



U.S.T.T-B

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

**Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako**

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB



**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

Mémoire

Master en Santé Publique

Option Santé Communautaire

Année Universitaire 2017 - 2018

**Sujet : ETUDE SUR LES FACTEURS ASSOCIES A LA MISE EN
CEUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU
NIVEAU DES CSCOMS DE LA COMMUNE RURALE DE
KALABAN-CORO, KATI DANS LA REGION DE KOULIKORO.**

présenté et soutenu le

Par :

Dr Boubacar S. KOUYATE

Président :

Membre :

Directeur :

Co-directeur :

Sponsor : (si le cas)

Dédicace

Je dédie ce travail A mon père, pour ses bénédictions depuis que j'étais tout et sa volonté de faire de moi ce que je suis devenu aujourd'hui c'est-à-dire le premier médecin de la famille et de pouvoir évolué dans le domaine. Dort en paix mon cher Papa.

Remerciements

Mes remerciements vont:

Au Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux de nous avoir donné l'opportunité, la santé, le courage et la force de mener ce travail à bout malgré les nombreuses difficultés.

Au gouvernement malien : par l'intermédiaire du Ministère de la santé, pour avoir soutenir les frais pédagogique de cette formation en master pendant deux ans.

A l'équipe d'encadrement de DERSP pour avoir voulu nous gratifié de leurs connaissances tout le long du processus.

A tout le personnel du CREDOS : pour leurs conseils et leur appui, qui ne m'ont pas fait défaut tout au long de cette période de stage.

A l'équipe socio-sanitaire du district de Kalaban-coro à travers le Médecin-Chef et le Chef du service local de Développement Social et de l'Economie Solidaire, qui malgré l'information tardive, nous ont facilité ce travail. Le soutien constant de toute l'équipe n'a pas fait défaut pour l'atteinte des objectifs de stage.

Aux prestataires : des CSComs de Koulouba et de Kalaban-coro central à travers leurs DTC qui n'ont ménagé aucun effort pour nous faciliter la collecte des données dans leurs structures.

Aux membres des ASACOS : de Koulouba et de Kalaban-coro central qui grâce à leur collaboration, nous avons pu accéder facilement aux CSComs et à la population des dits quartiers.

Aux cadres de la CANAM : qui nous ont facilité d'acquérir des documents pour la réalisation de cette étude et se sont prêtés à répondre à nos questions.

A la DRS de Mopti qui n'a ménagé aucun effort pour faciliter cette formation.

A tous mes collègues Apprenants en Master M2 pour le soutien moral et technique accordé.

A mes familles : THIAM à travers ma femme Habiba pour sa compréhension, sa patience et l'importance qu'elle a accordé à cette formation ; KOUYATE pour l'assistance sociale et économique.

A Notre Directeur de mémoire : Pr Hamadoun SANGHO

Cher maître,

Nous ne finissons jamais de vous remercier pour nous avoir confié ce travail.

Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir faire.

Nous avons pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

Nous vous remercions infiniment pour la bonne volonté de transmettre, la sympathie et l'admiration des Apprenants.

Vous m'avez confié ce travail et assistez tout au long du parcours pendant lequel, vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre disponibilité pour nous guider. Soyez assuré de notre attachement et notre sincère reconnaissance.

A notre co-directeur de mémoire : Mr Yaya SANGARE

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples tâches et occupations.

Nous reconnaissons en vous, les qualités d'un responsable soucieux pour l'obtention de bons résultats.

Votre rigueur dans la démarche scientifique, votre esprit d'ouverture et d'amour du travail bien fait font de vous un exemple à envier et à suivre.

Vous êtes un maillon très important dans l'équipe

Recevez par ce travail, le témoignage de notre reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AADEC** : Appui à l'Autopromotion et au Développement Communautaire
- ACTED** : Aide à la Coopération Technique et au Développement
- AMPPF** : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de Famille
- AMO** : Assurance Maladie Obligatoire
- AMV** : Assurance Maladie Volontaire
- ANPE** : Agence Nationale Pour l'Emploie
- ASACO** : Association de Santé Communautaire
- CAFO** : Coordination des Associations et ONG Féminines
- CMSS** : Caisse Malienne de Sécurité Sociale
- CMU** : Universal Medical Insurance
- CSCom** : Centre de Santé Communautaire
- CSRéf** : Centre de Santé de Référence
- DRDSES** : Direction Régional de Développement Social et de l'Economie Solidaire
- DRS** : Direction Régionale de la Santé
- DTC** : Directeur Technique du Centre
- FELASCOM** : Fédération Locale des Associations Communautaires
- FENASCOM** : Fédération Nationale des Associations Communautaires
- FERASCOM** : Fédération Régionale des Associations Communautaires
- INPS** : Institut National de Prévoyance Sociale
- IRC** : International Rescue Committee
- MHO** : Mutual Health Organisation
- NHIS** : National Health Insurance Scheme
- ODD** : Objectifs de Développement Durable
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PAM** : Programme Alimentaire Mondial
- PMA** : Paquet Minimum d'Activité

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SLDSES : service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire

SONUB : Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence de Base

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Tables des Matières

1. INTRODUCTION	1
2. ENONCE DU PROBLEME.....	3
CADRE CONCEPTUEL :	6
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE.	7
3.1. OBJECTIF GENERAL	7
3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	7
4. QUESTIONS DE RECHERCHE	7
5. REVUE DE LA LITTERATURE	8
6. METHODOLOGIE	11
6.1. Cadre de l'étude :	11
6.2. Type de l'étude :.....	17
6.3. Période d'étude :	17
6.4. Population d'étude :	17
6.5. Taille de l'échantillon	17
6.6. Echantillonnage :	17
6.7. Collecte des données.	19
Tableau 2 : Techniques et outils de collecte des données	20
Les instruments de collecte :	21
6.8. Traitement et analyse des données.	21
6.7. Considérations éthiques	23
7. RESULTATS	24
8. DISCUSSION	35
10. CONCLUSION	39
11. REFERENCES	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1 : Variables à l'étude.....	19
Tableau 2 : Techniques et outils de collecte des données	201
Tableau 3 : Activités 2017 des CSComs de Koulouba et de Kalaban-coro central	24

LISTE DES FIGURES

Figure1 : analyse des facteurs.....	6
Figure2 : PMA 2017 du CSCom de Koulouba et de Kalaban-coro central	26

Résumé :

La situation sanitaire des pays en développement est préoccupante, et cela malgré quelques progrès constaté ces trente dernières années. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs liés à la mise en œuvre de l'AMO dans deux CSComs de la commune rurale de Kalaban-coro à Kati, dans la région de Koulikoro.

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à visée analytique couvrant la période du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2018. Les documents et supports ont été exploités pour collecter les variables quantitatives. 6 prestataires de soins, 9 assurés, 2 membres de l'ASACO et deux cadres de la CANAM ont été interrogés pour la collecte des données qualitatives. Les logiciels WORD et EXEL ont été utilisés pour l'analyse des données quantitatives, pour les données qualitatives, une analyse du contenu, verticale et transversale, des données recueillies a été faite manuellement selon les logiques déductive et inductive. Les résultats suivants ont été : une insuffisance voire absence de stratégie d'information/communication continué entre les CSComs et la CANAM, une insuffisance de formation des acteurs, des appuis tardifs aux CSComs, des retards voire absence de remboursement des prestations, une insuffisance de suivi de la mise en œuvre, une absence de motivation et des problèmes liés à la gouvernance. En conclusion l'étude nous a permis de confirmer l'existence de facteurs liés à la mise en œuvre de l'AMO dans les deux CSComs de Kalaban-coro, identiques ceux décrits dans la littérature. Le mécanisme de paiement a été identifié comme étant le facteur le plus important dans la mise en œuvre.

Mots clés : facteurs, AMO, mise en œuvre.

Abstract:

The health situation in developing countries is worrying, despite some progress made over the last 30 years. The purpose of this study was to identify factors related to the implementation of AMO in two CSCComs of the rural municipality of Kalaban-coro in Kati, Koulikoro region. This was a cross-sectional, descriptive, analytical study covering the period from October 1, 2018 to October 31, 2018. The documents and materials were used to collect the quantitative variables. 6 health care providers, 9 insured, 2 ASACO members and 2 CANAM executives were interviewed for qualitative data collection. The software WORD and EXEL were used for the analysis of the quantitative data, for the qualitative data, a content analysis, vertical and transversal data collected was done manually according to the logic deductive and inductive. The following results were: insufficient or no information / communication strategy continued between CSCComs and CANAM, insufficient training of actors, late support for CSCComs, delays or absence of reimbursement of benefits, inadequate monitoring of implementation, lack of motivation and problems related to governance.

In conclusion, the study allowed us to confirm the existence of factors related to the implementation of AMO in the two Kalaban-coro CSCComs, identical to those described in the literature. The payment mechanism has been identified as the most important factor in implementation.

Key words: factors, AMO, implementation.

1. INTRODUCTION

La situation sanitaire des pays en développement est préoccupante, et cela malgré quelques progrès constatés ces trente dernières années [1]. Ce constat a amené les organisations internationales et les gouvernements à faire du secteur de la santé une priorité principale dans la lutte contre la pauvreté et les politiques de développement [2].

L'organisation moderne des systèmes de santé en Afrique remonte pour l'essentiel aux années 1920-1930 avec, dans les colonies françaises, une empreinte très marquée du service de santé des armées. Au cœur du dispositif, l'hôpital jouait un rôle essentiel, puis autour s'organisait un réseau d'institutions publiques et privées de soins [3].

En Afrique au sud du Sahara au lendemain des indépendances, le modèle sanitaire colonial a été globalement reconduit. C'est la conception de « la santé pour tous » qui était de règle et la gratuité des soins était le système dominant. La prestation gratuite des soins était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale. De plus un grand nombre des pays avaient choisi la voie du socialisme, ils ont ainsi érigé en dogme la gratuité d'accès aux services publics dont les services de santé. Cette conception de « la santé pour tous » s'est trouvée prise en défaut par une situation économique catastrophique des pays au sud du Sahara.

Face à l'impossibilité matérielle de promouvoir une politique de santé gratuite pour tous, vers les années 1978 et 1988, les gouvernements locaux et les organisations internationales (UNICEF, OMS) ont proposé de faire payer les usagers pour les soins qu'ils reçoivent et de décentraliser la gestion des systèmes de santé afin de créer un environnement favorable pour un marché de santé. Cette réforme appelée initiative de Bamako, a tenté de résoudre les problèmes d'inefficacité et d'iniquité des systèmes de gratuité de santé et très vite, va se heurter à la persistance de question de fonds qui n'avait pas été préalablement résolue [4].

La réforme comportait deux volets, d'une part le volet financier appelé « recouvrement de coût constitué par la tarification et d'autre part le volet organisationnel constitué par la participation communautaire. Malgré leur objectif de lutter contre la désaffection des structures de santé publique, l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé et l'amélioration de l'équité, des obstacles subsistent encore ». Les économies des pays au sud du Sahara éprouvent certaines difficultés à améliorer leur croissance dont l'une des résultantes pourrait être l'augmentation des ressources financières disponibles pour les systèmes de santé [5]. Ajouter à cela le poids de la dette on constate ces 15 dernières années que les gouvernements de l'Afrique subsaharienne ont cherché de nouvelles solutions à leurs

problèmes et par là même, tenté de réformer leur système de santé. Globalement, les réformes ont porté deux fonctions essentielles des systèmes que sont : le financement et l'organisation les autres fonctions déterminantes de la performance des systèmes de santé (l'administration générale et la création de ressources) ont moins attiré l'attention [5].

Dans les pays développés le mode de financement des services (accessibilité, universalité) est essentiellement fondé sur deux outils (taxes ou assurances nationales), en Afrique, la taxonomie est un peu plus complexe et étendue. Aucun pays au monde ne dispose d'un système de financement des services de santé exclusivement public ou exclusivement privé. Malgré la réputation des Etats-Unis, le financement de la santé demeure public à hauteur d'environ 40%. Au Québec, 70% des dépenses sont publiques. En Afrique subsaharienne (ASS), qui compte 10% de la population mondiale et ne constituant seulement qu'un pour (1%) cent du revenu mondial, le secteur public de la santé représente 54% des dépenses totales. Dans les pays riches, la proportion de la richesse nationale accordée au secteur de la santé est de l'ordre de 9%, alors qu'elle est seulement de 4% en Afrique Subsaharienne. Ainsi, à l'exception des Etats-Unis, on constate que l'on dépense, toute proportion gardée, beaucoup moins pour le secteur de la santé en Afrique Subsaharienne que dans les pays riches et que de surcroît, la part des dépenses financée par le privé (principalement les usagers des services) est bien plus importante [5].

Ces phénomènes ont conduit à la mise en place d'un certain mécanisme de financement des services de santé en Afrique Subsaharienne qui sont entre autres : le système national où les utilisateurs des services de santé paient l'acte médical. Ce qui a rendu le taux de recouvrement des coûts faible huit pour cent des budgets sanitaires nationaux) ; l'assurance sociale qui est privée ou publique et où les « acheteurs de soins » assurent les consommateurs grâce au paiement d'une prime d'assurance payée par l'employeur. L'impact de ce type de mécanisme reste très limité puisque la couverture de la population demeure faible et enfin elle est une stratégie de financement communautaire. Elle est décentralisée au niveau communautaire. Elle joue un rôle important dans le renforcement du pouvoir de la communauté et dans l'amélioration de la transparence des services offerts à la population [5].

Les conditions pour l'augmentation des ressources budgétaires directes de l'Etat ne sont pas toujours favorables. De même, le développement des systèmes d'assurances nationales n'est pas encore très fort compte tenu de la faiblesse du pourcentage de travailleurs présents dans le secteur formel et de la réticence de ceux agissant dans le secteur informel à cotiser pour

financer des prestations de sécurité sociale dont ils ne voient pas l'intérêt [6]. Face à la faible contribution des mécanismes d'assurance maladie existants au financement de la santé, une analyse du financement de la santé, de la couverture maladie et de l'assurance maladie s'impose et elle montre à suffisance que le développement des dispositifs assuranciers demeure un phénomène récent en Afrique francophone [6]. On note l'expérimentation de deux grands groupes de mécanisme : les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et l'Assurance Maladie Volontaire (AMV) à base communautaire (mutuelles et assimilés). Ces mécanismes ont pour but de garantir une protection financière aux individus contre le risque maladie, de mobiliser des ressources additionnelles pour le secteur de la santé, et d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins par le développement de la contractualisation. Malgré les réformes de l'AMO entreprises récemment dans certains pays (Côte d'Ivoire, Mali, Rwanda), l'état de la couverture existante ainsi que la contribution de l'assurance maladie au financement du secteur demeurent faibles dans la sous-région. Même si l'expérience des pays développés montre que le développement de l'assurance maladie est un processus très long, la littérature tend à mettre en évidence des contraintes socioéconomiques, politico-institutionnelles ou encore culturelles pour expliquer la faible implantation et le développement relativement lent des systèmes d'assurance maladie obligatoires et volontaires [6].

L'approche AMO en plus de la couverture maladie universelle est une expression pratique du souci de l'équité et du droit en matière de santé selon l'OMS. Elle contribue aussi à l'atteinte des objectifs du développement durable (ODD) tels que : assurer une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges et assurer la couverture sanitaire, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels [7].

2. ENONCE DU PROBLEME

Dans le cadre de l'offre des services sanitaires du régime de l'assurance maladie obligatoire aux assurés sociaux en 2015, 1692 établissements de soins ont été conventionnés par la CANAM selon la pyramide sanitaire dont 979 sont des CSComs. En 2016 seulement 58 CSComs délivrent des prestations aux assurés de l'AMO soit environ 6% [8].

Selon « le plan de renforcement et de relance des activités relatives aux prestations du régime de l'AMO au niveau des CSComs conventionnés par la caisse nationale d'assurance maladie », les causes de cette faible fonctionnalité constatées au niveau des CSComs sont :

➤ Par rapport à l'information et la communication

la faible appropriation des conventions par les acteurs locaux (ASACO, personnel CSCCom), la non maîtrise du contenu des conventions par les acteurs concernés (ASACO, personnel CSCCom), non disponibilité des copies des conventions signées au niveau des ASACO et autres acteurs (CSCCom, CSRéf, DRS, SLDSES, DRDSES), la sous information sur les procédures de gestion de l'AMO, manque de confiance des ASACO par rapport au système (crainte de ne pas se faire rembourser) [8].

➤ Par rapport aux qualités de soins

les ruptures fréquentes des médicaments essentiels au niveau des dépôts de vente des CSCComs, mauvais accueil des assurés par le personnel des CSCComs, discontinuité des soins pour les assurés, insuffisance dans le circuit d'approvisionnement en supports (rupture fréquente, non dotation de certaines structures conventionnées, retard dans l'acheminement), absence de motivation du personnel des CSCComs, insuffisance des ressources humaines [8].

➤ Par rapport au renforcement des compétences

L'insuffisance de formation des membres des ASACO et des prescripteurs sur l'AMO, mauvaise présentation des factures entraînant des cas de rejet, absence de matériels informatique et de la connexion internet au niveau des CSCComs [8].

➤ Au niveau du mécanisme de paiement

La non disponibilité de compte bancaire au niveau de plusieurs ASACO (surtout certaines ASACO de l'intérieur) pour le règlement des factures, lenteur dans le remboursement des prestations occasionnant des décapitalisations et des retards de paiement de salaire des agents [8].

➤ Au niveau du suivi-évaluation

l'insuffisance de suivi/évaluation des prestataires de soins par la CANAM après la signature des conventions, insuffisance de suivi des dossiers AMO par l'ASACO et personnel CSCCom, insuffisance de mécanisme de coordination au niveau régional, district sanitaire et commune, faible lien des ASACO avec les collectivités dans certaines communes [8].

➤ Au niveau de la gouvernance

La décapitalisation des dépôts de vente des médicaments de la plupart des CSComs, non viabilité financière, faible transparence dans la gestion des CSComs [8].

