

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

NATIONALE



REPUBLIQUE 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 (FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019 N°/M

Titre

**ÉVALUATION DU RECOURS AUX SOINS DES ADHÉRENTS A
L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE
AU CHU Gabriel Touré**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27 :02/2020
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Mr. Mamadou KASSAMBARA

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

JURY

Président :	Pr. Sékou Fantamady TRAORE
Membre :	Dr. Mamadou Désire Mary KEITA
Co. Directeur :	Dr. Kadiatou N'DIAYE DIALLO
Directeur :	Pr. Kassoum KAYENTAO

Dédicace

Je commencerais par rendre grâce à ALLAH, le Tout Puissant le Clément et le Miséricordieux.

Par ta bonté et ta grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail si long et pénible. Fasse que je me souvienne toujours de toi en toute circonstance, à chaque instant du reste de ma vie.

Son PROPHETE MOHAMED paix et salut sur LUI et sa Famille.

Je dédie ce travail :

A la mémoire de mon père Feu Ibrahim KASSAMBARA (dors en paix Papa)

Excuses-moi de te déranger dans ton sommeil profond. Qu'ALLAH le Tout Puissant t'accorde sa grâce et t'accueille dans son Paradis Amen ! Je ne sais pas comment te remercier. La bonté de ton cœur et ta bienveillance ne quitteront jamais mon esprit. Tu n'as jamais cessé de croire que je pouvais devenir ce que je suis aujourd'hui.

Reçois ici l'expression de ma profonde gratitude.

A la mémoire de ma mère Feue Fatoumata Sékou KASSAMBARA (dors en paix maman)

Nul ne peut contre la volonté de DIEU, mon souhait aurait été de te voir à mes côtés aujourd'hui en cet instant précis mais c'est auprès du bon Dieu que tu es aujourd'hui. L'après toi est difficile, je m'en remets à Dieu pour me guider. De là ou tu es j'espère que tu es fière de fils que suis devenu. Je prie chaque jour le bon Dieu pour qu'il puisse t'accueillir dans son saint paradis et t'accorde un repos éternel. Dors en paix chère mère.

Les Remerciements

Mon père Feu Ibrahim Kassambara

Père, votre exemplarité et votre attachement à la réussite de vos enfants surtout dans le cadre des études m'ont permis d'être là aujourd'hui. Vous nous avez appris qu'un homme doit se battre pour réussir dans la vie en ne choisissant jamais la facilité. Sachez, père que je ferais tout pour être le fils que vous avez toujours voulu que je sois et que vous soyez fier de moi. Je prie le bon Dieu de vous accueillir dans son saint paradis et vous donne le repos éternel. Amen !

Ma mère feu Fatoumata Sékou Kassambara

Extraordinaire maman, que de larmes versées ! Que de souffrances ! Que de prières élevées vers les cieux ! Que de sacrifices ! Tu peux sécher tes larmes et dire Amen car Dieu a exhaussé tes vœux. Maman tu as toujours su aimer, su pardonner et su partager dans la discrétion. Aucun mot ne saurait traduire notre profond amour pour toi. Maman, je t'aime, que le Tout Puissant ALLAH t'accueille dans son saint paradis et vous accorde le repos éternel. Amen

A mon oncle Gaoussou Sékou kassambara

Toutes ces années passées près de vous m'ont permis de côtoyer l'être exceptionnel que vous êtes. Votre humanisme et votre simplicité m'ont toujours servi dans ma relation avec les autres. Pour moi Tonton vous êtes un modelé, un exemple, un parangon, les mots me manquent pour vous témoigner toute ma reconnaissance et ma gratitude à votre égard. Vos conseils, votre disponibilité, vos qualités humaines, et votre esprit d'entre-aide font de vous un homme admirable. Je prie le bon Dieu de vous accorde une longue vie, Amen.

A ma Tante Balkissa Sékou Kassambara

Durant ces années passées auprès de vous je n'ai jamais senti l'absence d'une mère, ni manquer de quelque chose. Car à chaque moment et chaque instant, j'ai

pu compter sur votre compréhension et votre aide pour surmonter les épreuves auxquelles j'ai été confronté. Votre amour pour votre prochain/vos proches et votre attachement à l'esprit de famille nous a servi d'exemple. Seul le bon Dieu pourra vous remercier comme il faut. Que le tout puissant vous accorde une longue vie dans la Santé.

A mon oncle Alhamdou Diarra

Merci tonton pour l'attention particulière que tu portes à mon égard. Merci pour les coups de fils et les dépannages qui sont toujours arrivés quand j'en avais le plus besoin. A travers ces gestes, j'ai pu surmonter les difficultés de la vie et atteindre mon objectif. Je te dédie ce travail. Merci tonton.

A mes tantes

Ada sékou Kassambara, Lobo Kassamabara, Mariam Kassambara, Coumba Kassambara, Aissata Traoré, Mariam Kadel Kassamabara , Diabba Kassamabara, Penda Kassambara, Daddo Mamoudou Kassambara et toutes celles dont j'ai pas pu citer leurs noms ;

Très chères tantes, qui m'ont prouvé qu'une mère n'est pas seulement celle qui met au monde un enfant, je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre sagesse, votre honnêteté et votre grande générosité. Ce travail est également le fruit de vos encouragements et de vos nombreuses prières et bénédictions. Votre dévouement et votre soutien efficace de tous les jours ont permis d'atteindre notre objectif. Puisse ce modeste travail vous donner un début de satisfaction de vos vœux les plus sincères.

A mes oncles

(Idrissa, salif, Oumar, Yoro, feu Issa, Idrissa Kassambara) Djibril Boré,

Je n'ai aucune expression pour traduire mes sentiments à votre égard. Vos encouragements et votre rigueur dans le travail m'ont fait ce que je suis et ce que

je deviendrais. Trouvez alors dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est le vôtre. Courage et bonne chance. Que le Tout Puissant vous prête longue vie, Amen !

A mes frères et sœurs

(Boubacari, Aissata, Djeneba , Mariam, Anafissa, Rokiatou, Aissata et Fatoumata tous Kassambara)

« Que pourrais-je dire, que pourrais-je faire pour montrer que je vous aime ?»

Vos mots d'encouragement et de soutien durant cette longue période d'étude m'ont permis de tenir et de me battre pour réaliser ce rêve qui me tient à cœur depuis l'enfance. C'est le lieu pour moi de vous témoigner toute ma reconnaissance et ma gratitude pour votre aide.

Encore merci et restons unis pour la vie.

A mes neveux et nièces

Aussi nombreux que vous êtes, je saurai être à la hauteur de vos attentes. Que dans quelques années, ce document vous serve d'exemple. Je vous aime.

A mes cousins et cousines

Je ne saurais vous remercier assez pour votre sympathie, votre humanisme, votre aide, votre soutien durant toutes ces années.

Puisse le bon Dieu vous le rendre un jour et de la plus des manières tout en espérant que ce lien qui nous uni aujourd'hui perdure dans le temps.

A mes amis

D'enfance de Sah mon village natal (Amadou Drame, Abdoulaye Aya, Moussa Ballo, Idrissa Coulibaly, Boubacar Diarra,)

Du fondamental, du lycée et tous les autres.

Comme on a l'habitude de le dire : « c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît ses amis ». Sachez qu'en aucun instant je n'ai regretté votre compagnie.

Merci pour votre affection et pour votre sincère fidélité. Que Dieu renforce davantage ce lien si sacré qui nous unit.

A mes amis et frères

Djakaridja Daniogo, Amadou Daniogo plus de 10 ans d'amitié Je ne saurai oublier ce lien d'amitié de fraternité et de grande complicité qui nous unis. Tous ces moments difficiles qu'on a partagé ensemble.

Le fait d'avoir été une source d'inspiration pour moi et je considère cela comme une chance énorme. Votre soutien inconditionnel m'a accompagné tout au long de ce travail. Je peux vous rassurer que je serai toujours là pour vous. Je vous souhaite plein de succès dans tout ce que vous entreprendrez, et courage pour le reste du trajet si épineux. Je suis fier de vous. Que Dieu consolide cette cohésion entre nous.

A Mahamadou Traoré dit Foro comme je le dit toujours mon frère, mon jumeau ce lien d'amitié de fraternité et de grande complicité qui nous unis, je ne te remercie jamais assez pour ton soutien et ton accompagnement à toutes épreuves, en toutes circonstances et en tout lieu pendant tout ce temps.

A Sekou Sidibé , Aboubacar klemeké Dembele, Ibrahim Doumbia dit Zlatan, Dr Oumar Ould Aly, Alhassane Coulibaly dit Alasco, Abdoulaye Arama, Dr Morifing Doumbia , Dr Seydou Fily Traoré,

Vous m'avez aidé à traverser les moments difficiles de ma vie, je ne saurais vous remercier assez. Soyons et restons unis. Serons d'avantage la ceinture. Le chemin est encore long et parsemé d'embûches.

Comme dit un adage : c'est pendant les moments les plus difficiles qu'on reconnaît ses vrais amis, vous m'avez aidé quotidiennement à oublier mes problèmes, je vous dis simplement grand merci que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère.

Feu Abdramane Youssouf Cissé,

Arrachées prématurément à notre affection par suite d'un accident de la circulation. La mort n'aura raison que sur ton corps. La vie n'est qu'une courte durée, mais durant le restant de ma vie, je ne cesserai jamais de penser à ces bons moments que nous avons passés ensemble dans ce monde. Dors en paix cher frère.

A mes cadets et Frères

De la 11^é promotion du Numerus Clausus

Mahamadou Fofana, Hamidou Diakité, Nana Modibo Touré, Michel Goita

Pour l'estime, le respect, l'amour et la considération que vous m'avez témoignés ; que cette thèse soit pour vous l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon attachement. Le souvenir des moments passés avec vous, restera pour toujours gravé dans ma mémoire. Que Dieu vous prête succès et longue vie. Merci pour tout. Qu'Allah le tout puissant consolide ce lien qui unis pour éternité.

De la 12^é promotion du Numerus Clausus

**Boubacary Kamissoko, Bakaye Kouma, Souleymane Sissoko, Ma présidente
Sitan Lafia Coulibaly**

Malgré vos jeunes âges, vous êtes dynamique, courageux et objectifs. Merci pour l'attention particulière que vous portez portes à mon égard. Merci pour vos soutiens inconditionnels durant l'élaboration de ce document. Par vos encouragements, votre présence, vos petites attentions, Sache que vous comptes énormément pour moi, et tant que je le pourrai-je vous soutiendrai également dans vos cheminements académiques. Les difficultés, vous en rencontrez toujours, mais sachez en tirer le meilleur.

Cadets De la renaissance convergence Syndicale

Merci pour votre l'estime, votre respect et Considération à mon égard je ne vous remercierai jamais assez pour votre disponibilité et votre accompagnement à toutes épreuves, en circonstances et en tout Lieu.

A Dr Doua Sissoko

Tu m'as toujours considéré comme ton propre frère de sang Nous avons toujours formé une équipe. Même sans le vouloir, nos chemins se sont toujours croisés au moment de l'action. Tu es un homme dynamique, posé, réfléchi et toujours à la quête de l'excellence. A travers toi j'ai beaucoup appris. Nous avons encore de beaux jours devant nous et je sais qu'on saura en tirer le meilleur. Les mots me manquent pour t'en remercier Qu'Allah le tout puissant te le rende Amen.

A Dr Koné Kalidou

Merci infiniment pour ton aide pour ta formation médicale et syndicale Sans toi je ne sais pas si j'aurai pu être à ce niveau. Vous êtes une idole, un exemple, un modèle pour moi. Que Dieu vous guide et vous ouvre les portes du Succès. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse. Que Dieu vous protège.

A tous les aînés de la renaissance convergence syndicale

Vous avez tous contribué à la belle réalisation de ce travail et merci sincèrement pour tout.

Votre disponibilité et gentillesse m'ont très touché, que le tout puissant nous protégé et fortifie les liens qui nous unissent.

A ma Famille La RENAISSANCE CONVERGENCE SYNDICALE

Cette famille qui me donne la force, la rigueur, la détermination, le courage ; merci aux pères fondateurs de cette belle famille, à tous les membres de cette de me considère comme un frère.

Tu as été une seconde famille pour moi en m'accueillant en ton sein et en me guidant durant mon cursus universitaire, je ne s'aurais pas comment te remercier.

La renaissance est présente et sera toujours vainqueur !!!

A mademoiselle Rokiatou Bagayoko

Les mots ne suffiront pas pour te dire à quel point ta présence à mes cotés ces dernières années ont été précieuses pour que je puisse atteindre cet objectif.

Nous avons connu des hauts et des bas, mais cela n'a jamais entaché sur notre complicité. Merci pour ta présence, tes conseils, ton soutien et ta disponibilité. Tu as su m'accepter et me supporter telle que je suis. Que Dieu bénisse encore et encore notre union et que cette union puisse avoir une fin éternelle et heureuse et que nous réalisons notre rêve. Trouve ici ma profonde gratitude. Je t'aime !

A L'AERMOS (Association des étudiants ressortissant de la région de Mopti et sympathisants) mes aînés, frères et sœur les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance

Merci pour l'accueil et la joie de vivre qui y règne.

A Dr Mahamadou GACKOU

Mon frère, je n'ai pas de mots pour qualifier ma reconnaissance envers toi. Tu as toujours été là pour moi dans les bons comme les mauvais moments. Merci pour ton soutien inconditionnel dans mes études et dans la vie quotidienne.

A la 10^e promotion du numerus clausus, promotion Feu Pr Mahamadou Touré

Rien ne vaut l'esprit d'équipe. Merci pour avoir bravé les différentes étapes de ce long cursus ensemble, j'espère que nous goûterons ensemble au fruit de ce travail.

A la famille Fofana et Tebsougue au point G

Merci pour tous les mots me manquent pour vous remercier.

A mes cadets et tous les membres de la cour Fofana

Nassira, ma Cherie Diawara, Kadi, Kangou, Prince, Diallo, Corinne, Zeina, Camara, Dr Cheick, Modibo, Youssouf, et Rebecca.

A mes frères et sœurs de la FMOS/FAPH

Je ne citerai de noms de peur d'en oublier

Au-delà de cette relation estudiantine, nous sommes devenus au cours du cycle de médecine des frères et sœurs, cette complicité que nous avons développée, j'ai nommé amitié fraternelle. Merci pour tous ces moments inoubliables que nous avons partagé, nous avons aussi appris pendant ce temps le soutien mutuel. Je vous souhaite une brillante carrière que Dieu vous protège et consolide d'avantage cette amitié.

