également la recherche^[11].

Quant au réseau de la médecine traditionnelle, il comprend les tradithérapeutes, les herboristes, les associations ou groupements de tradithérapeutes. La médecine traditionnelle travaille en collaboration avec le secteur privé, le secteur public et communautaire.

3.5. La gouvernance du système de santé :

3.5.1. Les organes existants :

Au plan législatif, il existe des cadres organisés pour faciliter le dialogue entre les parties prenantes. Ils sont spécifiés dans le Décret N° 01-115/P-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du programme de développement social et sanitaire et la décision N°10-1359/MS-SG du 16 Août 2010 portant création des groupes thématiques du comité de pilotage. Ce sont :

- Le Comité de suivi du PRODESS qui est présidé par le Ministre de la santé, avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers (PTF) et un représentant de la société civile.
- Le Comité technique du PRODESS, présidé par le Secrétaire Général du ministre de la santé est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS.
- Le Comité de pilotage également, présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé, regroupe les services techniques centraux des deux départements (santé et développement social) et les représentants des PTF, ainsi que les représentants de la société civile.
- Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP) est présidé par le Gouverneur de chaque région. Il est chargé essentiellement d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution.

- Au niveau du cercle, le Conseil de gestion est surtout chargé de l'adoption et de la validation des plans et programmes opérationnels des districts sanitaires. Il est présidé par le Président du Conseil de cercle et il est composé des autorités politiques et administratives locales, des médecins chefs, de la société civile (comprenant les représentants des différentes aires), les PTF locaux et les autres acteurs du PRODESS.
- Au niveau périphérique, le Comité de gestion des associations de santé communautaire est chargé de l'élaboration et de l'adoption du plan de développement sanitaire local.
- La mission conjointe de suivi : en cas de besoin, le comité de pilotage organise une mission par an pour évaluer et analyser la mise en œuvre du programme aux différents niveaux et fait rapport au comité technique. Dans les faits, tous les ans une équipe constituée de représentants des deux Ministères, des PTF et de la société civile se rend au niveau central et dans deux régions pour suivre la mise en œuvre du PRODESS jusqu'au niveau CSCCom [11].

3.5.2. Organigramme du système de santé :

La politique sanitaire du Mali est:

- développée par le Ministère de la santé
- mise en œuvre par le cabinet ou par les différentes directions nationales.

Les hôpitaux régionaux et autres structures décentralisées sont sous la direction nationale de la santé (DNS) qui met en œuvre les différents plans nationaux par pathologie (paludisme, SIDA etc...).

La politique du médicament est gérée par la direction de la pharmacie et du médicament (DPM).

Décentralisation (1992) : rôle croissant des différentes directions régionales du Ministère de la santé (DRS) et implication des maires de communes dans la gestion des centres de santé de référence (Csref).

Création des " conseils régionaux d'orientation, de conception et d'exécution des programmes sociosanitaires" (CROPEPS) : permet de réunir toutes les

autorités régionales (de santé et administratives) et de produire un programme d'action de santé pour le national ^[13].

Les régimes d'assurance sociale visent à réduire la vulnérabilité notamment des pauvres vis à vis de la maladie et donc à améliorer leur accessibilité financière aux soins. Le choix fait par le pays porte :

- sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) de certaines catégories de population ;
- sur l'élargissement de la couverture par les mutuelles ;
- sur un mécanisme de prépaiement dans le cadre de la référence ;
- sur le développement des caisses de solidarité ;
- sur le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents.

4. L'assurance maladie obligatoire AMO

4.1. Définition : Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est la branche de la sécurité sociale qui couvre le risque maladie des salariés et leurs bénéficiaires.

4.2. Législation :

Les textes relatifs à la législation sont :

- la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire ;
- le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités d'application de la loi instituant l'AMO ;
- la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;
- le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ;
- le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil
- d'administration de la CANAM.

Il importe de noter que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire est une réforme fondamentale en matière de protection sociale au Mali. Il

s'agit de mettre en place ou améliorer au profit de tous les travailleurs les mesures visant à :

- i) garantir la sécurité du revenu : revenu minimum, revenu de remplacement en cas d'interruption ou de réduction des revenus (suite à une maladie, maternité, accident du travail, chômage, invalidité, vieillesse, décès du chef de famille) et ;
- ii) garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable. La mise en place de l'assurance maladie procède du souci des plus hautes autorités d'étendre les champs d'application matériel et personnel de la protection sociale. Elle est une avancée de taille pour l'aboutissement des nombreuses concertations et dialogues tripartites Gouvernement, Patronat et Organisations syndicales menées depuis une dizaine d'années dans ce cadre. Les personnes assurées et les bénéficiaires sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence. En effet, l'assurance maladie regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics.

Elle est fondée sur l'affiliation obligatoire et s'écarte des pièges de l'assurance maladie sur la base d'une libre adhésion. D'abord, elle évite que certains groupes de la population cible, comme les plus pauvres et les plus vulnérables, ne soient exclus du système. Dans un régime volontaire, il peut y avoir exclusion en raison du manque d'intérêt politique à inclure les groupes vulnérables. L'exclusion peut aussi résulter du fait que les plus pauvres sont tout simplement dépourvus de la capacité ou de la volonté de payer les cotisations d'assurance maladie proposées. Ensuite, de par sa nature, l'assurance obligatoire interdit la « sélection adverse ». Celle-ci reproduit dans un cadre volontaire quand des gens en bonne santé considèrent que les cotisations d'assurance maladie sont trop chères et choisissent de ne pas s'assurer. L'assurance volontaire peut, de ce fait, se retrouver surchargée d'assurés présentant des risques sanitaires moyens ou élevés.

4.3. Gouvernance :

La gestion de l'assurance maladie a été confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public à caractère administratif créé à cet effet. Elle est chargée, entre autres, de l'encaissement des cotisations du régime de l'assurance maladie obligatoire, de l'immatriculation des employeurs et des assurés, de l'allocation aux organismes gestionnaires délégués que sont l'Institut National de Prévoyance Sociale et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale des dotations de gestion, de la passation de conventions avec les prestataires de soins de santé et le suivi de leur déroulement.

Les organes d'administration et de gestion de la CANAM sont le Conseil d'Administration, la Direction Générale et le Comité de Gestion.

Conformément aux dispositions du Décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, le conseil d'administration est composé de 18 membres dont les sièges sont répartis ainsi qu'il suit :

Au titre des pouvoir publics

- un représentant du Ministre chargé de la Protection Sociale ;
- un représentant du Ministre chargé des Finances ;
- un représentant du Ministre chargé de la Fonction Publique ;
- un représentant du Ministre chargé de la Santé ;
- un représentant du Ministre chargé de la Défenses.

Au titre des usagers de l'établissement

- cinq représentants des employeurs ;
- quatre représentants des travailleurs ;
- deux représentants des pensionnés ;
- un représentant des députés.

Au titre du personnel de l'établissement

- un représentant du personnel de la Caisse.

La présidence du Conseil d'Administration est assurée alternativement par le représentant des organisations syndicales des employeurs et le représentant des organisations syndicales des travailleurs. Le contrôle du dispositif est assuré :

Au niveau interne, à travers

- le contrôle des opérations d'immatriculation et de liquidation ;
- le contrôle médical ;
- l'audit et le contrôle de gestion.

Au niveau externe, à travers

- l'Inspection des Affaires Sociales ;
- le Contrôle Général des Services Publics ;
- le Bureau du Vérificateur Général ;
- la CIPRESS.

4.4. Adhésion à l'AMO

Conformément aux dispositions de la loi N°09-015 du 26 juin 2009 portant institution de l'Assurance Maladie Obligatoire, le champ d'application de l'AMO concerne les assujettis et les bénéficiaires.

Les personnes assujetties à l'AMO sont :

- les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires et les députés ;
- les travailleurs au sens du Code du Travail ;
- les titulaires de pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires ;
- les employeurs des secteurs public et privé ;
- les organismes gérant des régimes publics de pension.

Les bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leur famille à charge, à savoir :

- le (s) conjoint (s) ;
- les ascendants directs de l'assuré ;

- les enfants de l'assuré ceux âgés de 14 ans au plus, ceux âgés de 21 ans au plus poursuivant des études scolaires ou universitaires et ceux atteints d'un handicap) ;
- les enfants que la femme de l'assuré a eu d'un précédent mariage lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré à l'état civil ou divorce judiciairement prononcé ; toutefois dans ce dernier cas les enfants n'ouvrent pas droit aux prestations lorsqu'ils sont restés à la charge du premier mari ou que celui-ci contribue à leur entretien ;
- les enfants ayant fait l'objet d'une adoption ou d'une légitimation adoptive conformément aux dispositions du code de la parenté ;
- les enfants légalement reconnus par l'assuré.

En Juin 2011, 149 233 personnes étaient déjà immatriculées à l'AMO dont 100 126 fonctionnaires civils, parlementaires, retraités publics et ayants droit et 49 107 travailleurs salariés et ayants droit. Le nombre de demandes d'immatriculation reçues est de 695 426.

4.5. Mise en commun des ressources :

Conformément à l'article 5 de la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), les ressources de la caisse sont constituées par :

- les cotisations assises sur les traitements des fonctionnaires civils et militaires, les salaires des travailleurs et les indemnités des députés ;
- les cotisations assises sur les pensions et allocations de retraite ;
- les subventions de l'Etat ;
- les revenus des placements et investissements ;
- les dons, legs et libéralités de toute nature ;
- les produits d'aliénation des biens meubles et immeubles ;
- les revenus du patrimoine ;
- les recettes diverses ;
- toutes autres ressources attribuées par un texte législatif et réglementaire.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit :

- 3,06 % à la charge des personnels salariés en activité ;

- 4,48 % à la charge de l'Etat ou de la collectivité territoriale en qualité d'employeur ;
- 3,50% à la charge des employeurs du secteur privé. Ce taux intègre les 2 % versés par les employeurs au titre de la branche servie par l'INPS avant l'instauration de l'AMO ;
- 0,75 % à la charge des pensionnés ;
- 6,56 % à la charge des assurés volontaires.

4.6. Prestations

Les prestations prises en charge sont :

- les soins préventifs et curatifs ;
- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;
- les analyses de biologie médicale ;
- la radiologie et l'imagerie médicale
- les médicaments ;
- les soins bucco-dentaires.

Les prestations exclues sont :

- les interventions de chirurgie esthétique ;
- les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;
- la lunetterie ;
- les prothèses dentaires ;
- toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et les médicaments établie par les Ministres chargés de la Santé et de la protection sociale.

Les prestations de l'AMO sont accessibles uniquement auprès d'un réseau de prestataires de santé conventionnés par la CANAM. Les conventions sont conclues de manière sectorielle entre la CANAM et les prestataires suivants :

- ✓ les pharmacies d'officine ;
- ✓ les structures sanitaires publiques, communautaires et privées ;
- ✓ les dentistes ;
- ✓ les médecins libéraux ;

- ✓ les laboratoires d'analyses médicales ;
- ✓ les professions infirmières, de sages femmes et autres spécialités paramédicales.

La situation des structures conventionnées à la date du 25 novembre 2013 se présente comme suit :

- 96 établissements publics hospitaliers à Bamako, Kati et dans chacune des capitales régionales ;
- 4 établissements publics de recherche et de traitement (INRSP, CNTS, CNAM, CNLD);
- 1 hôpital privé « Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg »;
- 61 CSRéf dans les Districts sanitaires du pays ;
- 962 CSCom sur l'étendu du territoire ;
- 320 officines de pharmacie dont 153 à Bamako et 167 en dehors de la capitale ;
- 9 laboratoires d'analyses médicales privés dont 8 à Bamako et 1 à Kayes.

Parallèlement, les négociations se poursuivent avec les autres structures privées en vue de la signature de conventions.

Du 1er Mai 2011 (date de début des prestations de l'AMO) au mois de Juillet 2011, le nombre de bénéficiaires des prestations est de 2442. Ce nombre est passé à 361391 au 25 Novemvre 2013.

La prise en charge se fait par le système du tiers payant qui est un mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire; celui-ci paye un ticket modérateur au centre de santé qui l'a reçu. Le niveau de prise en charge est de :

- 80% des frais de soins pour l'hospitalisation (tous les soins effectués lorsque que le bénéficiaire est hospitalisé) ;
- 70% des frais de soins en ambulatoire (tous les soins effectués hors hospitalisation).

L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restants à sa charge c'est-à-dire le ticket modérateur.

4 - METHODOLOGIE

4.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive de type transversale.

4.2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée d'août à décembre 2013.

4.3. Population d'étude :

A concerné notre étude les patients adhérents à l'AMO reçu en consultation médicale dans les centres de santé de référence des Communes IV et V de Bamako (MALI).

4.4. Critère d'inclusion :

Parmi les sujets sélectionnés, seuls sont retenus les patients à partir de l'âge de 15 ans, adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire consultant dans les dits centres consentants à participer à l'étude.

4.5. Critère d'exclusion :

Son exclus de notre étude, les sujets âgés de moins de 15 ans et les patients non consentants à l'étude.

4.6. Echantillonnage :

Nous avons recruté les patients qui se sont présentés aux consultations dans les différents services et aux urgences au fur et à mesure du déroulement des consultations sans tri préalable et, afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population, nous avons essayé de balayer toutes les plages horaires des consultations (le matin, l'après-midi, le soir, la nuit, les jours fériés et les weekends).

4.7. Calcul du nombre de sujet nécessaire

La formule est la suivante : $n = \frac{Z^2 \cdot PQ}{i^2}$

Z est le risque de première espèce consenti et fixé à 1,96

i est la précision et fixé à 0,05

Etant donné qu'il n'existe pas de données disponibles sur la satisfaction des patients AMO, on considère donc :

$$P=44\% = 0,44$$

$$Q=44\%=0,44$$

$$n=(z^2 \times PQ)/i^2 = (3,84 \times 0,1936)/0,0025 = (0,743424)/0,0025 = 297,3696$$

$n=297,3696$ sensiblement égal à 300.

Le nombre de sujets nécessaires à cette étude a été estimé à 300.

4.8. Recueil des données :

C'est une étude transversale ayant pour objectif de mesurer le niveau de satisfaction des usagers « AMO » à l'égard des soins et des services. Le terme de satisfaction des usagers, bien que largement utilisé, est rarement défini avec clarté. Il fait écho aux attentes, aux perceptions, aux opinions aux besoins, à l'expérience...des patients. De nombreux sociologues ont mis en lumière les ambiguïtés de ce concept, et aussi du contexte dans lequel elle est recueillie. Une définition est fréquemment utilisée dans la littérature anglo-saxonne [6] La satisfaction du patient serait définie comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services

Ne faisant pas partie de l'équipe de consultation, j'ai effectué personnellement la collecte des données par le biais d'un entretien en face à face avec les usagers. Le consentement éclairé verbal a été obtenu pour chaque répondant après explication du but de l'étude et assurance de l'anonymat. Les répondants ont eu l'occasion de décliner l'invitation ou y mettre fin quand ils le voulaient. Les entretiens ont eu lieu à l'extérieur du périmètre de consultation, et la confidentialité des renseignements recueillis a été garantie. Pour les variables étudiées voir annexe.

4.9. Analyse statistique :

Dans un premier temps, une analyse descriptive sera effectuée pour toutes les variables étudiées. Les variables quantitatives seront décrites en termes de moyenne, valeurs extrêmes et écart-type et les variables qualitatives en pourcentages.

L'association entre certaines variables dépendantes (niveau de satisfaction) et plusieurs variables explicatives potentielles sera recherchée. Lors de la comparaison de groupes, nous utiliserons les tests paramétriques classiques (Test de Khi², test de Student, ANOVA) en fonction de la nature des variables à comparer, ainsi que les tests non paramétriques en cas de faiblesses de certains effectifs. Pour chaque test statistique utilisé, le test sera considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) est inférieur à 0,05.

L'analyse statistique a été effectuée à travers le logiciel EPI Info version 6.

4.10. Aspects éthiques :

Pour cette étude, nous avons garanti la confidentialité par l'anonymat des participants. La participation était libre et volontaire après obtention d'un consentement verbal et éclairé.

