

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE



U.S.T.T.B

BAMAKO

USTTB

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE
FMOS**



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018-2019

N° _____/

Thème

**ETAT DES LIEUX DE LA MISE EN ŒUVRE DE
L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU
NIVEAU DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE EN
2018 : DEFIS ET PERSPECTIVES**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le ___/___/2019

Pour obtenir le grade le Doctorat en MEDECINE « Diplôme d'Etat »

Par Mme Maimouna Katy NIAMBELE

Jury

Président : Pr Sékou Fantamady TRAORE

Membre : Dr Saidou COULIBALY

Co-Directeur : Dr Oumar GUINDO

Directeur : Pr Samba DIOP



DEDICACE

Dédicace

Je dédie affectueusement ce travail à mes parents.

Sans votre soutien et votre bénédiction, je ne serais parvenu à ce résultat. Trouvez en ce travail l'expression de l'amour que j'ai pour vous.



REMERCIEMENTS

Remerciements

Mes remerciements :

A mon cher père Amadou Niambélé

Papa, sincèrement, les mots me manquent pour te dire réellement ce que tu représentes pour moi. Tu n'as ménagé aucun effort, aucun sacrifice pour que tes enfants bénéficient de la meilleure éducation que tu puisses leur offrir, et l'amour que tu nous apportes.

Trouve dans ce travail, le fruit de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance.

A ma chère mère Coumba Touré

Maman, toute ta vie, tu t'es battue pour tes enfants, ton amour, ta tendresse et ton affection ne nous ont jamais fait défaut. Ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien-être, tes bénédictions, ton courage et ton soutien m'ont permis d'être là aujourd'hui. Ce travail est le résultat de tes innombrables prières et sacrifices.

A mes grand-mères Maimouna Katy Diagne, Kadissatou Diagne, Makoura Sidibé

Merci pour toutes les bénédictions et les conseils.

Je vous souhaite bonne santé et longue vie pour que vous puissiez goûter au fruit de ce travail.

A ma grande sœur Makoura Niambélé

La distance ne nous a pas aidées dans nos relations fraternelles mais j'ai toujours eu une pensée pour toi. Aînée de la famille tu as toujours su bien prendre soin de tes cadets. Ce document, ta petite sœur te le dédie entièrement. Merci ma sœur.

A ma petite sœur Awa Niambélé

Ma jumelle, comme le disent certains, tu es une femme intelligente, courageuse et modeste. Que ce document te serve d'exemple et trouves-en la motivation nécessaire pour avancer dans tes études et toujours persévérer quelques soient les difficultés. Je te dédie spécialement ce travail.

A mon petit frère Moussa Niambélé

Je te dédie ce travail en espérant de te voir faire mieux. Tu peux compter sur mon soutien et mes conseils.

A mon cher et tendre époux Salifou Sidibé

Nous avons connu des hauts et des bas, mais cela n'a jamais entaché sur notre complicité. Merci pour ta présence, tes conseils, ton soutien et ta disponibilité. Si j'ai pu tenir durant ces dernières années universitaires, c'est en grande partie grâce à toi. Tu as su m'accepter et me supporter telle que je suis. Que notre union soit bénie encore et encore avec beaucoup d'enfants. Trouve ici ma profonde gratitude. Je t'aime !

Au professeur Bouba Diallo

Cher maître vos qualités humaines et religieuses font de vous une référence parmi vos semblables et un modèle à suivre. Votre disponibilité constante et vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Adam Niambélé

Malgré l'écart d'âge entre nous, tu as été en fonction des situations une sœur, une amie, une confidente. Tu as été présente quand j'avais le plus besoin de soutien et d'encouragements. Je ne saurai te remercier assez grande sœur.

A Dr Arouna Niambélé

Je n'oublierai jamais ce jour où tu m'as amené au point g pour la première fois pour m'aider à m'inscrire à la faculté ; J'étais loin d'imaginer que ce jour tant attendu arrivera. Trouve dans ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.

A tonton Bandjougou Niambélé

Merci pour tout ce que vous faites pour moi, vos conseils et vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes oncles et tantes

Je ne citerai de noms de peur d'en oublier. Tous autant que vous êtes, un grand merci pour l'attention que vous portez à mon égard depuis mon enfance. Merci pour les conseils reçus, ce document est le vôtre.

A tous mes cousins et cousines

Je vous dédie ce travail en espérant de vous voir faire mieux. Soyons et restons unis.

A mes neveux et nièces

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

A Dr Cissé Ramatou Axelle Irène Elisabeth

Ma siamoise de toujours. Merci pour ton soutien inconditionnel dans mes études surtout en première et deuxième année médecine. Plus qu'une amie, tu es une sœur et je sais que l'aventure continue.

A Klecho Sylvie Berthé

Ma sœur, merci pour ces bons moments de collocation dans l'entraide, l'harmonie, la cohésion et la bonne humeur. Que toutes nos entreprises soient bénies.

A tous et toutes mes amis(es)

De peur d'en oublier, je préfère ne pas citer de nom. C'est dans les moments les plus difficiles qu'on reconnaît les vrais amis. Vous m'avez aidé quotidiennement quel que soit les situations. Je vous dis tout simplement grand merci et que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère.

A mon groupe d'étude : Dr Oumar Maiga, Souleymane Kouma, Dr Bakary Dramé, feu Bamory Koné, Stephane Ouafu

Etudier avec vous a été un plaisir. Vous êtes formidables. Ce travail est le fruit de notre acharnement quotidien. Merci du fond du cœur.

A mon feu beau-père Chaka Sidibé

Je sais que vous aurez aimé voir ce jour et vous me manquez tant. Que votre âme repose éternellement en paix.

A ma belle maman Sata Sidibé

Merci pour les tous les conseils et encouragements.

A toute la famille Niambélé

Merci pour tout ce que vous faites pour moi, vos conseils et vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

A toute la famille Konaté (Abidjan, Bamako)

A travers ces lignes, recevez le témoignage de mon affection.