A tout le personnel de la polyclinique d'amitié de Kalaban coura

Trouvez dans ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au corps professoral de la FMOS

Veillez recevoir mes sincères remerciements pour les connaissances que vous m'avez procurées à travers vos enseignements théoriques et pratiques de haute qualité.

A ma patrie le MALI

Trouve ici ma profonde gratitude. Merci milles fois.

A tous ceux qui ne verront pas leurs noms

Je ne finirai jamais de citer, sachez seulement que vous êtes tous dans mon cœur. Mes vifs et sincères remerciements.

A notre maitre et président de jury de thèse :

Professeur Sékou Fantamady TRAORE

- **PhD en entomologie médicale**
- **Maitre de conférences en entomologie médicale**
- **Directeur du département entomologie ICER/Mali**
- **Responsable du cours de biologie cellulaire à la FMOS**

Cher maitre,

Honorable maître, nous sommes honorés que vous ayez accepté spontanément de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration.

Vos remarquables suggestions nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maitre et juge :

Docteur Mamadou Désiré Mary KEITA

- **Gynécologue Obstétricien**
- **Directeur général Adjoint de CHU Gabriel Touré**
- **Titulaire d'un Master en Gestion des programmes de santé**
- **Certificats de participation à des rencontres internationales sur les IST ; les soins obstétricaux d'urgences, et sur la sante de la mère et de l'enfant.**
- **Chevalier du Mérite national de la Santé.**

Cher maitre,

Vous nous avez marqué dès votre abord par votre simplicité, votre gentillesse.

Vous dégagez la joie de vivre, vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez accepté cher maitre nos sincères remerciements.

A notre maitre et codirectrice :

Docteur Kadiatou N'DIAYE DIALLO

- **Chef de service Prestation sanitaires CANAM**
- **Inspectrice Principale de sécurité Sociale**
- **Master II en sante publique Internationale**

Cher maitre,

Nous sommes comblés par l'honneur et le privilège que vous nous avez témoigné en acceptant avec plaisir et amabilité de codiriger ce travail.

Vous vous êtes investi pour sa réalisation malgré vos occupations que nous savons multiples. Nous avons été émerveillés par votre abord facile, votre grande simplicité, votre modestie, votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait.

Nous vous sommes redevables pour l'estime et la sympathie, portées à notre modeste personne durant la réalisation de ce travail.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maitre et directeur de thèse :

Professeur Kassoum Kayentao

- **Maitre de Recherche en Santé Publique Option épidémiologie**
- **Responsable adjoint d'unité paludisme-grossesse au MRTC**
- **Chercheur – Enseignant**

Cher maître,

Honorable maître, nous sommes reconnaissantes pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

La probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le sens social élevé et la rigueur sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand maitre.

Maître incontesté, ouvert, scrupuleux, et rigoureux, vous ne vous êtes jamais lassé de nous réprimander quand le travail était mal ou non fait.

Travailler à vos côtés a été une expérience enrichissante pour nous.

Veillez accepter le témoignage de notre haute considération la plus respectueuse.

Nous prions le bon Dieu qu'il vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de vos enseignements.

Table des matières

I.INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS.....	5
2.1. Objectif général :.....	5
2.2. Objectifs spécifiques :.....	5
III. GÉNÉRALITÉS.....	6
3.1. Revue de la littérature	6
3.2. Généralités sur le Mali [1].	6
3.2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives	6
3.2.2. Situation économique et sociale	8
3.2.3. Politique nationale de la santé	8
3.2.5. Organisation du système de santé.....	10
3.2.6 Financement de la santé au Mali [2].....	13
3.2.7 Financement de la santé en Afrique [3 ; 12].....	14
3.2.8 Financement de la santé dans le monde [13].....	15
3.2.9 Assurance maladie au Mali [6 ; 8].....	16
3.2.9.1 Régime d'assurance maladie universelle RAMU [1].....	19
3.2.9.2 Régime d'Assistance Médicale (RAMED).....	20
3.2.9.2.2 Accidents du travail, maladies professionnelles [19].	22
3.2.9.2.3 Invalidité, vieillesse [19].....	23
3.2.10 Assurance maladie en Afrique [3 ; 12 ; 14].....	24
3.2.11 Assurance maladie dans le monde [10]	25
IV. METHODOLOGIE	27
4.1 Cadre d'étude : CHU Gabriel Touré.....	27
4.2. Type d'étude :	30
4.3. Période d'étude	30

4.4. Population d'étude :	30
4.5. Critères d'inclusion :	30
4.6. Critères De non inclusion :	31
4.7 Technique d'échantillonnage :	31
4.8 Taille de l'échantillon :	31
4.10 Traitement et analyse des données :	32
4.12 Considérations éthiques :	34
5. Résultats	35
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	49
CONCLUSION	56
8. Recommandation	57
9. Références	58
FICHE SIGNALÉTIQUE	65
Fiche d'Enquête	69
SERMENT D'HIPPOCRATE.	78

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Situation des services existants au CHU Gabriel Touré (Source Rapport d'activités 2017).....	29
Tableau II: Répartition des patients en fonction du type d'adhésion à l'AMO.....	35
Tableau III: Répartition des patients en fonction de sexe, de Tranche d'âge, d'ethnie, de la profession, de la religion, de statut matrimonial et de Niveau d'instruction.	36
Tableau IV: Répartition des patients en fonction de la qualité d'accueil.....	38
Tableau V: Répartition en fonction de l'opinion sur la Durée de l'attente	39
Tableau VI: Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations ..	40
Tableau VII: Répartition des patients en fonction des prescriptions et de la disponibilité des médicaments et examens complémentaires à l'hôpital	41
Tableau VIII: Satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au CHU Gabriel Touré	42
Tableau IX: Satisfaction par rapport à l'AMO	42
Tableau X: Raison de la satisfaction par rapport à l'AMO	43
Tableau XI: Répartition des patients en fonction des suggestions d'amélioration De l'AMO	44
Tableau XII: Répartition des patients en fonction du coût de la consultation.....	45
Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de la Consultation	45
Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus	45
Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de L'hospitalisation / soins reçus.....	46

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction du cout moyen d'une ordonnance..... 46

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'ordonnance..... 47

Tableau XVIII: Répartition des patients en fonction du cout moyen des examens complémentaires 47

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût des Examens complémentaires..... 48

Liste d'Abréviation

- AMO :** Assurance Maladie Obligatoire.
- ANAM :** Agence Nationale d'Assistance Médicale.
- ANPE :** Agence Nationale Pour l'Emploi.
- CANAM :** Caisse Nationale d'Assurance Maladie.
- CDI :** Centre Dentaire Infantile.
- CHU :** Centre Hospitalier Universitaire.
- CMIE :** Centres Médicaux Interentreprises.
- CNAM :** Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie.
- CNTS :** Centre National de Transfusion Sanguine.
- CREDOS :** Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant.
- CRLD :** Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose.
- CSCOM :** Centre de Santé Communautaire.
- CSCR :** Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté.
- CSREF :** Centre de Santé de Référence.
- DCI :** Dénomination Commune Internationale.
- EDS :** Enquête démographique et de la Santé.
- EPH :** Etablissement Public Hospitalier.
- EPST :** Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique.
- HTA :** Hyper Tension Artérielle.

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale.

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique.

INSTAT : Institut National de statistique

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

LNS : Laboratoire National de la Santé.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONU : Organisation des Nations Unies.

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

PMA : Paquet Minimum d'Activités.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social.

PSPHR : Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale.

RAMED : Régime d'Assistance Médicale.

RAMU : Régime d'assurance maladie Universelle

SLIS : Système Locale d'Information Sanitaire.

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

I.INTRODUCTION

L'accessibilité géographique, financière et permanente des populations à des soins de santé de qualité demeure un axe prioritaire pour la politique sectorielle de santé et de population du Mali depuis son adoption en 1990.

Cette politique a été matérialisée par l'élaboration d'un premier plan décennal d'où ont été issus deux plans quinquennaux dont la mise en œuvre a abouti à la construction et / ou la revitalisation des établissements de santé existants, au renforcement des équipements et à la dotation desdits établissements en personnel qualifié. [3]

En dépit de ces importants efforts du gouvernement et des partenaires, la demande des services de santé, de façon générale, est restée faible. Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs dont ceux socioculturels, le sous financement des services de santé et le faible pouvoir d'achat de la population. [1, 4]

C'est dans ce cadre que le gouvernement du Mali a voté la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire, et le décret N° 09-552/P-RM du 12 octobre 2009, fixant les modalités d'application de cette loi. [5 ; 6]

L'assurance maladie obligatoire a pour but de permettre la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille à charge [6] et s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par les pouvoirs publics maliens de rendre effectif le droit à la santé des populations tel que garanti par la constitution malienne et par de nombreux textes et traités auxquels le Mali a souscrit. [4 ; 7 ; 8]

Dans certains pays, il s'agit ainsi de réduire le risque de voir une partie de la population sombrer dans la pauvreté du fait du niveau élevé des dépenses directes pour les soins de santé.

Dans d'autres, l'assurance maladie vise à protéger et à améliorer la santé grâce à une utilisation accrue des services de santé, notamment des services prioritaires.

[9]

Afin de contribuer à sa consolidation et à l'amélioration de sa mise en œuvre, pour parvenir à la couverture maladie universelle, nous entreprenons la présente étude qui a pour objet d'évaluer les recours aux soins des adhérents de l'assurance Maladie obligatoire (AMO) au centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré plus de Huit (8) années après son démarrage.

En 2005, tous les états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont pris l'engagement de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Cet engagement était l'expression collective de la conviction que tous les êtres humains devraient avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin. [10]

Pour y parvenir, les états ont déployé chacun selon leur contexte socioéconomique des mécanismes pour réduire les couts des soins de santé afin de permettre à leurs populations d'accéder aux soins de santé.

Ainsi, le Mali, après des progrès réels en matière d'accessibilité géographique, développe depuis quelques années des mécanismes de protection sociale dans le but de réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé, d'où un certain nombre de réformes (gratuités, mutuelle, prise en charge des indigents, etc.) tendant à jeter les bases d'une couverture maladie universelle. C'est ainsi que le régime d'assurance maladie a été institué.

Cependant, l'assurance maladie à ses débuts, a rencontré des difficultés majeures comme les oppositions de certaines catégories socioprofessionnelles avec leur retrait, les lenteurs d'enregistrement ou d'immatriculation, l'insuffisance de communication et de coordination, le retard dans la signature des conventions avec

les formations sanitaires et les officines pharmaceutiques, la lenteur dans la remise des cartes aux membres.

Ainsi, trois questions de recherche fondamentales peuvent être posées à savoir :

- Comment les bénéficiaires concernés ont-ils recours aux soins ?
- Quel est le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport à la qualité de l'offre ?
- La Couverture Maladie par l'AMO a-t-elle permis une réelle amélioration de l'accessibilité et la qualité de l'offre des soins ?

A ces trois (3) questions nous tentons de proposer des réponses au cours de cette étude.

Justification de l'étude

Le Mali, depuis quelques années, développe des mécanismes de protection sociale dans le but de réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé. Bien que le pays ait enregistré des progrès réels en termes d'accessibilité géographique à travers la réalisation d'infrastructures de santé les indicateurs de santé demeurent très faibles notamment la faible utilisation des services liée à l'accessibilité financière.

Conscientes du fardeau important des dépenses de santé que supportent les ménages, les autorités ont initié un certain nombre de réformes (gratuités, mutuelle, prise en charge des indigents, etc.) tendant à jeter les bases d'une couverture maladie universelle. C'est ainsi que le régime d'assurance maladie a été institué.

L'assurance maladie obligatoire à ses débuts a rencontré des difficultés majeures comme les lenteurs d'enregistrement ou d'immatriculation, le retrait de nombreux fonctionnaires, l'insuffisance de communication et de coordination, le

retard dans la signature des conventions avec les formations sanitaires et les officines pharmaceutiques, la lenteur dans la remise des cartes aux membres, ...

La présente étude se propose d'analyser la situation actuelle de l'assurance maladie obligatoire après plus de cinq années de mise en œuvre ainsi que les perspectives et défis auxquels elle doit faire face.

II. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Évaluer le recours aux soins des adhérents à l'AMO au CHU Gabriel Touré.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Décrire l'utilisation des services de santé par les adhérents.
- Décrire la qualité de l'offre perçue par les adhérents.
- Déterminer le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport aux prestations.
- Déterminer les coûts moyens induits par une demande de soins et de médicaments.

III. GÉNÉRALITÉS

3.1. Revue de la littérature

Depuis de nombreuses années, on estime que l'accès aux soins dans les villes africaines est limité par des considérations économiques. Des travaux récents établissent que l'exclusion des usagers est avant tout imputable à la qualité offerte par les structures de santé [16]. La demande de soins de santé moderne est classiquement influencée par des variables caractéristiques de l'offre (le coût global du recours, le temps d'attente, la distance du domicile au centre de santé, l'accueil) et par des variables caractéristiques de l'individu ou du ménage du malade (le niveau d'éducation, le sexe, l'âge, le bénéfice d'une couverture sociale : assurance ou mutuelle de santé, la perception de la gravité de la maladie et l'ethnie) [16]. Les différentes offres de soins de santé moderne sont réparties de la façon suivante : l'automédication, l'offre privée de soins spécialisés ou non, l'offre publique de soins spécialisés ou non et les formations sanitaires urbaines à base communautaire. L'étude socio-économique a tout d'abord mis en lumière que les aspects économiques ne sont pas « le » facteur d'exclusion de l'accès aux soins, sauf bien entendu pour les populations à très faibles revenus et sans revenus. En revanche, ce qui ressort, c'est que le véritable facteur d'exclusion réside dans une double cause : la relation soignant-soigné et le niveau de qualité perçu de l'offre de soins [16].

3.2. Généralités sur le Mali [1].

3.2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1.241.238 km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-ouest et le Sénégal à l'Ouest.

Le climat est tropical alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée moyenne de 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord ainsi que des écarts de température très élevés. Le réseau hydraulique constitué par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal, dessert principalement le Sud du pays et une partie du Nord

Selon les résultats définitifs du 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante est de 20 252 586 habitants en 2019 (INSTAT 2019) avec une légère prédominance des femmes : 50,4% de la population soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 58,50 ans.