4.11. Chronogramme des activités

Période tâches	Jun 2013	Juillet 2013	Août - Novembre 2013	Décembre 2013
Elaboration du protocole de recherche				
Elaboration du questionnaire				
Collecte des données				
Saisie et analyse des données				
Rédaction de la thèse				

5. RESULTATS

5.1. Caractères sociodémographiques, culturelles et économiques des patients :

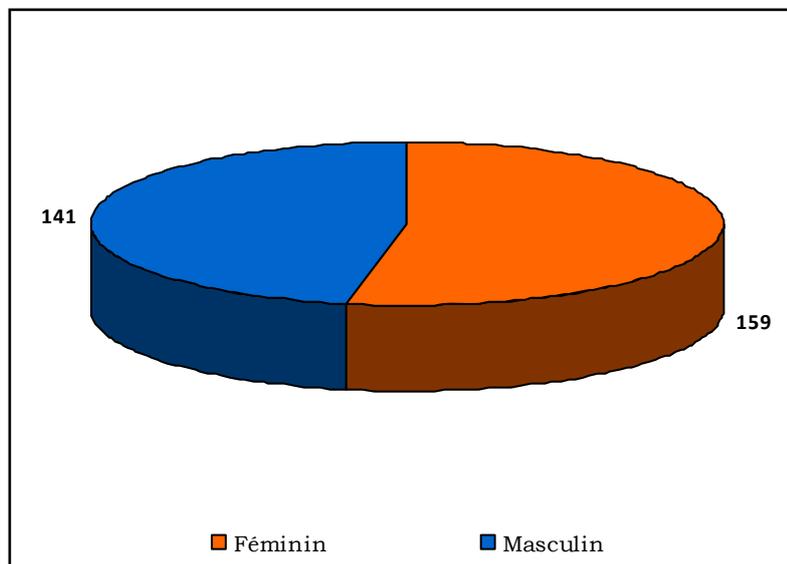


Figure 1 : Représentation graphique des patients en fonction du sexe

Le sexe féminin est prédominant dans notre série avec un effectif de 159, soit 53%. Nous avons un sexe ratio de 1,12 en faveur des femmes.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Actif	249	93
Inactif	51	17
Total	300	100

Actif = Fonctionnaires, femmes du foyer, ouvriers, élèves et étudiants.

Inactif = Sans emploi et retraités.

Dans notre série, nous avons trouvés 249 patients actifs, soit 93%, contre 17% inactifs.

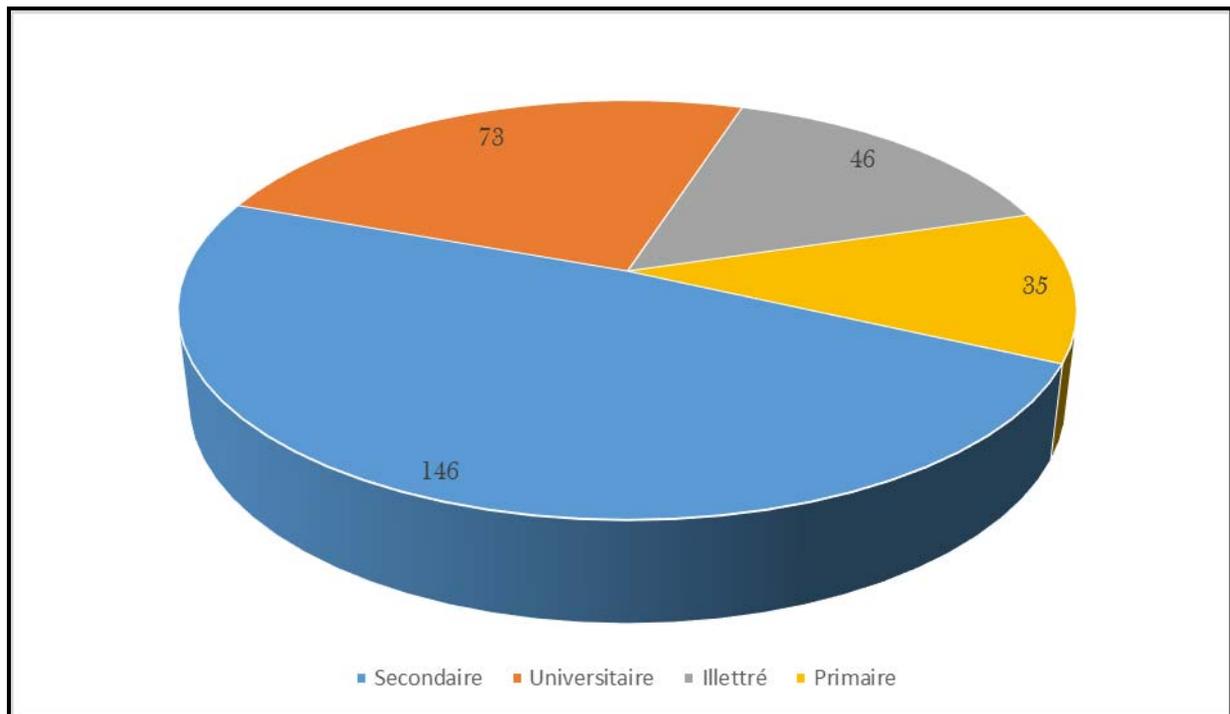


Figure 2 : Représentation graphique des patients en fonction de leur niveau d'instruction

Dans notre série, 15,3% (n=46) des patients étaient non lettrés.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié (e)s	217	72,3
Célibataires	62	20,7
Veuf (ve)s	16	5,3
Divorcé (e)s	5	1,7
Total	300	100

La plus part de nos patients étaient marié(es), soit 72,3%.

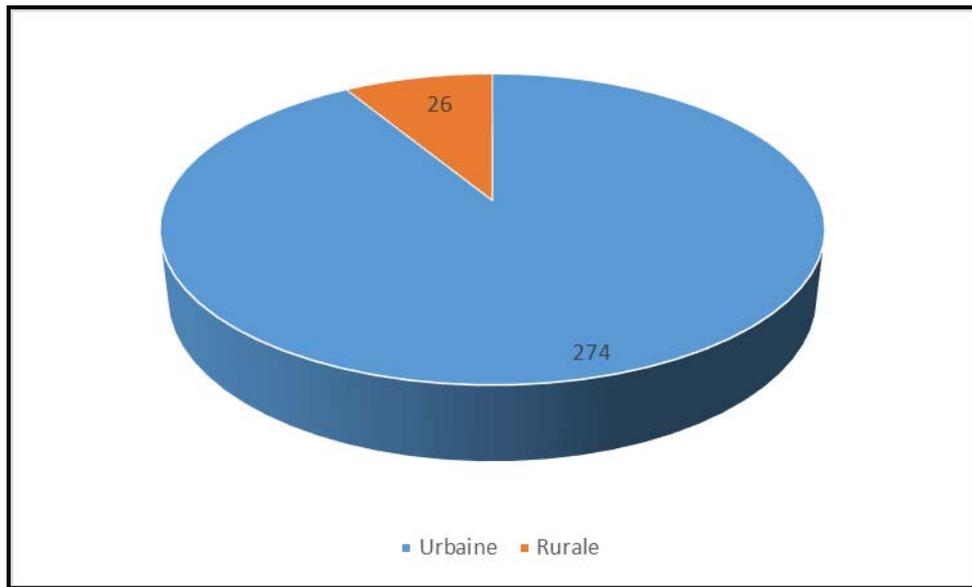


Figure 3 : Répartition des patients selon leur provenance

Nous avons trouvés qu'un effectif de 274 de nos patients provenait d'une zone urbaine, soit 91,3%, contre 26 pour la zone rurale, soit 8,7%.

5.2. Connaissances (avis) des patients par rapport à initiative AMO

Tableau III : Répartition des patients selon leurs avis

Avis des assurés sur l'initiative AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	297	99
Non	3	1
Total	300	100

La quasi-totalité de nos patients trouvent que l'AMO est une bonne initiative, soit 99%.

Tableau IV : Répartition des patients selon les assujettis

Les assujettis	Effectif	Pourcentage (%)
Etat	265	88,6
Privé	35	11,4
Total	300	100

Dans notre série, 265 de nos patients étaient au compte de l'état, soit 88,6% contre 11,4% au compte des structures privées.

Tableau V : Répartition des patients selon les bénéficiaires de l'AMO

Les bénéficiaires de l'AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Ayant droit	161	53,7
Ouvrant droit	139	46,3
Total	300	100

Nous avons colligés un effectif de 161 patients qui sont des ayants droits, soit 53,7%, contre 139 ouvranants droits.

Tableau VI : Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous le montant cotisé par mois.

Connaissance du montant cotisé par mois par les assurés	Effectif	Pourcentage (%)
Non	197	65,7
Oui	103	34,3
Total	300	100

Dans notre étude, 197 de nos patients ne connaissent pas le montant cotisé par mois dans le cadre de l'AMO.

Tableau VII : Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous les actes médicaux non prise en charge par AMO.

Connaissance sur les actes médicaux non prise en charge par AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Non	236	78,7
Oui	64	21,3
Total	300	100

La quasi-totalité de nos patients, soit 78,7% ne connaissaient pas les actes médicaux non prise en charge par AMO.

Tableau VIII : Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous une différence dans la gestion des patients assurés AMO et les autres usagers.

Différence dans la gestion des patients assurés AMO et des autres usagers	Effectif	Pourcentage (%)
Non	294	98
Oui	6	2
Total	300	100

Pratiquement, nous n'avons pas de différence significative sur le plan de la gestion des patients AMO et les autres patients.

5.3. Satisfaction des patients au niveau du Bureau des Entrées

5.3.1. Identification du guichet :

Tableau IX : Répartition des patients selon le constat de la présence du logo du CANAM dans la structure.

Présence du logo de la CANAM dans les structures	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	209	69,6
Non	91	30,4
Total	300	100

La plupart de nos patients ont constaté la présence du logo de la CANAM dans la structure, soit 69,6%.

5.3.2. Accessibilité des guichets AMO :

Tableau X : Répartition des patients selon l'accès facile où non des guichets AMO dans les structures

Accès des guichets AMO dans les structures	Effectif	Pourcentage (%)
Facile	250	83,3
Pas facile	50	16,7
Total	300	100

Plus de 2/3 de nos patients ont facilement accédé au guichet AMO dans les structures.

5.3.3. Accueil des patients :

Tableau XI : Répartition des patients selon leurs respects au niveau des guichets AMO dans les structures

Accueil	Effectif	Pourcentage (%)
Non	250	83,3
Oui	50	16,7
Total	300	100

La plupart de nos patients affirment de ne pas être bien accueilli au niveau du guichet AMO dans les structures de santé au niveau des deux communes soit 250 sur 300.

5.3.4. Le respect de l'ordre d'arrivé au niveau des guichets AMO dans les structures de prestation :

Tableau XII : Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivé des patients au niveau des guichets AMO dans les structures

Respect d'ordre d'arrivé des patients aux guichets AMO dans les structures	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	250	83,3
Non	50	16,7
Total	300	100

La plupart de nos patients ont affirmé que l'ordre d'arrivé au niveau du guichet AMO dans les structures est respecté.

5.3.5. Le temps d'attente en minute des patients :

Tableau XIII : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente au niveau des guichets AMO dans les structures.

Temps d'attentes en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Trop long (+15 mn)	196	65,3
Long (5 à 15 mn)	78	26
Acceptable (0 à 5 mn)	20	6,7
Ne sait pas	6	2
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 65,3%, ont trouvé le temps d'attente est trop long au niveau des guichets AMO.

5.3.6. Le comportement des agents au guichet AMO :

Tableau XIV : Répartition des avis des patients par rapport aux comportements des agents au niveau des guichets AMO dans les structures.

Comportement des agents au guichet AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Insuffisance de professionnalisme des agents CANAM au niveau des guichets	101	33,7
Comportement irrationnel des agents CANAM au niveau des guichets	100	33,3
Ecart de langage des agents CANAM au niveau des guichets	60	20
Sans avis	39	13
Total	300	100

La plupart de nos patients ont signalé le non professionnalisme et le comportement irrationnel des agents aux guichets de l'AMO.

5.4. Satisfaction des patients au niveau des Bureaux des Entrées :

Tableau XV : Satisfaction des patients

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Accessibilité des guichets AMO dans les structures (Facile)	250	83,3
Accueil des patients (Non)	250	83,3
Respect d'ordre d'arrivée au guichet AMO (Oui)	250	83,3
Présence du logo de CANAM dans les structures (Oui)	209	69,6
Temps d'attente en mn au guichet AMO (Trop long + de 15mn)	196	65,3
Insuffisance de professionnalisme des agents au guichet AMO	101	33,7

Il ressort de l'analyse de ce tableau, que les patients ne sont pratiquement pas satisfait de la prestation au niveau du bureau des entrées. Cela se retrouve à travers leur mauvais accueil selon 83,3% des patients. Le temps d'attente au niveau du guichet AMO, dépassait plus de 15 mn selon 65,3% des patients pour avoir un ordonnancier. A cela s'ajoute le manque de professionnalisme des agents au niveau du guichet AMO.

5.5. Dans la salle de consultation :

5.5.1. Le temps d'attente :

Tableau XVI : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant d'entrer dans la salle de consultation.

Temps d'attente en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Acceptable (0 à 5 mn)	200	66,7
Ne sait pas	74	24,6
Long (5 à 15 mn)	26	8,7
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 66,7%, ont trouvé que le temps d'attente jugé acceptable situé entre 0 et 5 mn avant leur entrer dans le bureau de consultation est tolérable.

5.5.2. Le respect de l'ordre d'arrivée :

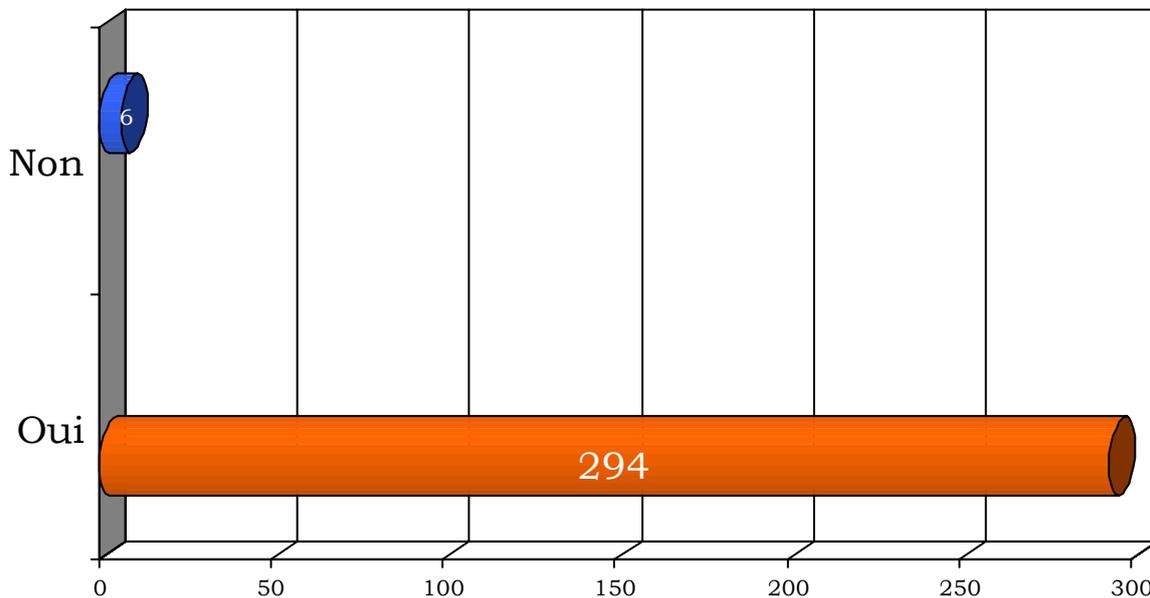


Figure 4 : Représentation graphique des avis des patients pour le respect de leur ordre d'arrivée avant d'être dans la salle de consultation.

La plupart de nos patients, soit 98%, affirme que l'ordre d'arrivé est respecté devant le bureau de consultation.

5.5.3. Explication du traitement donné aux patients :

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'avis des patients par rapport à l'explication du traitement donné.

Explication du traitement donné aux patients	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	282	94,6
Non	18	5,4
Total	300	100

Plus des 2/3 de nos patients ont affirmé que le traitement donné est expliqué.

5.5.4. Intimité garantie des patients :

Tableau XVIII : Répartition des patients selon leur avis par rapport à la garantie de l'intimité au cours des consultations.

Garantie de l'intimité des patients dans la salle de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	290	96,7
Non	10	3,3
Total	300	100

L'intimité de 290 patients est garantie au cours des consultations.