➤ Au niveau de la motivation

le non octroi des ristournes au personnel de CSCom par l'ASACO, non reconnaissance de mérite du personnel, instabilité du personnel dans les CSComs [8].

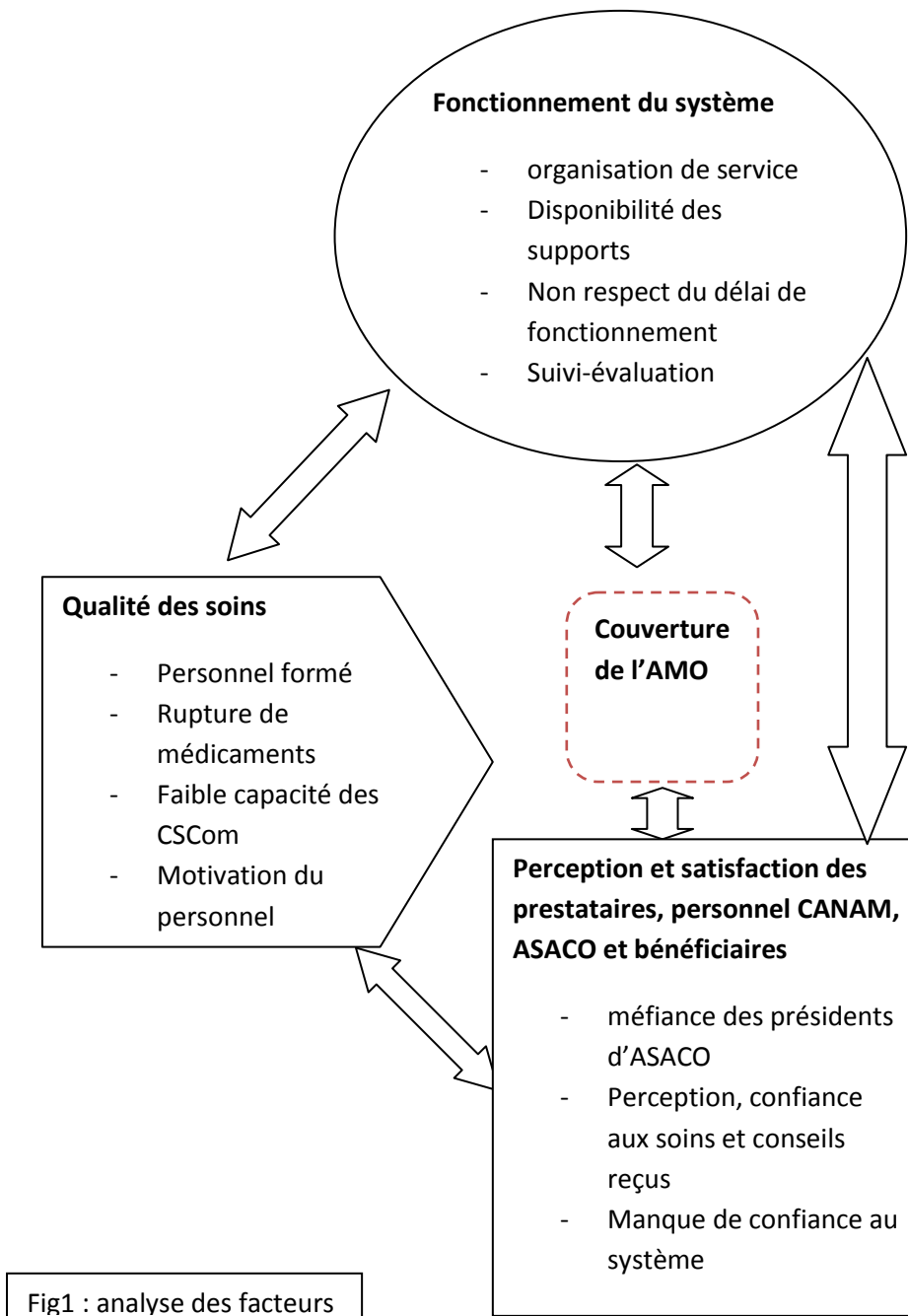
Malgré les efforts fournis par la Caisse nationale d'assurance maladie et ses partenaires dans le cadre des conventions signées avec les CSComs, les prestations de régime AMO ne sont livrées aux assurés que par les CSComs de Bamako [8].

A l'instar des autres districts de l'intérieur celui de Kalaban-coro ne fait pas exception ce constat. Selon le document de la synthèse des rapports d'évaluation 2017 et de programmation 2019 du district sanitaire de Kalaban coro, il dispose d'un CSRéf et de vingt (20) aires de santé dont dix huit (18) sont fonctionnelles et deux (2) Centre de Santé (CS).100% des CSCom sont dirigé par un personnel qualifié. 56% sont médicalisés. Ils offrent tous le PMA complet avec quatre CSComs SONUB. Le taux de consultation curative est 0,32 nc/hbt/an.

Dans le district en 2017, le nombre des bénéficières de l'AMO était de 31 420, celui du RAMED était de 430 et pour les mutuelles 1040. Les CSComs qui signés la convention avec la CANAM au nombre de 14 CSComs, un seule CSCom dispose d'une mutuelle de santé, celui de Gouana. Sur les 14 CSComs conventionnés seuls 5 arrivent à assurer les prestations de soins aux assurés de l'AMO soit un 35,7% [9].

C'est ainsi que cette étude a été initiée pour déterminer les obstacles et les opportunités dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs, du district sanitaire de Kalaban-coro, cercle de Kati, région de Koulikoro.

CADRE CONCEPTUEL :



➤ Les prestataires de soins :

Pour la bonne marche de l'Assurance Maladie Obligatoire au niveau des CSComs, les prestataires ont besoins d'être impliqués, cela passe par leur information sur l'AMO, leur formation sur le remplissage des feuilles de soins conçues à cet effet et la production des pièces permettant le remboursement. Il faut qu'ils soient également motivés pour sa mise en œuvre. Les supports de gestions AMO (feuilles de soins) doivent être constamment disponibles.

➤ Les membres de l'ASACO :

Doivent être informés sur les mécanismes de paiement des prestations de soins fournis. Ils doivent être formés sur la gestion, sur la production des pièces permettant leur remboursement.

➤ Les bénéficiaires :

Doivent être informés constamment par la CANAM, les prestataires et les membres des ASACO.

Cet ensemble d'action permettra la fonctionnalité de l'AMO, ce qui aura comme impact : une diminution du paiement direct des ménages, une augmentation de l'offre, la demande et de l'accès aux services. Il permettra aussi le renforcement de capacité des centres de santé communautaire.

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE.

3.1.OBJECTIF GENERAL

Etudier les facteurs liés à la mise en œuvre de l'AMO dans deux CSCComs de la commune rurale de Kalaban-coro à Kati, dans la région de Koulikoro.

3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer les taux de consultation curative, de consultation prénatale et d'accouchement de l'AMO dans les CSCComs de Koulouba et Kalaban coro central en 2017 ;
- Décrire le circuit des malades assurés de l'AMO dans le CSCCom ;
- Déterminer le rôle des prestataires et des membres de l'ASACO des CSCComs de Koulouba et de Kalancoro central dans la mise en œuvre de l'AMO ;
- Identifier les difficultés liées à la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCComs de Kalaban-coro et de Koulouba ;
- Décrire la perception des bénéficiaires de l'AMO au niveau des CSCComs de Koulouba et de Kalancoro central et leurs suggestions d'amélioration ;
- identifier des solutions /stratégies pour une meilleure fonctionnalité de l'AMO dans les CSCComs de Koulouba et de Kalancoro central.

4. QUESTIONS DE RECHERCHE

Quelles sont les facteurs associés à la mise en œuvre de l'AMO dans les CSCComs de la commune rurale de Kalaban-coro ?

5. REVUE DE LA LITTERATURE

Un examen des études empiriques dans les pays à faible revenu a suggéré qu'une couverture sanitaire plus large conduisait généralement à un meilleur accès aux soins de santé et à une réduction des inégalités de santé entre les riches et les pauvres [10].

Les interventions sanitaires spécifiques peuvent être soutenues par de nouvelles façons de financer tous les services de santé. Par exemple un examen systématique des preuves provenant du Brésil, de la Colombie, du Honduras, du Malawi, du Mexique et du Nicaragua a révélé que les transferts monétaires conditionnels, au titre desquels des paiements en espèces sont effectués en échange de services de santé, ont effectivement accru l'utilisation de ces services [11].

En Chine : La couverture sanitaire universelle se développe depuis le début de sa réforme complète en 2009 visant à fournir des services de santé de base sûrs, efficaces, pratiques et abordables à tous les résidents ruraux et urbains (Comité directeur du gouvernement chinois 2009) [12].

En France : Depuis 2000, CMU (Universal Medical Insurance) a amélioré l'accès aux soins en généralisant la sécurité sociale pour les personnes qui n'en bénéficient pas. Ainsi, si des personnes résident en permanence et les assurés, leurs frais médicaux sont couverts par la sécurité sociale dans les mêmes conditions [11].

Au Ghana : à partir de l'indépendance, les services de santé étaient gratuits pour la population. Les problèmes de fonctionnement ont conduit au recouvrement des coûts, qui entraînent une sous fréquentation des services de santé. Devant cette incapacité de ces derniers à assurer une prise en charge minimale on est passé à la promotion des "MHO : Mutual Health Organisations" à base communautaire qui ont été mis en place vers les années 1989 essentiellement par les Organisations confessionnelles. Après une adhésion de 30% des populations des districts de santé au MHO en 2000, il avait été révélé en 2002 que la couverture de la population totale en MHO n'était que de 1 à 2 pourcent. Puis à partir de cette expérience le gouvernement a mis en place la "NHIS : National Health Insurance Scheme" qui est gérée par la "National Health Insurance Authority [13].

Au Mali, les structures de la couverture maladie sont :

- la Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM) a été créée par la loi N°09-016 du 26 juin 2009[8]. C'est un organisme public qui gère le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO), avec deux organes gestionnaires délégués qui sont : la caisse de retraite pour les fonctionnaires, civils et militaires, les députés et pensionnés de cette catégorie ; l'institut de prévoyance social pour les salariés et pensionnés de cette catégorie [14].

Il s'agit d'un système contributif dans lequel les employeurs et les employés paient respectivement 3,5% et 3,06 % des charges totales salariales. Dans ce dispositif, l'assureur prend en charge 80 % des prestations de soins en hospitalisation, 70 % en ambulatoire et le reste revient à l'assuré [14].

- l'Agence nationale d'assistance médicale (ANAM), qui gère le régime d'assistance médicale(RAMED). C'est un système non contributif financé par le budget d'Etat à 65 % et les subventions des collectivités territoriales à 35 %. Les cibles sont des indigents dont l'effectif est estimé à 5 % de la population totale du Mali [14].

- les mutuelles de santé qui sont au nombre de 177 en 2013 et couvraient environ 3,63 % de la population totale. Elles concernent les secteurs informels et agricoles qui emploient 78% de la population générale [14].

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est pris en compte à tous les niveaux du système de santé du Mali. L'organisation des structures de soins au Mali est schématisée sous forme d'une pyramide : de la base au sommet, nous avons les centres de santé communautaires (CSCCom), les centres de santé de référence ou de première référence, les hôpitaux régionaux ou de deuxième référence et au sommet, les hôpitaux nationaux ou de troisième référence [8].

Le CSCCom constitue l'entité sanitaire périphérique la plus proche des populations maliennes dont 88% y est situé dans un rayon de moins de 15 km [15]. Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale, la consultation pré et post natale, l'accouchement eutocique ou simple, les soins infirmiers, les conseils sur la nutrition, l'hygiène, etc. [15].

Définition opératoire des concepts :

➤ **Maladie :**

Altération, trouble de l'organisme (affection, mal³ ; -pathie). Une maladie bénigne, grave, incurable.

➤ **Santé :**

Selon l'OMS « La **santé** est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

➤ **Assurance maladie universelle:**

Les systèmes de financement de la santé, selon la définition de l'OMS, veillent à ce que des fonds soient disponibles et établissent les mesures d'incitation financière appropriées pour les prestataires, afin que toute la population puisse accéder à des services de santé publics et individuels efficaces.

Assurance Maladie Obligatoire :

Elle est basée sur la solidarité : « on cotise selon ses moyens et on est pris en charge selon ses besoins de santé » avec un caractère obligatoire.

➤ **Assurance Maladie Volontaire :**

L'assurance maladie volontaire est un régime réservé aux personnes ayant été affiliées au régime général des salariés, ou autre, et qui ne répondent plus aux conditions nécessaires pour y être assujettis obligatoirement. Dans ce cas, les personnes ont la possibilité de souscrire à une assurance maladie volontaire qui leur ouvrira des droits en matière de santé.

➤ **Mutualité de santé:**

Sont des sociétés de personnes à but non lucratif organisant la solidarité entre leurs membres, et dont les fonds proviennent principalement des cotisations des membres.

➤ **Commune :**

Est une circonscription territoriale pouvant correspondre à une ville, à un bourg avec ses villages et hameaux ou à un groupe de village. Elle constitue la plus petite subdivision administrative. Elle est souvent dirigée par un maire.

➤ **District sanitaire:**

Est une entité géographiquement du système du système de santé national. Il est chargé de la planification opérationnelle et de la mise en œuvre des programmes de santé. Il coordonne les activités des centres de santé et de promotion sociale et des centres médicaux avec une antenne chirurgicale de leur ressort.

➤ **Centres de Santé de Référence CSRéf :**

Ils constituent le 2ème niveau de contact, il reçoit les références du CSCom.

➤ **Communauté :**

Ensemble de personnes unies par les liens d'intérêts, des habitudes communes, des opinions ou des caractères communs.

➤ **Convention :**

Est un accord de volontés conclu entre des personnes (des individus, des groupes sociaux ou politiques, des Etats) et qui est destiné à produire des conséquences juridiques.

➤ **Bénéficiaire :**

La clause bénéficiaire d'un contrat d'assurance désigne le bénéficiaire du contrat en cas de maladie du titulaire.

➤ **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.

➤ **Qualité des services offerts.**

La littérature disponible permet d'après la qualité des services offerts dans les centres de santé communautaires (CSCom), dans les centres de santé de référence (CSRéf, ou hôpitaux de district), dans les officines pharmaceutiques et dans les établissements hospitaliers. Dans les centres de santé communautaires et dans les hôpitaux de district, la qualité est appréciée à travers la prescription des médicaments ; dans les officines pharmaceutiques, la qualité est appréciée à travers le nombre d'ordonnances servis par les pharmaciens ; et dans les établissements hospitaliers, la qualité est appréciée à travers un indicateur composite qui tient compte à la fois de la dimension technique et de la dimension sociale de la qualité des soins (satisfaction de l'utilisateur). Dans ce qui suit, examinons ensemble la qualité des soins à chacun des niveaux de la pyramide sanitaire.

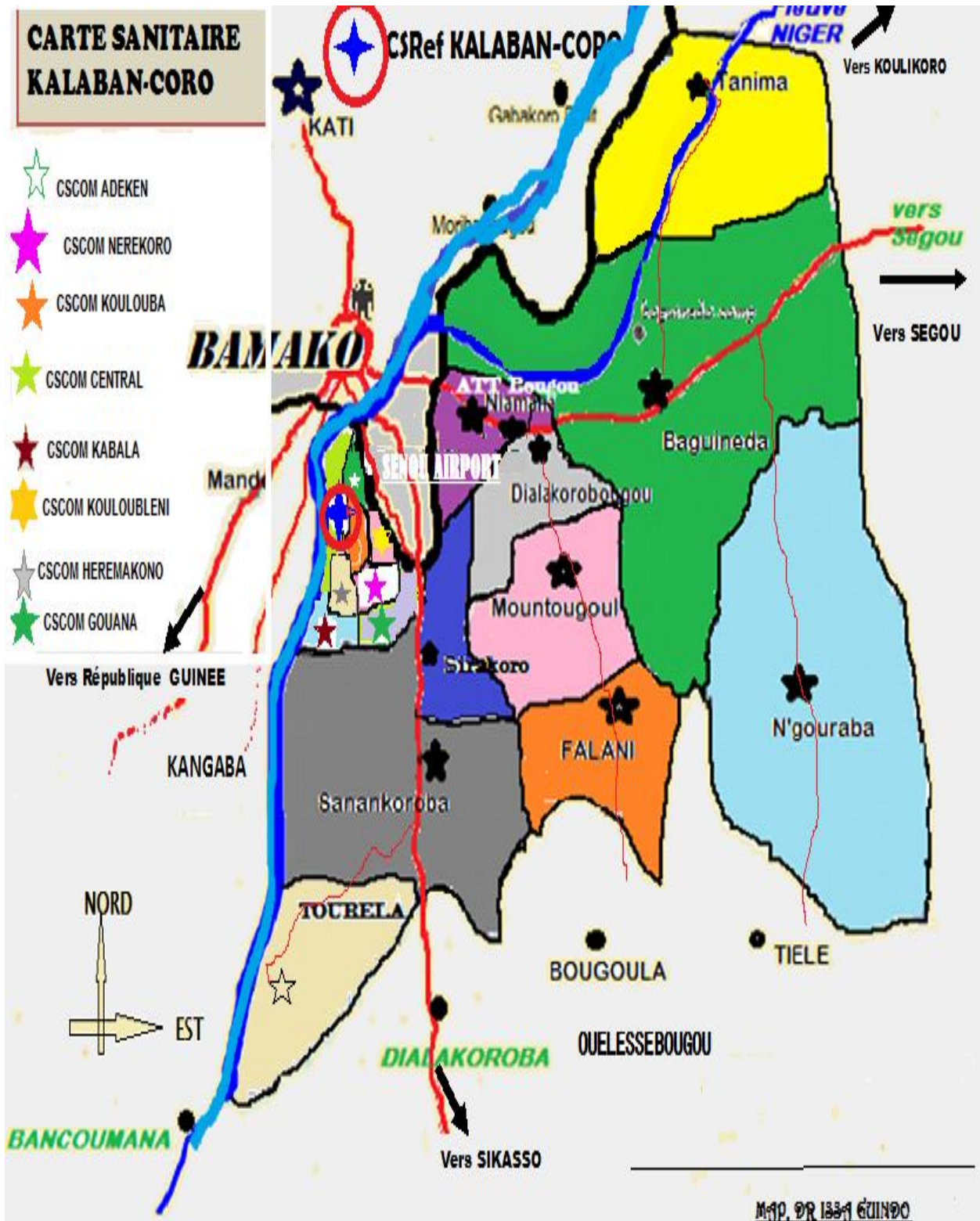
6. METHODOLOGIE

6.1. Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans deux CSCOM de la Commune rurale de Kalaban-coro, à cause de sa proximité avec le district de Bamako ou les CSComs arrivent tant bien que mal à mettre

en œuvre l'AMO. Il s'agissait d'au moins deux CSCComs ayant signé la convention avec la CANAM, dont l'un arrive à assurer les prestations aux assurés de l'AMO et l'autre non

La commune de Kalaban-Coro a été créée par la loi N°96 059ANRM du 04 Novembre 1996



portant création des communes en République du Mali. Elle fait partie des 37 communes du cercle de Kati.