La densité du pays est d'environ 16,24 habitants/ Km². Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales.

Le Mali a connu une augmentation rapide de l'effectif de sa population entre 1976 et 2009. En effet, estimé à 1,7% en moyenne entre 1976 et 1987, le taux de croissance de la population a atteint 3,6 de 1998 à 2009. A ce rythme, la population malienne doublera presque tous les 20 ans avec les conséquences qui pourraient en résulter quant à l'amélioration du bien-être des individus.

La population du Mali se caractérise par son extrême jeunesse. Les moins de 15 ans représentent 46,6% de la population, la tranche d'âge de 15-64 ans représente 48,4% et la population âgée de 65 ans et plus est de 5%

Le Mali comprend Dix (10) régions administratives, 49 cercles, le district de Bamako (la capitale) et 703 communes. Ces dernières sont administrées par Les collectivités territoriales. La stabilité dont a bénéficié le pays pendant deux décennies a permis la mise en œuvre d'importants programmes de développement et l'attrait d'un volume non négligeable de financements extérieurs.

3.2.2. Situation économique et sociale

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance annuel moyen du PIB s'établit à 4,4% entre 2007 et 2011, bien loin de celui des 7% prévu par le CSCR en 2011.

La proportion de la population malienne considérée comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 47,4% en 2006 et à 43,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165 431 FCFA par an.

Cependant, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population.

3.2.3. Politique nationale de la santé

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1989 définit les grandes orientations du développement sanitaire du Mali.

Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako adoptée en 1987. Après avoir été mise en œuvre à travers : le PSPHR qui a expérimenté et accompagné le développement de l'approche sectorielle jusqu'en 1998 et le PDDSS 1998-2007 qui a définitivement consacré l'Approche Sectorielle par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les acteurs et actrices à travers des organes de Pilotage et une procédure financière préférentielle commune en lieu et place d'une multitude de procédures.

La Politique Sectorielle de Santé a été reconfirmée et consacrée par la loi n°02/R/049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé qui précise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ses principaux objectifs sont

l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par l'élaboration de la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la Politique Nationale Genre (2010).

3.2.4. Politique nationale de protection sociale

La politique nationale de protection sociale est l'expression du droit de tout citoyen à une protection sociale, consacré par la constitution de la République du Mali. Elle traduit l'engagement de la République du Mali à assurer la meilleure protection possible de tous les citoyens contre les risques sociaux durant toute la vie. Elle est fondée sur la solidarité et admet également des formes d'assurance individuelles. Elle s'articule autour de 3 grandes orientations :

- L'extension des champs d'application, matériel et personnel ;
- Le développement de l'aide et de l'action sociale ;
- Le développement de la mutualité et autres organisations basées sur la solidarité.

Son objectif général, qui est de « Construire progressivement un système de protection contre les risques sociaux de tous les citoyens en général et des couches défavorisées en particulier, sera atteint à travers la réalisation d'objectifs spécifiques dédiés à chaque orientation.

La politique nationale de protection sociale est mise en œuvre depuis 2005 à travers le Plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale 2005-2009 et le Plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale 2011-2015 en cours d'exécution.

L'instauration de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) sont, entre autres, deux résultats tangibles de la mise en œuvre de la politique.

3.2.5. Organisation du système de santé

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Le système de santé est structuré en trois niveaux :

- Le niveau opérationnel : le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- Le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- Le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement.

En Outre, il définit les critères d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards et il s'efforce à mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n° 95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et le conseil régional délibèrent, sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales.

Les Ordres professionnels du secteur de la santé participent à l'exécution de la Politique Nationale de Santé dans les conditions fixées par la loi.

Les populations bénéficiaires organisées en associations ou en mutuelles, les fondations et les congrégations religieuses participent également à la conception et/ou à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers les établissements qu'elles sont admises à créer et à faire fonctionner.

Au niveau des structures de prestations de soins, également, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux :

Le niveau central comprend : 5 Etablissements Publics Hospitaliers dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie-Stomatologie, Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique) ; 5 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST): l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations paracliniques poussées.

Le niveau intermédiaire regroupe 7 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro (l'hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif.

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

- Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1086 en 2011). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.
- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CS Réf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon. Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles :

Le secteur sanitaire privé :

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. En 2011 on a dénombré 1038 structures privées selon les données de la « carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 ». Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

Les services de santé de l'armée :

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmes, de maternités de garnison et d'infirmes-hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie-Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements au nombre de 19 en 2011 selon les données de la carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire.

Les services confessionnels de santé : Les structures de prestation de services des Organisations religieuses au nombre de 25 selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 » complètent partout l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national.

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle riche et variée, qui est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. En 2011 on dénombrait 20 structures traditionnelles selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 ».

3.2.6 Financement de la santé au Mali [2]

Le droit à la santé a été affirmé par la constitution du Mali depuis son accession à l'indépendance en 1960 mais la traduction de cette déclaration politique en faits concrets a connu beaucoup de difficultés. Aux premières années d'indépendance marquées par une option socialiste, les soins étaient gratuits pour les populations et les ménages contribuaient très peu au financement de la santé.

Cependant, cette gratuité devenait de plus en plus relative, car face aux difficultés de ressources du budget de l'Etat, le fonctionnement du système de santé était devenu précaire et les ménages supportaient et continuent encore de nos jours à supporter des dépenses de santé de plus en plus importantes. L'adoption de la stratégie des soins de santé primaires, suite à la conférence d'Alma Ata et de

l'Initiative de Bamako, a offert l'occasion à l'Etat de procéder à des reformes du système de santé qui ont abouti à une responsabilisation des communautés au niveau périphérique.

L'instauration du recouvrement du coût des prestations et du médicament transforme le statut des individus et des ménages « d'assistés sociaux » en acteurs qui participent de façon communautaire au renforcement et à la gestion du système de santé par l'utilisation des ressources disponibles à leur niveau pour effectuer des dépenses de santé. La réforme la plus importante est intervenue après l'adoption d'une nouvelle politique sectorielle de santé et la déclaration qui en a résulté le 15 décembre 1990 à Washington devant la communauté internationale, cela a amené le Mali à se doter d'un programme d'investissement sectoriel dont les principes de financement ont consacré le partage des coûts entre l'état, les partenaires au développement et la communauté. Le secteur de la santé est considéré désormais comme un secteur de lutte contre la pauvreté et de développement humain durable.

3.2.7 Financement de la santé en Afrique [3 ; 12]

Les fonds pour la santé en Afrique viennent principalement de trois sources : le budget de l'État, les contributions directes des populations et l'aide internationale.

C'est en Afrique qu'on observe les dépenses de santé les plus faibles : en 2002, les dépenses totales par personne en Afrique, étaient de moins de 10\$ US dans 10 pays, entre 10 et 20\$ US dans 20 pays et plus élevées dans 16 autres pays, pour lesquels des données étaient disponibles (Kirigia et al.). Alors que la dépense de santé moyenne était en 2004 de 32\$ US en Afrique, elle était de 63\$ US en Asie, 218\$ US en Amérique latine, et 3088\$ US dans les pays de l'OCDE. Comme c'est en Afrique qu'on trouve les plus faibles pourcentages de dépenses publiques consacrées à la santé, c'est aussi là que les contributions des ménages, par le

paiement direct, sont les plus élevées. C'est dire que la question du financement de la santé se pose à la fois en termes de volume de ressources disponibles et d'origine de ces ressources.

3.2.8 Financement de la santé dans le monde [13]

Les trente pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), qui ont la longévité la plus grande, concentrent 90 % des dépenses mondiales de santé alors qu'ils ne comptent que 20 % de la population. L'Afrique subsaharienne, avec 12 % de la population mondiale, en représente moins de 1 %.

En Europe, De manière générale, les systèmes de financement des soins de santé ont évolué vers des systèmes où le patient ne supporte pas directement l'entièreté du coût des soins qui lui sont prodigués. L'évolution s'est faite en partant de l'assistance aux indigents (1.1) et d'initiatives solidaires (1.2) vers une solidarité plus générale avec une intervention de l'Etat sous forme d'assurance sociale (1.3) ou de sécurité sociale.

Synthèse : la problématique du financement de la santé demeure un défi pour le développement sanitaire surtout pour les pays en développement ou la mobilisation des ressources est assez laborieuse et la gestion douteuse. En effet, à travers l'analyse dans beaucoup de pays les informations relatives au financement de la santé ne sont pas toujours disponibles Le meilleur moyen d'obtenir un financement durable de la santé est la responsabilisation et la participation des populations bénéficiaires à travers de mécanismes de contribution soit individuelle soit collective

3.2.9 Assurance maladie au Mali [6 ; 8]

Le régime d'assurance maladie obligatoire institué par la loi N°09-015 du 26 juin 2009, a pour but de permettre la couverture des frais des soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille.

Les principes qui sous-entendent l'assurance maladie obligatoire sont :

- L'unicité du régime ;
- Le caractère contributif (sur la base des salaires et autres revenus) ;
- La mutualisation des ressources et du risque ;
- Le système du tiers payant ;
- La non-discrimination et la non sélection en fonction de l'âge, du sexe, de la nature de l'activité, du lieu de la résidence, du niveau des revenus, des antécédents pathologiques ; Ces principes contribuent à la solidarité notamment entre :
 - Personnes à revenus faibles et celles à revenus élevés : « *On cotise selon les revenus et on bénéficie des prestations selon ses besoins* » ;
 - Personnes en activité et celles à la retraite ;
 - Familles nombreuses et familles restreintes, etc...

L'institution d'une assurance maladie obligatoire (AMO) comme substitut au paiement direct par les usagers a pour avantage de permettre, entre autres, par la mutualisation des ressources et des risques, l'augmentation de la solvabilité de la demande des soins de santé chez les personnes couvertes. Ce faisant, elle contribue incontestablement à améliorer l'accessibilité financière des bénéficiaires aux soins de santé.

Les principales caractéristiques du régime de l'assurance maladie obligatoire s'énoncent comme suit :

Sont assujettis au régime :

- Les fonctionnaires civils de l'état et des collectivités territoriales ;

- Les fonctionnaires militaires ;
- Les députés ;
- Les travailleurs au sens du code du travail ;
- Les titulaires de pensions des secteurs public et privé ;
- Les titulaires de pensions militaires ;
- Les titulaires de pensions parlementaires ;
- Les employeurs des secteurs public et privé.

Sont bénéficiaires de l'AMO, les personnes physiques assujetties, les ayants droit à charge des personnes physiques assujetties à savoir :

- Les conjoints (es) ;
- Les enfants âgés de moins de 14 ans ;
- Les enfants scolarisés âgés de 14 à 21 ans ;
- Les enfants atteints d'un handicap ou d'une maladie incurable les rendant incapables d'exercer une activité rétribuée ;
- Les ascendants directs (père et mère), à condition qu'ils ne soient pas des personnes assujettis à l'AMO.

Les taux de cotisation sont fixés ainsi qu'il suit :

- Etat employeur : 4,48% ;
- Employeur du privé : 3,50% ;
- Fonctionnaires et salariés : 3,06% ;
- Pensionnés (retraités/ veuves) : 0,75%
- Assurés volontaires de l'INPS : 6,56%

Le panier de soins de l'AMO donne droit à la prise en charge des frais de soins relatifs à :

- Les faibles risques ou petits risques : consultations générales ou spécialisées, soins médicaux, médicaments, analyses de laboratoire et imagerie médicale, soins dentaires (sans prothèses), maternité ;
- Les gros risques : hospitalisations simples et hospitalisation avec intervention chirurgicale

Le panier de soins comprend :

- 2 163 médicaments ;
- 36 matériels d'ostéosynthèse ;
- Actes médicaux et de biologie ;

Les exclusions du panier de soins sont :

- Les maladies et interventions gratuites (césarienne, lèpre, tuberculose, vaccination dans le cadre du PEV, ARV, etc...)
- Les évacuations sanitaires à l'extérieur
- Les cures thermales
- La chirurgie esthétique
- Les prothèses dentaires
- La lunetterie

Le taux régime de l'AMO assure la prise en charge des frais de soins comme suit : - Hospitalisation : 80% ; - Ambulatoire : 70%.

Pour bénéficier de la prise en charge de l'AMO, l'assuré paye un ticket modérateur qui est de 20% ou 30% des frais de soins pour l'hospitalisation ou pour l'ambulatoire.

Le régime de l'AMO assure la prise en charge des frais de soins des bénéficiaires auprès des structures conventionnées par la CANAM. Ces structures conventionnées ont signé des conventions en matière d'assurance maladie par

lesquelles elles dispensent aux assurés les prestataires garantis par le régime de l'AMO.

Le conventionnement consiste à fixer les obligations des parties signataires, les tarifs de référence des prestations de soins. Il s'agit de :

- Etablissements publics hospitaliers : hôpitaux nationaux, régionaux
- Etablissements publics hospitaliers privés à but non lucratif ;
- Etablissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) ;
- Centres de santé de référence (CS Réf) ;
- Centres de santé communautaire (C.S.Com) ;
- Cabinets et cliniques privés ;
- Officines de pharmacie de Bamako ;
- Officines de pharmacie dans les régions ;
- Laboratoires privés d'analyse de biologie médicale ;
- Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (MUTEC) ;
- Formations sanitaires de l'I.N.P.S (C.M.I.E, P.M.I, cabinets dentaires).

3.2.9.1 Régime d'assurance maladie universelle RAMU [1]

Pour l'essentiel, ce sont les ménages qui sont les premiers contributeurs dans les dépenses de santé. Contrairement aux idées répandues, leur part est plus importante que celle de l'Etat dans le financement de la santé. Cependant le coût individuel reste élevé dans un pays comme le Mali où plus de la moitié de la population est considérée comme pauvre. D'où la nécessité d'inventer de nouveaux modèles de financement de la santé, adaptés aux réalités du système global de la santé.

Les mécanismes de couverture universelle mis en place ne couvrent pas encore toute la population malienne. Les mécanismes, pris ensemble, couvrent

moins de 25% de la population totale. D'énormes efforts sont encore à faire pour atteindre la couverture de toute la population du pays.