Tableau XIX : Satisfaction des patients au niveau du bureau de consultation

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Temps d'attente en mn avant d'être dans la salle de consultation (Acceptable 0 à 5mn)	200	66,7
Respect d'ordre d'arrivée au niveau du bureau de consultation (Oui)	294	98
Explication du traitement donné aux patients dans le bureau de consultation (Oui)	282	94,6
Garantie de l'intimité des patients dans le bureau de consultation (Oui)	290	96,7

Tous les items utilisés pour évaluer la satisfaction des patients au niveau du bureau de consultation sont à plus de 60%. Il s'agit de :

- ✓ Du temps d'attente en minute des patients avant leur entrée dans le bureau de consultation. Ce temps est jugé acceptable, s'il est situé entre 0 et 5 mn ; long entre 10 et 15 mn et trop long si plus de 15 mn. Dans notre cas, 200 patients, soit 66,7% ont affirmé que ce temps est acceptable ;
- ✓ La quasi-totalité (294 patients, soit 98%) de nos patients confirme que l'ordre d'arrivée est respecté dans le bureau de consultation ;
- ✓ Quand à l'explication du traitement donné, nous avons 282, soit 94,6% de nos patients, disent que cela est effective dans le bureau de consultation par les prescripteurs ;
- ✓ Le dernier indicateur, l'assurance garantie de l'intimité des patients lors des consultations, 290 patients, soit 96,7% ont confirmé que cela est bien garantie dans les bureaux de consultations.

5.5. Lieux de réalisation d'examens complémentaires

5.5.1. Laboratoire

5.5.1.1. Le temps d'attentes :

Tableau XX : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans le laboratoire.

Temps d'attentes en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Ne sait pas	102	34
Acceptable (0 à 5 mn)	100	33,3
Long (5 à 15 mn)	68	22,7
Trop long (+15 mn)	30	10
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 102 sur 300, ne sont pas arriver à estimé en minute le temps qu'ils font en attente devant le laboratoire.

5.5.1.2. Le respect de l'ordre :

Tableau XXI : Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivé des patients avant leur entrée dans le laboratoire.

Respect d'ordre d'arrivée des patients avant leur entrée dans le laboratoire	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	290	96,7
Non	10	3,3
Total	300	100

L'ordre d'arrivé des patients devant le laboratoire d'analyse est respecté, affirment 290 patients de nos patients, soit 96,7%.

5.5.1.3. *Explication de l'examen avant de poser l'acte :*

Tableau XXII : Répartition de l'avis des patients par rapport à l'explication de l'examen avant de poser l'acte.

Explication de l'examen aux patients avant de poser l'acte	Effectif	Pourcentage (%)
Non	190	63,3
Oui	110	36,7
Total	300	100

La plupart de nos patients disent ne pas être avisés par le personnel avant de poser l'acte, soit un effectif de 190.

Tableau XXIII : Satisfaction des patients au laboratoire d'analyses

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Temps d'attente en mn avant d'entrer dans les salles de prélèvement des laboratoires (Ne sait pas)	102	34
Respect d'ordre d'arrivée dans les salles de prélèvements des laboratoires (Oui)	290	96,7
Explication de la technique avant de poser l'acte (Non)	190	63,3

L'analyse de ce tableau montre que les patients sont satisfaits au niveau du laboratoire seulement à travers le respect d'ordre d'arrivé. Par contre, 102 n'ont pas été à mesure d'estimer le temps (en minute) qu'ils mettent avant d'être dans le laboratoire. Quand à l'explication de la technique avant de poser l'acte, ne se fait pas, affirment 190 de nos patients, soit 63,3%.

5.5.2. Centre d'imageries :

5.5.2.1. Le temps d'attente :

Tableau XXIV : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans un service d'imagerie.

Temps d'attentes en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Trop long (+15 mn)	102	34
Long (5 à 15 mn)	100	33,3
Acceptable (0 à 5 mn)	68	22,7
Ne sait pas	30	10
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 67,3%, ont trouvé que le temps d'attente jugé long (5 à 15 mn) et trop long (plus de 15 mn) avant leur entrer dans un service d'imagerie est de trop.

5.5.2.2. Le respect de l'ordre :

Tableau XXV : Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivé des patients avant leur entrée pour l'examen dans un service d'imagerie

Respect d'ordre d'arrivée des patients avant leur entrée dans un service d'imagerie	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	270	90
Non	30	10
Total	300	100

Dans notre série, 270 patients, soit 90% affirment que l'ordre d'arrivée des patients est respecté.

5.5.2.3. *Explication de l'examen avant de pratiquer :*

Tableau XXVI : Répartition de l'avis des patients par rapport à l'explication avant de pratiquer l'examen.

Explication aux patients avant de pratiquer l'examen	Effectif	Pourcentage (%)
Non	200	66,7
Oui	100	33,3
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 200 sur 300, affirment qu'on ne leur explique pas les actes avant de le pratiquer, contre 100 qui trouvent le contraire.

Tableau XXVII : Satisfaction des patients au niveau des centres d'imageries.

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Respect de l'ordre d'arrivée dans les centres d'imageries (Oui)	270	90
Explication de la technique avant de poser l'acte (Non)	200	66,7
Temps d'attente en mn avant d'entrée dans les centres d'imageries (Trop long)	102	34

L'analyse de ce tableau montre que les patients ne sont pas satisfaits au niveau des Centres d'imageries et cela à travers le temps d'attente trop long affirment 102 de nos patients, soit 34% et la non explication de la technique avant de poser l'acte disent 200 patients (66,7%). Quand au respect d'ordre d'arrivée, presque la totalité, 270 de nos patients, soit 90% affirment que cela est respecté.

5.5.3. A la pharmacie

5.5.3.1. Accueil des patients :

Il ressort qu'il n'existe pas une différence notable à l'accueil des clients dans les officines.

5.5.3.2. Respect des clients :

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon leurs respects au niveau des officines.

Respect des patients avec les ordonnances de la CANAM	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	250	83,3
Non	50	16,7
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 83,3% affirment qu'ils sont respectés dans les pharmacies même avec une ordonnance de la CANAM.

5.5.3.3. Temps d'attente :

Tableau XXIX : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans un service d'imagerie.

Temps d'attentes en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Ne sait pas	200	66,7
Acceptable (0 à 5 mn)	90	30
Long (5 à 15 mn)	6	2
Trop long (+15 mn)	4	1,3
Total	300	100

Le temps d'attente n'est pratiquement pas connu affirment les 2/3 de nos patients, soit 66,7%.

5.5.3.4. *Respect d'ordre d'arrivée :*

Tableau XXX : Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivée des patients dans les officines.

Respect d'ordre d'arrivée des patients dans les officines	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	290	96,7
Non	10	3,3
Total	300	100

L'ordre d'arrivée des patients est respecté dans les officines affirment 290 patients, soit 96,7%.

5.5.3.5. *Comportement du personnel dans les officines :*

Tableau XXXI : Répartition des avis des patients porteurs d'ordonnances CANAM selon le comportement du personnel dans les officines.

Comportement du personnel dans les officines	Effectif	Pourcentage (%)
Manque de professionnalisme	150	50
Rejet de certaines ordonnances	90	30
Bon	53	17,7
Sans avis	7	2,3
Total	300	100

Nous avons recensés que la moitié du personnel dans les officines manque de comportement professionnel à l'égard des patients.

5.5.3.6. *Explication de la posologie du traitement administré :*

Tableau XXXII : Répartition de l’avis des patients par rapport à l’explication de la posologie des médicaments sur ordonnances AMO

Explication de la posologie des médicaments sur ordonnances AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	200	66,7
Non	100	33,3
Total	300	100

La plupart de nos patients trouvent que la posologie des prescriptions est expliquée, soit 66,7% dans les officines.

Tableau XXXIII : Satisfaction des patients au niveau des officines.

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Respect des clients dans les officines (Oui)	250	83,3
Temps d’attente en mn dans les officines (Ne sait pas)	200	66,7
Respect d’ordre d’arrivée dans les officines (Oui)	290	96,7
Comportement du personnel dans les officines (Manque de professionnalisme et le rejet de certaines ordonnances)	150, 90	50, 30
Explication de la posologie des prescriptions (Oui)	200	66,7

L’analyse de ce tableau montre que les patients ne sont pas satisfaits au niveau des officines et cela à travers le temps d’attente non estimé par 200 de nos patients, soit 66,7% ; suivi des comportements du personnel dans les officines. Ces comportements se traduisent par un manque de professionnalisme certains affirment (150 patients, soit 50%) ; suivi du rejet

de certaines ordonnances médicales affirment d'autres patients AMO aussi (90 patients, soit 30%). A ceux-ci s'ajoute, l'insuffisance du nombre de structures (Cabinet Médical, de soins et de Pharmacie) accréditées par la CANAM dans le cadre des prestations pour les patients AMO.

6. COMMENTAIRES :

Au terme de la revue de nos résultats, certains points méritent d'être soulignés. Tout d'abord, notre étude a permis d'élaborer des indicateurs pertinents permettant d'évaluer la satisfaction des patients adhérent à l'AMO. Il est important de signaler que presque tous les indicateurs ont été appliqués en des services différents tout au long du parcours du patient depuis le bureau des entrées au niveau du guichet AMO jusqu'à la pharmacie en passant par le bureau de consultation et les lieux de réalisation d'examen complémentaires (laboratoire et ou centre d'imagerie).

6.1. Données sociodémographiques, culturelles et économiques

Au cours de notre étude, les informations sociodémographiques, culturelles et économiques, ont été recueillies conformément à nos critères d'inclusion. Ont été concernés dans notre série, le sexe, la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et la provenance des patients.

6.1.1. Sexe :

Les résultats représentés par la Figure 1 montrent que parmi les 300 patients enquêtés au cours de cette étude, 141 sont de sexe masculin, soit 47% et 159 de sexe féminin, soit 53%, avec un sexe ratio de 1,12 en faveur du sexe féminin.

Nos données concordent avec celles retrouvées dans EDSM V, qui montrent que parmi les 55 836 personnes enquêtées au cours de l'EDSM V, 27571 sont de sexe masculin et 28264 de sexe féminin, soit un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes.

Les hommes sont donc légèrement sous-représentés dans la population par rapport aux femmes^[12]. Aussi les femmes fréquentent beaucoup les structures sanitaires que les hommes compte tenu de leur rang social, de leur occupation et de leur disponibilité dans les foyers.

6.1.2. Profession et Niveau d'instruction :

L'analyse de nos données montre que l'appréciation de la profession de nos patients a été faite à travers les patients actifs et les ceux non actifs. Sont dits patients actifs les fonctionnaires, les femmes au foyer, les manœuvres et

ouvriers, les élèves et les étudiants. Quant aux patients inactifs, ils concernent ceux retraités et les sans emploi.

Dans le cadre de notre étude, sur les 300 patients enquêtés, 249 sont actifs, soit 93%, contre 51 inactifs, soit 17%. Cela peut s'expliquer par le fait que la majeure partie des adhérent à l'AMO sont des personnes en activités (ouvrant droit du secteur privé et ou du secteur étatique et aussi des ayants droit). Ceux qui sont inactives c'est les personnes qui sont à la retraite alors qu'ils avaient adhérents et les bénéficiaires (ayant droit).

Quant au niveau d'instruction, sur les 300 patients, un effectif de 146 ont un niveau secondaire, soit 66,7%, suivi par les universitaires avec un effectif de 73, soit 24,3%. Le niveau d'étude primaire occupe 11,7% de notre population étudiée, soit un effectif de 35 patients, et les illettrés sont au nombre de 46, soit 15,3%.

6.1.3. Statut matrimonial et provenance :

Le statut matrimonial de nos patients a concerné ceux qui sont mariés (ont été considérés comme étant mariés toutes les femmes et tous les hommes mariés légalement, ainsi que toutes celles et tous ceux vivant en union consensuelle) [12].

L'analyse du statut matrimonial de nos patients nous fait dire que plus des 2/3 sont marié (es), soit un effectif de 217 (72,3%). Ce groupe est suivi des célibataires avec un effectif de 62, soit 20,7%. Les veufs (ves) arrivent avec 16 patients, soit 5,3 et enfin on retrouve quelques divorcés (5 patients, soit 1,7%).

Quant-à la résidence, nous avons trouvés que 274 de nos patients provenaient d'une zone urbaine (ville), soit 91,3% contre 26 provenance d'une zone rurale.

Cette répartition inégale de la population pourrait s'expliquer d'une part suivant le découpage politico-administrative et d'autre part la situation géographique des structures sanitaires conventionnées par l'AMO.

6.2. Connaissance des patients par rapport à l'AMO

6.2.1. Les avis des patients :

Durant la période de notre étude, nous avons administrés le questionnaire auprès des patients adhérents à l'AMO dans les deux structures. Nous nous sommes intéressés à leurs avis par rapport à l'initiative de l'Assurance Maladie Obligatoire. Malgré le caractère Obligatoire, la quasi-totalité de nos patients (297/300) trouvent que c'est une très bonne initiative, soit 99%. Certains patients ont facilement adhéré à l'initiative et ont très bien apprécié, par contre, d'autres ont trouvé qu'en plus du caractère obligatoire, la prise en charge ne concernait que les produits DCI (Dénomination Commune Internationale) d'où leur non adhésion.

Nous avons retrouvés un autre groupe de patients non adhérent au départ, qui après l'élargissement de l'éventail des médicaments aux spécialités et le suivi des séances de sensibilisations à travers les médias ont finalement adhéré.

6.2.2. Les assujettis :

Nous avons trouvés que la majeure partie de nos adhérents sont des fonctionnaires de l'Etat, (265/300) soit 88,6% contre 35/300, soit 11,4% du secteur privé. Cela peut s'expliquer par le caractère obligatoire de l'assurance pour les fonctionnaires de l'état. Quand aux adhérents du secteur privé, leur adhésion est libre et volontaire.

6.2.3. Les bénéficiaires :

Il ressort de l'analyse de nos données, que les ouvrants droits sont au nombre de 139 (46,3%); contre 161, soit 53,7% des ayants droits. Cette différence entre ces deux catégories de bénéficiaires (ouvrants droits et les ayants droits) peut s'expliquer d'une part à travers les critères d'inclusion de notre étude et d'autres part, un ouvrant droit peut faire bénéficier plusieurs ayants droits. Aussi, le fait qu'à partir de 21ans un ayant droit cesse d'être bénéficiaire car il est majeur et apte à se prendre en charge financièrement.

6.2.4. La connaissance du montant cotisé par mois par les adhérents :

Nous avons trouvés que le montant cotisé par mois par les adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire reste meconnue affirment 197 patients, soit 65,7%. Alors que 103 (34,3%) de nos patients savent le montant qu'ils payent par mois au compte de l'AMO. Cet état de fait peut s'expliquer d'une part, par une insuffisance d'informations (manque de sensibilisation) des adhérents par la CANAM et d'autre part, par une négligeance de la part des adhérents.

6.2.5. La connaissance des actes médicaux non prise en charge par AMO :

Nous avons trouvés que plusieurs actes médicaux ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire affirment 236 patients, soit 78,7%. Alors que 64 patients, (21,3%) connaissent. Cet état de fait peut s'expliquer par une insuffisance d'informations (manque de sensibilisation) des adhérents par la CANAM.

6.2.6. La différence dans la gestion des patients AMO et les autres usagers

Nous n'avons pas trouvé de différence notoire dans la gestion des adhérents AMO et des non adhérents.

6.3. Evaluation de la satisfaction des patients :

6.3.1. Au niveau des bureaux des entrées :

Il ressort de l'analyse des indicateurs de satisfaction de nos adhérents au niveau du bureau des entrées, que les patients AMO ne sont pratiquement pas satisfaits de la prestation au niveau du bureau des entrées. Cela se retrouve à travers leur mauvais accueil qui est à 83,3% selon 250 patients, le temps d'attente trop long (plus de 15 mn au guichet pour avoir un ordonnancier et ou des bulletins) au niveau du guichet AMO affirment 196 patients, soit 65,3%. A cela s'ajoute le manque de professionnalisme des agents au niveau du guichet AMO.

6.3.2. Au niveau des bureaux de consultation :

Tous les items utilisés pour évaluer la satisfaction des patients au niveau des bureaux de consultation sont à plus de 60%. Il s'agit de :

- ✓ Du temps d'attente en minute des patients avant leur entrée dans le bureau de consultation. Ce temps a été jugé acceptable, par 200 patients, soit 66,7% ; long affirme, 26 patients (8,7%). Par contre 74 de nos patients affirment de ne pas parvenir à estimer le délais d'attente au niveau des bureaux de consultation.
- ✓ Par rapport au respect de l'ordre d'arrivée, la quasi-totalité (294 patients, soit 98%) de nos patients adhérents AMO confirment que l'ordre d'arrivée est respecté au niveau des bureaux de consultation ;
- ✓ Quand à l'explication du traitement donné aux patients AMO après une consultation, nous avons trouvés que 282, soit 94,6% de nos patients, disent que cela est effective dans les bureaux de consultation par les prescripteurs ;
- ✓ Le dernier indicateur qui est l'assurance garantie de l'intimité des patients lors des consultations, 290 de nos patients, soit 96,7% confirment que cela est bien garantie dans les bureaux lors des consultations.

6.3.3. Au niveau de réalisation des examens complémentaires :

6.3.3.1. Laboratoire d'analyse biomédicale :

L'analyse des indicateurs de satisfaction de nos patients au niveau du laboratoire se fait à travers le respect d'ordre d'arrivée, le temps d'attente et l'explication de l'acte.