Présentation du district sanitaire de Kalaban-Coro

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé, le nouveau district sanitaire de Kalaban-Coro a vu le jour le lundi 09 septembre 2013. Toutes les actions mises en œuvre dans le district sanitaire avant sa création étaient menées par celui de Kati dont il relevait.

Le District Sanitaire, du fait de sa proximité au district de Bamako et la viabilisation de certaines localités, enregistre chaque année un accroissement considérable de la population. Il connaît une forte affluence d'une «population flottante». Force est de reconnaître qu'avec la politique de l'Etat en matière de logements sociaux, le district sanitaire enregistre de nos jours un accroissement de la population.

La couverture socio sanitaire est assurée par un Centre de Santé de Référence, dix huit Centres de Santé Communautaire et deux Centres de Santé.

La carte sanitaire prévoyait initialement vingt aires de santé. Actuellement seize centres de santé communautaire sont fonctionnels.

Les activités du Paquet Minimum d'Activités sont disponibles dans tous les CSCOM du district sanitaire.

Caractéristiques géographiques, démographiques

Situé sur la rive droite du Niger, le district sanitaire de Kalaban-Coro couvre une superficie de 25 425 km² et est limité :

A l'Est par le cercle de Koulikoro ;

A l'Ouest par le Niger.

Au Nord par le district sanitaire de Kati (Sangarébourgou et Moribabougou)

Au Sud par le district sanitaire de Ouéléssébougou ;

Au Nord - Ouest et au Sud – Ouest par le district de Bamako;

Le district sanitaire de Kalaban-Coro compte 05 communes toutes rurales (Baguinéda, Kalaban-Coro, Mountougoula, N’Gouraba et Sanankoroba) ; 03 Sous-préfectures (Baguinéda, Sanankoroba et Kalaban-Coro) et 104 Villages.

Le district sanitaire de Kalaban-Coro a une population de **321 658** habitants (2017) avec un taux d’accroissement annuel de 2,2% (source : RGPH 2008). Il enregistre chaque année un accroissement considérable de la population, avec la viabilisation de certaines localités.

Relief :

Le relief est dominé par des plaines alternant avec des plateaux. Il y a deux types de sol (sablonneux et argileux). Ailleurs on note souvent des petites élévations au Nord-est et/ou des montagnes.

Climat et Végétation :

Le climat est de type soudanien ; la température varie entre 18° et 44°. Il existe 2 saisons :

- la saison sèche : elle est froide de novembre en février et chaude de mars à mai.
- la saison pluvieuse de Juin à octobre. Au cours de l’hivernage, c’est la mousson et l’alizé qui y souffle tandis qu’au cours de la saison sèche c’est l’harmattan.

La végétation est caractérisée par une savane herbeuse parsemée d’arbres fruitiers (karité, Néré, baobab, manguiers, etc.) et d’arbustes. On rencontre le long des cours d’eau des massifs forestiers qui renferment des espèces variées de flore et de faune.

Hydrographie :

Le District sanitaire est arrosé en partie par le fleuve Niger et on note aussi des cours d’eau saisonniers.

Voies et moyens de Communication :

Les routes nationales 7 et 6 traversent le District en destination de Sikasso et Ségou. Un grand axe routier goudronné relie le CSRéf au district de Bamako. La voie latéritique reliant les CSCom de N’Gouraba, Tanima et Falani à la RN6 sur environ 45 km est difficilement praticable en saison pluvieuse. Les pistes reliant les villages ne sont pas praticables en toutes saisons.

Le réseau téléphonique SOTELMA / Malitel, la téléphonie mobile ORANGE et TELECEL relie Kalaban - Coro au reste du monde. A ceci s'ajoutent 5 radios de proximité (1 à Baguinéda, 1 à Sanankoroba et 3 à Kalaban-Coro) et la télévision nationale. Par ailleurs le réseau RAC qui reliait les CSCom au CSRéf est actuellement non fonctionnel.

Education :

Deux centres d'animation pédagogiques couvrent District. Il s'agit de : le Centre d'Animation pédagogique de Baguinéda, et celui de Kalaban-Coro.

Dans le District on note la présence d'un campus universitaire en chantier à Kabala, des lycées publics, écoles publiques, privées, communautaires et des medersas.

Ressources naturelles / économiques.

Elles comprennent les ressources en eau, le fleuve Niger. Ce cours d'eau offre des richesses en poissons, mais également une opportunité d'exploitation du sable et du gravier.

On note également l'Office du Périmètre Irrigué de Baguinéda (OPIB), l'usine de production du gravier de Mountougoula et l'usine de GAZ «Coumba GAZ» de N'Tabakoro. Quant aux sites de latérites, on les retrouve à Kalaban-Coro, N'Tiébani, N'Golobougou, Sirakoro-Méguétana et Niamana. Ces ressources sont utilisées dans la construction des maisons, des routes etc. et constituent, des sources de revenu.

Les formations et couvertures végétales sont : karité, néré, acacia

Il faut cependant noter que ces ressources ont connu ces dernières années une régression notable suite à la poussée démographique et le phénomène d'urbanisation.

Les organismes et structures de développement

Les collectivités territoriales

L'Association de Santé Communautaire (ASACO)

Les Organisations de Femme regroupées autour de la coordination des Associations et ONG féminine CAFO.

Les Organisations de Jeunes

Les Organisations Non Gouvernementales : IRC, Blue Star, AMPPF, PAM, GAD, ACTED, APDEV, UNICEF, Alfalog/Plan Mali, Appui à l'autopromotion et au développement communautaire (AADEC), SSGI / AMCP.

Les Partis Politique (CNID, ADEMA, RPM, MPR, PCR, UM-RDA Faso jigi, REDD) assistés par des chefs de village.

Les services déconcentrés de l'Etat :

Les services techniques existant dans le District sont ceux de :

L'administration locale (03 Sous-préfectures)

La santé

L'Education

L'Agriculture

La conservation de la nature ;

La brigade de la gendarmerie

Infrastructures :

Niveau CSRéf (les Unités)

La consultation Externe, l'ophtalmologie, la maternité, l'odontostomatologie, le laboratoire, le DRC l'imagerie Médicale (échographie, Radiologie), les grandes endémies, la chaine de froid, l'Hygiène Publique, l'ORL, le Bloc Opératoire, l'Hospitalisation (chirurgie, médecine), l'URENI plus le Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire (SLDSES) et l'espace AMO.

Niveau CSCom :

Le District dispose de vingt (20) aires de santé dont dix huit (18) sont fonctionnelles et deux (2) Centre de Santé (CS).

100% des CSCom sont dirigé par un personnel qualifié.

56% de nos CSC om sont médicalisés.

Treize (13) disposent de leurs propres bâtiments avec un état acceptable sauf Nèrècoro et Kouloubléni qui demeurent toujours en location.

Deux (2) sont sans clôture (Adékène, Dialakorobougou).

Ils offrent tous le PMA complet. Nous ne disposons pas de CSCOM SONUB

6.2.Type de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à visée analytique.

6.3.Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2018

6.4.Population d'étude :

Elle concernera les administrateurs de l'AMO, les prestataires de soins au niveau des CSCOM, les membres de l'ASACO et les bénéficiaires de l'AMO.

6.4.1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude, tout prestataire de soins, tout membre de l'ASACO, tout responsable de la CANAM et tout usager des CSComs sélectionnés dans la commune rurale de Kalaban-coro ayant acceptés de répondre à nos questions.

6.4.2. Critères de non inclusion :

N'ont été inclus de cette étude, tout prestataire de soins, tout membre de l'ASACO, tout responsable de CANAM et tout usager des CSComs sélectionnés dans la rurale de Kalaban-coro qui ont refusé de répondre aux questions ou dont l'état de santé ne le permet pas.

6.5. Taille de l'échantillon

Au total, nous avons interviewé 19 répondants qui ont accepté de répondre à nos questions, à raison de 13 répondants au niveau des CSComs. A Kalaban-coro central, nous avons interrogé 3 prestataires de soins dont (1 médecin, 1 sage-femme et 1 infirmière d'état), 1 membre de l'ASACO et 4 bénéficiaires de l'AMO. A Koulouba nous avons interrogé également 3 prestataires de soins dont (1 médecin, 1 sage-femme et 1 infirmière d'état), 1 membre de l'ASACO et 5 bénéficiaires de l'AMO. Au niveau de la CANAM 1 cadre et à la CMSS 1cadre.

6.6.Echantillonnage :

La méthode d'échantillonnage utilisée sera la technique de choix raisonné pour le choix des prestataires de santé responsable de la prise en charge des malades, le personnel du CANAM, les membres ASACO. .La technique d'échantillonnage par commodité sera utilisée pour tous

les bénéficiaires, assurés dans les centres, durant la période retenue et répondant aux critères d'inclusion. Cette technique a consisté à choisir les bénéficiaires présents au moment où on arrive pour l'enquête. En vue d'obtenir un échantillon de type « variation maximale » selon les caractéristiques culturelles, économiques, sociodémographiques et individuelles de la population cible et le profil professionnel des autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre. Pour avoir une diversification maximale, nous allons privilégier au niveau de la population ceux qui ont des profils différents. Pour ce qui est des prestataires, des membres de l'ASACO et des membres de la CANAM, le choix a été fait selon leur expérience et leur rôle déterminant dans le processus (médecin DTC, le cadre de la CANAM, un président ASACO et un trésorier qui sont entraînés de fournir des services pour la mise en œuvre de l'AMO.

6.6.1. Choix des variables :

Les variables suivantes ont été utilisées au cours de l'étude :

Tableau1 : Variables à l'étude

Concepts	Variables	Informations recueillies
Contexte fonctionnalité de l'AMO au niveau des CSComs de la commune rurale de Kalaban-coro	Degré de mise en œuvre	Paquet minimum d'activité au niveau des deux CSComs et dans le cadre de l'AMO
Caractéristiques propre aux cadres de la CANAM, des prestataires, aux membres de l'ASACO	Information	Stratégie d'information, information reçue, implications des acteurs locaux.
	Renforcement de capacité	Organisation des formations, les thèmes des formations, formations reçus, appuis matériels.
	Mécanisme de paiement	Pièces à fournir, délai de remboursement.
	Suivi-évaluation	Existence de dispositif d'évaluation pour les CSComs, nombre de supervisions réalisées dans

		12 derniers mois.
	motivation	Existence ou pas de motivation
	gouvernance	Existence ou pas de problème de gouvernance
Caractéristiques propres aux bénéficiaires	Temps d'adhésion	Durée de leur adhésion dans l'AMO
	Raison d'adhésion	Avantages de l'AMO au CSComs pour les bénéficiaires
	Motifs de consultation	Raison de leur présence au moment de l'enquête
	Perception des difficultés	Difficultés rencontrées
	Perception sur le circuit	Circuit simple ou compliqué
	Perception sur les médicaments prescriptions	Satisfaction oui ou non des médicaments prescrits
	Perception sur l'AMO au niveau des CSComs	Satisfaction oui ou non de la mise en œuvre de l'AMO dans les CSComs
	suggestions	Propositions d'amélioration de la mise en œuvre

6.7. Collecte des données.

Elle a été descriptive

6.7.1. Plan de collecte

Il s'agissait de deux CSComs ayant signé la convention avec la CANAM, dont l'un arrive à assurer les prestations aux assurés de l'AMO et l'autre non.

Les entrevues ont été réalisées sur le terrain en personne par l'apprenant chercheur lui-même. Ces entrevues avaient en moyenne une durée approximative de trente minutes. Le lieu de l'entrevue a été décidé en concertation avec les interviewés. Les entrevues étaient écrites directement au et à mesure que les réponses étaient données avec le consentement des

différents participants (responsables de la mise en œuvre, prestataires de soins et bénéficiaires). Les techniques et outils de collecte des données sont présentés au [tableau XI](#).

Tableau 2 : Techniques et outils de collecte des données

Outils	Techniques	Variables	Informations recueillies
Grille d'entrevue avec les cadres de la CANAM	Entrevues semi structurées individuelles avec les responsables de la mise en œuvre cadre de la CANAM, les prestataires de soins les membres des ASACO et les bénéficiaires.	Facteurs influençant positivement ou négativement sur la mise en œuvre (voire variables)	Les entrevues semi-structurées individuelles ont permis de recueillir des informations relatives au point de vue des responsables, prestataires de soins et bénéficiaires, leurs réflexions, leurs expériences vécues par rapport à la mise en œuvre de l'AMO.
Grille d'entrevue avec les prestataires de soins			
Grille d'entrevue avec les membres de l'ASACO			
Grille d'entrevue avec les bénéficiaires			
Questionnaires pour recueillir les informations sur les rapports d'activités	Dépouillement pour revue documentaire Exploitation des données, des deux CSComs concernées, du CSRéf de Kalaban-coro.	Degré de mise en œuvre	Taux de consultation (curative, prénatale et accouchement) des assurés AMO

Supports logistiques :

Nous avons utilisé deux ordinateurs portables

Pré test :

Les outils ont été prétestés au CSCCom de Kalaban-coura, une localité située en commune V du district de Bamako.

Collaboration :

L'équipe de cette étude a été en rapport direct avec la CANAM et la CMSS, avec les prestataires des CSCComs, les membres de l'ASACO de Kalaban-coro central et de Koulouba, et les assurés de l'AMO des dites localités.

Les instruments de collecte :

- Questionnaire,
- Grille d'entretien.
- Matériels : stylo, crayon de papier, gomme, bloc note, cartable, encre pour imprimante,

Validité interne :

Un pré-test nous a permis d'évaluer fiabilité des outils de collecte, à cela s'est ajoutée la correction des outils de collecte.

Validité externe :

La rigueur a été fortement recommandée dans la collecte des données. Aussi le protocole et l'échantillonnage ont été respectés.

6.8.Traitement et analyse des données.

Après le recueil des données, nous avons procédé au dépouillement manuel des fiches puis à la saisie dans le WORD et EXEL avec successivement :

- La création de fichier de contrôle à la saisie ;
- La double saisie des données ;
- Le nettoyage des données.

Concernant les données quantitatives :

Une analyse descriptive des données du paquet minimum d'activité 2017 des deux CSCComs a été faite. Il s'agissait de décrire et de présenter les informations recueillies sous forme de texte, de tableaux, mais également sous forme de représentation graphique. Les résultats ont été regroupés de façon synthétique en vue de faciliter leur interprétation. Une classification des CSCComs a été faite selon les statistiques de la mise en œuvre de l'AMO obtenues. Cette

étape était un préalable à la structuration et à la mise en œuvre du versant qualitatif de notre travail. Une estimation de la mise en œuvre de l'AMO a été faite sur la base du nombre d'assurés prise en charge dans les deux structures en 2017. Nous nous sommes surtout intéressés aux consultations curatives, aux consultations prénatales et aux accouchements qui sont les principales activités des CSComs.

Pour les données qualitatives :

➤ préparation et description du matériel brut

Les données collectées ont été transcrites avec le logiciel WORD. Ceci a permis de créer une base de données ordonnée. Il s'agissait de classer les données selon la description des participants, les catégories auxquelles ils appartiennent (cadre de la CANAM, prestataires de soins, membres des ASACO et bénéficiaires). Nous avons procédé à la transcription intégrale de toutes les entrevues et à la saisie informatique de toutes ces données sous forme de verbatim. Notons qu'une relecture a été faite pour s'assurer de la conformité des informations transcrites et rester fidèle aux propos des répondants. De plus, la source de chaque document a été identifiée pour faciliter le repérage des données (numéro, sigle). Cette mise en forme a nécessité un travail de mise en page et un travail minutieux d'organisation des documents avant d'entreprendre l'analyse du contenu, ceci ayant pour objectif de faciliter le repérage des données.

➤ condensation des données

Les données qualitatives étant volumineuses, il s'agissait de les réduire en faisant ressortir les thèmes pertinents en regard de nos objectifs de recherche. Ceci s'est fait en faisant plusieurs lectures des données recueillies. Ces lectures nous ont permis d'avoir une idée du sens général qui ressortait des données recueillies. Dans un premier temps, les données ont été classées selon les variables à l'étude et les thèmes retrouvés (figurant dans la littérature ou émergents). Les codes ont été regroupés sous deux catégories essentiellement : les facteurs influençant (positivement ou négativement) et les difficultés liées à la mise en œuvre de l'AMO dans les CSComs. Pour chaque catégorie, des sous codes ont été définis et regroupés.