A la toute la famille Sidibé

Vos accompagnements, conseils et bénédictions ont été d'un apport formidable pour moi. Merci.

A tous mes enseignants depuis la maternelle jusqu'à mon baccalauréat

Merci pour l'enseignement et l'éducation reçus.

Au CHU Gabriel Touré, CHU Point g, CS réf de la commune V

Merci pour la formation pratique que j'ai pu recevoir en vos différents seins, grâce aux stages académiques effectués dans les différents services.

A la 9^{ème} promotion du numéris clausus, Promotion Feu Alwata Ibrahim

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

A mon responsable de classe feu Bamory Koné

Tu t'es battu corps et âme pour la cause de l'ensemble des étudiants de la faculté en général et ceux de ta promotion en particulier, j'aurai tellement aimé te compter parmi mon assistance. Que ton âme repose en paix.

A l'association Santé plus commune VI

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

A Dr Christian Damien Tchuisseu

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

Aux docteurs : Dr Tall Fatoumata I Maiga, Dr Mahamadou Sylla, Dr Francis Bakai, Dr Teko Koudoyor, Dr Tigankpa Nicolas, Dr Aziabou Koami, Dr Mariko Mariam Konaté, Dr Moussa Sidibé, Dr Mohamed Doumbouya

Vous avez toujours été d'une façon ou d'une autre présents dans ma vie. J'ai toujours pu compter sur vous. Merci du fond du cœur. Ce travail est aussi le fruit de vos efforts.

A Sangaré Fatoumata Coulibaly, Oumou Bengaly, Dr Fatou Sanogo, Fatoumata Fatim Dombia, Youma Traoré, Dr Fatoumata Bah, Fatoumata dite Fily Diarra, Salim Sylla, Ismael Bamba, Mamby Keita, Dr Nagnouma Camara, Dr Aminata Dombia, Dr Pinapaway Kadansao, Tenimba Bagayoko, Rokia Keita, Dr Rose Pgeba, Dr Nancy Angbo, Nafissatou Ballo, Dr Maimouna Coulibaly

Merci pour les moments de joie que vous m'avez offerts et en souvenir de tout ce que nous avons partagé ensemble.

A tous mes maris

Aussi nombreux que vous êtes, vous avez su me soutenir dans les bons comme dans les mauvais moments. Je n'ai pas regretté même une seconde de vous avoir connu. Merci pour tout. Ce document est le vôtre.

A tout le personnel de SOTRAKA

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

A ma grande famille RASERE

La parole n'est que la parole, la puissance réside dans l'action. Merci pour tout.

A tous ceux qui m'ont aidé à la réalisation de mes enquêtes

Merci infiniment, ce travail est aussi le fruit de vos efforts.

Au corps professoral de la FMOS

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

A ma patrie le MALI

Trouve ici ma profonde gratitude. Merci milles fois.

A tous ceux qui ne verront pas leurs noms

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



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Sékou Fantamady TRAORE

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

Cher maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Nous avons été profondément touchés par votre simplicité, votre modestie, votre pédagogie à transmettre vos connaissances. Votre vigueur, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté.

Nous sommes certains que vos contributions permettront une évaluation objective de ce travail.

Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Saidou COULIBALY

- **Diplômé de chirurgie générale**
- **Diplômé de Santé Publique**
- **Médecin chef du centre de santé de référence de la commune 1 (2014-2018)**

Cher maître

C'est une grande joie pour nous de vous avoir parmi les membres de ce jury. Votre disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, vos qualités humaines et le sens élevé du devoir nous ont fortement marqué.

Soyez assuré de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Oumar GUINDO

- **Diplômé de santé Publique**
- **Directeur Général de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti**

Cher maître

Nous ne vous remercierons jamais assez d'avoir voulu nous confié ce travail et surtout de nous aider en ne ménageant aucun effort.

Vos qualités humaines et scientifiques, votre abord facile, votre disponibilité et votre esprit communicatif font de vous un maître admiré de tous. Vous êtes un modèle de simplicité, de courtoisie, en un mot, d'humanisme.

Cher maître, trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

- **Professeur d'anthropologie médicale et d'éthique en santé**
- **Enseignant-chercheur spécialisé en « Ecologie humaine, Anthropologie et éthique en santé » au DER de Santé publique**

Cher maître,

Nous sommes honorés de nous compter parmi vos élèves.

Nous vous remercions pour toute la confiance que vous avez mise en nous en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples tâches et en faisant profiter de votre sagesse, de vos connaissances et de vos expériences.

Nous vous prions de trouver ici cher maître, l'expression de notre grand respect et de nos vifs remerciements.

Sigles et abréviations

AMO : Assurance maladie obligatoire

ASACO : Association de santé communautaire

CANAM : Caisse nationale pour l'assurance maladie

ICER : Centre international d'excellence dans la recherche

CEAM : Carte européenne d'assurance maladie

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAM : Centre national d'appui à la lutte contre la maladie