Par rapport au respect d'ordre d'arrivée, presque la totalité de nos patients (290/300), soit 96,7% affirment que cela est respecté à l'entrée des salles de prélèvements. Le temps d'attente avant d'être admis dans les salles de prélèvements des laboratoires a été jugé acceptable par 100 patients, soit 33,3%, par contre, 102 (34%) n'ont pas été à mesure d'estimer le temps (en minute) qu'ils mettent avant d'être dans les salles de prélèvements des laboratoires. Quand à l'explication de la technique avant de poser l'acte, cela ne se fait pas, affirment 190 de nos patients, soit 63,3%.

6.3.3.2. Centre d'imagerie :

La revue des informations collectées au niveau des centres d'imageries dans les deux Districts sanitaires objective que les patients ne sont pas satisfaits au niveau des Centres d'imageries et cela à travers le temps d'attente trop long affirment 102 de nos patients, soit 34% et la non explication de la technique avant de poser l'acte disent 200 patients (66,7%). Quand au respect d'ordre d'arrivée, presque la totalité, 270 de nos patients, soit 90% affirment que cela est respecté.

6.3.4. Au niveau des officines :

L'analyse de la non satisfaction de nos patients AMO au niveau des officines s'observe à travers le temps d'attente non estimé par 200 de nos patients, soit 66,7% ; la non estimation du temps d'attente peut s'expliquer par un long processus de vérification des données sociodémographiques des patients adhérents dans une base de données sur le réseau du CANAM ; suivi des comportements non professionnels du personnel dans les officines. Ces comportements se traduisent par l'absence et ou la non disponibilité de personnes qualifiées dans les officines affirment certains adhérents AMO à leur passage pour une dispensation (150 patients, soit 50%) ; il est suivi du rejet de certaines ordonnances médicales affirment d'autres patients AMO

(90 patients, soit 30%). Ce rejet des certaines ordonnances est le fait que les écritures ne sont pas identiques ou comporte des ratures et même l'absence et ou la non conformité du cachet et des signatures sur les ordonnanciers AMO. A ceux-ci s'ajoute, l'insuffisance du nombre de structures (Cabinet Médical, de soins et de Pharmacie) accréditées par la CANAM dans le cadre des prestations pour les patients AMO, aussi l'absence de certains médicaments et de quelques actes médicaux non couverts pour la prise en charge des patients AMO.

7. CONCLUSION ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION DU SYSTEME:

7.1. Conclusion :

Nous avons particulièrement apprécié de mener ce travail original. L'appréciation de la satisfaction des patients en générale et ceux de l'Assurance Maladie Obligatoire en particuliers est en effet, selon nous, un enjeu important de notre pratique. Elle permet malheureusement pas de tenir compte de la subjectivité du vécu du patient.

L'évaluation de la satisfaction par les patients, paraît indispensable.

Nous nous sommes, ainsi étonnés du peu d'études qui portaient sur ce sujet, particulièrement en service de médecine. C'est donc dans cette démarche respectueuse du patient que nous avons choisi de mener cette étude.

Bien qu'elle comporte de nombreuses limites, certaines engendrées par notre manque d'expérience dans le domaine de la satisfaction des patients assurés à la CANAM, d'autres inhérentes à ce type d'étude, notre enquête a néanmoins pu apporter plusieurs choses. Elle a d'abord montré que c'est les personnes en activité qui sont les plus assurées avec une prédominance du sexe féminin. On été capables de donner leurs avis sur la satisfaction des prestations dans le cadre de l'AMO de façon sérieuse et avec beaucoup de plaisir, tout patient à partir de l'âge de 15 ans, adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire consultant dans les dits centres consentants à participer à l'étude. Enfin, l'analyse de la satisfaction des patients AMO nécessite certaines précautions en raison de notre immaturité, mais elle apporte aussi des éléments intéressants pouvant contribuer à l'amélioration de la satisfaction des patients assurés.

Ainsi, des changements et des évolutions peuvent d'ores et déjà être envisagés au terme de cette étude pour améliorer le degrés de satisfaction des patients AMO dans le service de Médecine dans les deux Districts sanitaires (Commune IV et V) de Bamako. Parmi ceux-ci, le renforcement de

l'information donnée aux assurés, l'augmentation des structures de prestations médicales (Publiques et privées), des officines accréditées ainsi que l'élargissement de la liste des produits pour la prise en charge des patients et le renforcement de capacités du personnel au niveau des guichets AMO revêt d'une importance particulière. En effet, comme nous l'avons vu, l'explication de la posologie des traitements donnés ainsi que la garantie de l'intimité lors des consultations et surtout le respect d'ordre d'arrivée à tout les niveaux de la prestation pourraient être des comportements nettement à renforcer dans le cadre de la satisfaction de nos patients assurés.

Bien informé, les assurés tolère mieux certaines contraintes inhérentes aux soins. L'aspect caractère « obligatoire » est, également, un élément qui semble important à être mieux expliquer pour obtenir plus d'adhésion à l'assurance. Ces perspectives pourront être encore affinées après discussion avec l'équipe technique afin d'apporter les éléments de réponses les plus adaptées à chaque problématique rencontré.

Pour terminer, et compte tenu des limites de notre enquête, nous pensons qu'il serait particulièrement intéressant que ce travail se poursuive en collaboration avec l'équipe technique de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie du Mali. Il serait ainsi utile de mieux identifier les composantes de la satisfaction les plus importantes pour les ouvrants droits et les ayants droits, puis de créer un questionnaire validé en langue nationale. Ceci permettrait ainsi de comparer les taux de satisfaction dans le temps mais également entre les services dans le but, par exemple, de communiquer sur les prises en charge les plus efficaces et les plus appréciées.

7.2. Propositions d'amélioration du système :

Au terme de cette étude, nous formulons les propositions suivantes :

7.2.1. A la caisse nationale d'assurance maladie :

- ✚ Augmenter le nombre de structures (Publiques et privées) de prestations médicales conventionnaires de CANAM ;
- ✚ Rendre disponibles périodiquement, la liste des médicaments autorisés à jour, pour la prise en charge des patients AMO aux prescripteurs ;
- ✚ Renforcer les compétences des agents au niveau des guichets AMO ;
- ✚ Mettre en vigueur la loi n°09-015 du 26 Juillet 2009.
- ✚ Accentuer les campagnes d'Informations, d'Education et de Communication de masse ;

7.2.2. Aux assurées :

- ✚ S'informer d'avantage sur le montant cotisé par mois dans le cadre de l'AMO ;
- ✚ S'informer d'avantage sur les prestations couvertes par la CANAM dans le cadre de la prise en charge des assurés.

SOMMAIRE

	Pages
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	4
3. GENERALITES	5
4. METHODOLOGIE	22
5. RESULTATS	25
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	45
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	52
REFERENCES	70
ANNEXES	76

INTRODUCTION

1 - INTRODUCTION

Le Mali, dès son accession à l'indépendance, a souscrit souverainement aux principes affirmés dans la déclaration universelle des droits de l'homme et a adopté différents textes et lois inspirés de la Convention N°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) qui est la norme mondiale en matière de sécurité sociale ^[1].

En dépit de ces efforts très louables du Gouvernement, la demande des services de santé de façon générale reste faible. Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer les facteurs socioculturels, le sous financement des services de santé et le faible pouvoir d'achat de la population ^[2].

En reconnaissant aux citoyens le droit à la santé et le droit à la protection sociale, la Constitution de 1992 imposait donc aux pouvoirs publics de mettre en place les organismes appropriés pour rendre effectifs ces droits. Et pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, les autorités de la République du Mali ont institué un régime d'Assurance maladie obligatoire (AMO). Il s'agit d'un régime auquel l'assuré est automatiquement rattaché en fonction de sa situation personnelle: fonctionnaire, salarié, pensionné ou député. Le régime de l'AMO est basé sur deux concepts fondateurs: cotiser selon ses ressources et se faire soigner selon ses besoins. Ce système de solidarité s'exerce entre les personnes aux revenus élevés et les personnes aux revenus modestes; les personnes en bonne santé et les personnes malades et les fonctionnaires, les salariés, les pensionnés et les députés ^[3].

L'État et les employeurs du secteur privé paieront une partie des cotisations. Le reste est prélevé directement sur les salaires. Ce mécanisme est théoriquement destiné à soulager nos concitoyens de l'énorme charge liée à la prise en charge des maladies. Mais le prélèvement des arriérés de cotisation d'assurance maladie sur les salaires fait déjà polémique. La Confédération syndicale des travailleurs du Mali (CSTM) a adressé une correspondance au ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées pour demander l'arrêt des prélèvements à la source. Elle ne conteste pas le bien-fondé du mécanisme de protection, mais relève

de nombreuses lacunes qui grippent le bien-fondé du principe ^[4]. La direction générale de la Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM) n'est, évidemment, pas de cet avis. L'AMO, assure-t-elle, est une bonne politique de protection sociale des risques. La mise en place de l'assurance maladie obligatoire et du Fonds d'assistance médicale constitue un des axes majeurs de la politique nationale de protection sociale, du Projet de développement économique et social du président de la République et de la Déclaration de Politique Générale du Premier Ministre ^[5]. Quand en est-il pour la satisfaction des usagers ? C'est l'objectif de notre étude.

OBJECTIFS

2 - OBJECTIFS :

2.3 - Objectif général :

Déterminer la satisfaction des assurés AMO au niveau de deux (02) Centres de Santé de Référence du District de Bamako.

2.4 - Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques culturelles et économiques des patients ;
- ✓ Identifier les attentes et les motifs d'insatisfaction des assurés AMO ;
- ✓ Déterminer le niveau de connaissance des bénéficiaires par rapport aux montants des cotisations, aux actes et aux médicaments couverts par l'AMO ;
- ✓ Apprécier la qualité de l'accueil, des assurés AMO dans les structures ;
- ✓ Proposer des points d'amélioration du système.

GENERALITES

3 – GENERALITES :

3.2. Rappel :

Situé au cœur de l'Afrique Occidentale, le Mali est un pays vaste de 1.241.238 Km² et sa population est estimée à 16.319.000 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 3,6% selon la dernière Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM V) en 2012 - 2013. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (74,5%). Le taux d'urbanisation est de 22,5%. La répartition spatiale est inégale.

Au dernier recensement de la population, 22,5% seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46,6% de la population sont âgées de moins de 15 ans ^[12].

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente du Mali s'élevait à 14.528.662 habitants en avril 2009 dont 51 % de femmes et 49% d'hommes; la densité est d'environ 11,7 habitants au kilomètre carré. En 2012, cette population est estimée à 16.319.000 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 3,6%. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (74,5%). Le taux d'urbanisation est de 22,5%. La répartition spatiale est inégale.

Au dernier recensement de la population, 22,5% seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46,6% de la population sont âgées de moins de 15 ans.

Le pays est découpé en huit régions administratives et le district de Bamako, la capitale. Le Mali s'est engagé dans la décentralisation depuis une vingtaine ; ce processus a abouti à la création de plus de 760 collectivités territoriales à différents niveaux (communes, cercles, régions, district). Le décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences et ressources transférées de l'Etat aux collectivités territoriales (Commune et Cercle) indique le transfert des compétences suivantes au niveau commune :

l'élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement sanitaire ; la signature de la convention d'assistance mutuelle avec les associations de sante communautaires (ASACO) ; l'allocation de subventions pour le financement des activités de sante selon les critères définis annuellement (contrat de performance); la mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels) ; la contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents de santé ; la subventions financières aux travaux de construction et à l'équipement des CSCom ; la lutte contre la vente illicite des médicaments ; le suivi et le contrôle de la gestion des ASACO ; la lutte contre les épidémies et catastrophes ; le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux médecins chefs des services de sante de cercles.

Au niveau cercle les compétences transférées de l'Etat sont les suivantes :

- ✓ l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement sanitaire (PDSC);
- ✓ le recrutement du personnel;
- ✓ la construction/réhabilitation et l'équipement des CSREF;
- ✓ la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies ;
- ✓ la lutte contre la vente illicite des médicaments;
- ✓ l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments;
- ✓ l'élaboration et la révision de la carte sanitaire;
- ✓ l'allocation de subventions aux centres de sante de référence;
- ✓ le contrôle du respect des engagements des ASACO du cercle;
- ✓ le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux directeurs régionaux de la santé.

Le système de santé du Mali :

La politique de santé repose sur la Déclaration de soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako, la Déclaration de Ouagadougou sur la relance des soins de santé ainsi que d'autres initiatives internationales auxquelles le pays a souscrit. L'unité opérationnelle de la politique de santé est le district

sanitaire qui comprend les services de santé de première ligne (centre de santé communautaire) et l'hôpital de district (centre de santé référence).

3.2. Les Centres de Santé Communautaire :

Depuis la fin des années 1990, le Mali a procédé à la mise en place d'un nombre important de centre de santé communautaire. En 2009, on estimait que plus de 88% de la population malienne résidaient dans un rayon de moins de 15 km d'un CSCom. Cette démarche de création de CSCom entre dans le cadre de la politique du gouvernement de la République du Mali de rapprocher les services de santé des utilisateurs et d'en faciliter l'accessibilité au plus grand nombre de la population. Les CSCom sont administrés par les associations de santé communautaire (ASACO) dont les membres sont les personnes physiques vivant dans l'aire de santé.

Le CSCom constitue l'entité sanitaire périphérique la plus proche des populations. C'est la base de la pyramide où s'exécutent les programmes de façon intégrée et où s'applique la médecine dans ses aspects curatif, préventif et promotionnel. Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale, la consultation pré et post natale, l'accouchement eutocique ou simple, les soins infirmiers, les conseils sur la nutrition, l'hygiène, etc. En général, l'équipe technique du CSCom est composée d'un médecin, d'une sage-femme, d'un infirmier.

Cette équipe s'occupe des consultations et de la maternité. Le CSCom dispose d'un dépôt de médicaments essentiels, d'une maternité et d'une infirmerie^[11].

3.3. Les Centres de Santé de Référence (CSRéf) :

Ils constituent le 2^{ième} niveau de contact, ils reçoivent les références du CSCom. Actuellement le Mali dispose soixante (60) CSRéf répartis sur l'ensemble du territoire national. Chaque cercle administratif en dispose d'au moins un. Les CSRéf sont administrés par un Conseil de gestion dont les membres sont les représentants des pouvoirs publics, des usagers, des collectivités territoriales.

Le Président de la collectivité territoriale de ressort (conseil de cercle ou commune du district de Bamako) ou son représentant est membre de droit du Conseil de gestion du CSRéf. Le plateau technique du CSRéf est naturellement plus étoffé que celui du CSCom. L'on y dispense des services de médecine générale et spécialisée selon les cas.

Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale surtout les méthodes longue durée, la consultation pré et post natale, le suivi de la grossesse, les accouchements dystociques, la consultation spécialisée (dentaire, ophtalmologique), les interventions chirurgicales, la supervision et la formation du personnel des CSCom. [11]

3.4. Les Etablissements Hospitaliers :

La réforme hospitalière de 2002, a consacré l'autonomie des hôpitaux qui sont depuis lors, dotés de la personnalité morale. La loi dite hospitalière qui est la cheville ouvrière de la réforme, distingue deux types d'hôpitaux :

- ✓ les établissements publics hospitaliers,
- ✓ les établissements hospitaliers privés.

Les établissements publics hospitaliers rendent le service public hospitalier. Sous certaines conditions, les établissements hospitaliers privés peuvent participer à la réalisation de la mission du service public hospitalier. Dans ce cas, ils reçoivent des subventions publiques. Actuellement il existe treizes (13) établissements hospitaliers dont douze publics et un privé qui participe d'ailleurs à la mission du service public.

Les établissements publics hospitaliers sont classés en deux catégories sur la pyramide sanitaire à savoir les hôpitaux dits régionaux qui sont implantés dans chacune des régions administratives sauf à Kidal et Koulikoro et les hôpitaux dits nationaux, structures de dernière référence, qui sont implantés dans la capitale et ses environs.

Les hôpitaux régionaux ont un plateau technique plus performant que celui des CSRéf dont ils reçoivent les patients référés. Les hôpitaux nationaux reçoivent les malades des hôpitaux régionaux ou des centres de santé de

référence. Ils participent à la formation des agents de santé et fournissent plus de soins avec des spécialités diversifiées. Ils mènent également la recherche^[11].

Quant au réseau de la médecine traditionnelle, il comprend les tradithérapeutes, les herboristes, les associations ou groupements de tradithérapeutes. La médecine traditionnelle travaille en collaboration avec le secteur privé, le secteur public et communautaire.