➤ choix et application des modes d'analyse

Une analyse du contenu des données recueillies lors des entrevues a été faite. Pour ce faire, nous avons combiné deux logiques d'analyse : déductive et inductive. Pour ce qui concerne la logique déductive, nous nous sommes basés sur les facteurs influençant le processus de la mise en œuvre de l'AMO dans les CSComs émanant de notre modèle théorique. Cette logique déductive consistait à mettre en place au préalable un plan général de codage. Ensuite la logique inductive, s'intéressait aux thèmes émergents des données recueillies qui ont été

ajoutés au cadre général préétabli. Dans un premier temps, l'analyse des données a été faite de façon verticale c'est-à-dire document par document. Une analyse transversale a également été faite pour comparer les différents documents et mettre en évidence les thèmes convergents ou divergents, selon les CSComs étudiés et de façon globale. Ce travail de synthèse et d'analyse a été fait manuellement par l'apprenant lui-même.

6.7.Considérations éthiques

Un formulaire d'information et de consentement pour les participants a été mis à la disposition des répondants. Il s'agissait pour nous de nous engager envers les répondants à respecter la confidentialité des informations fournies et d'obtenir son consentement libre et éclairé pour sa participation à l'étude. Les objectifs et procédures de l'étude ont été clairement expliqués en précisant aux répondants qu'ils étaient libres de se retirer à tout moment sans préjudice. Ils ont également été informés des risques et avantages potentiels liés à leur participation à l'étude. Pour ce qui concerne les répondants ne s'exprimant pas en français, et en Bamanan qui sont deux langues maîtrisées par l'apprenant lui-même.

Les modalités relatives à l'anonymat et à la confidentialité sont les suivantes :

- Aucun nom n'a été mentionné dans les informations recueillies ;
- Attribution de numéro aux participants ;
- Les informations recueillies sont à la disposition exclusive des chercheurs ;
- La base de données (format électronique et papier) sera conservée dans un environnement sécuritaire (sous clé) pendant trois ans : les données informatisées seront conservés sur un support informatique personnel de l'apprenant chercheur et les données sous format papier seront conservées dans des classeurs auxquels seule l'apprenant chercheur aura accès ;
- Les données recueillies seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude conformément aux exigences éthiques.

7. RESULTATS.

Nous avons utilisé diverses sources de données pour obtenir nos résultats. Nous avons réalisé en premier lieu une analyse de registres, de rapports et de divers documents pour estimer le degré de fonctionnalité de l'AMO au niveau des deux CSCComs concernés par l'étude. Ensuite, en vue de mettre en évidence les facteurs influençant la mise en œuvre de l'AMO dans les dits CSCComs, nous avons effectué 19 entrevues.

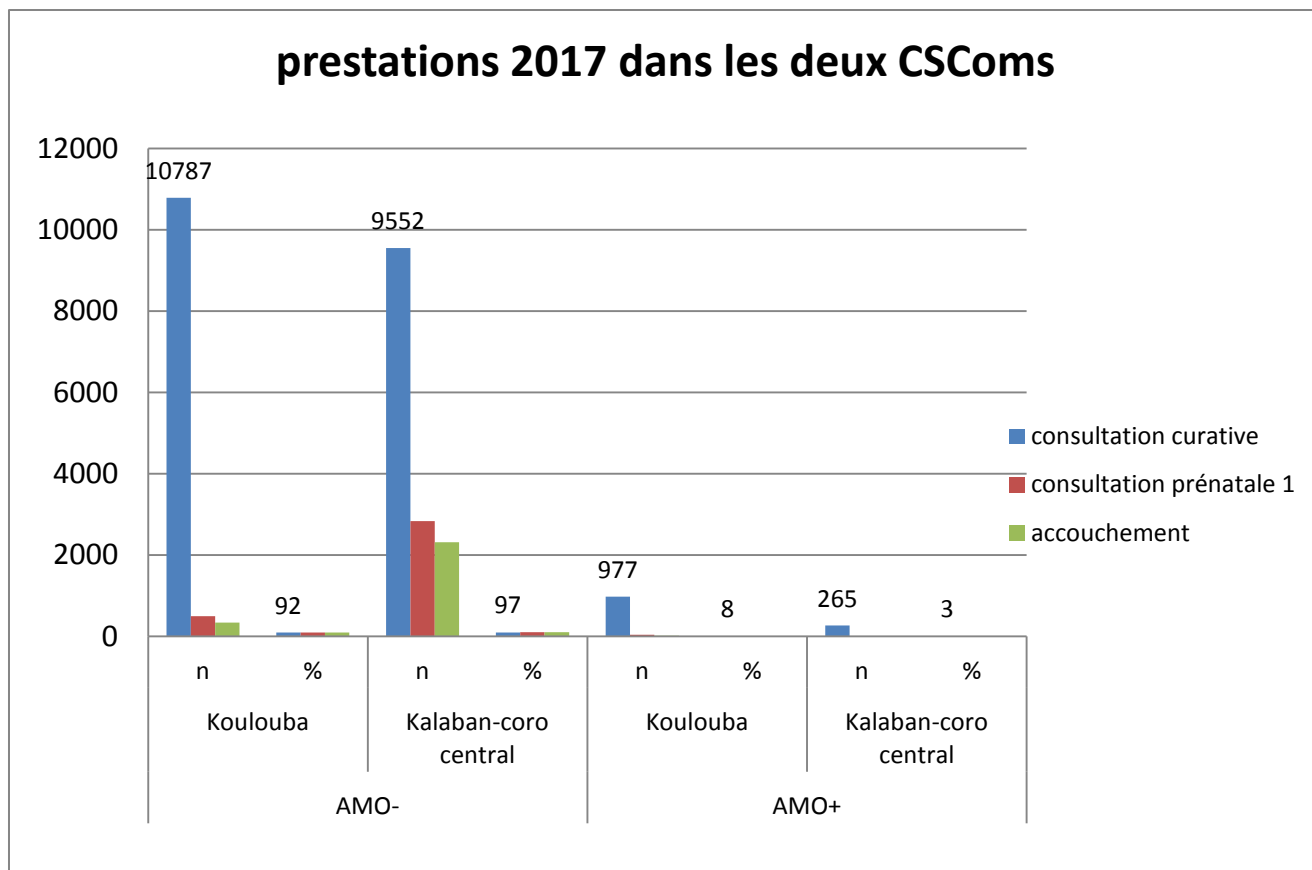
Nous avons décrit dans les deux CSCComs le résultat du paquet minimum activités de 2017 et la perception des prestataires, des membres de l'ASACO et le niveau de satisfaction des bénéficiaires.

7.1. Les prestations de l'AMO en 2017 des CSCComs de Koulouba et Kalaban-coro central

Tableau 3. Récapitulatif de quelques activités 2017 des CSCComs de Koulouba et Kalaban-coro central

PMA 2017	AMO -				AMO+			
	Koulouba		Kalaban-coro central		Koulouba		Kalaban-coro central	
	n	%	n	%	n	%	n	%
consultation curative	10787	92	9552	97	977	8	265	3
consultation prénatale 1	498	93	2831	99,7	39	7	9	0,3
accouchement	335	95	2317	99,9	17	5	3	0,1
Total	11620		14700		1033		277	

Les taux des prestations AMO sont plus faibles dans les deux CSCComs de Koulouba et de Kalaban-coro central, avec respectivement 8% a contre 3% à pour la consultation curative, 7% contre 0,3% pour la CPN1 et 5% contre 0,1% pour les accouchements.



Figures1 : représentation des prestations des CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central

7.2.Circuit de la prestation de l'AMO

Selon un responsable de la caisse nationale d'assurance maladie(CANAM) et de la caisse malienne de sécurité sociale(CMSS), pour qu'un assuré bénéficie de la prestation de l'AMO, « il doit suivre le schéma suivant : Il commence par se faire identifier au niveau de l'espace AMO par la présentation de sa carte d'assuré où est vérifié si le droit de l'assuré est ouvert ou fermé. Puis, il se rend au guichet pour prendre le ticket modérateur qui lui permet d'avoir accès la prestation demandée (consultation curative, consultation prénatale, soins infirmiers, accouchement ou analyse de laboratoire). Au terme de cette étape, il reçoit du prestataire une ordonnance ou une fiche d'analyse qui le conduit soit à la pharmacie ou au laboratoire d'analyse ».

7.3. Rôle des prestataires et des membres de l'ASACO des CSComs de Koulouba et de Kalancoro central dans la mise en œuvre de l'AMO.

Selon les six prestataires entretenus (médecins, sages-femmes et infirmiers major des CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central, leur rôle dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire(AMO) consistait de :

- donner des informations sur l'AMO au personnel de santé, aux membres de l'ASACO et à la population ;
- veiller à ce que le service AMO soit disponible 24h/24h ;
- assurer la consultation des malades ;
- rendre disponible les supports, le cachet AMO ;
- traiter le dossier de remboursement avec le gérant ;
- remplir les feuilles de soins et de diriger les malades ;
- assurer le service AMO après le départ des agents techniques AMO ;
- assurer la vente des médicaments pendant le service de garde ;
- fournir les prestations AMO (consultation prénatale et accouchement) au niveau de la maternité.

Au cours de la mise en œuvre de l'AMO, les membres de l'ASACO de Koulouba (le trésorier et le président) et de Kalaban-coro central (le trésorier), leurs rôles ont été de :

- rechercher les supports à la CANAM ;
- d'amener et suivre les dossiers de remboursement auprès des organismes de gestionnaire délégué.

7.4. Difficultés liés à la mise en œuvre de l'AMO dans les CSComs de Koulouba et de Kalancoro central.

7.5.1. Information/communication

Dans le cadre de l'information et de la communication, selon les cadres (chef de division suivi des prestations et le chef de division des conventions) interviewés « des missions de sensibilisation ont été menées par la CANAM en collaboration avec la FENASCOM, la FERASCOM et la FELASCOM au cours desquelles des conventions ont été signées avec les présidents d'ASACO. En plus de cela, il y a eu des cérémonies de lancement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (hôpital, CS Réf CSCOM) qui ont été mises à profit par la CANAM accompagnées toujours de la FENASCOM, de la FERASCOM et la FELASCOM ».

Tous les six prestataires interviewés au niveau des CSCom ont affirmé avoir été informés de la mise en œuvre de l'AMO dans leurs structures. Leur travail a consisté à informer le reste du personnel, à éclairer certains membres des ASACO sur la mise en œuvre de l'AMO, à sensibiliser et informer la population sur les prestations autorisées par l'AMO au niveau des CSComs.

Les membres de l'ASACO de Koulouba (le président et le trésorier) ont affirmé « qu'ils ont été informés et impliqués dans par rapport à la mise en œuvre de l'AMO ». Par contre ceux de Kalaban-coro central (le trésorier), n'ont été ni informés ni impliqués. Il a avancé comme raison « qu'ils viennent d'être élus il n' ya seulement qu'un an ».

7.5.2. Renforcement de capacité

7.5.2.1. Formation

Dans le cadre du renforcement des capacités, après la signature de la convention avec les CSCOM, les responsables de la CANAM (chef de division suivi des prestations et le chef de division des conventions) interviewés ont affirmé « que les prestataires et les responsables des ASACO, ont bénéficié au niveau de la FENASCOM des séances de formation sur le remplissage des supports AMO, les prestations prises en charge par l'AMO dans les CSComs, la reconnaissance des ayants droits et des ouvrant droits, la démarche à suivre pour le remboursement des prestations. »

Les six prestataires qui ont été interviewés, ont affirmé « qu'ils ont reçu des formations soit par des formateurs envoyés par la CANAM, soit par leur DTC déjà formés après la signature de la convention.

Selon eux, ces formations ont porté sur :

- les prestations disponibles dans l'AMO au niveau des CSCom ;
- la démarche à faire pour le remboursement ;
- la reconnaissance des ouvrants droits et des ayants droits ;
- le remplissage des supports ;
- l'introduction de l'AMO au niveau des CSComs (les avantages de l'AMO et le rôle des prescripteurs).

Selon les membres des ASACO (les trésoriers de Kalaban-coro central et de Koulouba) « ce sont seulement les prestataires de santé qui ont bénéficié de ces formations ».

7.5.2.2. Appuis aux CSComs.

Par rapport aux appuis de la CANAM, selon les membres des ASACO de Koulouba (le président et le trésorier), «ils ont reçu deux agents techniques pour son espace AMO et un ordinateur portable en 2018 ». Par contre, ceux de Kalaban-coro central (le trésorier) « ils ont reçu aussi dans la même année, quatre agents techniques et un ordinateur portable ».

7.5.3. Mécanisme de paiement

7.5.3.1. Pièces à fournir.

D'après le médecin de la CMSS, responsable de l'AMO interviewé, pour le remboursement des prestations, « les CSCom doivent fournir les pièces suivantes :

- feuilles de soins dont le premier volet pour les actes, le 2^e volet pour les médicaments ;
- facture contenant un tableau récapitulatif des prestations (signée du médecin ou du gérant) ;
- numéro de compte bancaire soumis à une vérification chaque année et du bordereau d'envoi pour les organismes gestionnaires délégués (Caisse Malienne de Sécurité Sociale et l'Institut National de Prévoyance Sociale) ».

D'après les deux directeurs techniques des centres (DTC) des CSCom, pour le remboursement des prestations, ils fournissent les pièces suivantes :

- les feuilles de soins (consultation, pansement, analyse et ordonnances) ;
- la facture des prestations ;
- le bordereau d'envoi qu'on dépose à la CMSS et l'INPS.

Cependant, il faut signaler qu'à part les responsables des CSComs (DTC et gérant), les autres prestataires ne connaissent pas les pièces à fournir pour le remboursement.

Concernant les pièces à fournir pour le remboursement des prestations, les membres des ASACO de Koulouba et de Kalaban-coro central (les deux trésoriers et le président), ont dit que « c'est le travail des Directeurs Techniques des Centres (DTC) ou des gérants. et ont cités comme pièces à fournir les feuilles de soins, les ordonnances et la facture ».

7.5.3.2. Délai de remboursement.

Le délai moyen des remboursements selon le médecin responsable de l'AMO de la CMSS « est de deux semaines pour les structures privées et d'un mois pour les structures publiques. Il

peut être rallongé souvent à cause de la quantité de feuilles de soins à vérifier et selon certaines périodes de l'année (mai, juin, juillet, aout).

Ce délai peut être dépassé dans les cas suivants : les rejets qui sont dus à l'absence de cachet de validation ou cachet espace AMO, l'absence de code de la structure, les abus de consommation, la prescription de médicaments ne faisant pas partis de la liste des médicaments autorisés dans les CSCOM par l'AMO, l'absence du cachet personnel du médecin de la structure et l'absence du code prescripteur ».

Concernant le délai moyen de remboursement, les responsables du CSCOM de Koulouba (le DTC et le gérant) « ont indiqué qu'il va d'un mois à 3 mois » et ceux de Kalaban-coro central (le DTC) a affirmé « qu'ils n'ont pas bénéficié de remboursement depuis 2017 ».

Selon les membres de l'ASACO de Koulouba (le président et le trésorier), « le délai de remboursement est de 2 mois » et ceux de Kalaban-coro central (le trésorier) a affirmé « qu'ils n'ont pas reçu de remboursement depuis 2014 ».

7.5.4. Suivi évaluation

Au cours des entretiens avec les deux responsables de la CANAM (chef de division du suivi des prestations et du médecin responsable de l'AMO de la CMSS, ils ont tous affirmé « qu'il existe un dispositif d'évaluation au niveau des CSCOM avant la convention.

Pour son fonctionnement, une demande de conventionnement doit être adressée à la CANAM, qui réalise une visite technique dans le dit CSCOM. Si les conclusions de cette visite sont positives, une copie de la convention est remise au président de l'ASACO, qui avec son DTC l'étudient avant de la signer mais la CANAM n'a pas pu le faire à cause des problèmes survenus lors du démarrage ».

Par rapport aux supervisions réalisées au cours des six derniers mois, le médecin responsable de l'AMO au niveau de la CMSS n'a pu donner un nombre exact. Selon lui, « il existe un tableau de rotation trimestriel pour la supervision des structures conventionnées mais qui n'est pas respecter par manque de financement. Il profite souvent du déplacement d'une autre mission pour réaliser la supervision dans les structures les plus proches ».

Selon les six prestataires entretenus au niveau des deux CSCOMS, « les supervisions réalisées par la CANAM dans les 12 derniers mois ont concerné seulement les agents techniques des espaces AMO. Les structures comme la DRDSES, le CSRéf ou SLDSES qui sont déléguées par la CANAM pour faire des supervisions n'ont rien fait ».

Depuis la mise en œuvre de l'AMO, les membres de l'ASACO de Koulouba (le trésorier) a dit « qu'ils ont reçu une seule mission conjointe de supervision du CS Réf et du Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire ».

L'ASACO de Kalaban-coro central n'a pas pu répondre à la question, car le bureau est nouvellement élu.

7.5.5. Motivation.

« Par rapport à la motivation des membres de l'ASACO et des prestataires de soins pour la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCOM, aucune décision n'a été prise pour le moment » selon le chef de division du suivi des prestations de la CANAM interviewé.

Le médecin responsable l'AMO de la CMSS ajoutera que « même les organismes gestionnaires délégués, ne reçoivent rien comme motivation, c'est ce qui justifie les insuffisances dans la supervision ».

Les six prestataires des CSCOMS et les deux membres des ASACO entretenus, ont affirmé « qu'ils n'ont reçu aucune forme de motivation depuis la mise en œuvre de l'AMO dans leurs structures ». Selon eux, « cette situation fait qu'ils pensent même à arrêter le travail de l'AMO dans leurs CSCOM afin de relancer le débat avec la CANAM ».

7.5.6. Gouvernance.

En dehors du problème de la motivation, d'autres problèmes importants relatifs à la gouvernance ont été évoqués.

- Le médecin responsable AMO de la CMSS selon lui
 - le transport médicalisé est toujours à la charge des assurés alors qu'il est pris en compte par l'AMO ;
 - la gestion des affections chroniques qui demandent souvent des renouvellements d'ordonnance posent beaucoup de problèmes dans les structures car, la CANAM exige la présence physique du malade ou un certificat délivré par elle-même alors qu'il n'y a qu'un seul médecin qui le délivre sur toute l'étendue du territoire ;
- Les prestataires de santé
 - les soins d'échographie et d'odontologie ne sont pas pris en compte par l'AMO dans les CSCOM ;
 - les gants et les sparadraps ne figurent pas sur la liste des médicaments autorisés par l'AMO au niveau des CSCOM.