CNH : Carte nationale hospitalière

CNLD : Centre national de lutte contre le diabète

CNTS : Centre national de transfusion sanguine

CNOS : Centre national d'odontostomatologie

CNS : Comptes nationaux de la santé

C.S.Com: Centre de santé communautaire

CSCRP : Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté

C.S.Réf : Centre de santé de référence

EDSM : Enquête démographique et de santé au Mali

EPH : Etablissement public hospitalier

EPST : Etablissement public à caractère scientifique et technologique

INRSP : Institut national de recherche en santé publique

INPS : Institut national de prévoyance sociale

IOTA : Institut d'ophtalmologie tropicale africaine

OMS: Organisation mondiale de la santé

PDDSS : Programme de développement socio sanitaire

PMA : Paquet minimum d'activités

PSPHR : Programme santé population et hydraulique rurale

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

SSP : Soins de santé primaires

GT : Gabriel Touré

ISFRA : Institut supérieur de formation et de recherche appliquée

Gél. : Gélule

Cp. : Comprimé

Inj. : Injectable

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	2
2	CADRE THEORIQUE	5
2.1	Analyse situationnelle de la politique de sante au Mali	5
2.1.1	Généralités sur le Mali [2].....	5
2.1.2	Politique nationale de la santé [2]	5
2.1.3	Organisation du système de santé [2].....	6
2.1.4	Financement de la santé au Mali [2]	7
2.1.5	Financement de la santé en Afrique [3 ; 12].....	8
2.1.6	Financement de la santé dans le monde [13]	8
2.1.7	Assurance maladie au Mali [6 ; 8]	9
2.1.8	Assurance maladie en Afrique [3 ; 12 ; 14]	12
2.1.9	Assurance maladie dans le monde [10]	13
2.2	Justification de l'étude	14
2.3	Modèle de lecture	15
2.4	Hypothèses de recherche	16
2.5	Objectifs	16
2.5.1	Objectif principal	16
2.5.2	Objectifs spécifiques	16
3	DEMARCHE METHODOLOGIQUE	18
3.1	Cadre et Lieu d'étude	18
3.2	Type d'étude	19
3.3	Période de l'étude	19
3.4	Population d'étude	19
3.5	Critères d'inclusion	20
3.6	Critères de non inclusion	20
3.7	Echantillonnage	20
3.8	Outils de collecte des données	20
3.9	Techniques de collecte des données	21
3.10	Traitement et analyse des données	22
3.10.1	Les Méthodes qualitatives	22
3.10.2	Les Méthodes quantitatives	22

3.11	Chronogramme	27
3.12	Considérations éthiques	28
4	RESULTATS	30
4.1	Résultats quantitatifs.....	30
4.1.1	Disponibilité des ressources	30
4.1.2	Processus de soins.....	35
4.1.3	Organisation des services	35
4.1.4	Enquête auprès des usagers	36
4.2	Résultats qualitatifs de l'entretien individuel des responsables administratifs et des prestataires de soins de santé :	49
4.2.1	Par rapport à la formation des agents sur l'assurance maladie obligatoire	49
4.2.2	Par rapport à un éventuel appui en matériel et équipement au démarrage et même en cours de la mise en œuvre de l'AMO.....	50
4.2.3	Par rapport à l'organisation de la prise en charge des usagers dans la structure	50
4.2.4	En ce qui concerne la prescription	50
4.2.5	La disponibilité des médicaments prescrits à la pharmacie de l'établissement.....	50
4.2.6	Le remboursement des factures par la CANAM.....	50
4.2.7	Le suivi de la mise en œuvre de l'assurance maladie dans la structure	50
4.2.8	Par rapport aux réunions avec les prestataires dans le cadre de l'AMO	50
4.2.9	La satisfaction des responsables et les points forts de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire.....	51
4.2.10	Les points à améliorer de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire	51
4.2.11	Nous avons eu comme proposition et suggestions de la part des responsables administratifs et des prestataires	51
4.3	Récapitulatif des principaux résultats	52
5	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	54
5.1	La disponibilité des différentes ressources.....	54
5.2	L'organisation des services et le processus de soins :	55
5.3	Données sociodémographiques, culturelles et économiques	56
5.4	Connaissance des patients par rapport à l'AMO	57
5.5	Evaluation de la satisfaction des usagers enquêtés par rapport à leurs opinions sur la structure et sur le personnel.	58
5.6	Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO	59
5.7	prestataires.....	59

5.8	Les limites et difficultés de l'étude	60
6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	63
6.1	Conclusion	63
6.2	Recommandations	64
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
8	ANNEXES	70

Liste des tableaux

Tableau I: Situation des services existants au CHU Gabriel Touré (Source Rapport d'activités 2017).....	19
Tableau II: Récapitulatif des techniques, outils et populations cible	22
Tableau III: Opérationnalisation des variables.....	22
Tableau IV: Chronogramme prévisionnelle du déroulement de l'étude	27
Tableau V: Disponibilité des ressources humaines au niveau du CHU Gabriel Touré	30
Tableau VI: Disponibilité des ressources matérielles et consommables au niveau du CHU Gabriel Touré	30
Tableau VII: Disponibilité des dix équipements clés au niveau du CHU Gabriel Touré.....	31
Tableau VIII: Disponibilité des 40 médicaments au niveau de la pharmacie du CHU Gabriel Touré.....	32
Tableau IX: Disponibilité des dix examens au niveau du laboratoire du CHU Gabriel Touré	33
Tableau X: Disponibilité des logistiques au niveau du CHU Gabriel Touré	33
Tableau XI: Disponibilité et tenue des supports de gestion au niveau du CHU Gabriel Touré	34
Tableau XII: Détermination du score de la disponibilité des ressources au niveau du CHU Gabriel Touré	34
Tableau XIII: Appréciation des composantes du processus de soins	35
Tableau XIV: Appréciation de l'organisation des services	36
Tableau XV: Répartition des usagers enquêtés selon leur niveau d'instruction.....	38
Tableau XVI: Répartition des usagers enquêtés selon leur profession	38
Tableau XVII: Répartition des usagers enquêtés selon leur statut dans l'AMO	39
Tableau XVIII: Répartition des usagers enquêtés en fonction du motif de leur visite.....	39
Tableau XIX: Répartition des usagers enquêtés selon leur service de provenance	40
Tableau XX: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur l'accueil dans la structure	41
Tableau XXI: Répartition des usagers enquêtés selon l'orientation dans la structure.....	41
Tableau XXII: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le respect de l'ordre d'arrivée dans la structure.....	42
Tableau XXIII: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le temps d'attente .	42
Tableau XXIV: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur la communication avec le prestataire	43