4.6. La gouvernance du système de santé :

3.5.1. Les organes existants :

Au plan législatif, il existe des cadres organisés pour faciliter le dialogue entre les parties prenantes. Ils sont spécifiés dans le Décret N° 01-115/P-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du programme de développement social et sanitaire et la décision N°10-1359/MS-SG du 16 Août 2010 portant création des groupes thématiques du comité de pilotage. Ce sont :

- Le Comité de suivi du PRODESS qui est présidé par le Ministre de la santé, avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers (PTF) et un représentant de la société civile.
- Le Comité technique du PRODESS, présidé par le Secrétaire Général du ministre de la santé est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS.
- Le Comité de pilotage également, présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé, regroupe les services techniques centraux des deux départements (santé et développement social) et les représentants des PTF, ainsi que les représentants de la société civile.
- Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP) est présidé par le Gouverneur de chaque région. Il est chargé essentiellement d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution.

- Au niveau du cercle, le Conseil de gestion est surtout chargé de l'adoption et de la validation des plans et programmes opérationnels des districts sanitaires. Il est présidé par le Président du Conseil de cercle et il est composé des autorités politiques et administratives locales, des médecins chefs, de la société civile (comprenant les représentants des différentes aires), les PTF locaux et les autres acteurs du PRODESS.
- Au niveau périphérique, le Comité de gestion des associations de santé communautaire est chargé de l'élaboration et de l'adoption du plan de développement sanitaire local.
- La mission conjointe de suivi : en cas de besoin, le comité de pilotage organise une mission par an pour évaluer et analyser la mise en œuvre du programme aux différents niveaux et fait rapport au comité technique. Dans les faits, tous les ans une équipe constituée de représentants des deux Ministères, des PTF et de la société civile se rend au niveau central et dans deux régions pour suivre la mise en œuvre du PRODESS jusqu'au niveau CScCom [11].

3.5.2. Organigramme du système de santé :

La politique sanitaire du Mali est:

- développée par le Ministère de la santé
- mise en œuvre par le cabinet ou par les différentes directions nationales.

Les hôpitaux régionaux et autres structures décentralisées sont sous la direction nationale de la santé (DNS) qui met en œuvre les différents plans nationaux par pathologie (paludisme, SIDA etc...).

La politique du médicament est gérée par la direction de la pharmacie et du médicament (DPM).

Décentralisation (1992) : rôle croissant des différentes directions régionales du Ministère de la santé (DRS) et implication des maires de communes dans la gestion des centres de santé de référence (Csref).

Création des " conseils régionaux d'orientation, de conception et d'exécution des programmes sociosanitaires" (CROPEPS) : permet de réunir toutes les

autorités régionales (de santé et administratives) et de produire un programme d'action de santé pour le national ^[13].

Les régimes d'assurance sociale visent à réduire la vulnérabilité notamment des pauvres vis à vis de la maladie et donc à améliorer leur accessibilité financière aux soins. Le choix fait par le pays porte :

- sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) de certaines catégories de population ;
- sur l'élargissement de la couverture par les mutuelles ;
- sur un mécanisme de prépaiement dans le cadre de la référence ;
- sur le développement des caisses de solidarité ;
- sur le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents.

5. L'assurance maladie obligatoire AMO

4.1. Définition : Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est la branche de la sécurité sociale qui couvre le risque maladie des salariés et leurs bénéficiaires.

4.2. Législation :

Les textes relatifs à la législation sont :

- la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire ;
- le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités d'application de la loi instituant l'AMO ;
- la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;
- le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ;
- le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil
- d'administration de la CANAM.

Il importe de noter que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire est une réforme fondamentale en matière de protection sociale au Mali. Il

s'agit de mettre en place ou améliorer au profit de tous les travailleurs les mesures visant à :

- iii) garantir la sécurité du revenu : revenu minimum, revenu de remplacement en cas d'interruption ou de réduction des revenus (suite à une maladie, maternité, accident du travail, chômage, invalidité, vieillesse, décès du chef de famille) et ;
- iv) garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable. La mise en place de l'assurance maladie procède du souci des plus hautes autorités d'étendre les champs d'application matériel et personnel de la protection sociale. Elle est une avancée de taille pour l'aboutissement des nombreuses concertations et dialogues tripartites Gouvernement, Patronat et Organisations syndicales menées depuis une dizaine d'années dans ce cadre. Les personnes assurées et les bénéficiaires sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence. En effet, l'assurance maladie regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics.

Elle est fondée sur l'affiliation obligatoire et s'écarte des pièges de l'assurance maladie sur la base d'une libre adhésion. D'abord, elle évite que certains groupes de la population cible, comme les plus pauvres et les plus vulnérables, ne soient exclus du système. Dans un régime volontaire, il peut y avoir exclusion en raison du manque d'intérêt politique à inclure les groupes vulnérables. L'exclusion peut aussi résulter du fait que les plus pauvres sont tout simplement dépourvus de la capacité ou de la volonté de payer les cotisations d'assurance maladie proposées. Ensuite, de par sa nature, l'assurance obligatoire interdit la « sélection adverse ». Celle-ci reproduit dans un cadre volontaire quand des gens en bonne santé considèrent que les cotisations d'assurance maladie sont trop chères et choisissent de ne pas s'assurer. L'assurance volontaire peut, de ce fait, se retrouver surchargée d'assurés présentant des risques sanitaires moyens ou élevés.

4.3. Gouvernance :

La gestion de l'assurance maladie a été confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public à caractère administratif créé à cet effet. Elle est chargée, entre autres, de l'encaissement des cotisations du régime de l'assurance maladie obligatoire, de l'immatriculation des employeurs et des assurés, de l'allocation aux organismes gestionnaires délégués que sont l'Institut National de Prévoyance Sociale et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale des dotations de gestion, de la passation de conventions avec les prestataires de soins de santé et le suivi de leur déroulement.

Les organes d'administration et de gestion de la CANAM sont le Conseil d'Administration, la Direction Générale et le Comité de Gestion.

Conformément aux dispositions du Décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, le conseil d'administration est composé de 18 membres dont les sièges sont répartis ainsi qu'il suit :

Au titre des pouvoir publics

- un représentant du Ministre chargé de la Protection Sociale ;
- un représentant du Ministre chargé des Finances ;
- un représentant du Ministre chargé de la Fonction Publique ;
- un représentant du Ministre chargé de la Santé ;
- un représentant du Ministre chargé de la Défenses.

Au titre des usagers de l'établissement

- cinq représentants des employeurs ;
- quatre représentants des travailleurs ;
- deux représentants des pensionnés ;
- un représentant des députés.

Au titre du personnel de l'établissement

- un représentant du personnel de la Caisse.

La présidence du Conseil d'Administration est assurée alternativement par le représentant des organisations syndicales des employeurs et le représentant des organisations syndicales des travailleurs. Le contrôle du dispositif est assuré :

Au niveau interne, à travers

- le contrôle des opérations d'immatriculation et de liquidation ;
- le contrôle médical ;
- l'audit et le contrôle de gestion.

Au niveau externe, à travers

- l'Inspection des Affaires Sociales ;
- le Contrôle Général des Services Publics ;
- le Bureau du Vérificateur Général ;
- la CIPRESS.

4.4. Adhésion à l'AMO

Conformément aux dispositions de la loi N°09-015 du 26 juin 2009 portant institution de l'Assurance Maladie Obligatoire, le champ d'application de l'AMO concerne les assujettis et les bénéficiaires.

Les personnes assujetties à l'AMO sont :

- les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires et les députés ;
- les travailleurs au sens du Code du Travail ;
- les titulaires de pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires ;
- les employeurs des secteurs public et privé ;
- les organismes gérant des régimes publics de pension.

Les bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leur famille à charge, à savoir :

- le (s) conjoint (s) ;
- les ascendants directs de l'assuré ;

- les enfants de l'assuré ceux âgés de 14 ans au plus, ceux âgés de 21 ans au plus poursuivant des études scolaires ou universitaires et ceux atteints d'un handicap) ;
- les enfants que la femme de l'assuré a eu d'un précédent mariage lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré à l'état civil ou divorce judiciairement prononcé ; toutefois dans ce dernier cas les enfants n'ouvrent pas droit aux prestations lorsqu'ils sont restés à la charge du premier mari ou que celui-ci contribue à leur entretien ;
- les enfants ayant fait l'objet d'une adoption ou d'une légitimation adoptive conformément aux dispositions du code de la parenté ;
- les enfants légalement reconnus par l'assuré.

En Juin 2011, 149 233 personnes étaient déjà immatriculées à l'AMO dont 100 126 fonctionnaires civils, parlementaires, retraités publics et ayants droit et 49 107 travailleurs salariés et ayants droit. Le nombre de demandes d'immatriculation reçues est de 695 426.

4.5. Mise en commun des ressources :

Conformément à l'article 5 de la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), les ressources de la caisse sont constituées par :

- les cotisations assises sur les traitements des fonctionnaires civils et militaires, les salaires des travailleurs et les indemnités des députés ;
- les cotisations assises sur les pensions et allocations de retraite ;
- les subventions de l'Etat ;
- les revenus des placements et investissements ;
- les dons, legs et libéralités de toute nature ;
- les produits d'aliénation des biens meubles et immeubles ;
- les revenus du patrimoine ;
- les recettes diverses ;
- toutes autres ressources attribuées par un texte législatif et réglementaire.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit :

- 3,06 % à la charge des personnels salariés en activité ;

- 4,48 % à la charge de l'Etat ou de la collectivité territoriale en qualité d'employeur ;
- 3,50% à la charge des employeurs du secteur privé. Ce taux intègre les 2 % versés par les employeurs au titre de la branche servie par l'INPS avant l'instauration de l'AMO ;
- 0,75 % à la charge des pensionnés ;
- 6,56 % à la charge des assurés volontaires.

4.6. Prestations

Les prestations prises en charge sont :

- les soins préventifs et curatifs ;
- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;
- les analyses de biologie médicale ;
- la radiologie et l'imagerie médicale
- les médicaments ;
- les soins bucco-dentaires.

Les prestations exclues sont :

- les interventions de chirurgie esthétique ;
- les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;
- la lunetterie ;
- les prothèses dentaires ;
- toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et les médicaments établie par les Ministres chargés de la Santé et de la protection sociale.

Les prestations de l'AMO sont accessibles uniquement auprès d'un réseau de prestataires de santé conventionnés par la CANAM. Les conventions sont conclues de manière sectorielle entre la CANAM et les prestataires suivants :

- ✓ les pharmacies d'officine ;
- ✓ les structures sanitaires publiques, communautaires et privées ;
- ✓ les dentistes ;
- ✓ les médecins libéraux ;

- ✓ les laboratoires d'analyses médicales ;
- ✓ les professions infirmières, de sages femmes et autres spécialités paramédicales.

La situation des structures conventionnées à la date du 25 novembre 2013 se présente comme suit :

- 96 établissements publics hospitaliers à Bamako, Kati et dans chacune des capitales régionales ;
- 4 établissements publics de recherche et de traitement (INRSP, CNTS, CNAM, CNLD);
- 1 hôpital privé « Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg »;
- 61 CSRéf dans les Districts sanitaires du pays ;
- 962 CSCom sur l'étendu du territoire ;
- 320 officines de pharmacie dont 153 à Bamako et 167 en dehors de la capitale ;
- 9 laboratoires d'analyses médicales privés dont 8 à Bamako et 1 à Kayes.

Parallèlement, les négociations se poursuivent avec les autres structures privées en vue de la signature de conventions.

Du 1er Mai 2011 (date de début des prestations de l'AMO) au mois de Juillet 2011, le nombre de bénéficiaires des prestations est de 2442. Ce nombre est passé à 361391 au 25 Novemvre 2013.

La prise en charge se fait par le système du tiers payant qui est un mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire; celui-ci paye un ticket modérateur au centre de santé qui l'a reçu. Le niveau de prise en charge est de :

- 80% des frais de soins pour l'hospitalisation (tous les soins effectués lorsque que le bénéficiaire est hospitalisé) ;
- 70% des frais de soins en ambulatoire (tous les soins effectués hors hospitalisation).

L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restants à sa charge c'est-à-dire le ticket modérateur.

METHODOLOGIE

4 - METHODOLOGIE

4.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive de type transversale.

4.2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée d'août à décembre 2013.

4.3. Population d'étude :

A concerné notre étude les patients adhérents à l'AMO reçu en consultation médicale dans les centres de santé de référence des Communes IV et V de Bamako (MALI).

4.4. Critère d'inclusion :

Parmi les sujets sélectionnés, seuls sont retenus les patients à partir de l'âge de 15 ans, adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire consultant dans les dits centres consentants à participer à l'étude.

5.5. Critère d'exclusion :

Son exclus de notre étude, les sujets âgés de moins de 15 ans et les patients non consentants à l'étude.

4.6. Echantillonnage :

Nous avons recruté les patients qui se sont présentés aux consultations dans les différents services et aux urgences au fur et à mesure du déroulement des consultations sans tri préalable et, afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population, nous avons essayé de balayer toutes les plages horaires des consultations (le matin, l'après-midi, le soir, la nuit, les jours fériés et les weekends).

4.7. Calcul du nombre de sujet nécessaire

La formule est la suivante : $n = \frac{Z^2 \cdot PQ}{i^2}$

Z est le risque de première espèce consenti et fixé à 1,96

i est la précision et fixé à 0,05

Etant donné qu'il n'existe pas de données disponibles sur la satisfaction des patients AMO, on considère donc :

$$P=44\% = 0,44$$

$$Q=44\%=0,44$$

$$n=(z^2 \times PQ)/i^2 = (3,84 \times 0,1936)/0,0025 = (0,743424)/0,0025 = 297,3696$$

$n=297,3696$ sensiblement égal à 300.

Le nombre de sujets nécessaires à cette étude a été estimé à 300.

4.8. Recueil des données :

C'est une étude transversale ayant pour objectif de mesurer le niveau de satisfaction des usagers « AMO » à l'égard des soins et des services. Le terme de satisfaction des usagers, bien que largement utilisé, est rarement défini avec clarté. Il fait écho aux attentes, aux perceptions, aux opinions aux besoins, à l'expérience...des patients. De nombreux sociologues ont mis en lumière les ambiguïtés de ce concept, et aussi du contexte dans lequel elle est recueillie. Une définition est fréquemment utilisée dans la littérature anglo-saxonne [6] La satisfaction du patient serait définie comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services

Ne faisant pas partie de l'équipe de consultation, j'ai effectué personnellement la collecte des données par le biais d'un entretien en face à face avec les usagers. Le consentement éclairé verbal a été obtenu pour chaque répondant après explication du but de l'étude et assurance de l'anonymat. Les répondants ont eu l'occasion de décliner l'invitation ou y mettre fin quand ils le voulaient. Les entretiens ont eu lieu à l'extérieur du périmètre de consultation, et la confidentialité des renseignements recueillis a été garantie. Pour les variables étudiées voir annexe.

4.9. Analyse statistique :

Dans un premier temps, une analyse descriptive sera effectuée pour toutes les variables étudiées. Les variables quantitatives seront décrites en termes de moyenne, valeurs extrêmes et écart-type et les variables qualitatives en pourcentages.

L'association entre certaines variables dépendantes (niveau de satisfaction) et plusieurs variables explicatives potentielles sera recherchée. Lors de la comparaison de groupes, nous utiliserons les tests paramétriques classiques (Test de Khi², test de Student, ANOVA) en fonction de la nature des variables à comparer, ainsi que les tests non paramétriques en cas de faiblesses de certains effectifs. Pour chaque test statistique utilisé, le test sera considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) est inférieur à 0,05.

L'analyse statistique a été effectuée à travers le logiciel EPI Info version 6.

4.10. Aspects éthiques :

Pour cette étude, nous avons garanti la confidentialité par l'anonymat des participants. La participation était libre et volontaire après obtention d'un consentement verbal et éclairé.