➤ Les ASACO

Elles ont évoqué le problème de manque de formation et d'information de leurs membres sur l'AMO.

7.5.7. Difficultés de la mise en œuvre de l'AMO selon la CANAM et la CMSS :

Les problèmes constatés dans les CSCOM au cours des supervisions sont :

- au niveau des prestataires de soins :
 - problèmes d'organisation des services (la non fonctionnalité de l'AMO 24 heures/24 ;
 - problèmes financiers (tensions de trésorerie) ;
 - instabilité du personnel formé dans les CSCOM.
- au niveau de l'ASACO :
 - la mésentente entre les membres et le personnel du CSCOM ;
 - l'absence de communication entre la CANAM et les CSCOM.
- au niveau du dépôt de vente dans les CSCOM

Il y a toujours la rupture des feuilles de soins, d'ancre et de cachet.

- au niveau des bénéficiaires

Ils se plaignent du non accès à certains produits au niveau des CSCOM sur l'AMO.

7.5.8. Difficultés de la mise en œuvre de l'AMO selon Prestataires :

D'après les prestataires des CSCOMS de Koulouba et de Kalaban-coro central les problèmes qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre de l'AMO au sein de leurs structures sont :

- l'approvisionnement en support AMO ;
- les cas de fraude avec l'usage des cartes non biométriques ;
- l'interdiction en 2013 de la prescription des spécialités dans les CSCOMs ;
- le rejet des dossiers de remboursement pour raison de droit fermé de l'assuré ;
- la limitation des prestations dans les CSCOMs médicalisés ;
- la gestion des agents techniques des espaces AMO qui travaillent dans les CSCOMs mais qui sont sous l'autorité de la CANAM ;
- l'arrêt des prestations AMO à 14 h après le départ des agents techniques des espaces AMO ;
- l'attribution du cachet AMO et du code prescripteur à la sage-femme maîtresse seule au niveau de la maternité du CSCOM de Kalaban-coro central ;
- la réticence de certains assurés pour le paiement du ticket modérateur ;
- l'absence d'ordinateur pour l'identification des assurés,

-l'insuffisance d'information sur la nouvelle carte biométrique, qui n'indique pas si l'assuré est de la CMSS ou de l'INPS.

7.5.9. Difficultés de la mise en œuvre de l'AMO selon Les ASACO :

Selon les membres des ASACO de Koulouba et de Kalaban-coro central, les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de l'AMO sont entre autres : le manque d'information et de formation, les difficultés de remboursement des prestations, les ruptures fréquentes des supports AMO, les rejets des dossiers de remboursement, les délais de remboursement trop longs et la désinformation de la population sur les médicaments DCI.

7.5.10. Synthèse des difficultés :

Nous constatons que parmi les difficultés citées par les acteurs de la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs, celles qui ressortent le plus souvent, au moins dans deux groupes ont été :

- l'absence de communication entre la CANAM et les CSComs ;
- un problème d'organisation de service en occurrence la non fonctionnalité de l'AMO 24h/24h dans la plupart des CSComs ;
- la rupture des feuilles de soins au niveau des CSComs ;
- l'interdiction de la prescription des médicaments en spécialité ;
- la rupture de certains médicaments ;
- le rejet des dossiers de remboursement des prestations;
- retard ou absence de remboursement des prestations ;

7.6. Perception des bénéficiaires de l'AMO au niveau des CSComs de Koulouba et de Kalancoro central et leurs suggestions d'amélioration.

Sur un total de neuf bénéficiaires, deux étaient les plus anciens et ont adhéré depuis 7 ans pendant que deux ont adhéré depuis 5 ans, quatre ont adhéré depuis 2 ans et le plus récent à 2 mois. Le nombre d'année moyen d'adhésion est de quatre (4ans).

7.6.1. Raisons d'adhésion

La raison évoquée par la plupart des bénéficiaires pour leur adhésion à l'AMO est le moindre coût des médicaments comme nous l'attestent les propos suivants :

« J'ai adhéré à l'AMO parce que un jour quand mes deux garçons sont tombés malades ensemble j'ai dépensé plus de 20000 f CFA pour payer mes ordonnances. Le vendeur du dépôt m'a expliqué que, si j'étais dans l'AMO, que je n'allais pas payer tout cet argent du

cout. C'est ainsi que j'ai cherché à adhérer dans l'AMO» (Femme jeune, Kalaban-coro central).

« J'ai adhéré à l'AMO parce que les médicaments coûtent moins chers » (Femme jeune, Koulouba).

Il faut signaler que tous ces bénéficiaires étaient des ayant droits soit par le canal du fils ou du mari.

Chacun de ces bénéficiaires ont au moins bénéficié des prestations de l'AMO 4 fois depuis leur adhésion.

7.6.2. Motifs :

Les motifs avancés pour les consultations étaient entre autres la maladie de leurs enfants ou les soins personnels.

7.6.3. Perception des difficultés :

Les principales difficultés des bénéficiaires étaient surtout : les va et vient, les ruptures de feuilles de soins, le manque de médicaments prescrits, la non accessibilité de l'AMO après 13h et le long temps d'attente pour la consultation. A ce sujet, voici quelques déclarations des participants :

« Une fois j'ai fait un déplacement inutile sans avoir la prestation, les agents de santé m'ont informé de revenir après parce qu'ils sont en rupture de feuilles de soins, j'en connais d'autres personnes dans le quartier, qui ont une fois eu le même sort que moi » (Femme âgée, Kalaban-coro central)

« J'ai l'habitude d'amener mon enfant malade ici vers 13 heure, ils nous ont fait savoir qu'à de cette heure que l'AMO n'est pas disponible » (Femme jeune, Kalaban-coro central)

« Ce que je n'ai pas apprécié le plus, est la prescription de deux ordonnances dont il faut aller payer une à l'extérieur dans une pharmacie privée, ou se rendre au CSRéf pour la remettre sur une ordonnance AMO, c'est pourquoi je préfère aller directement au CSRéf pour mes prestations» (Homme jeune, Koulouba)

7.6.4. Perception sur l'accueil :

La totalité des bénéficiaires enquêtés étaient satisfaits de l'accueil au niveau des CSCom comme nous le confirment les propos suivants :

« Depuis toujours je me soigne dans ce centre de santé, les soignants d'ici me considèrent comme leur mère et je les considère également comme mes fils. Chaque fois quand je viens pour des prestations, je suis bien accueilli » (femme âgée, Kalaban-coro central)

« Je n'ai rencontré aucun problème depuis que je suis là ce matin pour la consultation de mon enfant » (Femme jeune, Koulouba).

7.6.5. Perception sur le circuit :

Le circuit de la prestation est jugé satisfaisant par la majorité des bénéficiaires, ils le trouvent simple comme nous l'attestent ces propos suivants :

« Au CSCom, c'est beaucoup plus facile d'avoir les prestations de l'AMO qu'au CS Réf de Kalaban-coro » (Femme jeune, Koulouba).

« Au CSCom, je trouve que les choses sont plus faciles. On prend les feuilles de soins, le ticket modérateur, ensuite on se rend à la consultation » (Femme jeune, Kalaban-coro central).

Il y a seulement une petite minorité qui trouve le circuit compliqué et long comme nous le confirment les propos de cette participante :

« Je suis venue avec mon enfant malade, mais je fais beaucoup de va et vient entre le guichet et la consultation, ensuite on m'a fait retourner au guichet pour chercher les fiches d'analyse avant de se rendre au laboratoire d'analyse » (femme jeune, Koulouba).

7.6.6. Perception sur les médicaments :

La presque totalité des bénéficiaires sont satisfaits des médicaments délivrés pour leur moindre coût, même si à côté quelques uns ont montré leur mécontentement du fait que certains médicaments prescrits sur l'ordonnance ne sont pas pris en charge par l'AMO. Ceci est attesté par les propos de cette participante :

« C'était bien, si toute fois on pouvait avoir les médicaments de spécialité aussi dans les CSComs » (jeune fille, Koulouba)

7.6.7. Perception sur la mise en œuvre de l'AMO dans le CSCom :

Tous les bénéficiaires ont donné des avis favorables par rapport à la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCOM car, cela les ont permis d'éviter de faire trop de déplacements surtout pour les femmes enceintes qui font beaucoup de consultations et les soins nous reviennent moins chers.

« Je pense que l'AMO est nécessaire dans le CSCom parce que nous commençons toujours nos soins là-bas avant d'aller ailleurs » (femme jeune, Koulouba)

« Je trouve que l'AMO est une bonne chose dans les CSComs surtout pour nous les femmes enceintes qui effectuons beaucoup de consultation et payons beaucoup de médicaments pendant notre grossesse» (femme jeune, Kalaban-coro central)

7.6.8. Suggestions des bénéficiaires pour l'amélioration de l'AMO.

Selon les bénéficiaires pour améliorer la mise en œuvre de l'AMO, il faut :

- assurer la disponibilité des supports de gestion de l'AMO ;
- prescrire plus de médicaments en spécialité ;
- aménager les bureaux d'entrées des agents techniques de gestion des espaces AMO ;
- rendre l'AMO accessible 24h/24h dans les CSCOM et les responsabiliser.

8. DISCUSSION

8.1. Au plan Méthodologique

La majorité des facteurs énoncés dans la littérature ont été retrouvés dans notre étude.

La collecte des données quantitatives a été faite grâce à la revue documentaire dans les deux CSComs. Elle a concerné seulement les données de 2017, permettant valablement de faire une analyse.

Le recueil des données qualitatives a enregistré près de 95 % des répondants, seulement un bénéficiaire n'a pu être interviewé à Kalaban-coro central à cause de sa très faible fréquentation par les assurés de l'AMO ce qui a amené notre échantillon de 21 à 20.

Malgré ces limites, nos résultats ont permis d'atteindre nos objectifs de l'étude.

8.2. Aspects prestations AMO au niveau des deux CSComs:

Les principaux éléments qui ressortaient de notre analyse étaient les suivants :

Premièrement la faible prestation du paquet minimum d'activité sur l'AMO au niveau des CSComs de Koulouba et de Kalaban-coro central, avec respectivement 8% à contre 3% à pour la consultation curative, 7% contre 0,3% pour la CPN1 et 5% contre 0,1% pour les accouchements n'est pas due à la mauvaise perception des bénéficiaires sur l'AMO, elle est plutôt due à un certains nombres difficultés liés à sa mise en œuvre à savoir : l'absence de communication entre la CANAM et les CSComs ; un problème d'organisation de service en occurrence la non fonctionnalité de l'AMO 24h/24h dans la plupart des CSComs, la rupture des feuilles de soins au niveau des CSComs, l'interdiction de la prescription des médicaments en spécialité, la rupture de certains médicaments, le rejet des dossiers de remboursement des prestations, retard ou absence de remboursement des prestations.

8.3. Aspect Information/ communication

Au cours des différents entretiens avec les prestataires de santé et les membres de l'ASACO, nous avons constaté qu'ils ont été fortement impliqués dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs. Ce qui a eu comme impact l'information et la compréhension du processus par ces acteurs.

Cependant, nous notons une insuffisance voire une absence de stratégie d'information/communication continue entre la CANAM et les acteurs de la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs.

Ainsi à cause du début problématique de l'AMO, le processus de mise en place n'a pas pu être respecté à cause de l'insuffisance de communication entre les assurés et la CANAM, malgré l'implication des prestataires et des membres de l'ASACO à travers la FENASCOM et ses démembrements.

Nous avons trouvé aussi une insuffisance voire absence de stratégie d'information/communication continue entre les CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central et la CANAM. C'est le même résultat que de l'étude de VIGAN-MEDJI DPR, 2017 qui trouve que tous les acteurs sont d'accord que sur le fait que les modalités de communication, d'information et de sensibilisation étaient inadéquates, insuffisantes et donc défaillantes [16]. Aussi, De Allegri et al. (2006a) trouve, qu'un faible degré de connaissance contribuerait à renforcer le scepticisme des populations à l'égard de la mutuelle et exercerait une influence négative sur l'adhésion [17]. À l'inverse, une bonne campagne d'information contribuerait à construire la confiance des communautés à l'égard des promoteurs et des responsables de la mutuelle [18] c'est ce que trouve Waelkens & Criel, 2004.

8.4. Aspect renforcement de capacité des CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central

Ce facteur a été inhérent aux responsables de la CANAM car, les propos tenus par eux ont été démentis sur le terrain par les membres des ASACO. Selon eux, ce sont seulement les prestataires de santé qui ont bénéficié de ces formations. Nous avons constaté que cette situation a beaucoup joué sur la mise en œuvre de l'AMO car les membres de l'ASACO interrogés ne savaient rien sur son fonctionnement. Ce qui demeure un facteur important dans le dysfonctionnement de l'AMO dans ces deux CSCom vu la place qu'occupe les membres de ces ASACO dans la gestion des CSComs et dans leur communauté. Aussi la réception tardive des appuis (ordinateurs et agents techniques des espaces AMO), sept ans après le conventionnement explique en grande partie la persistance de certains problèmes comme les fraudes et les rejets des dossiers de remboursement.

Nous avons trouvé une insuffisance de formation des membres de l'ASACO de Koulouba et Kalaban-coro central, donc un manque de qualification pour la mise en œuvre de l'AMO. L'étude de VIGAN-MEDJI DPR, 2017 arrive au même résultat « En effet, selon les acteurs de Porto Novo et de Bassila, les responsables de la mise en œuvre n'étaient pas qualifiés étant donné les nombreux ratés observés dans la mise en œuvre. Pour les acteurs de Porto Novo, la mauvaise gestion des ressources et la mauvaise coordination des activités (rôles non clairement définis) étaient flagrantes. Pour ceux de Nikki, la mauvaise collaboration entre les responsables était réelle [16] ».

8.5. Aspect mécanisme de paiement des prestations

Le mécanisme de paiement des prestations a été aperçu comme le facteur le plus déterminant au niveau des CSComs. En somme concernant les pièces à fournir pour le remboursement des prestations, nous constatons que la composition a été décrite par les responsables en charge au niveau des CSComs conformément à celles dites par les responsables de la CANAM et la CMSS. Le non respect du délai de remboursement par les organismes gestionnaires délégués a rendu septique les prestataires des CSComs et les membres des ASACO dans la mise en œuvre de l'AMO.

Cependant, nous avons constaté que le respect du délai de remboursement pose de sérieux problèmes dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs et des organes gestionnaires délégués à cause de l'augmentation de la quantité de feuille à traiter pendant les périodes d'épidémie de paludisme et des infections respiratoires aiguës. Le non respect de ce délai peut aussi être expliqué par le fait qu'ils ne maîtrisent pas tous les motifs de rejet des dossiers.

Nous avons trouvé dans notre étude que le mécanisme de paiement pose de sérieux problème surtout par rapport au non respect du délai de remboursement qui va de 2 à 3 mois pour le CSCom de Koulouba et presque une absence de remboursement depuis 2017 pour le CSCom de Kalaban-coro central. Aussi l'étude de VIGAN-MEDJI, 2017 trouve le même résultat de retard ou absence de remboursement des prestations à Bassila « tous les acteurs dénonçaient l'absence de remboursement des prestations qui avaient des répercussions sur le fonctionnement des formations sanitaires. Le processus avait alors été suspendu [16].» A Cotonou « tous les prestataires de soins indexaient le retard ou parfois l'absence de remboursement des prestations comme un handicap majeur au bon déroulement du processus. En effet, les formations sanitaires fonctionnaient sur financement communautaire et le retard du remboursement des prestations offertes pouvait avoir comme conséquence une rupture de

stock (difficulté de ravitaillement des centres) et l'incapacité des formations sanitaires à payer leurs personnels [16].»

8.6. Aspect suivi/évaluation

L'évaluation préalable identifiée comme facteur important pour la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs n'a pas été réalisée. Cela a été inhérent aux responsables de la CANAM qui n'ont pas pu évaluer les capacités des CSComs à mettre en œuvre l'AMO avant de leur faire signer les conventions.

Aussi une insuffisance ou absence quasi totale de supervisions a été facteur qui n'a pas permis d'identifier des problèmes liés à la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs, afin d'apporter des solutions idoines.

Nous avons trouvé dans notre étude, une insuffisance de suivi des activités de l'AMO au niveau des CSComs. VIGAN-MEDJI, 2017 trouve le même résultat « les acteurs de Cotonou, Bassila et Nikki avaient également signalé une absence de mécanismes de contrôle et de suivi du processus [16]. »

8.7. Aspect motivation

Dans notre étude nous avons également une absence de motivation des acteurs de la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs. L'étude de VIGAN-MEDJI, 2017 trouve que à Cotonou « l'absence de motivation (primes) prévue dans le cadre du RAMU a été un des facteurs de résistances des prestataires de soins. Selon certains prestataires, il n'y avait pas de ressources financières disponibles pour motiver les agents de santé, mais disponibles pour faire la médiatisation du RAMU (campagnes médiatiques avec les artistes) » [16].

8.8. Aspect gouvernance

Dans notre étude nous avons trouvé que des prestataires de Koulouba et de Kalaban-coro souhaitent l'élargissement des prestations de l'AMO au niveau de leurs CSComs à l'échographie et aux soins bucco-dentaires. L'étude de VIGAN-MEDJI, 2017 trouve « Par contre, certains acteurs de Cotonou avaient suggéré l'intégration des médicaments de spécialité dans le paquet de services offerts. Selon eux, cela serait plus bénéfique pour les populations [16]. » ; (Basaza et al., 2008 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, 1998) trouvent au contraire que, la non-prise en charge de certaines prestations constituerait un obstacle à l'affiliation de certains individus [19,20,21].