Tableau XXV: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le respect de leur intimité.....	43
Tableau XXVI: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur l'information donnée par les prestataires sur leur traitement	43
Tableau XXVII: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur la qualité des soins	44
Tableau XXVIII: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le niveau d'équipement dans la structure.....	44
Tableau XXIX: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur la continuité des soins	45
Tableau XXX: Répartition des usagers enquêtés selon les types de difficultés reçues	46
Tableau XXXI: Répartition des usagers enquêtés selon les points forts de la mise en œuvre de l'AMO	46
Tableau XXXII: Répartition des usagers enquêtés selon les points à améliorer de l'AMO ...	47
Tableau XXXIII: Suggestions des usagers enquêtés pour une meilleure mise en œuvre de l'AMO.....	48
Tableau XXXIV: Satisfaction de nos usagers enquêtés par rapport à la mise en œuvre de l'AMO.....	49
Tableau XXXV: Appréciation de la satisfaction des prestataires	52
Tableau XXXVI: Récapitulatifs des principaux résultats	52

Liste des graphiques

Graphique 1: Répartition des usagers enquêtés selon le sexe	36
Graphique 2: Répartition selon la tranche d'âge	37
Graphique 3: Répartition des usagers enquêtés selon leur statut matrimonial.....	37
Graphique 4: Répartition des usagers enquêtés selon leur lieu de résidence	39
Graphique 5: Répartition des usagers enquêtés selon leur année d'affiliation à l'AMO	40
Graphique 6: Répartition des usagers enquêtés selon l'écoute du personnel dans la structure	41
Graphique 7: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le temps d'attente.....	42
Graphique 8: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur l'hygiène dans la structure	44
Graphique 9: Répartition des usagers enquêtés par rapport aux lieux des difficultés dans la structure	45

Liste des figures

Figure 1: Modèle explicatif.....	15
---	----

Définition opérationnelle de quelques termes

Etat des lieux : il s'agit de la description en un temps d'un phénomène ou d'un événement donné.

Evaluation : action d'évaluer, de porter un jugement de valeur, de déterminer la valeur de quelque chose.

Équité : se dit d'une chose qui est juste, impartiale et légitime. L'équité du traitement signifie que les personnes ont le même accès, les mêmes chances, le même contrôle et les mêmes avantages.

Protection sociale : c'est le produit des activités des caisses de sécurité sociale, il s'agit donc de la couverture que la société ou une organisation assure à ses membres grâce à un ensemble de mesures publiques ou privées.

Assurance : assurance garantissant à un assuré social la prise en charge de ses soins médicaux.

Couverture universelle : c'est assurer à tous l'accès aux soins de santé de qualité.

Satisfaction des assurés : ce qui répond à la demande, à l'attente de quelqu'un par rapport à une situation, contentement résultant de l'accomplissement d'un souhait.

Assuré : personne qui est garantie par un contrat d'assurance.

Ayant droit : personne ayant des droits à quelque chose.

Accompagnant : personne qui en accompagne une autre.

Perspectives : il s'agit de ce qui est prévu pour atteindre un idéal.

Défis : Il se pose en terme d'une solution ou d'une action à entreprendre pour endiguer un problème.

Couverture sanitaire : Proportion de la population ayant accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de santé dont elle a besoin.

Patient actif : Dans le cadre de l'AMO, un patient actif est un usager ayant un emploi qui cotise régulièrement à l'Assurance Maladie.



INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

L'accessibilité géographique, financière et permanente des populations à des soins de santé de qualité demeure un axe prioritaire pour la politique sectorielle de santé et de population du Mali depuis l'adoption de ladite politique en 1990. [1 ; 2]

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

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

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

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

Dans certains pays, il s'agit ainsi de réduire le risque de voir une partie de la population sombrer dans la pauvreté du fait du niveau élevé des dépenses directes pour les soins de santé. Dans d'autres, l'assurance maladie vise à protéger et à améliorer la santé grâce à une utilisation accrue des services de santé, notamment des services prioritaires. [9]

Afin de contribuer à sa consolidation et à l'amélioration de sa mise en œuvre, pour parvenir à la couverture maladie universelle, nous entreprenons la présente étude qui a pour objet de faire l'état des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans les établissements de santé du Mali plus de cinq (5) années après son démarrage.

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

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

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

Cependant, l'assurance maladie à ses débuts, a rencontré des difficultés majeures comme les oppositions de certaines catégories socioprofessionnelles avec leur retrait, les lenteurs d'enregistrement ou d'immatriculation, l'insuffisance de communication et de coordination, le retard dans la signature des conventions avec les formations sanitaires et les officines pharmaceutiques, la lenteur dans la remise des cartes aux membres.

Nous nous proposons à travers cette étude et au regard de cette perspective de passage à la couverture maladie universelle d'analyser la situation actuelle de l'assurance maladie obligatoire après plus de cinq années de mise en œuvre ainsi que les défis auxquels elle doit faire face.



CADRE THEORIQUE

2 CADRE THEORIQUE

2.1 Analyse situationnelle de la politique de sante au Mali

2.1.1 Généralités sur le Mali [2]

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1 241 238 km². Il s'étend du nord au sud sur 1 500 km et d'est en ouest sur 1 800 km.

Il partage 7 200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la Guinée Conakry au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest.

Le climat est tropical alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée moyenne de cinq mois au sud et moins de trois mois au nord ainsi que des écarts de température très élevés.

Le réseau hydraulique constitué par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal, dessert principalement le sud du pays et une partie du nord.

Selon les résultats définitifs du 4ème recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population résidante était estimée à 14 528 662 habitants en 2009 avec une légère prédominance des femmes : 50,4% de la population soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. En 2018, cette population actualisée après application du taux d'accroissement est estimée à 18 712 917 habitants.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans Dans sa très grande majorité, la population malienne est sédentaire. Les nomades représentent 0,92% de la population. Le milieu urbain compte 3 274 727 résidants (soit 22,5%) contre 11 253 935 (soit 77,5%) pour le milieu rural.