Pour l'instant, les limites entre les différents dispositifs semblent très rigides ; il n'est pas prévu de financement croisé qui permettrait une solidarité d'ensemble du dispositif. Il faut comprendre que le Mali est à ses débuts. Toutefois, dans les années à venir, il serait important de mettre en place un financement croisé entre les différents mécanismes dans le but d'assurer la viabilité de l'ensemble du système.

Aussi, le Ministère du développement social et le Ministère de la santé devraient réfléchir à des alternatives de réduction des coûts des dépenses de santé des ménages qui ne bénéficient pas à l'heure actuelle de couverture d'assurance maladie en attendant que les mécanismes actuels soient véritablement mis en place et qu'ils atteignent leurs vitesses de croisière. Ce processus prendra certainement sur des années.

Une solution pour les ménages non couverts par l'assurance maladie serait la rationalisation de la prescription des médicaments et la mise en œuvre efficace de la politique de généralisation des médicaments essentiels. Cette mesure permettrait de réduire considérablement les dépenses de santé des ménages car les dépenses en médicaments constituent le poste le plus important de l'ensemble des dépenses de santé des ménages. Un autre avantage de cette mesure est qu'elle permettrait de contenir les dépenses des mécanismes actuels de couverture universelle, et donc de maintenir le montant des cotisations à un nouveau raisonnable.

3.2.9.2 Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

La loi n° 09-031 du 27 juillet 2009 a permis la mise en place d'un Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

Le RAMED est un régime qui concerne les indigents, c'est -à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale dont elle relève, soit environ 5% de la population malienne (600 000 personnes) [18].

Pour pouvoir bénéficier du RAMED, la personne doit s'immatriculer auprès de l'ANAM, disposer d'un certificat "d'indigent" délivré par la mairie du lieu d'habitation, ne pas être assujettie à l'AMO et être sans ressources.

Le panier de soins du RAMED couvre les soins ambulatoires (consultations médicales, soins infirmiers, soins dentaires, imageries médicales, examens de laboratoire, petites chirurgies), les hospitalisations (frais d'hôtellerie hospitalière, actes médicaux et chirurgicaux), les produits pharmaceutiques (inscrits sur une liste des médicaments admis), les prestations de maternité (ensemble des frais médicaux, analyses, examens, hospitalisation liée à la grossesse, accouchement et ses suites).

Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 % (L'État contribue à hauteur de 65% du montant total nécessaire au fonctionnement du RAMED et les Collectivités Territoriales pour 35%) [18].

3.2.9.2.1 Prestations familiales [19].

Le régime des prestations familiales comprend les prestations en nature de l'action sanitaire et sociale, la prime de mariage, l'aide à la mère et aux nourrissons sous forme d'allocations prénatales et d'allocations de maternité, les indemnités journalières en faveur des femmes salariées en état de grossesse, les allocations familiales et le congé de naissance.

Les prestations familiales sont accordées à tout assuré volontaire, pensionné veuve/veuf d'un bénéficiaire ou sous condition d'activité : 9 mois consécutifs chez

un ou plusieurs employeurs, un mois étant validé par 18 jours ou 120 heures d'activité. Les travailleurs salariés étrangers introduits régulièrement au Mali ont droit aux prestations familiales.

3.2.9.2.2 Accidents du travail, maladies professionnelles [19].

Incapacité temporaire

L'indemnité journalière est payée à la victime par l'Institut à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail jusqu'à la guérison ou constatation de l'incapacité permanente. L'indemnité est égale à 100 % du dernier salaire de l'assuré précédant l'accident.

Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel, multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié lorsque ce taux est compris entre 10 et 50 % et augmenté de moitié lorsqu'il excède 50 %. Si la victime a besoin de l'assistance d'une tierce personne, la rente est majorée de 40 %.

Si le degré d'incapacité est inférieur à 10 %, il est effectué un versement unique.

Le montant maximum de la rente est égal à 20 fois le SMIG.

Le montant minimum de la rente, si le degré d'incapacité est égal ou supérieur à 10 %, ne peut être inférieur à 1,3 fois le SMIG.

Décès

Au décès d'un assuré victime d'un accident du travail, le conjoint et les orphelins peuvent prétendre à un avantage versé sous forme de pension. Le montant de la rente est égal à un pourcentage du salaire moyen annuel du défunt précédant le début de l'incapacité.

Le total des rentes de survivants ne doit pas dépasser 85 % du salaire moyen annuel du défunt, le cas échéant, les rentes seront réduites proportionnellement. Le salaire servant de base de calcul ne peut être inférieur à 1,3 fois le SMIG.

Une allocation funéraire est versée pour aider les familles aux frais d'enterrement.

Le montant du remboursement maximum est égal à 25 % du SMIG

3.2.9.2.3 Invalidité, vieillesse [19].

Invalidité

Pour obtenir une pension d'invalidité, le travailleur doit :

- ❖ Avoir accompli au moins 8 ans d'assurance,
- ❖ Présenter une réduction de ses capacités physiques ou mentales d'au moins 66,66 %.

La pension est égale à 26 % du salaire moyen mensuel des 8 dernières années multiplié par la durée d'assurance majorée de 2 % par période de 12 mois pendant 120 mois maximum. Le montant de la pension ne peut excéder 80% du salaire moyen mensuel de l'assuré et ne peut pas être inférieur à 60 % du SMIG (minimum : 17.076 francs CFA).

Le montant minimum sur lequel est calculée la pension d'invalidité est égal à 2 fois le SMIG. La pension d'invalidité cesse d'être versée à partir de 53 ans et est remplacée par la pension de vieillesse d'un montant au moins égal à la pension d'invalidité.

Vieillesse

▪ Pension

L'assuré âgé de 58 ans et ayant accompli au moins 13 ans d'assurance peut prétendre à une pension de vieillesse. Celle-ci peut être liquidée à partir de 53 ans sans coefficient d'anticipation en cas de vieillesse prématurée ou avec coefficient

d'anticipation si le requérant n'est pas inapte ; le montant sera affecté d'un abattement de 5 % par année d'anticipation.

La pension est égale à 26 % du salaire mensuel des 8 dernières années d'activité multiplié par le nombre d'années d'assurance majorée de 2 % par période de 12 mois pendant 120 mois maximum. Le montant de la pension ne peut excéder 80 % du salaire mensuel moyen de l'assuré et ne peut pas être inférieur à 60 % du SMIG (minimum : 17.076 francs CFA).

Le montant minimum sur lequel est calculée la pension de vieillesse est égal à 2 fois le SMIG.

▪ **Allocation vieillesse de solidarité**

L'assuré âgé de 58 ans n'ayant pas accompli 13 ans d'assurance mais ayant accompli au moins 6 années pourra prétendre, sous conditions de ressources à une allocation de solidarité. Cette allocation versée sous forme de rente mensuelle est égale à 52 % du salaire mensuel moyen soit 14.799 francs CFA

3.2.10 Assurance maladie en Afrique [3 ; 12 ; 14]

La prise en conscience sociale du déclin des valeurs de solidarité familiale en cas de problèmes sociaux est un des piliers des fondements de l'assurance maladie. [14]

L'assurance maladie apparaît aujourd'hui, dans les pays à faible revenu, comme une technique susceptible de favoriser l'atteinte de nombreux objectifs. Pour ceux qui veulent améliorer le financement et le fonctionnement du secteur de la santé, l'assurance maladie va faciliter l'accès aux soins, en réduisant la part du paiement direct des services, et solvabilité du même coup la demande aux formations de santé. Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, l'assurance maladie est un élément central de la réduction de la vulnérabilité des populations et de limitation

de la pauvreté iatrogène. La création de branches d'assurance maladie est aussi un moyen d'étendre les systèmes de protection sociale.

Au-delà des objectifs visés, il faut prendre conscience de ce que la mise en place de l'assurance maladie représente une innovation technique et institutionnelle très importante dans la plupart des pays à faible revenu. On y observe sans surprise que la diffusion de l'assurance maladie se heurte à de nombreux facteurs économiques, sociaux et politiques et il importe de repérer ces obstacles pour tenter de les franchir. Autrement dit, la mise en évidence de bonnes pratiques en matière de promotion, de construction et de développement de l'assurance maladie devrait être la préoccupation des personnes en charge de responsabilités au sein des secteurs concernés et de ceux qui les appuient. Dans cette perspective, réfléchir au cadre d'analyse de l'activité d'assurance maladie dans le contexte des pays d'Afrique de l'Ouest ne constitue pas une démarche superflue.

3.2.11 Assurance maladie dans le monde [10]

Le rapport sur la santé dans le monde présentait le concept de couverture sanitaire universelle selon trois dimensions : les services de santé nécessaires, le nombre de personnes qui en ont besoin et le coût pour ceux qui doivent payer. [20]

La mise en place des systèmes d'assurance maladie est presque séculaire dans certains continents mais différents également d'un continent à un continent régulé par les multinationales ou l'état.

Depuis les années 1980, le système d'assurance allemand se trouve dans une situation de réforme. Les caractéristiques du système allemand sont d'abord, une contribution de la part des salariés et des patrons pour financer le risque maladie. La gestion quant à elle est assurée par les syndicats des salariés et des organisations patronales. Le système allemand bénéficie d'une grande autonomie

des caisses d'Assurance Maladie. Le système d'assurance maladie allemand est similaire à celui de la France. En Belgique, l'assurance maladie-invalidité est une assurance soin de santé qui est sous la tutelle de l'institut national d'assurance maladie invalidité

(I.N.A.M.I). Cette assurance est en déficit de 634 millions d'euros depuis 2004. Les autorités veulent réduire les coûts des médicaments. Quant au Canada, ce sont les provinces canadiennes qui établissent la politique et les enveloppes budgétaires.

Par ailleurs, au Québec, les soins de santé sont remboursés depuis 1970 par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Toutefois, aux États-Unis, les autorités publiques assurent les soins des personnes âgées, ou modestes. Même les non-assurés bénéficient de soins de santé gratuitement. L'assurance maladie aux États-Unis devient deux fois plus chère qu'en France.

En Europe, il est primordial que vous vous procuriez une carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Cette dernière vous aidera à bénéficier des droits à l'assurance maladie et des remboursements sur vos soins médicaux.

Synthèse : il ressort que les systèmes d'assurance existent depuis de nombreuses années à travers le monde avec des objectifs différents mais concourant tous cependant à un allègement du poids financier de la maladie. Le continent Africain pour qui le système est assez récent, est confronté au problème de financement pérenne de la santé au vu de l'extrême pauvreté de près de 40 % de sa population. Cependant, beaucoup de pays du continent ont enregistré de réels progrès en termes de participation dans la gestion de leur santé à travers les mutuelles, ainsi les assurances maladies viennent progressivement en complément de ces mutuelles. L'objectif ultime de l'ensemble de ces efforts est d'atteindre la couverture maladie universelle dans un horizon assez proche.

IV. METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude : CHU Gabriel Touré

Notre étude a été réalisée au niveau du CHU Gabriel Touré.

Les raisons de ce choix sont liées au fait que cette structure fait partie de celles visitées par les responsables des départements sectoriels pour apprécier l'état de préparation des formations sanitaires en vue du démarrage de l'assurance maladie obligatoire (AMO) en 2011.

Présentation, organisation et fonctionnement du CHU Gabriel Touré

L'hôpital Gabriel Touré est situé au quartier administratif de la ville de Bamako. Il est limité à l'est par le quartier de Médina Coura, à l'ouest par l'école nationale d'ingénieurs, au nord par la garnison de l'état-major de l'armée de terre et au Sud par le Traminex qui est une société de dédouanement et de transit.

Ancien dispensaire central de Bamako créé en 1951 et érigé en hôpital le 17 janvier 1959, il sera baptisé « Hôpital Gabriel Touré » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934.

L'Hôpital Gabriel Touré a évolué en établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion, le décret N° 03-338/PRM du 07 août 2003 modifié par le décret N° 06 – 189 /P-RM du 26 avril 2006 fixe l'organisation et les modalités de son fonctionnement.

a) -Organisation

Le décret N° 03-338/P-RM du 07 août 2003 modifié par le décret N° 06 – 189 /P-RM du

26 avril 2006 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Hôpital Gabriel Touré. Il définit les organes d'administration et de gestion et leur attribution. Il s'agit du conseil d'administration, de la direction générale, du comité de direction et des organes consultatifs (Commission médicale d'établissement, Commission des soins infirmiers et obstétricaux, Comité technique d'établissement et Comité technique d'hygiène et de sécurité).

b) -Missions

Les missions de l'hôpital sont définies par l'article 3 de la loi n° 03-022/ du 14 juillet 2003 portant création de l'Hôpital Gabriel TOURE, selon lequel « l'hôpital a pour mission de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur l'étendue du territoire national. A cet effet, il est chargé de :

Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;

Prendre en charge les urgences et les cas référés ;

Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé ; - Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical ».

c)-Structuration

Le CHU Gabriel Touré comprend :

**TABLEAU I : SITUATION DES SERVICES EXISTANTS AU CHU GABRIEL TOURE
(SOURCE RAPPORT D'ACTIVITES 2017)**

Départements	Services
Département de médecine	Hépto-Gastro-entérologie, Cardiologie, Neurologie Diabétologie Dermatologie
Département de chirurgie	Chirurgie générale, Traumatologie, Orthopédie, ORL Urologie, Neurochirurgie, Chirurgie pédiatrique,
Département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence	Anesthésie, Réanimation adulte, Service d'Accueil des Urgences
Département de gynécologie- Obstétrique	Gynécologie Obstétrique
Département d'imagerie médicale	Scanner
	Mammographie
	Radiologie conventionnelle
Département des services médicotechniques	Laboratoire
	Pharmacie
Département de pédiatrie	Pédiatrie générale
	Néonatalogie

d)CAPACITES D'ACCUEIL ET RESSOURCE HUMAINES

• L'hôpital Dispose actuellement de 447 lits. D'après Les résultats d'un recensement biométrique pratiqué en mai 2013 (ANTIM, 2013), l'hôpital emploie environ 648 Personnes dont 64% De professionnels de la santé (gradués Dans diverses disciplines, 35% Sont des médecins, et 7% Sont des sages---femmes, et les autres 57% Des infirmiers à divers paliers de soins (assistants médicaux, techniciens supérieurs, techniciens de santé), et 19% Sont du personnel d'appui (sans Diplôme professionnel) et 17% Sont du personnel administratif [21]

4.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, portant sur l'évaluation du recours des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU Gabriel Touré.

4.3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulé de Décembre 2018 à Décembre 2019 soit une période de 12 mois.