8.9. Aspect perception des bénéficiaires

Nous avons trouvé dans notre étude que les bénéficiaires sont satisfaits par rapport à l'accueil, la majorité est satisfaite du circuit, et des médicaments prescrits. (De Allegri et al., 2006a, 2005 ; Schneider, 2005 ; Criel, 2002) trouvent que le mécontentement des bénéficiaires est davantage lié à la prescription de beaucoup de médicaments à la fois et à la façon dont les agents de santé se comportent différemment avec les patients selon leur statut socio-économique [21,22, 23,24].

9. CONCLUSION

L'analyse des données recueillies nous a permis de confirmer l'existence de facteurs liés à la mise en œuvre de l'AMO dans la commune rurale de Kalaban-coro, similaires aux facteurs retrouvés dans la littérature. Ainsi nous avons trouvé dans notre étude que ces facteurs qui sont: information/communication, le mécanisme de paiement, la gouvernance, le renforcement de la capacité, la motivation, le suivi-évaluation, ont influencé sur la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCOM. Parmi tous ces facteurs cités, le mécanisme de paiement des prestations pose plus de problème aux CSComs et organismes gestionnaires délégués. Ainsi cette étude confirme l'importance de l'influence ce facteur sur la réussite de la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs. Elle a donc mis l'accent sur la pertinence de faire des recherches dans ce domaine afin d'adapter la stratégie de mise en œuvre.

Dans le cas spécifique de cette l'étude nous avons trouvé qu'un taux très faible des assurés de l'AMO consulte au niveau des CSComs et plusieurs difficultés ont été identifiées. La présente étude s'inscrivait donc dans une perspective d'approches de solutions pour faciliter la mise en œuvre de l'AMO dans les CSComs et en même temps, le passage vers la Couverture Maladie Universelle du Mali. Par ailleurs, il serait intéressant que les recherches futures fassent une analyse plus en profondeur de la mise en œuvre de l'AMO dans les structures de santé, ceci à travers des critères bien définis et mesurables visant à faciliter le suivi de l'évolution du processus de l'AMO. Il faut noter qu'un processus d'évaluation devrait être mise en place et il devrait être continu et non ponctuel pour assurer une amélioration permanente de la stratégie de mise en œuvre.

10. RECOMMANDATIONS

10.1. CANAM et aux OGD (organismes gestionnaire délégués) :

- assurer l'approvisionnement régulier des CSComs en feuilles de soins, avec l'implication d'autres services de proximité comme le Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire (SLDSES),
- faire une bonne dissémination de la liste des médicaments autorisés par la CANAM dans les CSComs médicalisés qui englobe également les médicaments en spécialité autorisés dans les dites structures,
- confier la gestion des agents techniques des espaces AMO au responsable des CSComs pour une bonne organisation des services,
 - identifier chaque année par l'intermédiaire du CSRéf et du SLDSES, les besoins de formation des membres de l'ASACO et des prestataires au niveau des CSComs,
 - planifier et renforcer la formation continue des prestataires et des membres de l'ASACO avec l'implication des CSRéf et des SLDSES,
 - ajouter à la supervision intégrée des CSComs, celle de la mise en œuvre de l'AMO dans les dits centres par les structures en charge de cette mission,
 - concevoir et diffuser largement un document contenant les pièces à fournir pour le remboursement et les motifs de leurs rejets au niveau des CSComs,
 - relancer le débat sur la motivation des acteurs de la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs.

10.2. Aux Prestataires des CSComs de Koulouba et de Kalaban-coro central :

- éviter les ruptures de médicaments, en faisant une bonne estimation des besoins de la population desservie,
- assurer le service AMO en permanence dans les CSComs de Kalaban-coro central,
- actualiser et envoyer chaque année la liste des prescripteurs des CSComs à la CMSS et à l'INPS en vue de leurs attribuer des codes prescripteurs et des cachets,
- renforcer l'information des assurés sur le fonctionnement de l'AMO au niveau des CSComs,

10.3. Aux ASACO de Koulouba et Kalaban-coro central :

- construire des bureaux d'entrée ou des espaces AMO adaptés au besoin de la population au niveau des CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central,

- doter ces bureaux d'entrée ou espaces AMO en appareil (ordinateur) pour une meilleure identification des assurés.

11. REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : 2003 : façonner l'avenir.
2. CMH (Commission on Macroeconomics and Health), 2001. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Geneva: World Health Organization.
3. De Boeck PJ Supérieur. LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE ET L'INÉGALITÉ FACE AUX SOINS | « Afrique contemporaine » 2012/3 n° 243 | pages 95 à 97 https://www.persee.fr/doc/tiers_1293-8882_1997_num_38_152_5199
4. Tizio S, Flori Y-A. L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? Revue Tiers Monde Année 1997 152 pp. 837-858].
5. Ridde V. Analyse d'une réforme du financement des systèmes de santé africains au niveau local : le cas des mutuelles de santé Montréal, Canada 2001
6. Dukhan Y. Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement Université d'Auvergne Clermont-Ferrand1 Faculté des Sciences Economiques et de Gestion 2010
7. Positioning health in the post-2015 development agenda. Geneva: World Health Organization;2012
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHODiscussionpaper_October2012.pdf, accessed 15 June 2015).
8. Caisse nationale d'Assurance Maladie (CANAM). Plan de renforcement et de relance des activités relatives aux prestations du régime de l'AMO au niveau des CSComs conventionnés par la caisse nationale d'assurance maladie, mai 2017.
9. District sanitaire de Kalaban-coro. SYNTHÈSE DES RAPPORTS D'ÉVALUATION 2017 ET DE PROGRAMMATION 2019.
10. Wei X, Zou G, Yin J, Walley J, Zhang X, Li R &al. Effective reimbursement rates of the rural health insurance among uncomplicated tuberculosis patients in China. Tropical Medicine and International Health, march 2015 volume 20 no 3 pp 304–311
11. Opatowski M, et al BMJ, New index of social deprivation during pregnancy : results from a national study in France, open 2016, additional article information. Consulté le 6/08/2018 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
12. Steering Committee of China Government (2009) [Guidelines for Deepening Health Systems Reform]. Steering Committee of China Government, Beijing.

13. Consultance et outils pour le développement solidaire-CODES-SARL. Etude de l'impact des paiements directs sur l'accès à la couverture MALADIE UNIVERSELLE (CMU), Janvier 2016.
14. 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
15. Letourmy A, Développement d'un panier de soins de base au Mali, Octobre 2014.
16. VIGAN-MEDJI. DPR., (Août 2017). Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Bénin : obstacles et facteurs facilitants. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maitrise (MSc) inédit, École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Montréal.
17. DE ALLEGRI M., SANON M., SAUERBORN R. (2006a) To enrol or not enrol ? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa, *Social Science Medicine*, vol. 62, n°6, 1520-1527.
18. WAELKENS M.-P., CRIEL B. (2004) Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche, HNP Discussion Paper, Banque mondiale, Washington DC.
19. BASAZA R., CRIEL B., VAN DER STUYFT P. (2008) Community health insurance in Uganda : Why does enrolment remain low ? A view from beneath, *Health Policy*, vol. 87, n° 2, 172-184.
20. FONTENEAU B. (2003) Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité, Hoger Instituut voor de Arbeid, Leuven.
21. CRIEL B. (1998) District-based health insurance in sub-Saharan Africa, Part II : Case-studies, *Studies in Health Services Organisation & Policy*, Anvers.
22. DE ALLEGRI M., SANON M., BRIDGES J., SAUERBORN R. (2005) Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa, *Health Policy*, vol. 76, n°1, 58-71.
23. SCHNEIDER P. (2005) Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda, *Social Science & Medicine*, vol. 61, 1430-1438.
24. CRIEL B., BARRY A., VON ROENNE F. (2002) Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale, *Medicus Mundi* Belgique, Bruxelles.

ANNEXES

Grille d’entrevue pour responsable CANAM

Titre du projet : ETUDE SUR LES FACTEURS ASSOCIES A LA MISE EN ŒUVRE DE L’ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU NIVEAU DES CSCOMS DE LA COMMUNE RURALE DE KALABAN-CORO, KATI DANS LA REGION DE KOULIKORO.

Explication des modalités de l’entrevue : durée (1heure), utilisation de l’enregistreuse et de prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, rappel à la participante qu’elle peut, à tout moment, mettre fin à l’entrevue ou suspendre l’enregistrement, faire signer le formulaire de consentement.

Merci d’avoir accepté de participer à l’entrevue

Numéro d’identification :

Date : jour / __ / __ / mois / __ / __ / année / __ / __ / Durée de l’interview / ____ / h / ____ / min

I. Fonctionnement

Q1 : Comment fonctionne l’assurance maladie (AMO) au niveau d’un CSCom?
.....
.....

II. Information et communication

Q2 : Est-ce qu’il y’a eu des missions de sensibilisation et communication effectuées à l’endroit des CSCOMS en générale et pour ceux de Kalaban-coro ?

oui...../ .non.....

Si oui, Sur quoi portaient ces missions de sensibilisation ?

.....
.....
.....

III. Renforcement de capacités

Q3 : Les prestataires de soins ont-ils été formés par rapport aux remplissages des feuilles de soins

oui non

Avant convention

Après convention

Q4 : les membres de l'ASACO ont-ils été formés par rapport à la gestion de l'AMO ? oui

non

Avant convention

Après convention

Q5 : les CSComs ont-ils eu des appuis de la part de la CANAM ? Oui...../non

Si oui de quelle nature ?

- Matériels informatiques

- médicaments

- argent

- personnel

IV. Mécanismes de paiement

Q6 : Quelles sont les pièces à fournir pour le remboursement ?.....

.....

Q7 : Quel est le délai moyen des remboursements ?

V. Suivi-évaluation

Q8 : Existe-t-il un dispositif d'évaluation des dépôts de vente de médicaments au niveau des CSCOMS ? oui...../non.....

Si oui, Comment fonctionne t-il ?

.....
.....

Q9 : Combien de missions de supervision ont été réalisées par la CANAM au niveau des CSComs de la commune rurale de Kalaban-coura au cours des 6 derniers mois ?.....

Q10 : Quelles sont les problèmes que vous constatez lors de ces missions de supervision au des CSComs ?

- prestataires de soins
- membres de l'ASACO.....
- bénéficiaires.....

Q11 : Que pensez-vous de la motivation des membres de l'ASACO et des prestataires de soins pour la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs ?

.....
.....
.....
.....

Q12 : Y aurait-il d'autres points importants concernant la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCOMS, qui selon vous, auraient pu être abordés ?

.....
.....
.....
.....

Q13 : Me permettez-vous de vous recontacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données ?

Je vous remercie pour votre participation.

Nom et prénoms de l'intervieweur

Numéro d'identification de l'interviewé

Grille d'entrevue pour les prestataires des CSComs

Titre du projet : ETUDE SUR LES FACTEURS ASSOCIES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU NIVEAU DES CSCOMS DE LA COMMUNE RURALE DE KALABAN-CORO, KATI DANS LA REGION DE KOULIKORO.

Merci d'avoir accepté de participer à l'entrevue.

Explication des modalités de l'entrevue : durée (1heure), utilisation de l'enregistreuse et de prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, rappel à la participante qu'elle peut, à tout moment, mettre fin à l'entrevue ou suspendre l'enregistrement, faire signer le formulaire de consentement.

Numéro d'identification :

Date : jour / __/__/ mois / __/__/ année/ __/__/ Durée de l'interview / ____/ h / ____/ min

I. Information/communication

Q1 : Avez-vous été informés de la mise en œuvre de l'AMO dans votre CSCOM ?
oui...../non.....

Si oui, quel a été votre niveau d'implication ?

.....
.....
.....

Q2 : Quel est votre rôle dans le fonctionnement de l'assurance maladie (AMO) au niveau des CSComs ?

.....
.....
.....
.....

II. Renforcements de capacité

Q3 : Avez-vous reçu des formations dans le cadre de la mise en œuvre de l'AMO ?

Oui.../non.....

- Si oui, lesquelles ?.....

.....

Q4 : est ce que votre CSCom a eu des appuis de la part de la CANAM oui...../non.....

- si oui de quelle nature ?

- Matériels informatiques.....

- médicaments.....

- argent

- personnel

III. Mécanisme de paiement

Q5 : Quelles sont les pièces à fournir pour le remboursement des prestations de soins?.....

.....

.....

Q6 : Quel est le délai moyen des remboursements des prestations de soins ?

IV. Suivi-évaluation

Q7 : Combien de missions de supervision avez-vous reçu les 12 derniers mois par rapport à l'AMO ?

CANAM..... /

DRDSES..... /

CSRéf/SLDSES..... /

Autres..... /

Q8 : Quelles sont les problèmes que vous rencontrez dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau de votre CSCom ?

Q9 : Quelles sont les motivations que vous recevez dans le cadre de la mise en de l'AMO?

.....
.....
.....
.....

Q10 : Y aurait-il d'autres points importants concernant la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCOMS, qui selon vous, auraient pu être abordés ?

.....
.....
.....
.....

Q11 : Me permettez-vous de vous recontacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données ?

Je vous remercie pour votre participation.

Nom et prénoms de l'intervieweur

Numéro d'identification de l'interviewé

Qualification & Contact.....

Qualification & Contact.....

.....

.....

Grille d'entrevue pour les membres de l'ASACO

Titre du projet : ETUDE SUR LES FACTEURS ASSOCIES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU NIVEAU DES CSCOMS DE LA COMMUNE RURALE DE KALABAN-CORO, KATI DANS LA REGION DE KOULIKORO.

Merci d'avoir accepté de participer à l'entrevue.

Explication des modalités de l'entrevue : durée (1heure), utilisation de l'enregistreuse et de prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, rappel à la participante qu'elle peut, à tout moment, mettre fin à l'entrevue ou suspendre l'enregistrement, faire signer le formulaire de consentement.

Numéro d'identification :

Date : jour / __/__/ mois / __/__/ année/ __/__/ Durée de l'interview / ____/ h / ____/ min

I. Information/communication

Q1 : Avez-vous été informés de la mise en œuvre de l'AMO dans votre CSCOM ?
oui...../non.....

Si oui, quel a été votre niveau d'implication ?

.....
.....
.....

Q2 : Quel est votre rôle dans le fonctionnement de l'assurance maladie (AMO) au niveau des CSComs ?

.....
.....
.....
.....

II. Renforcements de capacité

Q3 : Avez-vous reçu des formations dans le cadre de la mise en œuvre de l'AMO ?

Oui.../non.....

- Si oui, lesquelles ?.....

.....

Q4 : est ce que votre CSCCom a eu des appuis de la part de la CANAM oui...../non.....

- si oui de quelle nature ?

- Matériels informatiques.....

- médicaments.....

- argent

- personnel

III. Mécanisme de paiement

Q5 : Quelles sont les pièces à fournir pour le remboursement des prestations de soins?.....

.....

.....

Q6 : Quel est le délai moyen des remboursements des prestations de soins ?

IV. Suivi-évaluation

Q7 : Combien de missions de supervision avez-vous reçu les 12 derniers mois par rapport à l'AMO ?

CANAM..... /

DRDSES..... /

CSRéf/SLDSES..... /

Autres..... /

Q8 : Quelles sont les problèmes que vous rencontrez dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau de votre CSCCom ?

Q9 : Quelles sont les motivations que vous recevez dans le cadre de la mise en de l'AMO?

.....
.....
.....
.....

Q10 : Y aurait-il d'autres points importants concernant la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCOMS, qui selon vous, auraient pu être abordés ?

.....
.....
.....
.....

Q11 : Me permettez-vous de vous recontacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données ?

Je vous remercie pour votre participation.

Nom et prénoms de l'intervieweur

Numéro d'identification de l'interviewé

Qualification & Contact.....

Qualification & Contact.....

.....
.....

Grille d'entrevue pour les Bénéficiaires

Titre du projet : ETUDE SUR LES FACTEURS ASSOCIES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU NIVEAU DES CSCOMS DE LA COMMUNE RURALE DE KALABAN-CORO, KATI DANS LA REGION DE KOULIKORO.

Merci d'avoir accepté de participer à l'entrevue.

Explication des modalités de l'entrevue : durée (1heure), utilisation de l'enregistreuse et de prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, rappel à la participante qu'elle peut, à tout moment, mettre fin à l'entrevue ou suspendre l'enregistrement, faire signer le formulaire de consentement.

Numéro d'identification :

Date : jour / __/__/ mois / __/__/ année/ __/__/ Durée de l'interview / ___/ h / ___/ min

- 1- Depuis combien de temps êtes-vous dans l'AMO ?.....
- 2- Pourquoi avez –vous adhéré à l'AMO?.....
- 3- Combien de fois avez-vous bénéficié les prestations de l'AMO ?.....
- 4- Pour quel motif ?.....
- 5- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de vos prestations de soins ?.....
- 6- Etes-vous satisfaits de l'accueil avec votre carte AMO ?
- 7- Etes-vous satisfaits du circuit d'approvisionnement de l'AMO au niveau des CSComs ?
.....
.....
.....
.....
- 8- Etes-vous satisfaits des soins prodigués avec votre carte AMO ?.....
.....
.....
.....
- 9- Etes-vous satisfaits des médicaments délivrés par l'AMO ?
.....

10- Quelle est votre avis de la mise œuvre de l'AMO au niveau des
CSCom ?.....

.....

11- Avez-vous des suggestions pour l'amélioration de la mise en œuvre de
l'AMO?.....

.....

Questionnaire

1. Prénom et nom de l'enquêté...../ ;
2. niveau d'étude :...../
3. Fonction dans la structure :...../ ;
4. Date de l'enquête :...../...../.....
5. Nom de la structure...../
6. Les prestations de l'AMO sont-elles aux assurés oui/non...../:
Si oui, combien sur l'ensemble des consultations ?.....
Si non, quelles sont les raisons ?

.....
.....
.....