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

2.1.2 Politique nationale de la santé [2]

L'accès aux services de santé est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations. [11]

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1990 définit les grandes orientations du développement sanitaire du Mali. Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako adoptée en 1987.

Elle a été mise en œuvre à travers le PSPHR (qui a expérimenté et accompagné le développement de l'approche sectorielle jusqu'en 1998) et le PDDSS 1998-2007 qui a définitivement consacré l'approche sectorielle.

Cette approche a comme caractéristique un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, de coordination de tous les acteurs et actrices à travers des organes de pilotage et une procédure financière préférentielle commune en lieu et place d'une multitude de procédures.

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

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

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé qui consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ;
- la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels, la rationalisation de
- leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique ;
- la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ;
- la promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaires du système public.

2.1.3 Organisation du système de santé [2]

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.

a) Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux :

- **le niveau opérationnel** : le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- **le niveau régional** est celui de l'appui technique au niveau opérationnel ;
- **le niveau national** est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre il définit les critères d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il

s'efforce à mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

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

- **Le niveau central comprend** : les établissements publics hospitaliers, les établissements publics scientifiques et technologiques (EPST). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.
- **Le niveau intermédiaire** regroupe les Établissements Publics Hospitaliers (EPH) de région assurant la 2ème référence à vocation générale auxquels s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif.
- **Le niveau district sanitaire** avec 2 échelons : le **premier échelon** qui est la base de la pyramide ou premier niveau de recours aux soins avec l'offre le paquet minimum d'activités (PMA) dans les centres de santé communautaires (C.S.Com). D'autres structures complètent ce premier échelon en l'occurrence les structures parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés; le **deuxième échelon** ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les centres de santé de référence (C.S. Réf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles et la médecine traditionnelle.

2.1.4 Financement de la santé au Mali [2]

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

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

des réformes du système de santé qui ont abouti à une responsabilisation des communautés au niveau périphérique.

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

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

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

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

2.1.6 Financement de la santé dans le monde [13]

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

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

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

2.1.7 Assurance maladie au Mali [6 ; 8]

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

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

- L'unicité du régime ;
- Le caractère contributif (sur la base des salaires et autres revenus) ;
- La mutualisation des ressources et du risque ;
- Le système du tiers payants ;
- La non-discrimination et la non sélection en fonction de l'âge, du sexe, de la nature de l'activité, du lieu de la résidence, du niveau des revenus, des antécédents pathologiques ;

Ces principes contribuent à la solidarité notamment entre :

- Personnes à revenus faibles et celles à revenus élevés : « *On cotise selon les revenus et on bénéficie des prestations selon ses besoins* » ;
- Personnes en activité et celles à la retraite ;
- Familles nombreuses et familles restreintes, etc...

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

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

Sont assujettis au régime :

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

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

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

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

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

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

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

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

Le panier de soins comprend :

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

Les exclusions du panier de soins sont :

- Les maladies et interventions gratuites (césarienne, lèpre, tuberculose, vaccination dans le cadre du PEV, ARV, etc...)
- Les évacuations sanitaires à l'extérieur

- Les cures thermales
- La chirurgie esthétique
- Les prothèses dentaires
- La lunetterie

Le taux régime de l'AMO assure la prise en charge des frais de soins comme suit :

- Hospitalisation : 80% ;
- Ambulatoire : 70%.

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

Le régime de l'AMO assure la prise en charge des frais de soins des bénéficiaires auprès des structures conventionnées par la CANAM. Ces structures conventionnées ont signé des conventions en matière d'assurance maladie par lesquelles elles dispensent aux assurés les prestataires garantis par le régime de l'AMO.

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

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

Régime d'assurance maladie universelle RAMU [1]

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

Les mécanismes de couverture universelle mis en place ne couvrent pas encore toute la population malienne. Les mécanismes, pris ensemble, couvrent moins de 25% de la population totale. D'énormes efforts sont encore à faire pour atteindre la couverture de toute la population du pays.

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

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

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

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

La prise en conscience sociale du déclin des valeurs de solidarité familiale en cas de problèmes sociaux est un des piliers des fondements de l'assurance maladie. [15]

L'assurance maladie apparaît aujourd'hui, dans les pays à faible revenu, comme une technique susceptible de favoriser l'atteinte de nombreux objectifs. Pour ceux qui veulent améliorer le financement et le fonctionnement du secteur de la santé, l'assurance maladie va

faciliter l'accès aux soins, en réduisant la part du paiement direct des services, et solvabilité du même coup la demande aux formations de santé. Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, l'assurance maladie est un élément central de la réduction de la vulnérabilité des populations et de limitation de la pauvreté iatrogène. La création de branches d'assurance maladie est aussi un moyen d'étendre les systèmes de protection sociale.

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

2.1.9 Assurance maladie dans le monde [10]

Le rapport sur la santé dans le monde présentait le concept de couverture sanitaire universelle selon trois dimensions : les services de santé nécessaires, le nombre de personnes qui en ont besoin et le coût pour ceux qui doivent payer. [16]

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

Depuis les années 1980, le système d'assurance allemand se trouve dans une situation de réforme. Les caractéristiques du système allemand sont d'abord, une contribution de la part des salariés et des patrons pour financer le risque maladie. La gestion quant à elle est assurée par les syndicats des salariés et des organisations patronales. Le système allemand bénéficie d'une grande autonomie des caisses d'Assurance Maladie. Le système d'assurance maladie allemand est similaire à celui de la France. En Belgique, l'assurance maladie-invalidité est une assurance soin de santé qui est sous la tutelle de l'institut national d'assurance maladie invalidité (I.N.A.M.I). Cette assurance est en déficit de 634 millions d'euros depuis 2004. Les autorités veulent réduire les coûts des médicaments. Quant au Canada, ce sont les provinces canadiennes qui établissent la politique et les enveloppes budgétaires.