4.4. Population d'étude :

La population d'étude était constituée des patients présents au Gabriel Touré au moment de l'enquête, adhérents à l'AMO, Ayant droit à l'AMO, Agé de 16 ans et plus.

4.5. Critères d'inclusion :

Il s'agit de patients :

- Etre adhérent à l'AMO,
- Ayant droit à l'AMO,
- Se présenté au CHU Gabriel Touré,
- Agé de 16 ans et plus,
- Ayant donné leur consentement,

4.6. Critères De non inclusion :

Il s'agit de Patient

- Non adhérent à l'AMO
- Agé de moins de 16 ans.
- Ne pouvant pas répondre aux questions à cause de déficit ou handicap (hospitalisée inconscient)
- Tout Patient absent au moment de l'enquête au CHU Gabriel Touré
- N'ayant pas droit à l'AMO
- Refusant de répondre à nos questions

4.7 Technique d'échantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage simple, sélectionné à partir d'un questionnaire individuel anonyme aux adhérents de l'assurance maladie obligatoire du CHU Gabriel Touré

4.8 Taille de l'échantillon :

Le nombre de sujets inclus a été calculé par la formule suivante :

$$n = (Z\alpha)^2 \frac{p \cdot q}{i^2}$$

N= taille de l'échantillon

$Z\alpha$ = écart réduit correspondant au risque α consenti, ici $Z\alpha= 2,1$ pour un risque d'erreur de 4%. P = proportion des adhérents à l'assurance maladie à Bamako.

$$P = \frac{\text{Nombre d'assure AMO à Bamako}}{\text{Population Totale de Bamako}} = \frac{87\,498}{2\,285\,408} = 0,0382$$

q = complément de p ($q= 1-p$). Ici égal à $1 - 0,0382 = 0,9618$

i = précision = 4%.

Ainsi la taille de notre échantillon sera égale à :

$$N = \frac{0,0382 \times 0,9618}{(0,04)^2} = 101,266$$

Notre étude était portée sur **100** patients.

4.9 Recueil des informations :

Recueil des informations

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête individuelle. L'appréciation de la qualité des ressources s'est limitée à l'appréciation de la disponibilité des médicaments et des analyses de laboratoire au niveau de l'hôpital, pris en compte par l'assurance maladie obligatoire.

Pour apprécier la qualité des soins, nous nous sommes plus orienté vers le concept de qualité perçue par les utilisateurs, dans ce sens, nous nous sommes appuyés sur :

- ❖ La perception des utilisateurs par rapport à l'accessibilité des soins au niveau organisationnel, temporel, économique et socio culturel.
- ❖ La satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des soins reçus

4.10 Traitement et analyse des données :

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Word et Excel 2016.

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS Statistiques version 20.0. L'utilisation des services a été évaluée par la fréquence de consultations des adhérents et Ayant droit.

La qualité de l'offre a été évaluée en moyenne par la courtoisie, le privilège, la facilité d'accès au médecin, la confidentialité de la consultation, le respect du patient, et le respect de l'intimité physique du patient.

La satisfaction a été évaluée par la disponibilité des médicaments, la qualité des prises en charge des ordonnances et examens complémentaires.

Les couts ont été évalué en moyenne par les sommes de consultation ; des soins ; des médicaments et examens complémentaires.

4.11 Définition opérationnelle

Dans notre étude nous avons définis les mots suivants comme suite

Qualité d'accueil

Au Niveau de la Courtoisie à l'entrée

- ✓ **Beaucoup** : Tout patient n'ayant pas eu de difficultés à l'entrée de l'hôpital avec les agents de sécurité ou les contrôleurs.
- ✓ **Moyennement** : Tout patient ayant peu de difficultés à l'entrée de l'hôpital avec les agents de sécurité ou les contrôleurs.
- ✓ **Pas du tout** : Tout patient ayant eu d'énorme difficultés à l'entrée de l'hôpital, avec les agents de sécurité ou les contrôleurs.

Installation pendant l'attente du médecin

- ✓ **Très confortablement** : Tout patient considérant être bien installé avant la consultation.
- ✓ **Assez confortablement** : Tout patient considérant avoir eu peu de difficulté a s'installé avant la consultation.
- ✓ **Très inconfortablement** : Tout patient considérant avoir eu d'énorme difficulté à s'installé avant la consultation.

Au niveau de la durée d'attente

- ✓ **Longue** : toute durée d'attente de 2heures temps et plus
- ✓ **Acceptable** : toute durée d'attente de 1heure à 2heures de temps
- ✓ **Courte** : toute durée d'attente de moins de 1 Heure de Temps

Somme payé pour les différentes prestations (ordonnance, examen complémentaire, hospitalisation, et les frais des soins)

- ✓ **Elevé** : Toute somme de prestation considéré élevé par les patients

- ✓ **Pas Elevé :** Toute somme de prestation considéré acceptable et moindre cout par les patients
- ✓ **J'ai payé :** somme payé par les patients sur les différentes prestations.

4.12 Considérations éthiques :

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale ont fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants :

- ✓ Consentement des responsables du CHU GT, par une fiche d'autorisation
- ✓ Consentement individuel des adhérents à l'AMO en fin de répondre à nos questions au moment de l'enquête
- ✓ L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

5. Résultats

5.1 Utilisation des services de santé par les adhérents à l'AMO

5.1.1 Statut des Patients par rapport à l'AMO

TABLEAU II: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DU TYPE D'ADHESION A L'AMO

Type d'adhésion à l'AMO	Effectifs	Pourcentage (%)
Adhérents (moi-même)	40	40,0
Ayants droit		
Par mon (ma) conjoint (e)	27	27,0
Par mon parent	16	16,0
Par mon enfant	17	17,0
Total	100	100,0

Sur les 100 patients de notre échantillon, 60 patients bénéficiaient de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant, soit 60,0% de l'échantillon. Les bénéficiaires principaux (ouvrants droit) ont été moins représentés avec 40,0 % des cas.

5.1.2 caractère sociodémographique des utilisateurs (Adhérents à l'AMO) des services de santé

TABLEAU III: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE SEXE, DE TRANCHE D'AGE, D'ETHNIE, DE LA PROFESSION, DE LA RELIGION, DE STATUT MATRIMONIAL ET DE NIVEAU D'INSTRUCTION.

Caractère sociodémographique		Effectifs	Pourcentages(%)
Sexe	Femme	58	58,0%
	Homme	42	42,0%
Tranche d'Age	De 16 à 24	18	18%
	De 25 à 34	30	30%
	De 35 à 44	23	23%
	De 45 à 54	8	8%
	De 55 à 64	10	10%
	De 65 et Plus	11	11%
	Ethnie	Bambara	20
Peulh		13	13%
Sarakolé		10	10%
Dogon		8	8%
Senoufo		16	16%
Malinké		12	12%
Sonrhäï		13	13%
Autres		8	8%
Profession	Paysan	12	12%
	Commerçant	16	16%
	Etudiant	20	20%
	Fonctionnaire	27	27%
	Autre	25	25%
Religion	Musulmane	89	89%
	Chrétienne	10	10%

	Autre	1	1%
	Célibataire	27	27%
Statut matrimonial	Marié	53	53%
	Divorcé	4	4
	Veuf (veuve)	16	16%
	Aucun	15	15%
Niveau d'instruction	Fondamental 1 ^{er} cycle	14	14%
	Fondamental 2 ^e cycle	10	10%
	Secondaire	20	20%
	Supérieur	37	37%
	Ecole coranique	4	4%
Total		100	100%

Dans notre échantillon le sexe féminin a été le plus représenté avec 58% soit un ratio de 1,38 femme pour 1 homme. 30 patients étaient de la tranche d'âge de 25 à 34 ans, l'ethnie Bambara était le plus représenté avec 20%. Sur 100 patients 27 étaient des fonctionnaires, 89 patients étaient de la religion musulmane. Les mariés ont été le plus représentés et le niveau d'instruction supérieur était le plus représenté.

II. Qualité de l'offre perçue par les adhérents

TABLEAU IV: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE LA QUALITE D'ACCUEIL

Qualité de l'accueil		Effectif	Pourcentage (%)
Courtoisie à l'entrée du CHU	Beaucoup	39	39,0%
	Moyennement	48	48,0%
	un peu	3	3,0%
	pas du tout	10	10,0%
Orientation	oui	47	47,0%
	non	53	53,0%
Privilège	oui	29	29,0%
	non	71	71,0%
Installation pendant l'attente du Médecin	Très confortablement	40	40,0%
	assez confortablement	45	45,0%
	5	5	5,0%
	assez inconfortablement		
	très inconfortablement	9	9,0%
	n'a pas attendu	1	1,0%

La courtoisie à l'entrée du CHU Gabriel Touré a été très moyenne pour 48,0% des patients ; pour 53,0% des patients, l'orientation n'a pas été effective. Cependant on note une forte proportion des patients ne s'étant pas senti confortablement installé pendant l'attente du médecin (45,0%).

TABLEAU V: REPARTITION EN FONCTION DE L'OPINION SUR LA DUREE DE L'ATTENTE

Durée de l'attente	Effectifs	Pourcentage
Longue	48	48,0
Acceptable	35	35,0
Courte	15	15,0
N'a pas attendu	2	2,0
Total	98	100,0

Sur les 100 patients sélectionnés, 48 ont trouvé la durée d'attente du personnel soignant longue, soit 48,0% des cas.

TABLEAU VI: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS

Qualité des consultations		Effectifs	Pourcentages(%)
Facilité d'accès au médecin	oui	73	73,0%
	non	27,0	27,0%
Confidentialité de la consultation	Oui	84	84,0%
	Non	16	16,0%
Réponses aux questions posées	OUI	87	87,0%
	Non	13	13,0%
Respect du patient	OUI	94	94,0%
	Non	6	6,0%
Attention portée sur la maladie	Oui	94	94,0%
	Non	6	6,0%
Respect de l'intimité physique	OUI	99	99,0%
	Non	1	1,0%
Explications données sur la maladie	OUI	73	73,0%
	Non	27	27,0%
Total		100	100%

En général la qualité des consultations était bonne. La majorité des patients a affirmé avoir eu un accès facile au médecin, une consultation confidentielle, avoir été respecté, et avoir reçu des explications claires sur sa maladie.

III. Satisfaction des bénéficiaires

TABLEAU VII: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES PRESCRIPTIONS ET DE LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES A L'HOPITAL

Ordonnances et examens			Effectifs	Pourcentage(%)
Ordonnance après consultation	Oui		96	96,0%
	Non		4	4,0%
Raison de l'absence de l'ordonnance	Pas prescrit		3	3,0%
	Ne sait pas		1	1,0%
Prise en charge de tous les médicaments par l'AMO	Oui		92	92,0%
	Non		8	8,0%
examens complémentaires après consultation	Oui		90	90,0%
	non		10	10,0%
Raison de l'absence d'examens complémentaires	Pas prescrit		6	6,0%
	Examens déjà faits		4	4,0%
Prise en charge de tous les examens par l'AMO	Oui		93	93,0%
	non		7	7,0%
	Ne s'y est pas rendu		3	3,0%
	Ne s'y est pas rendu		2	2,0%
Total			100	100%

Sur les 100 patients 96 ont reçu une ordonnance après la consultation, 90 ont reçu des examens complémentaires.

TABLEAU VIII: SATISFACTION PAR RAPPORT A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE AU CHU GABRIEL TOURE

Satisfaction	Effectifs	Pourcentage (%)
Pas satisfait (e) du tout	11	11,0
Pas très satisfait (e)	28	28,0
Assez satisfait	48,0	48,0
Très satisfait (e)	13	13,0
Total	100	100,0

Presque la moitié de nos patients ont été assez satisfaite de la qualité de la prise en charge au CHU Gabriel Touré, soit 48,0%.

TABLEAU IX: SATISFACTION PAR RAPPORT A L'AMO

Satisfaction par rapport à l'AMO	Effectifs	Pourcentage (%)
Pas satisfait (e) du tout	1	1,0
Pas très satisfait (e)	5	5,0
Assez satisfait (e)	21	21,0
Très satisfait (e)	73	73,0
Total	100	100,0

Dans la majorité des cas (73,0%), les patients ont été satisfaits de l'AMO, avec un taux de satisfaction à 94,0%.

TABLEAU X: RAISON DE LA SATISFACTION PAR RAPPORT A L'AMO

Raison de satisfaction	Effectif	Pourcentage (%)
Accès facile aux soins	39	41,49%
Médicaments disponibles à vil prix ?	55	58,51%
Total	94	100%

Presque la totalité de notre échantillon a été satisfaite de l'assurance maladie obligatoire.

Dans 41,49% des cas pour la facilité d'accès aux soins et dans 58,51% des cas pour la disponibilité des médicaments à vil prix.

**TABLEAU XI: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES SUGGESTIONS
D'AMELIORATION DE L'AMO**

Suggestion d'Amélioration	Effectifs	Pourcentage (%)
Réduire les procédures	26	26,0%
Réduire le temps d'attente aux caisses	18	18,0%
Améliorer la qualité de l'accueil	20	20,0%
Augmenter la liste des prestations couvertes	15	15,0%
Améliorer la collaboration avec les pharmacies et laboratoires.	3	3,0%
Bien former le personnel	5	5,0%
Réduire le taux des cotisations	2	2,0%
Augmenter les catégories d'ayants droit	2	2,0%
Augmenter le nombre de guichets	2	2,0%
Prendre en compte les évacuations sanitaires	2	2,0%
Caisses AMO au niveau des services.	2	2,0%
Propres structures sanitaire pour l'AMO	2	2,0%
Augmenter le nombre de souches des reçus	1	1,0%
Total	100	100%

IV - Coûts induits par la demande des soins

TABLEAU XII: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DU COUT DE LA CONSULTATION

Coût de la consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Ne sait pas	3	3,0
J'ai payé (450 FCFA)	97	97,0
Total	100	100,0

Parmi les 100 patients de notre échantillon, 97 avait la connaissance du prix exact de la consultation pour les bénéficiaires de l'AMO.