4.11. Chronogramme des activités

Période tâches	Jun 2013	Juillet 2013	Août - Novembre 2013	Décembre 2013
Elaboration du protocole de recherche				
Elaboration du questionnaire				
Collecte des données				
Saisie et analyse des données				
Rédaction de la thèse				

RESULTATS

5. RESULTATS

7.3. Caractères sociodémographiques, culturelles et économiques des patients :

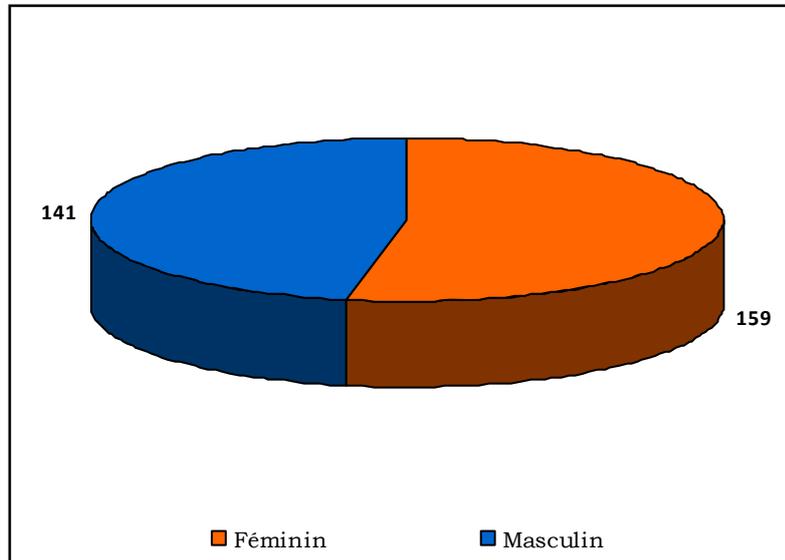


Figure 1 : Représentation graphique des patients en fonction du sexe

Le sexe féminin est prédominant dans notre série avec un effectif de 159, soit 53%. Nous avons un sexe ratio de 1,12 en faveur des femmes.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Actif	249	93
Inactif	51	17
Total	300	100

Actif = Fonctionnaires, femmes du foyer, ouvriers, élèves et étudiants.

Inactif = Sans emploi et retraités.

Dans notre série, nous avons trouvés 249 patients actifs, soit 93%, contre 17% inactifs.

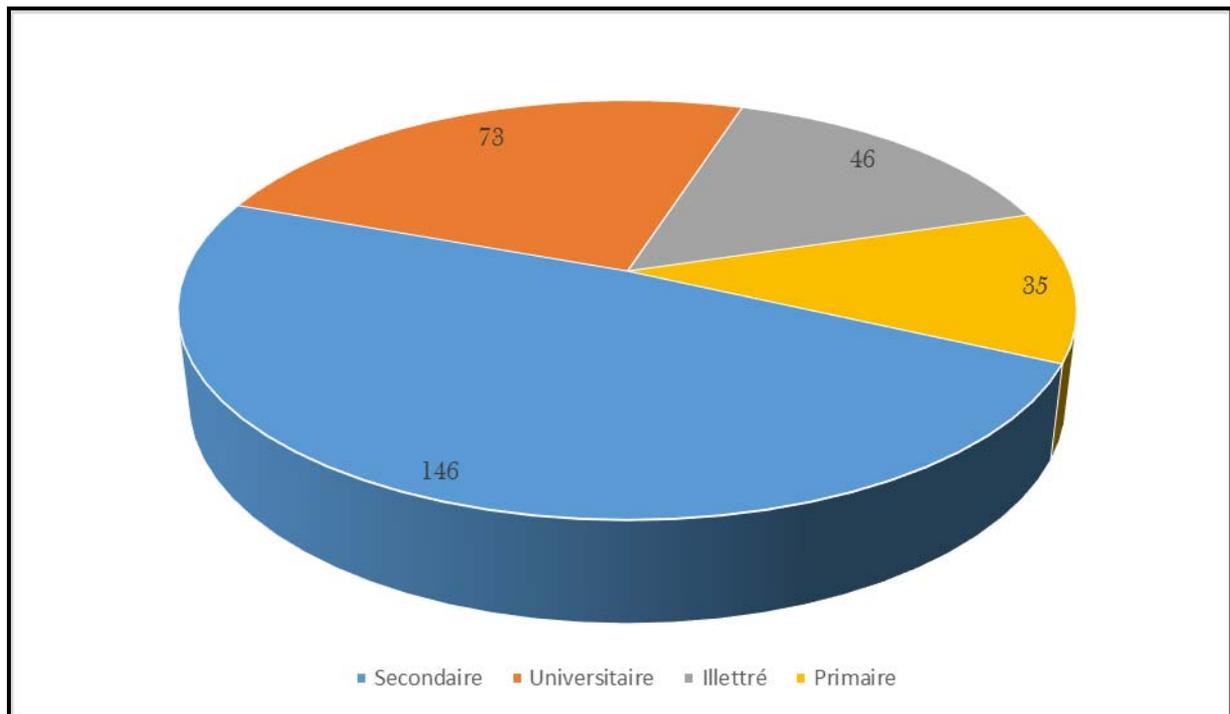


Figure 2 : Représentation graphique des patients en fonction de leur niveau d'instruction

Dans notre série, 15,3% (n=46) des patients étaient non lettrés.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié (e)s	217	72,3
Célibataires	62	20,7
Veuf (ve)s	16	5,3
Divorcé (e)s	5	1,7
Total	300	100

La plus part de nos patients étaient marié(es), soit 72,3%.

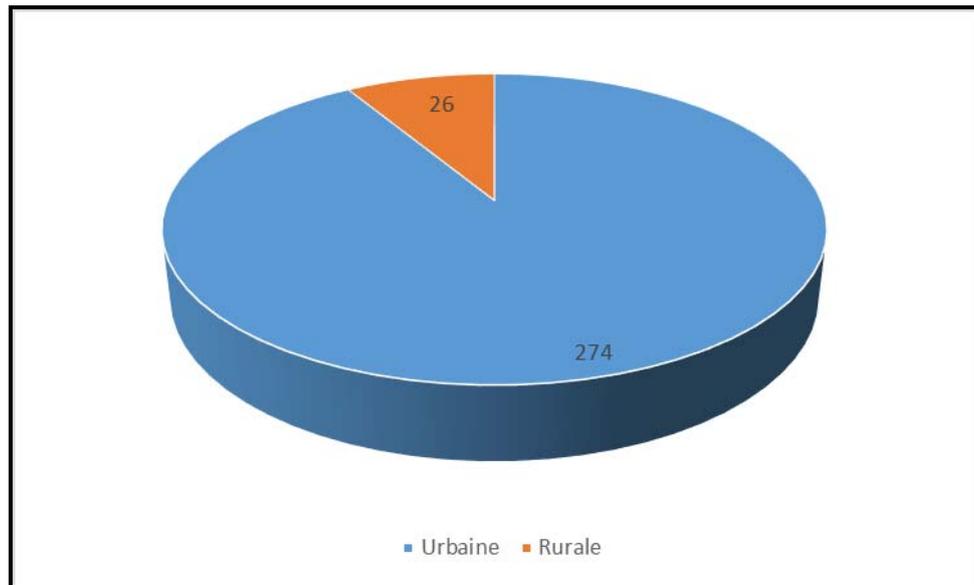


Figure 3 : Répartition des patients selon leur provenance

Nous avons trouvés qu'un effectif de 274 de nos patients provenait d'une zone urbaine, soit 91,3%, contre 26 pour la zone rurale, soit 8,7%.

7.4. Connaissances (avis) des patients par rapport à initiative AMO

Tableau III : Répartition des patients selon leurs avis

Avis des assurés sur l'initiative AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	297	99
Non	3	1
Total	300	100

La quasi-totalité de nos patients trouvent que l'AMO est une bonne initiative, soit 99%.

Tableau IV : Répartition des patients selon les assujettis

Les assujettis	Effectif	Pourcentage (%)
Etat	265	88,6
Privé	35	11,4
Total	300	100

Dans notre série, 265 de nos patients étaient au compte de l'état, soit 88,6% contre 11,4% au compte des structures privées.

Tableau V : Répartition des patients selon les bénéficiaires de l'AMO

Les bénéficiaires de l'AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Ayant droit	161	53,7
Ouvrant droit	139	46,3
Total	300	100

Nous avons colligés un effectif de 161 patients qui sont des ayants droits, soit 53,7%, contre 139 ouvranants droits.

Tableau VI : Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous le montant cotisé par mois.

Connaissance du montant cotisé par mois par les assurés	Effectif	Pourcentage (%)
Non	197	65,7
Oui	103	34,3
Total	300	100

Dans notre étude, 197 de nos patients ne connaissent pas le montant cotisé par mois dans le cadre de l'AMO.

Tableau VII : Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous les actes médicaux non prise en charge par AMO.

Connaissance sur les actes médicaux non prise en charge par AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Non	236	78,7
Oui	64	21,3
Total	300	100

La quasi-totalité de nos patients, soit 78,7% ne connaissaient pas les actes médicaux non prise en charge par AMO.

Tableau VIII : Répartition des patients selon leur réponse à la question connaissez vous une différence dans la gestion des patients assurés AMO et les autres usagers.

Différence dans la gestion des patients assurés AMO et des autres usagers	Effectif	Pourcentage (%)
Non	294	98
Oui	6	2
Total	300	100

Pratiquement, nous n'avons pas de différence significative sur le plan de la gestion des patients AMO et les autres patients.

7.5. Satisfaction des patients au niveau du Bureau des Entrées

7.5.1. Identification du guichet :

Tableau IX : Répartition des patients selon le constat de la présence du logo du CANAM dans la structure.

Présence du logo de la CANAM dans les structures	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	209	69,6
Non	91	30,4
Total	300	100

La plupart de nos patients ont constaté la présence du logo de la CANAM dans la structure, soit 69,6%.

7.5.2. Accessibilité des guichets AMO :

Tableau X : Répartition des patients selon l'accès facile où non des guichets AMO dans les structures

Accès des guichets AMO dans les structures	Effectif	Pourcentage (%)
Facile	250	83,3
Pas facile	50	16,7
Total	300	100

Plus de 2/3 de nos patients ont facilement accédé au guichet AMO dans les structures.

7.5.3. Accueil des patients :

Tableau XI : Répartition des patients selon leurs respects au niveau des guichets AMO dans les structures

Accueil	Effectif	Pourcentage (%)
Non	250	83,3
Oui	50	16,7
Total	300	100

La plupart de nos patients affirment de ne pas être bien accueilli au niveau du guichet AMO dans les structures de santé au niveau des deux communes soit 250 sur 300.

7.5.4. Le respect de l'ordre d'arrivé au niveau des guichets AMO dans les structures de prestation :

Tableau XII : Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivé des patients au niveau des guichets AMO dans les structures

Respect d'ordre d'arrivé des patients aux guichets AMO dans les structures	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	250	83,3
Non	50	16,7
Total	300	100

La plupart de nos patients ont affirmé que l'ordre d'arrivé au niveau du guichet AMO dans les structures est respecté.

7.5.5. Le temps d'attente en minute des patients :

Tableau XIII : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente au niveau des guichets AMO dans les structures.

Temps d'attentes en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Trop long (+15 mn)	196	65,3
Long (5 à 15 mn)	78	26
Acceptable (0 à 5 mn)	20	6,7
Ne sait pas	6	2
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 65,3%, ont trouvé le temps d'attente est trop long au niveau des guichets AMO.

7.5.6. Le comportement des agents au guichet AMO :

Tableau XIV : Répartition des avis des patients par rapport aux comportements des agents au niveau des guichets AMO dans les structures.

Comportement des agents au guichet AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Insuffisance de professionnalisme des agents CANAM au niveau des guichets	101	33,7
Comportement irrationnel des agents CANAM au niveau des guichets	100	33,3
Ecart de langage des agents CANAM au niveau des guichets	60	20
Sans avis	39	13
Total	300	100

La plupart de nos patients ont signalé le non professionnalisme et le comportement irrationnel des agents aux guichets de l'AMO.

7.6. Satisfaction des patients au niveau des Bureaux des Entrées :

Tableau XV : Satisfaction des patients

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Accessibilité des guichets AMO dans les structures (Facile)	250	83,3
Accueil des patients (Non)	250	83,3
Respect d'ordre d'arrivée au guichet AMO (Oui)	250	83,3
Présence du logo de CANAM dans les structures (Oui)	209	69,6
Temps d'attente en mn au guichet AMO (Trop long + de 15mn)	196	65,3
Insuffisance de professionnalisme des agents au guichet AMO	101	33,7

Il ressort de l'analyse de ce tableau, que les patients ne sont pratiquement pas satisfait de la prestation au niveau du bureau des entrées. Cela se retrouve à travers leur mauvais accueil selon 83,3% des patients. Le temps d'attente au niveau du guichet AMO, dépassait plus de 15 mn selon 65,3% des patients pour avoir un ordonnancier. A cela s'ajoute le manque de professionnalisme des agents au niveau du guichet AMO.

5.5. Dans la salle de consultation :

5.5.1. Le temps d'attente :

Tableau XVI : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant d'entrer dans la salle de consultation.

Temps d'attente en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Acceptable (0 à 5 mn)	200	66,7
Ne sait pas	74	24,6
Long (5 à 15 mn)	26	8,7
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 66,7%, ont trouvé que le temps d'attente jugé acceptable situé entre 0 et 5 mn avant leur entrer dans le bureau de consultation est tolérable.

5.5.2. Le respect de l'ordre d'arrivée :

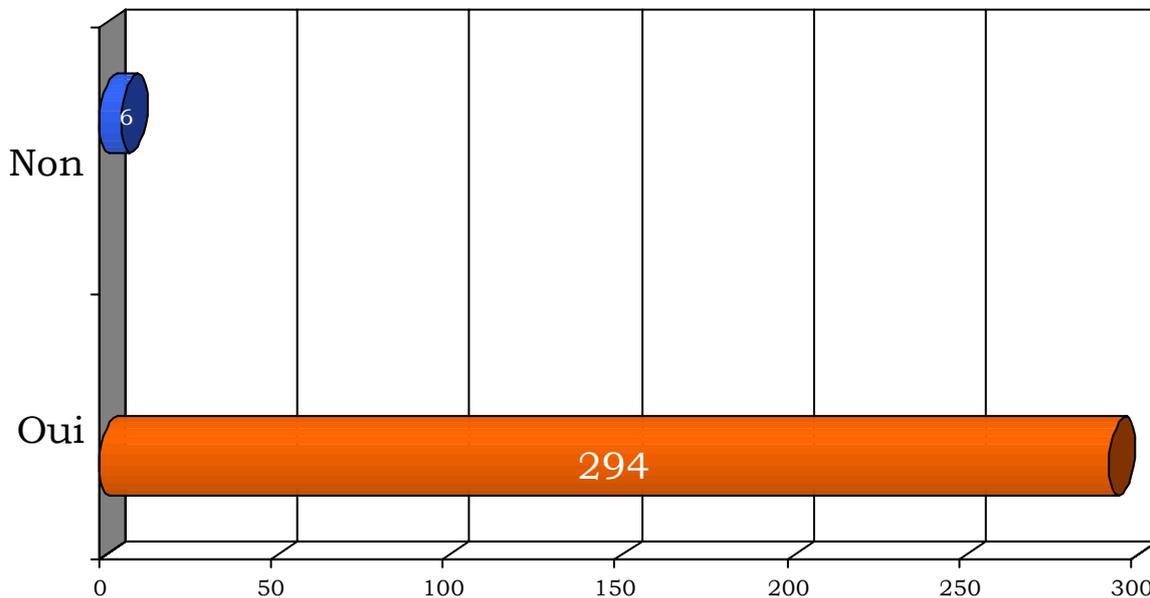


Figure 4 : Représentation graphique des avis des patients pour le respect de leur ordre d'arrivée avant d'être dans la salle de consultation.

La plupart de nos patients, soit 98%, affirme que l'ordre d'arrivé est respecté devant le bureau de consultation.

5.5.3. Explication du traitement donné aux patients :

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'avis des patients par rapport à l'explication du traitement donné.

Explication du traitement donné aux patients	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	282	94,6
Non	18	5,4
Total	300	100

Plus des 2/3 de nos patients ont affirmé que le traitement donné est expliqué.

5.5.4. Intimité garantie des patients :

Tableau XVIII : Répartition des patients selon leur avis par rapport à la garantie de l'intimité au cours des consultations.

Garantie de l'intimité des patients dans la salle de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	290	96,7
Non	10	3,3
Total	300	100

L'intimité de 290 patients est garantie au cours des consultations.

Tableau XIX : Satisfaction des patients au niveau du bureau de consultation

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Temps d'attente en mn avant d'être dans la salle de consultation (Acceptable 0 à 5mn)	200	66,7
Respect d'ordre d'arrivée au niveau du bureau de consultation (Oui)	294	98
Explication du traitement donné aux patients dans le bureau de consultation (Oui)	282	94,6
Garantie de l'intimité des patients dans le bureau de consultation (Oui)	290	96,7

Tous les items utilisés pour évaluer la satisfaction des patients au niveau du bureau de consultation sont à plus de 60%. Il s'agit de :

- ✓ Du temps d'attente en minute des patients avant leur entrée dans le bureau de consultation. Ce temps est jugé acceptable, s'il est situé entre 0 et 5 mn ; long entre 10 et 15 mn et trop long si plus de 15 mn. Dans notre cas, 200 patients, soit 66,7% ont affirmé que ce temps est acceptable ;
- ✓ La quasi-totalité (294 patients, soit 98%) de nos patients confirme que l'ordre d'arrivée est respecté dans le bureau de consultation ;
- ✓ Quand à l'explication du traitement donné, nous avons 282, soit 294,6% de nos patients, disent que cela est effective dans le bureau de consultation par les prescripteurs ;
- ✓ Le dernier indicateur, l'assurance garantie de l'intimité des patients lors des consultations, 290 patients, soit 96,7% ont confirmé que cela est bien garantie dans les bureaux de consultations.