Par ailleurs, au Québec, les soins de santé sont remboursés depuis 1970 par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Toutefois, aux États-Unis, les autorités publiques assurent les soins des personnes âgées, ou modestes. Même les non-assurés bénéficient de soins de santé

gratuitement. L'assurance maladie aux États-Unis devient deux fois plus chère qu'en France. En Europe, il est primordial que vous vous procuriez une carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Cette dernière vous aidera à bénéficier des droits à l'assurance maladie et des remboursements sur vos soins médicaux.

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

2.2 Justification de l'étude

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

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

L'assurance maladie obligatoire à ses débuts a rencontré des difficultés majeures comme les lenteurs d'enregistrement ou d'immatriculation, le retrait de nombreux fonctionnaires, l'insuffisance de communication et de coordination, le retard dans la signature des conventions avec les formations sanitaires et les officines pharmaceutiques, la lenteur dans la remise des cartes aux membres,...

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

2.3 Modèle de lecture

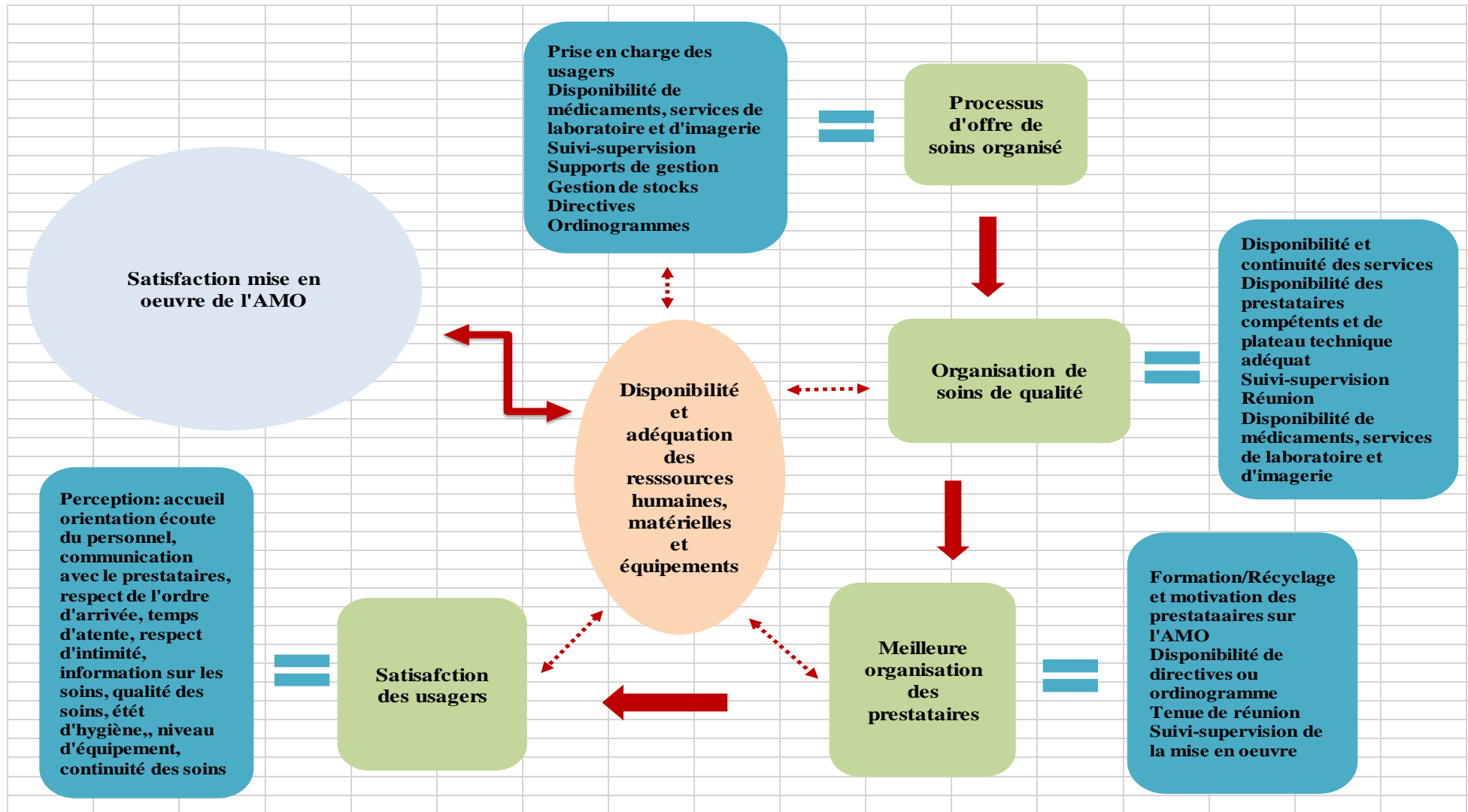


Figure 1: Modèle explicatif

2.4 Hypothèses de recherche

- L'état des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au niveau de l'hôpital Gabriel Touré en 2018 est satisfaisant.
- La mise en œuvre actuelle de l'assurance maladie permet le passage à la couverture maladie universelle.

2.5 Objectifs

2.5.1 Objectif principal

- Réaliser un état des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au niveau de l'hôpital Gabriel Touré en 2018.

2.5.2 Objectifs spécifiques

- Décrire la disponibilité des ressources humaines et matérielles dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire ;
- Déterminer l'organisation des services et le processus de soins dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire ;
- Identifier le niveau de satisfaction des assurés par rapport à la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire ;
- Décrire les points forts et les points à améliorer dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire.



**DEMARCHE
METHODOLOGIQUE**

3 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

3.1 Cadre et Lieu d'étude

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

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

En effet en 2011, une forte délégation ministérielle composée des responsables des deux départements de la santé et du développement social s'est rendue au CHU Gabriel Touré, au CS Réf commue I, puis à Koulikoro en vue d'apprécier l'état de préparation des dites structures pour le démarrage imminent des prestations de l'assurance maladie.