7. Quel est le taux de consultation curative en 2017 ?
..... ;
8. combien sont des assurés de l'AMO ?
.....
9. Quel est le taux de consultation prénatale en 2017 ?
.....
10. combien sont des assurés de l'AMO ?
.....
11. Quel est le taux d'accouchement en 2017 ?
.....
12. combien sont des assurés de l'AMO ?
.....
13. Combien de recettes ont été réalisées en tarification au cours de l'année de 2017 ?
.....
14. Combien de recettes ont été réalisées en médicament au cours de l'année de 2017 ?
.....

ETUDE SUR LES FACTEURS ASSOCIES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU NIVEAU DES CSCOMS DE LA COMMUNE RURALE DE KALABAN-CORO, KATI DANS LA REGION DE KOULIKORO

Kouyaté Boubacar Sidiki¹,

1 : apprenant master en santé publique

Boubacar S. Kouyaté, Email : bayekou2007@yahoo.fr

Résumé :

La situation sanitaire des pays en développement est préoccupante, et cela malgré quelques progrès constaté ces trente dernières années. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs liés à la mise en œuvre de l'AMO dans deux CSComs de la commune rurale de Kalaban-coro à Kati, dans la région de Koulikoro.

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à visée analytique couvrant la période du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2018. Les documents et supports ont été exploités pour collecter les variables quantitatives. 6 prestataires de soins, 9 assurés, 2 membres de l'ASACO et deux cadres de la CANAM ont été interrogés pour la collecte des données qualitatives. Les logiciels WORD et EXEL ont été utilisés pour l'analyse des données quantitatives, pour les données qualitatives, une analyse du contenu, verticale et transversale, des données recueillies a été faite manuellement selon les logiques déductive et inductive. Les résultats suivants ont été : une insuffisance voire absence de stratégie d'information/communication continué entre les CSComs et la CANAM, une insuffisance de formation des acteurs, des appuis tardifs aux CSComs, des retards voire absence de remboursement des prestations, une insuffisance de suivi de la mise en œuvre, une absence de motivation et des problèmes liés à la gouvernance.

En conclusion l'étude nous a permis de confirmer l'existence de facteurs liés à la mise en œuvre de l'AMO dans les deux CSComs de Kalaban-coro, identiques ceux décrits dans la littérature. Le mécanisme de paiement a été identifié comme étant le facteur le plus important dans la mise en œuvre.

Mots clés : facteurs, AMO, mise en œuvre.

Abstract:

The health situation in developing countries is worrying, despite some progress made over the last 30 years. The purpose of this study was to identify factors related to the implementation of AMO in two CSCComs of the rural municipality of Kalaban-coro in Kati, Koulikoro region. This was a cross-sectional, descriptive, analytical study covering the period from October 1, 2018 to October 31, 2018. The documents and materials were used to collect the quantitative variables. 6 health care providers, 9 insured, 2 ASACO members and 2 CANAM executives were interviewed for qualitative data collection. The software WORD and EXEL were used for the analysis of the quantitative data, for the qualitative data, a content analysis, vertical and transversal data collected was done manually according to the logic deductive and inductive. The following results were: insufficient or no information / communication strategy continued between CSCComs and CANAM, insufficient training of actors, late support for CSCComs, delays or absence of reimbursement of benefits, inadequate monitoring of implementation, lack of motivation and problems related to governance.

In conclusion, the study allowed us to confirm the existence of factors related to the implementation of AMO in the two Kalaban-coro CSCComs, identical to those described in the literature. The payment mechanism has been identified as the most important factor in implementation.

Key words: factors, AMO, implementation.

1. INTRODUCTION

La situation sanitaire des pays en développement est préoccupante, et cela malgré quelques progrès constatés ces trente dernières années [1]. Ce constat a amené les organisations internationales et les gouvernements à faire du secteur de la santé une priorité principale dans la lutte contre la pauvreté et les politiques de développement [2].

L'organisation moderne des systèmes de santé en Afrique remonte pour l'essentiel aux années 1920-1930 avec, dans les colonies françaises, une empreinte très marquée du service de santé des armées. Au cœur du dispositif, l'hôpital jouait un rôle essentiel, puis autour s'organisait un réseau d'institutions publiques et privées de soins [3].

En Afrique au sud du Sahara au lendemain des indépendances, le modèle sanitaire colonial a été globalement reconduit. C'est la conception de « la santé pour tous » qui était de règle et la gratuité des soins était le système dominant. Face à l'impossibilité matérielle de promouvoir une politique de santé gratuite pour tous, vers les années 1978 et 1988, les gouvernements locaux et les organisations internationales (UNICEF, OMS) ont proposé de faire payer les usagers pour les soins qu'ils reçoivent et de décentraliser la gestion des systèmes de santé afin de créer un environnement favorable pour un marché de santé. Cette réforme appelée initiative de Bamako, a tenté de résoudre les problèmes d'inefficacité et d'iniquité des systèmes de gratuité de santé et très vite, va se heurter à la persistance de la question de fonds qui n'avait pas été préalablement résolue [4].

La réforme comportait deux volets, d'une part le volet financier appelé « recouvrement de coût constitué par la tarification et d'autre part le volet organisationnel constitué par la participation communautaire. Malgré leur objectif de lutter contre la désaffection des structures de santé publique, l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé et l'amélioration de l'équité, des obstacles subsistent encore » [5].

Ces phénomènes ont conduit à la mise en place d'un certain mécanisme de financement des services de santé en Afrique Subsaharienne qui sont entre autres : le système national où les utilisateurs des services de santé paient l'acte médical. Ce qui a rendu le taux de recouvrement des coûts faible (moins de dix pour cent des budgets sanitaires nationaux) ; l'assurance sociale qui est privée ou publique et où les « acheteurs de soins » assurent les consommateurs grâce au paiement d'une prime d'assurance payée par l'employeur. L'impact de ce type de mécanisme reste très limité puisque la couverture de la population demeure faible et enfin elle est une stratégie de financement communautaire. Elle est décentralisée au niveau communautaire.

Elle joue un rôle important dans le renforcement du pouvoir de la communauté et dans l'amélioration de la transparence des services offerts à la population [5].

Une analyse du financement de la santé, de la couverture maladie et de l'assurance maladie s'impose et elle montre à suffisance que le développement des dispositifs assuranciers demeure un phénomène récent en Afrique francophone [6]. L'approche AMO en plus de la couverture maladie universelle est une expression pratique du souci de l'équité et du droit en matière de santé selon l'OMS. Elle contribue aussi à l'atteinte des objectifs du développement durable (ODD) tels que : assurer une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges et assurer la couverture sanitaire, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels [7].

Dans le cadre de l'offre des services sanitaires du régime de l'assurance maladie obligatoire aux assurés sociaux en 2015, 1692 établissements de soins ont été conventionnés par la CANAM selon la pyramide sanitaire dont 979 sont des CSComs. En 2016 seulement 58 CSComs délivrent des prestations aux assurés de l'AMO soit environ 6% [8].

Les CSComs qui signés la convention avec la CANAM au nombre de 14 CSComs, un seule CSCom dispose d'une mutuelle de santé, celui de Gouana. Sur les 14 CSComs conventionnés seuls 5 arrivent à assurer les prestations de soins aux assurés de l'AMO soit un 35,7% [9].

C'est ainsi que cette étude a été initiée pour déterminer les obstacles et les opportunités dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs, du district sanitaire de Kalaban-coro, cercle de Kati, région de Koulikoro.

2. MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à visée analytique, pour apporter des éléments de réponse à notre interrogation, nous avons adopté une approche quantitative axée sur une analyse documentaire et une approche qualitative par des entrevues individuelles approfondies (passages répétés) avec une diversité de catégories d'acteurs.

La méthode d'échantillonnage utilisée sera la technique de choix raisonné pour le choix des prestataires de santé responsable de la prise en charge des malades, le personnel du CANAM, les membres ASACO. La technique d'échantillonnage par commodité sera utilisée pour tous les bénéficiaires, assurés dans les centres, durant la période retenue et répondant aux critères d'inclusion. Cette technique a consisté à choisir les bénéficiaires présents au moment où on arrive pour l'enquête. En vue d'obtenir un échantillon de type « variation maximale » selon

les caractéristiques culturelles, économiques, sociodémographiques et individuelles de la population cible et le profil professionnel des autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre. Pour avoir une diversification maximale, nous allons privilégier au niveau de la population ceux qui ont des profils différents. Pour ce qui est des prestataires, des membres de l'ASACO et des membres de la CANAM, le choix a été fait selon leur expérience et leur rôle déterminant dans le processus (médecin DTC, le cadre de la CANAM, un président ASACO et un trésorier qui sont entraînés de fournir des services pour la mise en œuvre de l'AMO. Au total, nous avons interviewé 19 répondants, qui ont accepté de répondre à nos questions, à raison de 13 répondants au niveau des CSComs. A Kalaban-coro central, nous avons interrogé 3 prestataires de soins dont (1 médecin, 1 sage-femme et 1 infirmière d'état), 1 membre de l'ASACO et 4 bénéficiaires de l'AMO. A Koulouba nous avons interrogé également 3 prestataires de soins dont (1 médecin, 1 sage-femme et 1 infirmière d'état), 1 membre de l'ASACO et 5 bénéficiaires de l'AMO. Au niveau de la CANAM 1 cadre et à la CMSS 1cadre. Les logiciels WORD et EXEL ont été utilisés pour l'analyse des données quantitatives, pour les données qualitatives, une analyse du contenu, verticale et transversale, des données recueillies a été faite manuellement selon les logiques déductive et inductive.

3. RESULTAT

Nous avons utilisé diverses sources de données pour obtenir nos résultats. Nous avons réalisé en premier lieu une analyse de registres, de rapports et de divers documents pour estimer le degré de fonctionnalité de l'AMO au niveau des deux CSComs concernés par l'étude. Ensuite, en vue de mettre en évidence les facteurs influençant la mise en œuvre de l'AMO dans les dits CSComs, nous avons effectué 19 entrevues.

Nous avons décrit dans les deux CSComs le résultat du paquet minimum activités de 2017 et la perception des prestataires, des membres de l'ASACO et le niveau de satisfaction des bénéficiaires.

3.1. Les prestations de l'AMO en 2017 dans les CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central

Les prestations bénéficiées par les assurés de l'AMO ont été : 5% des accouchements, 7% des consultations prénatales 1 (CPN1) et 8% des consultations curatives en 2017 au niveau du CSCom de Koulouba. Tandis qu'à Kalaban-coro central, elles ont été de : 0,1% des accouchements, 0,3% des consultations prénatales 1 (CPN1) et 3% des consultations curatives en 2017 au niveau du CSCom de Kalaban-coro central.

3.2. Difficultés liés à la mise en œuvre de l'AMO dans les CSComs de Koulouba et de Kalancoro central.

3.2.1. Information/communication

Dans le cadre de l'information et de la communication, selon les cadres (chef de division suivi des prestations et le chef de division des conventions) interviewés « des missions de sensibilisation ont été menées par la CANAM en collaboration avec la FENASCOM, la FERASCOM et la FELASCOM au cours desquelles des conventions ont été signées avec les présidents d'ASACO. En plus de cela, il y a eu des cérémonies de lancement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (hôpitaux, CS Réf CSCOM) qui ont été mises à profit par la CANAM accompagnées toujours de la FENASCOM, de la FERASCOM et la FELASCOM ».

Tous les six prestataires interviewés au niveau des CSCOM ont affirmé avoir été informés de la mise en œuvre de l'AMO dans leurs structures. Leur travail a consisté à informer le reste du personnel, à éclairer certains membres des ASACO sur la mise en œuvre de l'AMO, à sensibiliser et informer la population sur les prestations autorisées par l'AMO au niveau des CSComs.

Les membres de l'ASACO de Koulouba (le président et le trésorier) ont affirmé « qu'ils ont été informés et impliqués dans par rapport à la mise en œuvre de l'AMO ». Par contre ceux de Kalaban-coro central (le trésorier), n'ont été ni informés ni impliqués. Il a avancé comme raison « qu'ils viennent d'être élus il n'y a seulement qu'un an ».

3.2.2. Renforcement de capacité

3.2.2.1. Formation

Dans le cadre du renforcement des capacités, après la signature de la convention avec les CSCOM, les responsables de la CANAM (chef de division suivi des prestations et le chef de division des conventions) interviewés ont affirmé « que les prestataires et les responsables des ASACO, ont bénéficié au niveau de la FENASCOM des séances de formation sur le remplissage des supports AMO, les prestations prises en charge par l'AMO dans les CSComs, la reconnaissance des ayants droits et des ouvrant droits, la démarche à suivre pour le remboursement des prestations».

Les six prestataires qui ont été interviewés, ont affirmé « qu'ils ont reçu des formations soit par des formateurs envoyés par la CANAM, soit par leur DTC déjà formés après la signature de la convention.

Selon eux, ces formations ont porté sur :

- les prestations disponibles dans l'AMO au niveau des CSCCom ;
- la démarche à faire pour le remboursement ;
- la reconnaissance des ouvrants droits et des ayants droits ;
- le remplissage des supports ;
- l'introduction de l'AMO au niveau des CSCComs (les avantages de l'AMO et le rôle des prescripteurs).

Selon les membres des ASACO (les trésoriers de Kalaban-coro central et de Koulouba) « ce sont seulement les prestataires de santé qui ont bénéficié de ces formations ».

3.2.2.2. Appuis aux CSCComs.

Par rapport aux appuis de la CANAM, selon les membres des ASACO de Koulouba (le président et le trésorier), «ils ont reçu deux agents techniques pour son espace AMO et un ordinateur portable en 2018 ». Par contre, ceux de Kalaban-coro central (le trésorier) « ils ont reçu aussi dans la même année, quatre agents techniques et un ordinateur portable ».

3.2.3. Mécanisme de paiement

3.2.3.1. Pièces à fournir.

D'après le médecin de la CMSS, responsable de l'AMO interviewé, pour le remboursement des prestations, « les CSCCom doivent fournir les pièces suivantes :

- feuilles de soins dont le premier volet pour les actes, le 2^e volet pour les médicaments ;
- facture contenant un tableau récapitulatif des prestations (signée du médecin ou du gérant) ;
- numéro de compte bancaire soumis à une vérification chaque année et du bordereau d'envoi pour les organismes gestionnaires délégués (Caisse Malienne de Sécurité Sociale et l'Institut National de Prévoyance Sociale) ».

D'après les deux directeurs techniques des centres (DTC) des CSCCom, pour le remboursement des prestations, ils fournissent les pièces suivantes :

- les feuilles de soins (consultation, pansement, analyse et ordonnances) ;
- la facture des prestations ;
- le bordereau d'envoi qu'on dépose à la CMSS et l'INPS.

Cependant, il faut signaler qu'à part les responsables des CSComs (DTC et gérant), les autres prestataires ne connaissent pas les pièces à fournir pour le remboursement.

Concernant les pièces à fournir pour le remboursement des prestations, les membres des ASACO de Koulouba et de Kalaban-coro central (les deux trésoriers et le président), ont dit que « c'est le travail des Directeurs Techniques des Centres (DTC) ou des gérants. et ont cités comme pièces à fournir les feuilles de soins, les ordonnances et la facture ».

3.2.3.2. Délai de remboursement.

Le délai moyen des remboursements selon le médecin responsable de l'AMO de la CMSS « est de deux semaines pour les structures privées et d'un mois pour les structures publiques. Il peut être rallongé souvent à cause de la quantité de feuilles de soins à vérifier et selon certaines périodes de l'année (mai, juin, juillet, aout).

Ce délai peut être dépassé dans les cas suivants : les rejets qui sont dus à l'absence de cachet de validation ou cachet espace AMO, l'absence de code de la structure, les abus de consommation, la prescription de médicaments ne faisant pas partis de la liste des médicaments autorisés dans les CSCOM par l'AMO, l'absence du cachet personnel du médecin de la structure et l'absence du code prescripteur ».

Concernant le délai moyen de remboursement, les responsables du CSCom de Koulouba (le DTC et le gérant) « ont indiqué qu'il va d'un mois à 3 mois » et ceux de Kalaban-coro central (le DTC) a affirmé « qu'ils n'ont pas bénéficié de remboursement depuis 2017 ».

Selon les membres de l'ASACO de Koulouba (le président et le trésorier), « le délai de remboursement est de 2 mois » et ceux de Kalaban-coro central (le trésorier) a affirmé « qu'ils n'ont pas reçu de remboursement depuis 2014 ».

3.2.4. Suivi évaluation

Au cours des entretiens avec les deux responsables de la CANAM (chef de division du suivi des prestations et du médecin responsable de l'AMO de la CMSS, ils ont tous affirmé « qu'il existe un dispositif d'évaluation au niveau des CSCOM avant la convention.

Pour son fonctionnement, une demande de conventionnement doit être adressée à la CANAM, qui réalise une visite technique dans le dit CSCOM. Si les conclusions de cette visite sont positives, une copie de la convention est remise au président de l'ASACO, qui avec son DTC l'étudient avant de la signer mais la CANAM n'a pas pu le faire à cause des problèmes survenus lors du démarrage ».

Par rapport aux supervisions réalisées au cours des six derniers mois, le médecin responsable de l'AMO au niveau de la CMSS n'a pu donner un nombre exact. Selon lui, « il existe un tableau de rotation trimestriel pour la supervision des structures conventionnées mais qui n'est pas respecté par manque de financement. Il profite souvent du déplacement d'une autre mission pour réaliser la supervision dans les structures les plus proches ».

Selon les six prestataires entretenus au niveau des deux CSCOMS, « les supervisions réalisées par la CANAM dans les 12 derniers mois ont concerné seulement les agents techniques des espaces AMO. Les structures comme la DRDSES, le CS Réf ou SLDSES qui sont déléguées par la CANAM pour faire des supervisions n'ont rien fait ».

Depuis la mise en œuvre de l'AMO, les membres de l'ASACO de Koulouba (le trésorier) a dit « qu'ils ont reçu une seule mission conjointe de supervision du CS Réf et du Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire ».

L'ASACO de Kalaban-coro central n'a pas pu répondre à la question, car le bureau est nouvellement élu.