TABLEAU XIII: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE L'OPINION SUR LE COUT DE LA CONSULTATION

Montant de la consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Elevé	9	9,0
Pas élevé	88	88,0
ne sait pas	3	3,0
Total	100	100,0

Sur les 100 patients sélectionnés, 88 ont considéré le prix de la consultation pas élevé, soit 88,0%

TABLEAU XIV: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DU COUT DE L'HOSPITALISATION OU AUTRES SOINS REÇUS

Coût de l'hospitalisation / soins reçus	Effectifs	Pourcentage (%)
N'a rien payé	4	4,0
Ne sait pas	7	7,0
N'en a pas bénéficié	72	72,0
J'ai payé	17	17,0
Total	100	100,0

Dans 72% des cas les patients n'avaient pas eu besoin de l'hospitalisation ou des soins payants.

TABLEAU XV: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE L'OPINION SUR LE
COUT DE L'HOSPITALISATION / SOINS REÇUS

	Effectifs	Pourcentage (%)
Elevé	6	21,4
Pas élevé	19	67,8
ne sait pas	3	10,71
Total	28	100,0

Parmi les 28 patients ayant bénéficié de l'hospitalisation et des soins à titre de l'assurance maladie, 19 ont considéré les couts pas élevé.

TABLEAU XVI: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DU COUT MOYEN D'UNE
ORDONNANCE

Coût moyen des ordonnances	Effectifs	Pourcentage (%)
J'ai paye	83	83,0
Ne se rappelle	1	1,0
Ne sait pas	13	13,0
N'a rien payé	3	3,0
Total	100	100,0

Le cout d'une ordonnance était situé en majorité entre 2 000 et 10 000 FCFA.
Cependant, 83% des patients ont payé pour ordonnances.

TABLEAU XVII: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE L'OPINION SUR LE
COUT DE L'ORDONNANCE

	Effectifs	Pourcentage (%)
Elevé	14	14,0
Pas élevé	69	69,0
ne sait pas	17	8,2
Total	100	100,0

La majorité des patients, soit 69,0%, avait considéré le cout de leur ordonnance pas élevé.

TABLEAU XVIII: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DU COUT MOYEN DES
EXAMENS COMPLEMENTAIRES

	Effectifs	Pourcentage (%)
J'ai payé	82	82,0
ne se rappelle pas	1	1,0
ne sait pas	13	13,0
N'a rien payé	4	4,0
Total	100	100,0

Dans notre échantillon, la majorité des patients soit 82,0% se rappelle de payer pour les examens complémentaires.

TABLEAU XIX: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE L'OPINION SUR LE
COUT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

le coût des Examens Effectifs complémentaires.		Pourcentage (%)
Elevé	15	15,0
Pas élevé	67	67,0
ne sait pas	18	18,0
Total	100	100,0

La majorité des patients, soit 67,0%, avait considéré le cout de leurs examens complémentaires pas élevé.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 L'utilisation des services de santé par les adhérents à l'AMO

Dans notre étude, **le sexe féminin** a été le plus représenté, soit un ratio de 1,38 femme pour 1 homme. Ce qui est conforme à la norme nationale qui montre que les hommes sont légèrement sous représentés dans la population ; cela n'est pas surprenant quand nous savons qu'au Mali plus de femmes que d'hommes. Les femmes sont les a fréquentés les services de santé pour la couverture sanitaire de la famille.

De même **la tranche d'âge 25 à 34** a été la plus représentée avec un sexe ratio de 1,38 femme pour 1 homme.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est une tranche d'âge qui présente généralement des pathologies généralement fréquente et ont tendance à délaissier les soins de premier niveau pour recourir aux soins plus spécialisés, en milieu hospitalier

Dans notre échantillon, nous avons rencontré 15 **ethnies** différentes avec une nette prédominance des bambaras, suivi des malinkés et des peulhs. Cela pourrait s'expliquer par le fait que pendant notre étude nous avons eu a rencontres de plus ces ethnies par rapport aux autres ethnies, qui peut expliquer aussi par la répartition nationale selon l'**EDSM V [39]**.

Dans notre étude les Fonctionnaires étaient plus représenté de notre échantillon. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les fonctionnaires sont directement inscrits à l'assurance maladie obligatoire.

Katy Maimouna au Mali en 2018 [51] Trouve un taux inférieur à notre étude et **Kante M [52]** 2015 Trouve un taux supérieur à notre étude

En ce qui concerne le **statut matrimonial**, les mariés ont été les plus représentés dans notre étude. Cela trouverait son explication dans le fait que, étant marié, donc stable, l'on est plus en même de se préoccuper de son état de santé, tenant compte aussi des encouragements du partenaire à recouvrer la santé.

Les **niveaux d'instructions** supérieur et secondaire étaient les plus représentés dans notre échantillon. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'étant aux plus hauts niveaux d'instruction, ils sont plus en mesure de comprendre l'importance de recourir aux soins en cas de maladie.

Statut des patients par rapport à l'AMO.

Dans notre échantillon, nous avons rencontré 40,0% des patients étant directement affiliés à l'assurance maladie obligatoire. Même tendance avec **Katy M** et **Kante M** au Mali ; Ce qui peut s'expliquer d'une part à travers les critères d'inclusion de notre étude et d'autre 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. Contraire à celle de **YMELE [48]** au Mali 41,8% ayant droit. Par rapport à ces résultats notre étude est bien comparable avec un taux Présentable en ayant droit ou assure.

6.2. Qualité perçue par les adhérents

En ce qui concerne l'**accueil**, Si dans l'étude de **SISSOKO F. [27]** au Mali une satisfaction chez les adhérents à la garantie santé de la MUTEK. Ce qui est contraire à notre étude. La moyenne des patients a déclaré être bien reçu à l'entrée, ne pas être orienté, n'avoir pas été privilégié et avoir été installé assez confortablement pendant l'attente du médecin. Cette différence s'expliquerait par le fait que notre étude a été réalisée dans un CHU.

Katy Maimouna [51] 2018 au Mali trouve taux de patients bien accueillie et ayant été orienté à la Rentrée Cette différence s'expliquerait par le fait que les personnels de CHU étaient inclus dans l'étude de Katy M.

Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE au Rwanda de mai 2013 [28] au Rwanda rapporte 100% comme taux de satisfaction par rapport à l'accueil. Ce qui est supérieur à nos résultats. Cette différence peut s'expliquer par le fait que 96,15% de la population Rwandaise bénéficie d'une assurance maladie

publique [28]. Par contre, **Alloh D et all en 2011 [30]** en Côte d'ivoire trouvent un taux de satisfaction par rapport à l'accueil même tendance que notre étude.

Cependant, la majorité des patients s'est plaint de la longue durée d'attente. Nous avons trouvé une durée moyenne d'attente de 2 heures. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, vu le nombre élevé de patients pris par consultations, certains patients se rendaient très tôt au niveau des consultations pour être vu en premier. Or les consultations ne commençant qu'à huit heures, ils se retrouvaient à attendre un peu plus que prévu. Il faut aussi souligner le fait que les consultations débutent généralement un peu plus tard par rapport à l'heure prévue, ce qui contribue également à augmenter le temps d'attente. Au Mali, **KADIDIATOU K. [31]** trouve dans son étude une durée d'attente ne dépassant pas les 30 minutes et 90,6% des patients trouvant ce délai acceptable. Ce qui est contraire à nos résultats. Cette différence s'expliquerait par le fait que notre étude a été réalisée dans un CHU, qui est un centre de référence de premier niveau et a donc un niveau de fréquentation plus élevé.

Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE de 2013 [28] au Rwanda montre une durée moyenne d'attente avant la consultation de 2 h16 minute. Ce qui est semblable à nos résultats.

YMELE N [48] au Mali Trouve plus de 1 Heure de temps d'attente ce qui est inférieur à notre résultat cela peut être due à la différence d'affluence entre le CHU Gabriel Touré et CHU Point G

En ce qui concerne **l'accès au médecin, la relation soignant soigné et les explications reçus sur la maladie**, malgré la longue attente signalé plus haut, la majorité des patients a affirmé qu'il était facile d'avoir accès au médecin. Lorsqu'ils le rencontraient, les consultations se passaient dans de meilleures conditions (confidentialité, réponse aux questions, attention porté sur la maladie, respect de l'intimité physique).

6.3. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Notre étude nous a montré que 48% des patients ont été assez satisfait de leur prise en charge générale au CHU Gabriel Touré, avec un taux de satisfaction à 94%, qui est comparable à ceux de **SISSOKO F. [27]** et de l'hôpital de KIBUYE au Rwanda [28], qui trouvent respectivement un taux de satisfaction à 80% et à 90%.

De même, 73% des patients ont été très satisfait de l'assurance maladie, et 21% assez satisfait. Les deux principales raisons de la satisfaction par rapport à l'AMO ont été la facilitation de l'accès aux soins et la disponibilité des médicaments à vils prix grâce à l'AMO

Néanmoins, des suggestions d'amélioration de l'AMO ont été faites avec comme principales :

- La réduction du temps d'attente au niveau des caisses ;
- La réduction des procédures ;
- L'amélioration de la qualité de l'accueil ;
- L'augmentation de la liste des prestations couvertes.

Bien qu'en faible proportion, certains patients ont également suggéré :

- La possibilité de création des caisses AMO au niveau des différents services de l'hôpital
- La possibilité de création des propres structures sanitaires de l'AMO Et la prise en charge des évacuations sanitaires.

Cette dernière suggestion d'amélioration n'est pas anodine, vu que les évacuations sanitaires sont prises en charge par les systèmes d'assurance maladie du Gabon [32] et de la Mauritanie [33].

Disponibilité des médicaments et examens complémentaires.

Au cours de notre étude nous avons constaté que dans la majorité des cas, une ordonnance et des examens complémentaires étaient délivrés à la fin de la consultation. **SISSOKO F. [27]** trouve dans son étude un taux des patients ayant

reçu des examens complémentaires après leur consultation ce qui est inférieur à notre étude.

YMELE N [48] au Mali trouve dans son étude des patients ayant reçu d'ordonnance après leur consultation et des examens complémentaires un taux qui est comparable à notre résultat

De même pour la majeure partie des patients, la totalité des médicaments et des examens complémentaires prescrits était pris en charge par l'AMO.

L'étude nous a également montré que la majorité des patients n'a obtenu aucun des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital. Pour le reste, ils en ont obtenu en partie (3%) ou ne se sont pas rendu à la pharmacie de l'hôpital (3,0%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce sont généralement les spécialités qui sont prescrites sur les ordonnances, la pharmacie hospitalière ne disposant en majorité que de médicaments générique.

Nous avons retrouvé seulement 8% des patients qui ont réalisés la totalité des examens complémentaires au niveau de l'hôpital, contre 23% des patients qui ont réalisé juste une partie des examens et 63% des patients n'ayant réalisé aucun examen au niveau de l'hôpital. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une liste restreinte d'analyses est disponible au niveau de l'hôpital, et aussi par le fait que les patients sont généralement redirigés par le personnel vers des centres d'analyses spécialisés pour une grande fiabilité des résultats.

6.4. Coûts induits par la demande des soins.

Dans notre échantillon, 97,0% des patients avaient une connaissance exacte du prix de la consultation avec l'AMO, le reste ne connaissant pas le prix. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains patients ne se rendaient pas personnellement au niveau des guichets pour payer les tickets. Par ailleurs, 88,0% des patients ont considéré ce montant pas élevé.

Cependant, 72,0% de l'échantillon n'avait pas bénéficié de l'hospitalisation ou des soins ; mais pour ceux qui en avaient bénéficié, les dépenses inhérentes étaient comprises entre 1000FCFA et 5.000FCFA avec 28

de nos patients qui ont bénéficié 19 Patients ont considéré ces dépenses pas élevé.

Le cout des ordonnances s'élevait entre 2.000 FCFA et 10.000 FCFA et 69,0% des patients ont considérés leurs dépenses en médicaments pas élevée.

SISSOKO F. [27] dans son étude n'as pas trouvé de couts d'ordonnance supérieur à 5000 FCFA. Cette

Différence pourrait s'expliquer par le fait que dans son étude, ce sont les DCI qui étaient les plus prescrits (dans 90% des cas). Tandis que **COMMEYRAS C. et NDO J.R. [24]** au Cameroun trouvent une dépense moyenne en Médicament entre 3411 FCFA et 6563 FCFA.

De même, le coût des analyses et explorations fonctionnelles se situait entre 1.000FCFA et 10.000 FCFA. En majorité, les patients ne se rappelaient pas du coût des examens complémentaires (82,0%) mais ont néanmoins affirmé considérer la dépense en examens complémentaires pas élevée dans 67,0% des cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux de **SISSOKO F. [27]** qui trouve le cout des examens situé entre 1000FCFA et 3000FCFA dans 52,7% des cas.

Toutes ces dépenses moyennes en santé par individu sont nettement inférieures aux moyennes nationales selon l'**EDSM V [39]**.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que pour les adhérents à l'AMO, les dépenses de santé sont prises en charge à 70% en ambulatoire et à 80% en hospitalisation. Ce qui contribue à réduire considérablement les dépenses des patients, qui ne paient que le ticket modérateur. Cela expliquerait aussi le fait que

74,0% des patients de notre échantillon n'aient pas rencontré des difficultés financières au cours de leurs dépenses en santé.

6.5. Les limites et difficultés de l'étude

Notre travail s'est inscrit dans le cadre d'une étude transversale descriptive sur le recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU Gabriel Touré. Il s'agissait d'apprécier la qualité de l'offre,

la satisfaction des bénéficiaires, les couts induits par la demande des soins et même l'itinéraire thérapeutique des bénéficiaires face à la maladie.

En raison du temps et des ressources limitées, la taille de notre échantillon a été limitée à 100 patients, ce qui pourrait poser un problème de représentant.

L'étude intéressait tous les services du CHU Gabriel Touré, mais nous avons plus recruté les patients dans certains services que dans d'autres, lié au fait que ces services étaient plus visités par les adhérents à l'AMO lors de nos différents passages.

Nous avons procédé à la collecte des données sur une fiche d'enquête, par un interrogatoire direct au cours d'un entretien individuel. Au cours du recrutement et des entretiens, nous avons été confrontés à certaines difficultés :

- Refus de certains patients à se soumettre au questionnaire, pour certains par manque de temps, et pour d'autre lié au simple fait de la fatigue car ayant déjà assez attendu au niveau des services.
- Certains patients n'ont pas été recrutés directement au sortir des consultations et ont été interrogés sur des consultations antérieures, avec une possibilité de biais de mémoire.
- Par rapport aux montants des différentes dépenses effectués (consultations, médicaments, analyses...), certains patients n'ont pas pu estimer le coût des dépenses, dû au fait qu'étant malade et alité, c'est généralement leurs accompagnants qui se rendaient au niveau des guichets.
- Concernant l'itinéraire thérapeutique des patients face à la maladie, une possibilité de biais d'information (biais de prévarication) pourrait être notée, dû au fait que les patients n'ont pas été observés directement, mais nous nous sommes basé sur leurs déclarations qui ont pu être modifiées par le simple fait que le questionnaire était soumis par un agent de la santé.