Présentation, organisation et fonctionnement du CHU Gabriel Touré

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

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

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

a)-Organisation

Le décret N° 03-338/P-RM du 07 août 2003 modifié par le décret N° 06 – 189 /P-RM du 26 avril 2006 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Hôpital Gabriel Touré. Il définit les organes d'administration et de gestion et leur attribution. Il s'agit du conseil d'administration, de la direction générale, du comité de direction et des organes consultatifs (Commission médicale d'établissement, Commission des soins infirmiers et obstétricaux, Comité technique d'établissement et Comité technique d'hygiène et de sécurité).

b)-Missions

Les missions de l'hôpital sont définies par l'article 3 de la loi n° 03-022/ du 14 juillet 2003 portant création de l'Hôpital Gabriel TOURE, selon lequel « l'hôpital a pour mission de

participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur l'étendue du territoire national. A cet effet, il est chargé de :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical ».

c)-Structuration

Le CHU Gabriel Touré comprend :

Tableau I: Situation des services existants au CHU Gabriel Touré (Source Rapport d'activités 2017)

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

3.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur l'état des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au niveau du CHU Gabriel Touré.

3.3 Période de l'étude

La période d'étude a porté sur la période allant du début de la mise en œuvre de l'assurance maladie (2011) dans les structures de santé à nos jours. Quant à la collecte des données, elle a été menée pendant la période d'Avril à Mai 2018.

3.4 Population d'étude

Ont été concernés par cette étude :

- les usagers assurés AMO ou leurs ayant-droits consultant dans l'établissement de santé retenu durant la période d'étude ;
- les prestataires de soins de santé au niveau de l'établissement de santé retenu ;
- les responsables de l'administration de l'établissement de santé retenu.

3.5 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Les usagers (assurés ou ayant-droits) rencontrés dans la structure pendant l'étude et ayant accepté de participer à l'étude ;
- Les prestataires travaillant dans la structure cible et en contact avec les assurés pendant la période d'étude ;
- Les responsables administratifs de la structure au moment de la collecte des données ayant accepté de répondre à nos questions.

3.6 Critères de non inclusion

Il s'agit des usagers non vus dans la structure ciblée ou ceux ayant refusé de participer à notre étude. De même ont été exclus les prestataires, les responsables administratifs et les membres d'association de consommateurs n'ayant pas accepté de participer à notre étude.

3.7 Echantillonnage

Au total dans notre étude, la méthode d'échantillonnage par commodité ou méthode non probabiliste a été utilisée pour les différentes cibles :

- Pour les usagers, la taille de l'échantillon est déterminée par la formule $N = [Z^2 \times PQ] / I^2$ ou $n = PQ / (U\alpha/I)^2$, où n = taille de l'échantillon, p = couverture attendue, $q = 1 - p$, i = précision souhaitée, la couverture actuelle des assurés est environ de 15 %, ceci abouti à une taille d'échantillon = 99,7 soit 100 pour les usagers et ayant droit. Afin d'apprécier leur satisfaction, un échantillon de 100 usagers AMO a été constitué. Ainsi, ces usagers ont été interviewé au hasard dans la cours de l'établissement ou à la sortie de l'hôpital.
- Par rapport aux responsables administratifs de l'hôpital, il s'agissait du Directeur Général Adjoint, du surveillant général et de l'agent comptable.
- Pour les prestataires, il s'agissait de ceux évoluant au sein des services de consultation de grande affluence, du laboratoire, de l'imagerie, de la pharmacie hospitalière.

3.8 Outils de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à partir de :

- un questionnaire pour les assurés ou ayant droits ;
- un questionnaire pour les prestataires de soins et ;

- un questionnaire pour les responsables administratifs.
- une grille d'observation pour le recueil de données sur les équipements, les matériels, les supports, les médicaments, les ressources humaines, les logistiques.

3.9 Techniques de collecte des données

Les techniques de collecte suivantes ont été utilisées dans notre étude :

- **l'entretien individuel approfondi à l'endroit des responsables administratifs et des prestataires**; pour cela un rendez-vous de passage selon leur disponibilité a été établi pour chaque prestataire ou responsable afin de ne pas perturber ses activités hospitalières.
- **l'entretien individuel semi structuré visant les usagers affiliés à l'assurance maladie**. Leur interview a été réalisée en langue nationale bamanan en vue de faciliter la compréhension des questions posées. Une sélection aléatoire des éléments de l'échantillon a été réalisée pour les interroger soit dans la cour soit à la sortie de l'établissement afin de recueillir leurs impressions. La sélection s'est déroulée de la manière suivante : l'enquêteur s'est posté à une certaine distance des services de l'établissement ou à sa sortie en vue de préserver la confidentialité de l'entretien ; les usagers qui sont sortis d'un service de soin ou qui ont franchi la porte de l'établissement ont été abordés par l'enquêteur jusqu'à l'atteinte de la taille de l'échantillon.
- **l'observation** a permis de recueillir des informations sur les supports, les matériels, les logistiques. De façon spécifique des informations ont été recueillies sur la disponibilité des examens de laboratoire, d'imageries médicales, la disponibilité des médicaments et consommables, le processus d'organisation des services, la motivation du personnel, la situation des ressources humaines, la disponibilité des équipements et logistiques.

Tableau II: Récapitulatif des techniques, outils et populations cible

Techniques	Outils	Cibles
Entretien individuel	Questionnaire usagers	Usagers
Entretien individuel approfondi	Questionnaire responsable administratif	Responsable administratif
Entretien individuel	Questionnaire prestataire	Prestataire
Observation	Grille d'observation	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches de stock des MEG et réactifs, PV de réunion - Registres de consultation, - Fiche de suivi du matériel - Rapports d'activités,...

3.10 Traitement et analyse des données

Les données de l'enquête de terrain ont été traitées et analysées à partir des méthodes qualitatives et les méthodes quantitatives.