7.7. Lieux de réalisation d'examens complémentaires

7.7.1. Laboratoire

7.7.1.1. Le temps d'attentes :

Tableau XX : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans le laboratoire.

Temps d'attentes en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Ne sait pas	102	34
Acceptable (0 à 5 mn)	100	33,3
Long (5 à 15 mn)	68	22,7
Trop long (+15 mn)	30	10
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 102 sur 300, ne sont pas arriver à estimé en minute le temps qu'ils font en attente devant le laboratoire.

7.7.1.2. Le respect de l'ordre :

Tableau XXI : Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivé des patients avant leur entrée dans le laboratoire.

Respect d'ordre d'arrivée des patients avant leur entrée dans le laboratoire	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	290	96,7
Non	10	3,3
Total	300	100

L'ordre d'arrivé des patients devant le laboratoire d'analyse est respecté, affirment 290 patients de nos patients, soit 96,7%.

7.7.1.3. *Explication de l'examen avant de poser l'acte :*

Tableau XXII : Répartition de l'avis des patients par rapport à l'explication de l'examen avant de poser l'acte.

Explication de l'examen aux patients avant de poser l'acte	Effectif	Pourcentage (%)
Non	190	63,3
Oui	110	36,7
Total	300	100

La plupart de nos patients disent ne pas être avisés par le personnel avant de poser l'acte, soit un effectif de 190.

Tableau XXIII : Satisfaction des patients au laboratoire d'analyses

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Temps d'attente en mn avant d'entrer dans les salles de prélèvement des laboratoires (Ne sait pas)	102	34
Respect d'ordre d'arrivée dans les salles de prélèvements des laboratoires (Oui)	290	96,7
Explication de la technique avant de poser l'acte (Non)	190	63,3

L'analyse de ce tableau montre que les patients sont satisfaits au niveau du laboratoire seulement à travers le respect d'ordre d'arrivé. Par contre, 102 n'ont pas été à mesure d'estimer le temps (en minute) qu'ils mettent avant d'être dans le laboratoire. Quand à l'explication de la technique avant de poser l'acte, ne se fait pas, affirment 190 de nos patients, soit 63,3%.

7.7.2. Centre d'imageries :

7.7.2.1. Le temps d'attente :

Tableau XXIV : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans un service d'imagerie.

Temps d'attentes en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Trop long (+15 mn)	102	34
Long (5 à 15 mn)	100	33,3
Acceptable (0 à 5 mn)	68	22,7
Ne sait pas	30	10
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 67,3%, ont trouvé que le temps d'attente jugé long (5 à 15 mn) et trop long (plus de 15 mn) avant leur entrer dans un service d'imagerie est de trop.

7.7.2.2. Le respect de l'ordre :

Tableau XXV : Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivé des patients avant leur entrée pour l'examen dans un service d'imagerie

Respect d'ordre d'arrivée des patients avant leur entrée dans un service d'imagerie	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	270	90
Non	30	10
Total	300	100

Dans notre série, 270 patients, soit 90% affirment que l'ordre d'arrivée des patients est respecté.

7.7.2.3. *Explication de l'examen avant de pratiquer :*

Tableau XXVI : Répartition de l'avis des patients par rapport à l'explication avant de pratiquer l'examen.

Explication aux patients avant de pratiquer l'examen	Effectif	Pourcentage (%)
Non	200	66,7
Oui	100	33,3
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 200 sur 300, affirment qu'on ne leur explique pas les actes avant de le pratiquer, contre 100 qui trouvent le contraire.

Tableau XXVII : Satisfaction des patients au niveau des centres d'imagéries.

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Respect de l'ordre d'arrivée dans les centres d'imagéries (Oui)	270	90
Explication de la technique avant de poser l'acte (Non)	200	66,7
Temps d'attente en mn avant d'entrée dans les centres d'imagéries (Trop long)	102	34

L'analyse de ce tableau montre que les patients ne sont pas satisfaits au niveau des Centres d'imagéries et cela à travers le temps d'attente trop long affirment 102 de nos patients, soit 34% et la non explication de la technique avant de poser l'acte disent 200 patients (66,7%). Quand au respect d'ordre d'arrivée, presque la totalité, 270 de nos patients, soit 90% affirment que cela est respecté.

7.7.3. A la pharmacie

7.7.3.1. Accueil des patients :

Il ressort qu'il n'existe pas une différence notable à l'accueil des clients dans les officines.

7.7.3.2. Respect des clients :

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon leurs respects au niveau des officines.

Respect des patients avec les ordonnances de la CANAM	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	250	83,3
Non	50	16,7
Total	300	100

La plupart de nos patients, soit 83,3% affirment qu'ils sont respectés dans les pharmacies même avec une ordonnance de la CANAM.

7.7.3.3. Temps d'attente :

Tableau XXIX : Répartition des avis des patients selon leurs temps d'attente avant leur entrée dans un service d'imagerie.

Temps d'attentes en minute	Effectif	Pourcentage (%)
Ne sait pas	200	66,7
Acceptable (0 à 5 mn)	90	30
Long (5 à 15 mn)	6	2
Trop long (+15 mn)	4	1,3
Total	300	100

Le temps d'attente n'est pratiquement pas connu affirment les 2/3 de nos patients, soit 66,7%.

7.7.3.4. *Respect d'ordre d'arrivée :*

Tableau XXX : Répartition des patients selon le respect de l'ordre d'arrivée des patients dans les officines.

Respect d'ordre d'arrivée des patients dans les officines	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	290	96,7
Non	10	3,3
Total	300	100

L'ordre d'arrivée des patients est respecté dans les officines affirment 290 patients, soit 96,7%.

7.7.3.5. *Comportement du personnel dans les officines :*

Tableau XXXI : Répartition des avis des patients porteurs d'ordonnances CANAM selon le comportement du personnel dans les officines.

Comportement du personnel dans les officines	Effectif	Pourcentage (%)
Manque de professionnalisme	150	50
Rejet de certaines ordonnances	90	30
Bon	53	17,7
Sans avis	7	2,3
Total	300	100

Nous avons recensés que la moitié du personnel dans les officines manque de comportement professionnel à l'égard des patients.

7.7.3.6. *Explication de la posologie du traitement administré :*

Tableau XXXII : Répartition de l’avis des patients par rapport à l’explication de la posologie des médicaments sur ordonnances AMO

Explication de la posologie des médicaments sur ordonnances AMO	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	200	66,7
Non	100	33,3
Total	300	100

La plupart de nos patients trouvent que la posologie des prescriptions est expliquée, soit 66,7% dans les officines.

Tableau XXXIII : Satisfaction des patients au niveau des officines.

Satisfaction des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Respect des clients dans les officines (Oui)	250	83,3
Temps d’attente en mn dans les officines (Ne sait pas)	200	66,7
Respect d’ordre d’arrivée dans les officines (Oui)	290	96,7
Comportement du personnel dans les officines (Manque de professionnalisme et le rejet de certaines ordonnances)	150, 90	50, 30
Explication de la posologie des prescriptions (Oui)	200	66,7

L’analyse de ce tableau montre que les patients ne sont pas satisfaits au niveau des officines et cela à travers le temps d’attente non estimé par 200 de nos patients, soit 66,7% ; suivi des comportements du personnel dans les officines. Ces comportements se traduisent par un manque de professionnalisme certains affirment (150 patients, soit 50%) ; suivi du rejet

de certaines ordonnances médicales affirment d'autres patients AMO aussi (90 patients, soit 30%). A ceux-ci s'ajoute, l'insuffisance du nombre de structures (Cabinet Médical, de soins et de Pharmacie) accréditées par la CANAM dans le cadre des prestations pour les patients AMO.

COMMENTAIRES

COMMENTAIRES :

Au terme de la revue de nos résultats, certains points méritent d'être soulignés. Tout d'abord, notre étude a permis d'élaborer des indicateurs pertinents permettant d'évaluer la satisfaction des patients adhérent à l'AMO. Il est important de signaler que presque tous les indicateurs ont été appliqués en des services différents tout au long du parcours du patient depuis le bureau des entrées au niveau du guichet AMO jusqu'à la pharmacie en passant par le bureau de consultation et les lieux de réalisation d'examen complémentaires (laboratoire et ou centre d'imagerie).

7.8. Données sociodémographiques, culturelles et économiques

Au cours de notre étude, les informations sociodémographiques, culturelles et économiques, ont été recueillies conformément à nos critères d'inclusion. Ont été concernés dans notre série, le sexe, la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et la provenance des patients.

7.8.1. Sexe :

Les résultats représentés par la Figure 1 montrent que parmi les 300 patients enquêtés au cours de cette étude, 141 sont de sexe masculin, soit 47% et 159 de sexe féminin, soit 53%, avec un sexe ratio de 1,12 en faveur du sexe féminin.

Nos données concordent avec celles retrouvées dans EDSM V, qui montrent que parmi les 55 836 personnes enquêtées au cours de l'EDSM V, 27571 sont de sexe masculin et 28264 de sexe féminin, soit un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes.

Les hommes sont donc légèrement sous-représentés dans la population par rapport aux femmes^[12]. Aussi les femmes fréquentent beaucoup les structures sanitaires que les hommes compte tenu de leur rang social, de leur occupation et de leur disponibilité dans les foyers.

7.8.2. Profession et Niveau d'instruction :

L'analyse de nos données montre que l'appréciation de la profession de nos patients a été faite à travers les patients actifs et les ceux non actifs. Sont dits patients actifs les fonctionnaires, les femmes au foyer, les manœuvres et

ouvriers, les élèves et les étudiants. Quant aux patients inactifs, ils concernent ceux retraités et les sans emploi.

Dans le cadre de notre étude, sur les 300 patients enquêtés, 249 sont actifs, soit 93%, contre 51 inactifs, soit 17%. Cela peut s'expliquer par le fait que la majeure partie des adhérent à l'AMO sont des personnes en activités (ouvrant droit du secteur privé et ou du secteur étatique et aussi des ayants droit). Ceux qui sont inactives c'est les personnes qui sont à la retraite alors qu'ils avaient adhérents et les bénéficiaires (ayant droit).

Quant au niveau d'instruction, sur les 300 patients, un effectif de 146 ont un niveau secondaire, soit 66,7%, suivi par les universitaires avec un effectif de 73, soit 24,3%. Le niveau d'étude primaire occupe 11,7% de notre population étudiée, soit un effectif de 35 patients, et les illettrés sont au nombre de 46, soit 15,3%.

7.8.3. Statut matrimonial et provenance :

Le statut matrimonial de nos patients a concerné ceux qui sont mariés (ont été considérés comme étant mariés toutes les femmes et tous les hommes mariés légalement, ainsi que toutes celles et tous ceux vivant en union consensuelle) [12].

L'analyse du statut matrimonial de nos patients nous fait dire que plus des 2/3 sont marié (es), soit un effectif de 217 (72,3%). Ce groupe est suivi des célibataires avec un effectif de 62, soit 20,7%. Les veufs (ves) arrivent avec 16 patients, soit 5,3 et enfin on retrouve quelques divorcés (5 patients, soit 1,7%).

Quant-à la résidence, nous avons trouvés que 274 de nos patients provenaient d'une zone urbaine (ville), soit 91,3% contre 26 provenance d'une zone rurale.

Cette répartition inégale de la population pourrait s'expliquer d'une part suivant le découpage politico-administrative et d'autre part la situation géographique des structures sanitaires conventionnées par l'AMO.

7.9. Connaissance des patients par rapport à l'AMO

7.9.1. Les avis des patients :

Durant la période de notre étude, nous avons administrés le questionnaire auprès des patients adhérents à l'AMO dans les deux structures. Nous nous sommes intéressés à leurs avis par rapport à l'initiative de l'Assurance Maladie Obligatoire. Malgré le caractère Obligatoire, la quasi-totalité de nos patients (297/300) trouvent que c'est une très bonne initiative, soit 99%. Certains patients ont facilement adhéré à l'initiative et ont très bien apprécié, par contre, d'autres ont trouvé qu'en plus du caractère obligatoire, la prise en charge ne concernait que les produits DCI (Dénomination Commune Internationale) d'où leur non adhésion.

Nous avons retrouvés un autre groupe de patients non adhérent au départ, qui après l'élargissement de l'éventail des médicaments aux spécialités et le suivi des séances de sensibilisations à travers les médias ont finalement adhéré.

7.9.2. Les assujettis :

Nous avons trouvés que la majeure partie de nos adhérents sont des fonctionnaires de l'Etat, (265/300) soit 88,6% contre 35/300, soit 11,4% du secteur privé. Cela peut s'expliquer par le caractère obligatoire de l'assurance pour les fonctionnaires de l'état. Quand aux adhérents du secteur privé, leur adhésion est libre et volontaire.

7.9.3. Les bénéficiaires :

Il ressort de l'analyse de nos données, que les ouvrants droits sont au nombre de 139 (46,3%); contre 161, soit 53,7% des ayants droits. Cette différence entre ces deux catégories de bénéficiaires (ouvrants droits et les ayants droits) peut s'expliquer d'une part à travers les critères d'inclusion de notre étude et d'autres part, un ouvrant droit peut faire bénéficier plusieurs ayants droits. Aussi, le fait qu'à partir de 21ans un ayant droit cesse d'être bénéficiaire car il est majeur et apte à se prendre en charge financièrement.

7.9.4. La connaissance du montant cotisé par mois par les adhérents :

Nous avons trouvés que le montant cotisé par mois par les adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire reste meconnue affirment 197 patients, soit 65,7%. Alors que 103 (34,3%) de nos patients savent le montant qu'ils payent par mois au compte de l'AMO. Cet état de fait peut s'expliquer d'une part, par une insuffisance d'informations (manque de sensibilisation) des adhérents par la CANAM et d'autre part, par une négligeance de la part des adhérents.

7.9.5. La connaissance des actes médicaux non prise en charge par AMO :

Nous avons trouvés que plusieurs actes médicaux ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire affirment 236 patients, soit 78,7%. Alors que 64 patients, (21,3%) connaissent. Cet état de fait peut s'expliquer par une insuffisance d'informations (manque de sensibilisation) des adhérents par la CANAM.

7.9.6. La différence dans la gestion des patients AMO et les autres usagers

Nous n'avons pas trouvé de différence notoire dans la gestion des adhérents AMO et des non adhérents.

7.10. Evaluation de la satisfaction des patients :

7.10.1. Au niveau des bureaux des entrées :

Il ressort de l'analyse des indicateurs de satisfaction de nos adhérents au niveau du bureau des entrées, que les patients AMO ne sont pratiquement pas satisfaits de la prestation au niveau du bureau des entrées. Cela se retrouve à travers leur mauvais accueil qui est à 83,3% selon 250 patients, le temps d'attente trop long (plus de 15 mn au guichet pour avoir un ordonnancier et ou des bulletins) au niveau du guichet AMO affirment 196 patients, soit 65,3%. A cela s'ajoute le manque de professionnalisme des agents au niveau du guichet AMO.

7.10.2. Au niveau des bureaux de consultation :

Tous les items utilisés pour évaluer la satisfaction des patients au niveau des bureaux de consultation sont à plus de 60%. Il s'agit de :

- ✓ Du temps d'attente en minute des patients avant leur entrée dans le bureau de consultation. Ce temps a été jugé acceptable, par 200 patients, soit 66,7% ; long affirme, 26 patients (8,7%). Par contre 74 de nos patients affirment de ne pas parvenir à estimer le délais d'attente au niveau des bureaux de consultation.
- ✓ Par rapport au respect de l'ordre d'arrivée, la quasi-totalité (294 patients, soit 98%) de nos patients adhérents AMO confirment que l'ordre d'arrivée est respecté au niveau des bureaux de consultation ;
- ✓ Quand à l'explication du traitement donné aux patients AMO après une consultation, nous avons trouvés que 282, soit 94,6% de nos patients, disent que cela est effective dans les bureaux de consultation par les prescripteurs ;
- ✓ Le dernier indicateur qui est l'assurance garantie de l'intimité des patients lors des consultations, 290 de nos patients, soit 96,7% confirment que cela est bien garantie dans les bureaux lors des consultations.

7.10.3. Au niveau de réalisation des examens complémentaires :

7.10.3.1. Laboratoire d'analyse biomédicale :

L'analyse des indicateurs de satisfaction de nos patients au niveau du laboratoire se fait à travers le respect d'ordre d'arrivée, le temps d'attente et l'explication de l'acte.