Une autre difficulté à laquelle nous avons été confrontés au cours de cette étude a été le manque de document typique de référence et de comparaison, le sujet n'ayant pas été beaucoup traité.

CONCLUSION

La qualité des prestations (accueil, consultations...), du point de vue des patients était un acquis au CHU Gabriel Touré. Cependant la longue durée de l'attente est encore un obstacle à la facilitation du recours aux soins des adhérents, ainsi que l'indisponibilité de la majorité des prescriptions (médicaments et examens complémentaires) au niveau de la structure.

La satisfaction des adhérents sur la qualité de l'offre a été unanime dans la grande majorité, bien que certains aspects restent encore à améliorer.

La satisfaction des adhérents sur L'assurance maladie obligatoire, L'AMO a permis une nette amélioration de l'accessibilité aux soins des adhérents, en réduisant de façon considérable les dépenses de santé qui sont nettement inférieures à la moyenne nationale. Cependant, des améliorations sont encore à faire au niveau organisationnel et structurel pour augmenter la profondeur de la couverture et réduire les démarches qui sont pour les patients un frein majeur à la demande des soins, car malgré ces facilitations économiques, on note encore un pourcentage non négligeable des adhérents.

8. Recommandation

Cependant, des améliorations sont encore à faire au niveau organisationnel et structurel pour augmenter la profondeur de la couverture et réduire les démarches qui sont pour les patients un frein majeur à la demande des soins.

Au terme de cette étude sur l'évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU Gabriel Touré en 2019, nous formulons les recommandations suivantes :

8.1 Par rapport à la longue durée d'attente au niveau des consultations :

- Respecter l'heure de début des consultations
- Augmenter le nombre du personnel de consultation par jours ou le nombre de jours de consultations par semaine.

Par rapport à la persistance des incompréhensions sur la maladie :

- Bien expliquer aux patients leurs pathologies tout en insistant sur les causes probables, la gravité de la maladie et les possibilités de guérison.
- Inciter les patients à poser les questions sur leurs probables incompréhensions.

8.2 Par rapport à l'indisponibilité de la plupart des prescriptions (médicaments et examens complémentaires) au niveau de l'hôpital

- Envisager une convention entre l'hôpital et l'AMO en vue de mettre à la disponibilité des adhérents les différents médicaments pris en charge au niveau de l'hôpital, y compris les spécialités.
- Augmenter la gamme et la fiabilité des examens complémentaires au niveau de l'hôpital.

8.3 Par rapport aux suggestions d'amélioration de l'AMO :

- Améliorer la qualité de l'accueil au niveau des guichets
- Augmenter le nombre de guichets voir créer des guichets AMO au niveau des différents services.
- Elargir la liste des prestations couvertes.
- Envisager la prise en charge des évacuations sanitaires.

9. Références

1. **Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées**, Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali, Rapport final, Octobre 2011, 52-55.
2. Cellule de Planification et de Statistique secteur Santé, **Ministère de la Santé**, Développement Social et Promotion de la Famille, 2014, Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023, p13 24 25 59 97.
3. **RIDDE V, QUEUILLE L, KAFANDO Y**, Capitalisation de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. Auteur : Kafando ; Livre Médecine noire, classification politique
4. **Réseau Vision Tokyo 2010 pour le développement des ressources humaines en santé en Afrique-JICA**, Analyse situationnelle des ressources humaines en santé des pays membres du réseau Vision Tokyo 2010, aout 2017, p139-156, Direction des Ressources Humaines, Profil des Ressources Humaines en Santé du Mali, 2009, 102 p.
5. **LAURENCE C et all.** Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali, 2010, Mali Auteur : Laurence Codjia (consultante Sénégal) World Health organization bibliothèque de OMS
6. **Présidence de la République du Mali**, Loi n°09-015 AN /RM du 26 juin 2009 portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire, Journal Officiel num 2009 ;1
7. **Organisation Internationale du Travail OIT**, Convention n° 102 concernant la norme minimale de la sécurité sociale entrée en vigueur le 27 Avril 1955 et adoptée le 28 juin 1962 à Genève lors de la 35ème session CIT.
8. **Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale**, Systèmes nationaux de sécurité sociale, Le régime malien de sécurité sociale, 2013, Consulté le 25 Avril 2014 à 10h25, consultable à l'URL : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mali.html.

9. **WANG H. et all**, Manuel sur l'assurance maladie : comment l'opérationnaliser, Version française. Bethesda, Maryland. Projet Health System 20/20, Abt Associates Inc. Mai 2010, P67. Agence des états unis pour le développement international

10. **Organisation Mondiale de la Santé**, Rapport sur la santé dans le monde 2013, La recherche pour la couverture sanitaire universelle, 5p

11. **Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy**, L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque mondiale, 2006, 41-501. Auteur : Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy, Date de publication : 1/01/2006, Thème (Santé Nutrition), Banque Mondiale

12. **AEDES** : financement des services de santé OMS version 1996, 8p

13. **LAPORTE J.D**, Le financement communautaire des services de santé : la situation au Mali

et dans d'autres états francophones d'Afrique, Auteur : Jean Dominique Laporte IHEID, Mai 2003.

14. **K.P.ADON**. L'assurance maladie en Côte d'Ivoire : entre protection et politique de santé.

Auteur : K P ADON Médecine d'Afrique noire N°6002 Février 2013 P 71-82

15 **TIZIO Stéphane, FLORI Yves-Antoine (1997)**.

L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? In: *Tiers-Monde*. 1997, tome 38 n°152. p. 837-858.

16 **DIDIER GOBBERS**.

L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. *Rubriques international*. Mars 2002.

17 **AUDIBERT M., ROODENBEKE E**.

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, Analyse de situation et perspectives, Région Afrique, département du développement Humain., Région d'Afrique Banque mondiale Avril 2005

18 TOURÉ L., RIDDE V., QUEUILLE L.

Evaluation des besoins de plaidoyer en appui à la couverture universelle santé.
In Burkina Faso, Mali, and Sénégal. Rapport Mali version définitive. Janvier
2014, 44 p. Auteur : Laurence Touré ,Vallery Ridde

19 CLEISS.

Régime malien de sécurité social [en ligne]. 2011. Mis à jour le 20/10/2011.
[Consulté le 22 janvier 2014]. Disponible à l'adresse
:<http://www.cleiss.fr/docs/regime_mali.html>

20 Dye C. et all. Recherche pour la couverture universelle. 2013 ; 6p . livre
publié le 5 Novembre 2013 OMS thème de Santé

21. Moussa Sanogo

Rencontres de la Coopération hospitalière Mali - France

Sous la Présidence du Ministre en charge de la Santé du Mali 14, 15 et 16
janvier 2014, CICB de Bamako 2014.

22. AUDIBERT M., ROODENBEKE E., A PAVY- LETOURMY et al.

Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en
termes d'offre de soins est- elle une réponse, communication présentée au
développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon ; Décembre 2004.

23. SALONGO PACIFIQUE M.

Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de
santé de kadutu, province du Sud Kivu- RD Congo, Diplôme d'étude spéciale en
économie de la santé, Mémoire : Université de Kinshasa, faculté de médecine,
Décembre 2005; 81P.

24. Christophe COMMEYRAS, Jean Rolin NDO.

Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux
médicaments pour les populations du Cameroun, 2003. Mémoire Master en
santé publique Université de Kinshasa

25. FOURNIER P. et HADDAD S.

Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en Développement, pp.289-325, in Hubert GERARD et Victor PICHE : la sociologie des populations, Montréal, AUPELF-UREF, 1995, pp. 289.PU Montréal Date de publication 15 Decembre 1995

26. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International.

Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International, 2014.

27. SISSOKO Fodé.

Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie sante dans le centre de santé de la MUTEK. Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS, 2010 ; 108 p. FMPOS Mali

28. HOPITAL DE KIBUYE.

Plan stratégique de l'hôpital de kibuye juin 2012 – juillet 2018, Rwanda, mai 2013, 68 p.

29. Nyandekwe M., Nzayirambaho M., Baptiste Kakoma J.

Universal health coverage in Rwanda : dream or reality. *Pan Afr Med J.* 2014 Mar 27;17:232. doi: 10.11604.

30. Alloh D., Aka N., Manou B. et all.

Evaluation de la satisfaction des patients d'hospitalisation de jour de rééducation à Abidjan. *Médecine d'Afrique noire.* Février 2011, 5802, p.63-68.

31. KANTA Kadidiatou.

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de kolokani). Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS, 2007 ; 154 p.

32. Laurent MUSANGO, Aboubacar INOUA.

Assurance Maladie Obligatoire au Gabon : un atout pour le bien-être de la population. World Health Report (2010) Background Paper, No 16. In World Health Organization. *Health systems financing: The path to universal coverage*. 2010, 45p.

33. MINISTERE DE LA SANTE.

Rapport d'analyse de situation du secteur de la santé en Mauritanie, 2011, 143 pages.

34. SANOGO Moussa.

La vente illicite des médicaments à Bamako : conséquences sur l'économie et la santé publique. *L'émergent*. Décembre 2014, 006, p.21-23. Rapport

35. TAPE Yabga Bernardin.

Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire. Mémoire de maîtrise : Economie. Laval : faculté des études supérieures de l'université de Laval, 2007 ; 81 p.

36. EL OMARI salaheddine.

Évaluation des impacts de l'assurance sociale maladie sur la consommation des soins de santé par la population rurale à faible revenu aux philippines. Mémoire de maîtrise : Economie. Montréal : École des sciences de la gestion, 2007 ; 46 p.

37. Nkoa F.C., Ongolo-Zogo P.

Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun, 2012.

38 Aude Nikiéma, Clémentine Rossier, Valéry Ridde.

Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain : le cas de la périphérie nord de Ouagadougou, 2010.

39 Enquête Démographique et de Santé au Mali 5ième édition (EDSM V), présentation générale du pays et méthodologie de l'enquête, Mai 2014, p4

40 Ministère de la Santé, Direction des Ressources Humaines, Profil des Ressources Humaines en Santé du Mali, 2009, 102 p.

41 BERTHE Y, 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

42 Banque Mondiale, La Problématique de la Santé et de la Pauvreté au Mali, Volume 1, Rapport Principal, 02 Avril, 2011, 148 p, pages 24, 77 à 96

43 WSM, Étude comparative des systèmes de protection sociale, Rapports sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels au Rwanda et au Burundi, consultable sur www.wsm.be,

44 GOBBERS D, PICHARD E, L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest, 36 ADSP n° 30 mars 2000, docspdf

45. GHEORGHE A, LIPCAN A, PICANYOL C et all CABRI, LE FINANCEMENT DE

LA SANTÉ en Afrique défis et opportunités, Conférence internationale sur le financement de la Santé en Afrique 30 novembre au 1er décembre 2015, à Dar es-Salaam, Tanzanie,

46. CISSE A M S, CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DE LA POLITIQUE DE MAINTENANCE DES ÉQUIPEMENTS BIOMÉDICAUX À L'HOPITAL NATIONAL DU

POINT G DE BAMAKO, mémoire de fin d'études CESAG Dakar, 2004, 99 pages

47 GRIMALDI A. Quel avenir pour le système de Santé ? Médecine des Maladies Métaboliques, Elsevier, 2016, 10 (3), p.231-237. <10.1016/S1957-2557(16)30055-4

48 YMELE N C, Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU Point G. Faculté de médecine et d'odontostomatologies 2015, 147 pages, 15M223

49 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Rapport sur la santé dans le monde 2010: le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, bibliothèque OMS, ISBN 978 92 4 068481 2, NLM: W 74, p73

50 ABOUBACAR I, analyse de la relation entre les institutions d'assurance maladie et les prestataires de soins au Togo, Mémoire CESAG, Dakar, 2012, 2013, 68p

51 Katy Maimouna Etat des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au niveau de l'hôpital Gabriel Touré en 2018 : défis et perspectives, Thèse médecine 2018 FMOS Mali

52. KANTE M, enquête de satisfaction des assurés AMO au niveau de deux (02) centres de santé de référence du district de Bamako. Faculté de médecine et d'odontostomatologies 2015, 65 pages. 15M148. Thèse Médecine 2015 FMOS Mali.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KASSAMBARA

Prénom : Mamadou

Adresse Email: kassambaramam@gmail.com **Contact :** (00223) 74 04 14 32

Année universitaire : 2018-2019 **Ville de soutenance :** Bamako

Pays : Mali

Titre de la thèse : Evaluation des recours aux soins des adhérents de l'assurance maladie obligatoire au CHU Gabriel Touré.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et de Pharmacie (FAPH) BP. 1805 Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par échantillonnage simple à l'aide d'un questionnaire, portée sur 100 patients adhérents à l'assurance maladie obligatoire au Gabriel Touré. Elle visait l'évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU Gabriel, vu l'instauration récente de ce type de couverture maladie au Mali.

Il s'est avéré que la qualité de l'accueil et des consultations était un acquis du point de vue des patients, malgré la longue attente qui a été signalée par une grande partie des patients.

Les adhérents ont été satisfaits de leur prise en charge générale au CHU Gabriel Touré et de l'assurance maladie obligatoire. Cependant des propositions d'améliorations ont été faites, portant surtout sur l'amélioration de la qualité de l'accueil au niveau des caisses et la réduction des procédures.

Les dépenses moyennes en santé étaient toutes inférieures aux moyennes nationales, cependant, il s'est posé un problème d'indisponibilité de certaines spécialités médicamenteuses et analyses, non prises en compte par l'assurance maladie et l'indisponibilité de la plupart des prescriptions au niveau de la pharmacie hospitalière.

Pour la majorité des patients, l'assurance maladie leur a permis d'avoir un accès facile aux soins et aux médicaments ce qui a été réconforté par la proportion importante des adhérents de notre échantillon ayant eu au moins trois recours aux soins en six mois.

La majorité des adhérents a eu un bon comportement face à la maladie, qui est le recours à l'hôpital en première intention. Une réduction des procédures et une sensibilisation des patients sur les biens faits du recours rapide à l'hôpital seraient donc nécessaires pour lever les barrières à l'accès aux soins.