3.2.5. Motivation.

« Par rapport à la motivation des membres de l'ASACO et des prestataires de soins pour la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCOM, aucune décision n'a été prise pour le moment » selon le chef de division du suivi des prestations de la CANAM interviewé.

Le médecin responsable l'AMO de la CMSS ajoutera que « même les organismes gestionnaires délégués, ne reçoivent rien comme motivation, c'est ce qui justifie les insuffisances dans la supervision ».

Les six prestataires des CSCOMS et les deux membres des ASACO entretenus, ont affirmé « qu'ils n'ont reçu aucune forme de motivation depuis la mise en œuvre de l'AMO dans leurs structures ». Selon eux, « cette situation fait qu'ils pensent même à arrêter le travail de l'AMO dans leurs CSCOM afin de relancer le débat avec la CANAM ».

3.2.6. Gouvernance.

En dehors du problème de la motivation, d'autres problèmes importants relatifs à la gouvernance ont été évoqués.

- Le médecin responsable AMO de la CMSS selon lui
 - le transport médicalisé est toujours à la charge des assurés alors qu'il est pris en compte par l'AMO ;

- la gestion des affections chroniques qui demandent souvent des renouvellements d'ordonnance posent beaucoup de problèmes dans les structures car, la CANAM exige la présence physique du malade ou un certificat délivré par elle-même alors qu'il n'y a qu'un seul médecin qui le délivre sur toute l'étendue du territoire ;
- Les prestataires de santé
- les soins d'échographie et d'odontologie ne sont pas pris en compte par l'AMO dans les CSCom ;
- les gants et les sparadraps ne figurent pas sur la liste des médicaments autorisés par l'AMO au niveau des CSCom.
- Les ASACO

Elles ont évoqué le problème de manque de formation et d'information de leurs membres sur l'AMO.

4. DISCUSSION

4.1. Au plan Méthodologique

La majorité des facteurs énoncés dans la littérature ont été retrouvés dans notre étude.

La collecte des données quantitatives a été faite grâce à la revue documentaire dans les deux CSComs. Elle a concerné seulement les données de 2017, permettant valablement de faire une analyse.

Le recueil des données qualitatives a enregistré près de 95 % des répondants, seulement un bénéficiaire n'a pu être interviewé à Kalaban-coro central à cause de sa très faible fréquentation par les assurés de l'AMO ce qui a amené notre échantillon de 21 à 20.

Malgré ces limites, nos résultats ont permis d'atteindre nos objectifs de l'étude.

4.2. Aspects prestations AMO au niveau des deux CSComs:

Les principaux éléments qui ressortaient de notre analyse étaient les suivants :

Premièrement la faible prestation du paquet minimum d'activité sur l'AMO au niveau des CSComs de Koulouba et de Kalaban-coro central, avec respectivement 8% à contre 3% à pour la consultation curative, 7% contre 0,3% pour la CPN1 et 5% contre 0,1% pour les accouchements n'est pas due à la mauvaise perception des bénéficiaires sur l'AMO, elle est plutôt due à un certains nombres difficultés liés à sa mise en œuvre à savoir : l'absence de communication entre la CANAM et les CSComs ; un problème d'organisation de service en occurrence la non fonctionnalité de l'AMO 24h/24h dans la plupart des CSComs, la rupture des feuilles de soins au niveau des CSComs, l'interdiction de la prescription des médicaments

en spécialité, la rupture de certains médicaments, le rejet des dossiers de remboursement des prestations, retard ou absence de remboursement des prestations.

4.3. Aspect Information/ communication

Au cours des différents entretiens avec les prestataires de santé et les membres de l'ASACO, nous avons constaté qu'ils ont été fortement impliqués dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs. Ce qui a eu comme impact l'information et la compréhension du processus par ces acteurs.

Cependant, nous notons une insuffisance voire une absence de stratégie d'information/communication continue entre la CANAM et les acteurs de la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs.

Ainsi à cause du début problématique de l'AMO, le processus de mise en place n'a pas pu être respecté à cause de l'insuffisance de communication entre les assurés et la CANAM, malgré l'implication des prestataires et des membres de l'ASACO à travers la FENASCOM et ses démembrements.

Nous avons trouvé aussi une insuffisance voire absence de stratégie d'information/communication continue entre les CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central et la CANAM. C'est le même résultat que de l'étude de VIGAN-MEDJI DPR, 2017 qui trouve que tous les acteurs sont d'accord que sur le fait que les modalités de communication, d'information et de sensibilisation étaient inadéquates, insuffisantes et donc défailtantes [10]. Aussi, De Allegri et al. (2006a) trouve, qu'un faible degré de connaissance contribuerait à renforcer le scepticisme des populations à l'égard de la mutuelle et exercerait une influence négative sur l'adhésion [11]. À l'inverse, une bonne campagne d'information contribuerait à construire la confiance des communautés à l'égard des promoteurs et des responsables de la mutuelle [12] c'est ce que trouve Waelkens & Criel, 2004.

4.4. Aspect renforcement de capacité des CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central

Ce facteur a été inhérent aux responsables de la CANAM car, les propos tenus par eux ont été démentis sur le terrain par les membres des ASACO. Selon eux, ce sont seulement les prestataires de santé qui ont bénéficié de ces formations. Nous avons constaté que cette situation a beaucoup joué sur la mise en œuvre de l'AMO car les membres de l'ASACO interrogés ne savaient rien sur son fonctionnement. Ce qui demeure un facteur important dans le dysfonctionnement de l'AMO dans ces deux CSCom vu la place qu'occupe les membres de ces ASACO dans la gestion des CSComs et dans leur communauté. Aussi la réception tardive des appuis (ordinateurs et agents techniques des espaces AMO), sept ans après le

conventionnement explique en grande partie la persistance de certains problèmes comme les fraudes et les rejets des dossiers de remboursement.

Nous avons trouvé une insuffisance de formation des membres de l'ASACO de Koulouba et Kalaban-coro central, donc un manque de qualification pour la mise en œuvre de l'AMO. L'étude de VIGAN-MEDJI DPR, 2017 arrive au même résultat « En effet, selon les acteurs de Porto Novo et de Bassila, les responsables de la mise en œuvre n'étaient pas qualifiés étant donné les nombreux ratés observés dans la mise en œuvre. Pour les acteurs de Porto Novo, la mauvaise gestion des ressources et la mauvaise coordination des activités (rôles non clairement définis) étaient flagrantes. Pour ceux de Nikki, la mauvaise collaboration entre les responsables était réelle [10] ».

5.5. Aspect mécanisme de paiement des prestations

Le mécanisme de paiement des prestations a été aperçu comme le facteur le plus déterminant au niveau des CSComs. En somme concernant les pièces à fournir pour le remboursement des prestations, nous constatons que la composition a été décrite par les responsables en charge au niveau des CSComs conformément à celles dites par les responsables de la CANAM et la CMSS. Le non respect du délai de remboursement par les organismes gestionnaires délégués a rendu septique les prestataires des CSComs et les membres des ASACO dans la mise en œuvre de l'AMO.

Cependant, nous avons constaté que le respect du délai de remboursement pose de sérieux problèmes dans la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSComs et des organes gestionnaires délégués à cause de l'augmentation de la quantité de feuille à traiter pendant les périodes d'épidémie de paludisme et des infections respiratoires aiguës. Le non respect de ce délai peut aussi être expliqué par le fait qu'ils ne maîtrisent pas tous les motifs de rejet des dossiers.

Nous avons trouvé dans notre étude que le mécanisme de paiement pose de sérieux problème surtout par rapport au non respect du délai de remboursement qui va de 2 à 3 mois pour le CSCom de Koulouba et presque une absence de remboursement depuis 2017 pour le CSCom de Kalaban-coro central. Aussi l'étude de VIGAN-MEDJI, 2017 trouve le même résultat de retard ou absence de remboursement des prestations à Bassila « tous les acteurs dénonçaient l'absence de remboursement des prestations qui avaient des répercussions sur le fonctionnement des formations sanitaires. Le processus avait alors été suspendu [10].» A Cotonou « tous les prestataires de soins indexaient le retard ou parfois l'absence de remboursement des prestations comme un handicap majeur au bon déroulement du processus.

En effet, les formations sanitaires fonctionnaient sur financement communautaire et le retard du remboursement des prestations offertes pouvait avoir comme conséquence une rupture de stock (difficulté de ravitaillement des centres) et l'incapacité des formations sanitaires à payer leurs personnels [10].»

4.6. Aspect suivi/évaluation

L'évaluation préalable identifiée comme facteur important pour la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCComs n'a pas été réalisée. Cela a été inhérent aux responsables de la CANAM qui n'ont pas pu évaluer les capacités des CSCComs à mettre en œuvre l'AMO avant de leur faire signer les conventions.

Aussi une insuffisance ou absence quasi totale de supervisions a été facteur qui n'a pas permis d'identifier des problèmes liés à la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCComs, afin d'apporter des solutions idoines.

Nous avons trouvé dans notre étude, une insuffisance de suivi des activités de l'AMO au niveau des CSCComs. VIGAN-MEDJI, 2017 trouve le même résultat « les acteurs de Cotonou, Bassila et Nikki avaient également signalé une absence de mécanismes de contrôle et de suivi du processus [10]. »

4.7. Aspect motivation

Dans notre étude nous avons également une absence de motivation des acteurs de la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCComs. L'étude de VIGAN-MEDJI, 2017 trouve que à Cotonou « l'absence de motivation (primes) prévue dans le cadre du RAMU a été un des facteurs de résistances des prestataires de soins. Selon certains prestataires, il n'y avait pas de ressources financières disponibles pour motiver les agents de santé, mais disponibles pour faire la médiatisation du RAMU (campagnes médiatiques avec les artistes) » [10].

4.8. Aspect gouvernance

Dans notre étude nous avons trouvé que des prestataires de Koulouba et de Kalaban-coro souhaitent l'élargissement des prestations de l'AMO au niveau de leurs CSCComs à l'échographie et aux soins bucco-dentaires. L'étude de VIGAN-MEDJI, 2017 trouve « Par contre, certains acteurs de Cotonou avaient suggéré l'intégration des médicaments de spécialité dans le paquet de services offerts. Selon eux, cela serait plus bénéfique pour les populations [10]. » ; (Basaza et al., 2008 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, 1998) trouvent au contraire que, la non-prise en charge de certaines prestations constituerait un obstacle à l'affiliation de certains individus [13,14,15].

5. CONCLUSION

L'analyse des données recueillies nous a permis de confirmer l'existence de facteurs liés à la mise en œuvre de l'AMO dans la commune rurale de Kalaban-coro, similaires aux facteurs retrouvés dans la littérature. Ainsi nous avons trouvé dans notre étude que ces facteurs qui sont: information/communication, le mécanisme de paiement, la gouvernance, le renforcement de la capacité, la motivation, le suivi-évaluation, ont influencé sur la mise en œuvre de l'AMO au niveau des CSCOM. Parmi tous ces facteurs cités, le mécanisme de paiement des prestations pose plus de problème aux CSComs et organismes gestionnaires délégués.

6. REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : 2003 : façonner l'avenir.
2. CMH (Commission on Macroeconomics and Health), 2001. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Geneva: World Health Organization.
3. De Boeck PJ Supérieur. LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE ET L'INÉGALITÉ FACE AUX SOINS | « Afrique contemporaine » 2012/3 n° 243 | pages 95 à 97 https://www.persee.fr/doc/tiers_1293-8882_1997_num_38_152_5199
4. Tizio S, Flori Y-A. L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? Revue Tiers Monde Année 1997 152 pp. 837-858].
5. Ridde V. Analyse d'une réforme du financement des systèmes de santé africains au niveau local : le cas des mutuelles de santé Montréal, Canada 2001
6. Dukhan Y. Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement Université d'Auvergne Clermont-Ferrand1 Faculté des Sciences Economiques et de Gestion 2010
7. Positioning health in the post-2015 development agenda. Geneva: World Health Organization;2012
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHODiscussionPaper_October2012.pdf, accessed 15 June 2015).
8. Caisse nationale d'Assurance Maladie (CANAM). Plan de renforcement et de relance des activités relatives aux prestations du régime de l'AMO au niveau des CSCs conventionnés par la caisse nationale d'assurance maladie, mai 2017.
9. District sanitaire de Kalaban-coro. SYNTHÈSE DES RAPPORTS D'ÉVALUATION 2017 ET DE PROGRAMMATION 2019.
10. VIGAN-MEDJI. DPR., (Août 2017). Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Bénin : obstacles et facteurs facilitants. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise (MSc) inédit, École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Montréal.
11. DE ALLEGRI M., SANON M., SAUERBORN R. (2006a) To enrol or not enrol ? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa, Social Science Medicine, vol. 62, n°6, 1520-1527.

12. WAELKENS M.-P., CRIEL B. (2004) Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche, HNP Discussion Paper, Banque mondiale, Washington DC.
13. BASAZA R., CRIEL B., VAN DER STUYFT P. (2008) Community health insurance in Uganda : Why does enrolment remain low ? A view from beneath, Health Policy, vol. 87, n° 2, 172-184.
14. FONTENEAU B. (2003) Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité, Hoger Instituut voor de Arbeid, Leuven.
15. CRIEL B. (1998) District-based health insurance in sub-Saharan Africa, Part II : Case-studies, Studies in Health Services Organisation & Policy, Anvers.

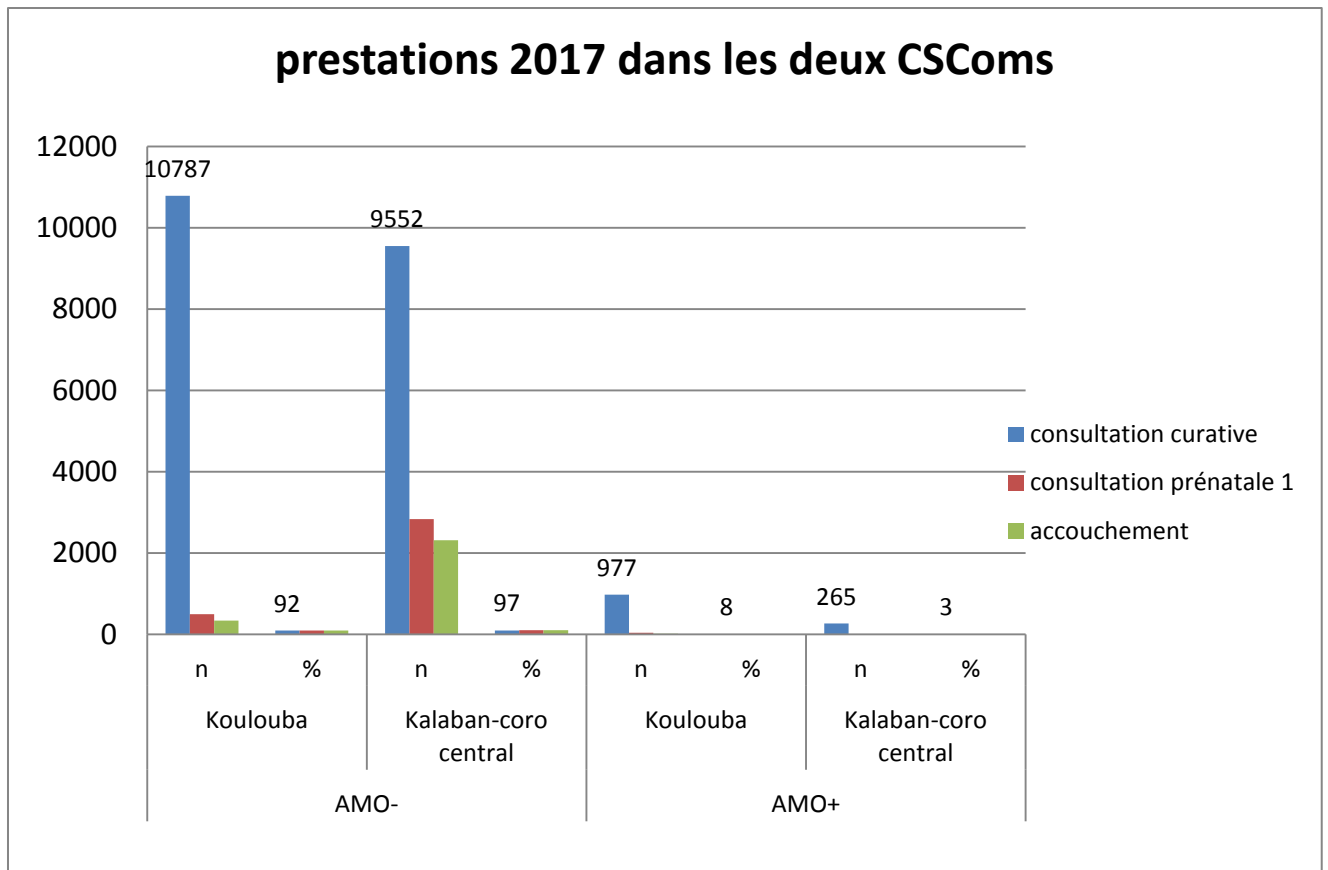
ANNEXE

1. Activités PMA des CSComs de Koulouba et Kalaban-coro

Tableau 3. Récapitulatif de quelques activités 2017 des CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central

PMA 2017	AMO -				AMO+			
	Koulouba		Kalaban-coro central		Koulouba		Kalaban-coro central	
	n	%	n	%	n	%	n	%
consultation curative	10787	92	9552	97	977	8	265	3
consultation prénatale 1	498	93	2831	99,7	39	7	9	0,3
accouchement	335	95	2317	99,9	17	5	3	0,1
Total	11620		14700		1033		277	

Les taux des prestations AMO sont plus faibles dans les deux CSComs de Koulouba et de Kalaban-coro central, avec respectivement 8% a contre 3% à pour la consultation curative, 7% contre 0,3% pour la CPN1 et 5% contre 0,1% pour les accouchements.



Figures1 : représentation des prestations des CSComs de Koulouba et Kalaban-coro central