Par rapport au respect d'ordre d'arrivée, presque la totalité de nos patients (290/300), soit 96,7% affirment que cela est respecté à l'entrée des salles de prélèvements. Le temps d'attente avant d'être admis dans les salles de prélèvements des laboratoires a été jugé acceptable par 100 patients, soit 33,3%, par contre, 102 (34%) n'ont pas été à mesure d'estimer le temps (en minute) qu'ils mettent avant d'être dans les salles de prélèvements des laboratoires. Quand à l'explication de la technique avant de poser l'acte, cela ne se fait pas, affirment 190 de nos patients, soit 63,3%.

7.10.3.2. Centre d'imagerie :

La revue des informations collectées au niveau des centres d'imageries dans les deux Districts sanitaires objective que les patients ne sont pas satisfaits au niveau des Centres d'imageries et cela à travers le temps d'attente trop long affirment 102 de nos patients, soit 34% et la non explication de la technique avant de poser l'acte disent 200 patients (66,7%). Quand au respect d'ordre d'arrivée, presque la totalité, 270 de nos patients, soit 90% affirment que cela est respecté.

7.10.4. Au niveau des officines :

L'analyse de la non satisfaction de nos patients AMO au niveau des officines s'observe à travers le temps d'attente non estimé par 200 de nos patients, soit 66,7% ; la non estimation du temps d'attente peut s'expliquer par un long processus de vérification des données sociodémographiques des patients adhérents dans une base de données sur le réseau du CANAM ; suivi des comportements non professionnel du personnel dans les officines. Ces comportements se traduisent par l'absence et ou la non disponibilité de personnes qualifiées dans les officines affirment certains adhérents AMO à leur passage pour une dispensation (150 patients, soit 50%) ; il est suivi du

rejet de certaines ordonnances médicales affirment d'autres patients AMO (90 patients, soit 30%). Ce rejet des certaines ordonnances est le fait que les écritures ne sont pas identiques ou comporte des ratures et même l'absence et ou la non conformité du cachet et des signatures sur les ordonnanciers AMO. A ceux-ci s'ajoute, l'insuffisance du nombre de structures (Cabinet Médical, de soins et de Pharmacie) accréditées par la CANAM dans le cadre des prestations pour les patients AMO, aussi l'absence de certains médicaments et de quelques actes médicaux non couverts pour la prise en charge des patients AMO.

**CONCLUSION
RECOMMANDATIONS**

6. CONCLUSION :

8.1. Conclusion :

Nous avons particulièrement apprécié de mener ce travail original. L'appréciation de la satisfaction des patients en générale et ceux de l'Assurance Maladie Obligatoire en particuliers est en effet, selon nous, un enjeu important de notre pratique. Elle permet malheureusement pas de tenir compte de la subjectivité du vécu du patient.

L'évaluation de la satisfaction par les patients, paraît indispensable.

Nous nous sommes, ainsi étonnés du peu d'études qui portaient sur ce sujet, particulièrement en service de médecine. C'est donc dans cette démarche respectueuse du patient que nous avons choisi de mener cette étude.

Bien qu'elle comporte de nombreuses limites, certaines engendrées par notre manque d'expérience dans le domaine de la satisfaction des patients assurés à la CANAM, d'autres inhérentes à ce type d'étude, notre enquête a néanmoins pu apporter plusieurs choses. Elle a d'abord montré que c'est les personnes en activité qui sont les plus assurées avec une prédominance du sexe féminin. On été capables de donner leurs avis sur la satisfaction des prestations dans le cadre de l'AMO de façon sérieuse et avec beaucoup de plaisir, tout patient à partir de l'âge de 15 ans, adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire consultant dans les dits centres consentants à participer à l'étude. Enfin, l'analyse de la satisfaction des patients AMO nécessite certaines précautions en raison de notre immaturité, mais elle apporte aussi des éléments intéressants pouvant contribuer à l'amélioration de la satisfaction des patients assurés.

Ainsi, des changements et des évolutions peuvent d'ores et déjà être envisagés au terme de cette étude pour améliorer le degrés de satisfaction des patients AMO dans le service de Médecine dans les deux Districts sanitaires (Commune IV et V) de Bamako. Parmi ceux-ci, le renforcement de l'information donnée aux assurés, l'augmentation des structures de

prestations médicales (Publiques et privées), des officines accréditées ainsi que l'élargissement de la liste des produits pour la prise en charge des patients et le renforcement de capacités du personnel au niveau des guichets AMO revêt d'une importance particulière. En effet, comme nous l'avons vu, l'explication de la posologie des traitements donnés ainsi que la garantie de l'intimité lors des consultations et surtout le respect d'ordre d'arrivée à tout les niveaux de la prestation pourraient être des comportements nettement à renforcer dans le cadre de la satisfaction de nos patients assurés.

Bien informé, les assurés tolère mieux certaines contraintes inhérentes aux soins. L'aspect caractère « obligatoire » est, également, un élément qui semble important à être mieux expliquer pour obtenir plus d'adhésion à l'assurance. Ces perspectives pourront être encore affinées après discussion avec l'équipe technique afin d'apporter les éléments de réponses les plus adaptées à chaque problématique rencontré.

Pour terminer, et compte tenu des limites de notre enquête, nous pensons qu'il serait particulièrement intéressant que ce travail se poursuive en collaboration avec l'équipe technique de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie du Mali. Il serait ainsi utile de mieux identifier les composantes de la satisfaction les plus importantes pour les ouvriers et les ayants droits, puis de créer un questionnaire validé en langue nationale. Ceci permettrait ainsi de comparer les taux de satisfaction dans le temps mais également entre les services dans le but, par exemple, de communiquer sur les prises en charge les plus efficaces et les plus appréciées.

8.2. Recommandations :

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

8.2.1. A la Caisse Nationale d'Assurance Maladie :

- ✚ Augmenter le nombre de structures (Publiques et privées) de prestations médicales conventionnaires de CANAM ;
- ✚ Rendre disponibles périodiquement, la liste des médicaments autorisés à jour, pour la prise en charge des patients AMO aux prescripteurs ;
- ✚ Renforcer les compétences des agents au niveau des guichets AMO ;
- ✚ Mettre en vigueur la loi n°09-015 du 26 Juillet 2009.
- ✚ Accentuer les campagnes d'Informations, d'Education et de Communication de masse ;

8.2.2. Aux Assurées :

- ✚ S'informer d'avantage sur le montant cotisé par mois dans le cadre de l'AMO ;
- ✚ S'informer d'avantage sur les prestations couvertes par la CANAM dans le cadre de la prise en charge des assurés.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- 1.** Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952
Convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale (Entrée en vigueur: 27 avr. 1955) Adoption: Genève, 35ème session CIT (28 juin 1952) - Statut: Instrument à jour (Conventions Techniques).
- 2.** Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali–Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées.
Consulté sur www.who.int/.../MDSSPA_Mali-Etat_des_lieux_couverture_universelle le 21/11/13
- 3.** Entre satisfaction et contestations, l'AMO trace son chemin
Consulté sur www.diasporaction.com/index.php?option=com...6. le 21/11/13
- 4.** Assurance Maladie Obligatoire : toujours des réticences-Primature
Consulté sur www.primature.gov.ml/index.php?...assurance-maladie-obligatoire le 21/11/2013
- 5.** Assurance Maladie Obligatoire : le nouveau contrat social-Primature
Consulté sur www.primature.gov.ml/index.php?option=com_content&task le 21/11/2013
- 6. PASCOE GC :**
Patient satisfaction in primary health care : aliteraturereview and analysis cite par C. Pourin et all. la mesure de la satisfaction des patients hospitalizes, dans Journal d'Economie Médicale 1999, T.17, N°2-3p103.
- 7.** Le Régime Malien de Sécurité Sociale/Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Consulté sur www.cleiss.fr/docs/régimes/regime_mali.html: le 21/12/13
- 8. BALLO M. B. et all. :**
Initiative de Bamako, plus de dix ans: 1987-1999, rapport de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, Ministère de la santé, p.27

9. BERTHE Y. A. et BALIQUE H. :

Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali, Ministère de la Santé de la République du Mali et Ministère des Affaires Etrangères de la République Française, 2004

10. DIAKITE B., DIARRA K., KEITA M. :

Conseiller scientifique : Professeur Joseph Brunet-JAILLY, Les comptes nationaux de la santé du Mali 1999-2004, version finale 7 mars 2007, 92 pages

11. Rapport final, Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali, Octobre 2011,

12. Enquête Démographique et de Santé 5^{ième} édition (EDSM V), présentation générale du pays et méthodologie de l'enquête, Mai 2014, p4

13. BALLO M. B. et all. :

Initiative de Bamako, plus de dix ans: 1987-1999, rapport de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, Ministère de la santé, p.27. Consulté sur http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/10/MDSSPA_Mali-Etat_des_lieux_couverture_universelle_sante_Mali_version_finale.pdf le 07/01/2014 ;

14. Présentation du système de santé au Mali-Resacoop

Consulté sur www.resacoop.org/.../Politique%20de%20sant%20au%20mali%20 le 07/01/2014 ;

15. GARDETTE V. :

Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles, Avril 2010, p3

16. LANCEL D. et all. :

Enquête sur la satisfaction des patients, Octobre 2010, n°30

17. GUILLAUME D. :

Satisfaction et devenir des patients consultants aux urgences de Chambéry ; Human health and pathology ; 4 oct 2011 ; p35

18. V. Aquilina, C. Gricourt, I. Guery-Kaliszczak, L.-M. Joly, E. Leroy
Service d'accueil des urgences, hôpital Charles-Nicolle, Rouen, France

Plaintes et réclamations adressées au service d'accueil des urgences de Rouen : de janvier 2004 à mai 2008. Analyse et propositions de mesures correctives doi: 10.1016/j.jeur.2009.03.284

19. Bourdreaux Ed., Ary R, Mandry C :

Emergency department personnel accuracy at estimating patient satisfaction
J Emerg Med. 2000 Aug;19(2):107-12.

20. Edwin D. Bourdreaux, Jason Friedman, Michael E Chansky, Brigitte M. Baumann:

Emergency department patient satisfaction: Examining the role of acuity
Academic emergency medicine, février 2004.

21. Bourdreaux Ed., O'Heal EL :

Patient satisfaction in the emergency département: a review of the literature and implication for practice; J Emerg Med, janvier 2004.

22. Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H:

Patient expectations of emergency department care; CJEM, mai 2006.

23. J.-L. Ducassé *, V. Bounes SAMU 31, Pôle de Médecine d'Urgences, CHU Purpan, TSA 40031, 31059 Toulouse cedex 9

La douleur aiguë chez le sujet âgé aux Urgences. Doi : 10.1016/S1624-5687(08)70527-4

24. Franck-Soltysiak M, Court C:

Waiting time and satisfaction of patients attending the emergency surgery unit of a university hospital center. Presse Med. 2002 Nov 9;31(36):1690-5.

25. M. Galinski, F. Adnet, SAMU 93-EA 3409,125, route de Stalingrad, hôpital Avicenne, 93009 Bobigny cedex, France

Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence.

Doi : 10.1016/ J. REAURG. 2007.09.023

26. Gentile S., Ledoray V., Blandinière D., Antoniotti S., Sambuc R. :

La satisfaction des patients au sortir des urgences : Etude multicentrique de la région PACA, Réanimation urgences, 1999, Vol 8 n°145

27. S. Guéant, A. Taleb, M. Cauterman :

Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences, MeaH, novembre 2008

28. Guly HR :

Diagnostic errors in an accident and emergency department, Emerg Med J. 2001 Jul; 18(4):263-9.

29. Jacquier D, Dumas F, Kierzek G, Ginsburg C, Pourriat J-L :

Caractéristiques des réclamations aux urgences, Journal européen des urgences, juin 2009, Vol 22 ;

30. Mayer TA, Cates RJ, Mastorovich MJ, Royalty DL :

Emergency département patient satisfaction: customer service training improves patient satisfaction and ratings of physicians and nurse skill. J Healthc Manag. 1998 Sep-Oct; 43(5):427-40; discussion 441-2.

31. K. Milojevic, J.P Cantineau, L. Simon, S. Bataille, R. Ruiz, B. Coudert, N. Simon, Y. Lambert :

Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, novembre 2001

32. Mowen JC, Licata JW, McPhail J :

Waiting in the emergency room: how to improve satisfaction. J Health Care Mark. 1993 Summer;13(2):26-33.

33. C. Perrier, S. Peyrat, L. Gopauloo, D. Jury, J. Schmidt:

Evaluation des patients sortant après admission pour douleur abdominale non traumatique ; Journal Européen des urgences, mars 2008 ;

34. F. Perruche, J-L Pourriat, Y-E. Claessens :

Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point Journal européen des urgences, mars 2008, Vol 21 ;

35. Pitrou I., Lecourt AC, Bailly L., Brousse B., Dauchet L., Ladner J.

Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency, department: a prospective cohort study, France. Eur. J. Emerg Med, août 2009-12-07-46 ;

36. N. Schreyer, A. D'Ambrogio, N. Demartines :

Le syndrome douloureux abdominal aux urgences, quelle analgésie ; la revue médicale suisse, juin 2007 ;

37. Sun BC, Adams J, Orav E.J, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR:

Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care, Ann Emerg Med, mai 2000;

38. Taylor C., Bengner J.R.:

Patient satisfaction in emergency medicine. Emerg Med J. 2004 Sep; 21(5) : 528-32.

39. Taylor D, Kennedy MP, Virtue E, McDonald G:

A multifaceted intervention improves patient satisfaction and perceptions of emergency department care. Int J Qual Health Care. 2006 Jun;18(3):238-45. Epub 2006 Mar 14

40. Thomas M., Mackay-Jones K.:

Incidence and causes of critical incidents in emergency departments: a comparison and root cause analysis. Emerg Med J. 2008 Jun;25(6):346-50. doi: 10.1136/emj.2007.054528.

41. Thompson D-A, Yarnold P-R :

Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: the disconfirmation paradigm. Acad Emerg Med. 1995 Dec;2(12):1057-62

42. Thompson D-A, Yarnold P-R, Williams D-R, Adams S-L:

Effect of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Ann Emerg Med. 1996 Dec;28(6):657-65

43. Tran TP, Schutte WP, Muelleman RL, Wadman MC

Provision of clinically based information improves patients'perceived length of stay and satisfaction with EP. Am J Emerg Med. 2002 Oct;20(6):506-9

44. Travers J.P., Lee F.C. :

Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: is there a role for the senior emergency physician in triage Eur J Emerg Med, décembre 2006; p47

45. Andrew Trout, A Roy Magnusson, Jerry R. Hedges:

Patient insatisfaction investigation and the emergency department: What does the literature say; Academic emergency medicine, juin 2000, Vol 7

46. Actualisation 2007 de la III^{ème} Conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence p48

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM	KANTE
Prénom	Maïmouna
Année de soutenance	2014 – 2015
Titre de la thèse	Enquête de satisfaction des assurés AMO au niveau de deux Centre de Santé de Référence du District de Bamako
Ville de soutenance	Bamako
Pays d'origine	Mali
Lieu de dépôt	Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako au Mali
Secteur d'intérêt	Assurance Maladie, Satisfaction des assurés

RESUME :

Objectif :

Déterminer la satisfaction des assurés AMO au niveau de deux (02) Centres de Santé de Référence du District de Bamako.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude descriptive de type transversale, qui s'est déroulée dans deux Centres de Santé de Références du District de Bamako durant une période de 5 mois (d'août à décembre 2013). Elle a concernée les patients adhérents à l'AMO reçu en consultation médicale. La participation était libre et volontaire après obtention d'un consentement verbal et éclairé.

Résultats :

Notre étude montre qu'au niveau des bureaux des entrées, les patients ne sont pratiquement pas satisfaits de la prestation. Cela à travers leur mauvais accueil, le temps d'attente au niveau du guichet AMO trop long et le manque de professionnalisme des agents au niveau du guichet AMO. Par contre, dans les bureaux de consultation, nous avons trouvés une satisfaction des patients.

Quant au niveau des salles de réalisation d'analyses biomédicales, les patients sont satisfaits à travers le respect d'ordre d'arrivée. Alors qu'ils ne le sont pas au niveau des Centres d'imageries à cause du temps d'attente trop long et la non explication de la technique avant de poser l'acte.

Au niveau des officines, les patients ne sont pas satisfaits à cause des comportements du personnel dans les officines. Ces comportements se traduisent par un manque de professionnalisme, le rejet de certaines ordonnances médicales, l'insuffisance du nombre de structures (Cabinet Médical, de soins et de Pharmacie) accréditées par la CANAM dans le cadre des prestations pour les patients AMO.

MOTS CLES : Assurance Maladie Obligatoire, Satisfaction des assurés.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.