Mots clés : recours aux soins, Assurance maladie obligatoire, CHU Gabriel Touré.

MATERIAL SAFETY DATA SHEET

Name: KASSAMBARA

First name: Mamadou

Email address: kassambaramam@gmail.com

Contact: (00223) 74 04 14 32

University year: 2018-2019 Defense town: Bamako

Country: Mali

Thesis's title: Evaluation of the use of healthcare by members of compulsory health insurance at the CHU Gabriel Touré.

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS) and Pharmacy (FAPH) BP. 1805 Bamako

Area of interest: Public health

ABSTRACT :

This is a descriptive cross-sectional study using simple sampling using a questionnaire, carried out on 100 patients adhering to compulsory health insurance at Gabriel Touré. It aimed to assess the use of care by members of compulsory health insurance at Gabriel CHU, given the recent introduction of this type of health cover in Mali.

It turned out that the quality of the reception and consultations was a given from the point of view of the patients, despite the long wait which was reported by a large part of the patients.

The members were satisfied with their general care at the CHU Gabriel Touré and with compulsory health insurance. However, proposals for improvements have been made, focusing mainly on improving the quality of reception at the cash desks and reducing procedures.

Average health expenditure was all lower than national averages, however, there was a problem of unavailability of certain medicinal specialties and analyzes, not taken into account by health insurance and the unavailability of most prescriptions. hospital pharmacy level.

For the majority of patients, health insurance enabled them to have easy access to care and medication, which was comforted by the large proportion of members in our sample who had at least three treatments in six months.

The majority of members behaved well in the face of the disease, which is the referral to the hospital as a first line. A reduction in procedures and raising patient awareness of the benefits of rapid referral to the hospital would therefore be necessary to remove barriers to access to care.

Keywords: recourse to care, Compulsory health insurance, CHU Gabriel Touré.

Fiche d'Enquête

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ENQUETE :

Fiche N⁰.....

Q1/ Quartier de Résidence.....

Commune.....

Q2/ sexe ? (Ne pas poser la question)

1= /___/ Masculin 2= /___/ Féminin

Q3/ Quel âge avez-vous ?

1= /___/___/ans

2= /___/ ne sait pas (passer à la question Q4)

Q4/ Quel est votre âge, environ ?

1= /___/ entre 16 et 24 ans 4= /___/ entre 45 et 54 ans

2= /___/ entre 25 et 34 ans 5= /___/ entre 55 et 64 ans

3= /___/ entre 35 et 44 ans 6= /___/ 65 ans et plus

Q5/ Quelle est votre ethnie ?

1 = /___/ Bambara 2= /___/ Peulh 3= /___/ Sarakolé 4= /___/ dogon

5= /___/ Senoufo 6= /___/ Malinké 7= /___/ Sonrhäi 8= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q6/ Quelle est votre religion ?

1= /___/ Musulmane 3= /___/ Autres (à préciser)

: _____

2= /___/ Chrétienne

Q7/ Quelle est votre profession ?

1= /___/ Paysan (e) 2= /___/ Commerçant (e) 3= /___/ Etudiant (e)

4= /___/ Fonctionnaire 5= /___/ Autres (à préciser)

: _____

Q8/ Quel est votre statut matrimonial ?

1= /___/ Célibataire. 3= /___/ Divorcé (e)

2= /___/ Marié (e) 4= /___/ Veuf (veuve)

Q9/ Quel est votre régime matrimonial ?

1= /___/ Polygamie 2= /___/ Monogamie

Q10/ Quel est votre niveau d'instruction ?

1= /___/ Aucun 4= /___/ secondaire

2= /___/ Fondamental 1er cycle 5= /___/ Supérieure

3= /___/ Fondamental 2ème cycle 6= /___/ école coranique traditionnelle

SECTION 2 : STATUT DE L'ENQUETE PAR RAPPORT A L'AMO

Q11/ Par quel biais bénéficiez-vous de l'AMO ?

1= /___/ Moi-même 3= /___/ Mon parent

2= /___/ Mon (ma) conjoint(e) 4= /___/ Mon enfant

SECTION 3 : QUALITE PERCUE PAR LES ADHERENTS

ACCUEIL

Q12/Pourquoi êtes-vous venu à l'hôpital (motif de consultation) ? (Service de consultation) _____

Q13/ Lorsque vous vous êtes présenté au CHU, avez-vous été reçu avec courtoisie l'entrée

1= /___/ Beaucoup 4= /___/ pas du tout

2= /___/ Moyennement 5= /___/ ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q14.1 Avez-vous été orientés à l'entrée ?

1= /___/ Oui 2= /___/ Non

Q15/ Combien de temps environ s'est écoulé entre votre arrivée au CHU et le moment où vous avez rencontré le personnel soignant ?

1= /___/ heures /___/ minutes.

2= /___/ ne sait pas.

Q16/ Comment trouvez-vous ce temps d'attente ?

1= /___/ Long 3= /___/ Court

2= /___/ Acceptable 4= /___/ Autres (à préciser) :

Q17/Vous a-t-on privilégié par rapport aux autres patients ?

1= /___/ Oui 2= /___/ Non

Q18/ Pendant que vous attendiez, comment étiez-vous installé ?

1= /___/ Très confortablement 4= /___/ Très inconfortablement.

2= /___/ Assez confortablement 5= /___/ Autres (à préciser) :

3= /___/ Assez inconfortablement

**ACCES AU MEDECIN, RELATION SOIGNANT-SOIGNE ET
EXPLICATIONS RECUS SUR LA MALADIE.**

Q19/ Vous va-t-il été facile de rencontrer le Médecin ?

1= /___/ Oui 2= /___/ Non Pourquoi ? _____

20/ Votre consultation a été confidentielle ?

1= /___/ Beaucoup 4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement 5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q21/ A-t-on répondu clairement aux questions que vous avez posées ?

1= /___/ Beaucoup 4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement 5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q22/ Avez-vous senti que l'on vous respectait ?

1= /___/ Beaucoup 4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement 5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

**Q23/ L'agent de santé qui vous a reçu va-t-il prêté suffisamment d'attention
à votre maladie ?**

1= /___/ Beaucoup 4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement 5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q24/ A-t-on respecté votre intimité physique ?

1= /___/ Beaucoup 4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement 5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q25/ vous a-t-on donné des explications sur votre maladie ?

1= /___/ Non 3= /___/ Oui et j'ai clairement compris

2= /___/ Oui mais je n'ai pas bien compris

Q26/ Que n'avez-vous pas compris ?

1= /___/ l'origine de ma maladie 3= /___/ Si ma maladie peut guérir sans conséquences pour ma santé

2= /___/ la gravité de ma maladie 4= /___/ comment et/ou pendant combien de temps je dois prendre mes médicaments

Q27/ L'agent de santé qui vous a reçu vous va-t-il encouragé à suivre les traitements prescrit ?

1= /___/ Beaucoup 2= /___/ Moyennement 3= /___/ Un peu

4= /___/ Pas du tout 5= /___/ Ne sait pas

**SECTION 4 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET EXAMENS
COMPLEMENTAIRES**

Q28/ Avez-vous reçu une ordonnance ?

1= /___/ Oui (passer à la question Q29) 2= /___/ Non (passer à la question Q28)

Q29/ Pourquoi n'avez-vous pas reçu d'ordonnances ?

1= /___/ l'agent de santé ne m'en a pas prescrit 4 /___/ Autres (à préciser)

2= /___/ j'avais déjà en ma possession les médicaments nécessaires

3= /___/ Ne sait pas

Q30/ Les médicaments ou appareillages prescrits étaient-ils tous pris en compte par l'AMO ?

1= /___/ oui 2 /___/ non

Q31/ Quels médicaments ou appareillages n'étaient pas pris en compte par l'AMO ?

Q32/ Avez-vous reçu des examens complémentaires ?

1= /___/ Oui (passer à la question Q32) 2= /___/ Non (passer à la question Q31)

Q33 / Pourquoi n'avez-vous pas reçu d'examens complémentaires ?

1= /___/ l'agent de santé ne m'en a pas prescrit 3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ j'avais déjà fait tous les examens nécessaires

4 /___/ Autres (à préciser) :

Q34 / Les examens complémentaires prescrits étaient-ils tous pris en compte par l'AMO ?

1= /___/ oui 2 /___/ non

Q35/ Quels examens complémentaires n'étaient pas pris en compte par l'AMO ?

Q36/ les médicaments ou appareillages prescrits étaient-ils tous disponible au niveau de la pharmacie de l'hôpital ?

1= /___/ Oui j'ai obtenu la totalité au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

2= /___/ Non je n'ai obtenu que quelques-uns des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

3= /___/ Non je n'ai obtenu aucun des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

4= /___/ Ne sait pas.

Q37/lesquels des médicaments ou appareillages prescrit n'étaient pas disponible au niveau de la pharmacie de l'hôpital ?

Q38/ les examens complémentaires prescrits étaient-ils tous disponible au niveau de l'hôpital ?

1= /___/ Oui j'ai pu réaliser la totalité des examens au niveau de l'hôpital.

2= /___/ Non je n'ai réalisé que quelques-uns des examens prescrits au niveau de l'hôpital.

3= /___/ Non je n'ai obtenu aucun des examens prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

4= /___/ Ne sait pas.

5= /___/ Autres (à préciser) :

Q39/ lesquels des examens complémentaires prescrits n'étaient pas disponible au niveau de l'hôpital ?

SECTION 5 : COUTS INDUITS PAR LA DEMANDE DES SOINS

Q40/ Combien avez-vous payé pour la consultation ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA 3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé 4= /___/ Autres (à préciser)

Q41/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1= /___/ Oui 2= /___/ Non 3= /___/ Ne sait pas

Q42/ Combien avez-vous payé pour l'hospitalisation / les soins reçus surplace (injection, pansement, petite chirurgie) ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA 3= /___/ Ne sait pas 5= /___/ n'en a pas bénéficié

2= /___/ je n'ai rien payé 4= /___/ Autres (à préciser)

Q43/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1= /___/ Oui 2= /___/ Non 3= /___/ Ne sait pas

Q44/ Combien avez-vous payé pour les médicaments que vous avez achetés?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA 3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé 4= /___/ Autres (à préciser)

Q45/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1= /___/ Oui 2= /___/ Non 3= /___/ Ne sait pas

Q46/ Combien avez-vous payé pour les examens complémentaires que vous avez réalisés ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA 3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé 4= /___/ Autres (à préciser)

Q47/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1= /___/ Oui 2= /___/ Non 3= /___/ Ne sait pas

Q48/ Avez-vous eu des difficultés à payer les frais encourus lors de cette visite au CHU Gabriel Touré ?

1= /___/ Oui 2= /___/ Non 3= /___/ Ne sait pas

Q49/ Avez-vous reçu de l'aide pour payer les frais encourus lors de cette visite au CHU Gabriel Touré ?

1= /___/ Oui j'ai reçu les prestations à crédit et je pourrai payer plus tard

2= /___/ Oui on m'a permis d'obtenir certains services gratuits

3= /___/ Oui j'ai reçu de l'aide des parents proches (frères, sœurs, père, mère, enfants...)

4= /___/ Autres types d'aide (à préciser) :

5= /___/ Non je n'ai reçu aucune aide.

6= /___/ Ne sait pas.

SECTION 6 : SATISFACTION DES BÉNÉFICIAIRES

Q50/ Etes-vous satisfait de la manière dont on s'est occupé de vous ?

1= /___/ Je ne suis pas satisfait (e) du tout 3= /___/ Je suis assez satisfait (e)

2= /___/ Je ne suis pas très satisfait (e) 4= /___/ Je suis très satisfait (e)

Q 51/ Etes-vous satisfait de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) ?

1= /___/ Je ne suis pas satisfait (e) du tout 3= /___/ Je suis assez satisfait (e)

2= /___/ Je ne suis pas très satisfait (e) 4= /___/ Je suis très satisfait (e)

Q 52 pourquoi êtes-vous satisfait(e)

1= /___/ médicaments accessibles à vil prix 2= /___/ permet d'accéder facilement aux soins

3= /___/ autres (à préciser)

Q53/ Pourquoi n'êtes-vous pas satisfait (e) ?

1= /___/ Trop de procédures à suivre 6= /___/ Pas assez de prestations couvertes

2= /___/ Temps d'attente trop long. 7= /___/ pas assez d'ayant droit couverts

3= /___/ couts pas assez pris en charge 8= /___/ personnel pas accueillant

4= /___/ Cotisations très élevées 9= /___/ Autres (à préciser) :

5= /___/ indisponibilité des médicaments et analyses couverts

SECTION 7 : ATTITUDES DES BÉNÉFICIAIRES FACE A LA MALADIE

Q54/ Combien de fois avez-vous eu recours aux soins hospitaliers depuis la dernière saison de pluie ?

1= /___/ _____ nombre de fois 2= /___/ Ne sait pas/ ne se souvient pas

Q55/ Combien de fois avez-vous consulté un médecin traditionnel depuis la dernière saison de pluie ?

1= /___/ _____ nombre de fois 3= /___/ Refuse de répondre.

2= /___/ Ne sait pas/ ne se souvient pas

Q56/ Combien de fois avez-vous eu recours à la pharmacie par terre depuis la dernière saison de pluie ?

1= /___/ _____ nombre de fois 3= /___/ refuse de répondre.

2= /___/ Ne sait pas/ ne se souvient pas

Q57/ Lorsque vous êtes malade quel est votre premier recours ?

1= /___/ Auto médication 3= /___/ Hôpital

2= /___/ Médecins traditionnels 4= /___/ Autres (à préciser) :

Q58/ Pourquoi ? (Si autres qu'hôpital)

1= /___/ Pas assez d'argent

2= /___/ mêmes résultats obtenus qu'en se rendent à l'hôpital

3= /___/ plus efficace que l'hôpital

4= /___/ Moins contraignant que l'hôpital

5= /___/ Autres (à préciser) :

Q59/ Quand vous rendez-vous à l'hôpital ?

1= /___/ Dès l'apparition des premiers signes de la maladie

2= /___/ A la persistance des symptômes

3= /___/ A l'aggravation de l'état de santé

4= /___/ Autres (à préciser) :

SERMENT D'HIPPOCRATE.

En présence des Maitres 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 pas 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 Maitres, 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 !