3.10.1 Les Méthodes qualitatives

Elles ont concerné les entretiens individuels des responsables administratifs et des prestataires. Différentes étapes ont été utilisées à savoir la transcription, le codage, l'analyse et l'interprétation.

3.10.2 Les Méthodes quantitatives

Les informations quantitatives issues des interviews ont été traitées de façon statistique à partir de logiciel adapté, initialement le tableur Excel 2013 puis secondairement Epi info 7 ou SPSS.

Dans l'ensemble, à partir du logiciel Word 2013, nous avons présenté les différents résultats issus du traitement général.

Tableau III: Opérationnalisation des variables

Variables	Définition	Modalités	Critères d'appréciation
Les ressources			
Disponibilité de matériels et équipements	Existence et fonctionnalité des matériels et équipements	1=Oui et 0=Non	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de supports d'inventaires, - Existence de bordereaux de réception, - Existence de fiche de suivi des équipements et matériels
Disponibilité de ressources	Présence et disponibilité de personnel qualifié 24 h sur	1=Oui et 0=Non	- Liste du personnel par service et par

Variables	Définition	Modalités	Critères d'appréciation
humaines	24		spécialité - Listes de garde
Disponibilité de ressources financières	Remboursement des montants par la CANAM	1=Oui et 0=Non	Ordres de virements
Disponibilité des logistiques	Existence et fonctionnalité des logistiques	1=Oui et 0=Non	Supports d'inventaire, Fiche de suivi des logistiques
Supports de gestion	Registres de gestion Ordonnanciers Directives /Ordinogrammes Liste des médicaments AMO	1=Oui et 0=Non	- Registre - Souches d'ordonnances - Copies de directives /ordinogrammes
Textes réglementaires	Textes régissant la mise en œuvre de l'AMO, autres textes comme la charte des malades, le décret organisant la prise en charge des urgences	1=Oui et 0=Non	Copies de textes
Le processus			
Prise en charge des usagers	Consultations 24h/24	1=Oui et 0=Non	- Présence de personnel qualifié 24h/24 en consultation - Registres de consultation, - Rapports d'activités
Formation des prestataires	Présence de prestataires formés et disponibles	1=Oui et 0=Non	Liste de personnel désignée à une formation sur l'AMO Rapport de formation
Motivation des prestataires	Système d'encouragement du personnel mis en place	1=Oui et 0=Non	- Lettres de félicitation, - Etat de primes
Suivi -Supervision	Mécanisme de visite par la hiérarchie ou tierce personne pour s'assurer de la bonne fonctionnalité d'un processus	1=Oui et 0=Non	Présence d'un document qui atteste l'existence d'un mécanisme de suivi supervision Rapports de suivi
Tenue de réunion de suivi	Rencontre des acteurs autour du fonctionnement de l'AMO	1=Oui et 0=Non	Avis de réunion ou lettre d'invitation Rapports ou PV de réunion
Organisation des services			
Disponibilité et continuité des services	Présence de prestataires 24h/24 et disponibilité d'équipements fonctionnels et d'examen complémentaires 24h/24	1=Oui et 0=Non	Services de consultation, bloc, laboratoire, imagerie disponibles 24h/24
Suivi -Supervision	Mécanisme de visite par la hiérarchie ou tierce personne	1=Oui et 0=Non	Présence d'un document qui atteste l'existence

Variables	Définition	Modalités	Critères d'appréciation
	pour s'assurer de la bonne fonctionnalité d'un processus		d'un mécanisme de suivi supervision Rapport de suivi
Réunion	Rencontres de suivi de la mise en œuvre de l'AMO	1=Oui et 0=Non	Avis de réunion ou lettre d'invitation PV ou CR de réunion
Disponibilité de médicaments	Présence d'un dépôt de vente fonctionnel 24 h sur 24 sans rupture de médicaments du panier	1=Oui et 0=Non	- Disponibilité physique des 10 médicaments du panier, - Présence de fiches de stock à jour des médicaments du panier
Disponibilité de service de laboratoire	Existence et fonctionnalité de services de laboratoire 24 h sur 24	1=Oui et 0=Non	- Présence de personnel qualifié 24h/24 - Existence d'une liste à jour des examens faisables - Disponibilité de fiches de stock remplis des réactifs
Disponibilité de services d'imagerie	Existence et fonctionnalité de service d'imagerie 24h sur 24	1=Oui et 0=Non	- Existence d'une liste à jour des examens disponibles - Présence de personnel qualifié 24h/24
Les prestataires			
Formation / Recyclage des prestataires sur l'Assurance maladie	Présence et disponibilité des prestataires formés	1=Oui et 0=Non	Note de désignation à la formation, Rapports de formation
Disponibilité de directives ou d'ordinogrammes	Existence et utilisation de directives ou ordinogrammes	1=Oui et 0=Non	Copie des directives ou ordinogrammes dans le bureau du prestataire
Tenue de réunions	Rencontres de suivi de la mise en œuvre de l'AMO	1=Oui et 0=Non	PV ou CR de réunion
Suivi supervision de la mise en œuvre de l'AMO	Mécanisme de visite par la hiérarchie ou tierce personne pour s'assurer de la bonne fonctionnalité d'un processus	1=Oui et 0=Non	Rapport de suivi
Motivation des prestataires	Mécanisme permettant d'encourager les prestataires	1=Oui et 0=Non	Lettre de félicitation ou état de paiement de primes
Satisfaction des usagers			
Perception de l'accueil	Perception de la qualité de l'accueil par l'utilisateur dès son entrée dans la structure et	1=Oui et 0=Non	- Salutation, - Offre de siège

Variables	Définition	Modalités	Critères d'appréciation
	jusqu'à sa sortie		
Perception sur l'orientation	Présence de panneaux ou plaques signalétiques ou d'affiches permettant de guider dans la cour de l'établissement hospitalier	1=Oui et 0=Non	- Présence dans la cour de plaque ou flèche directionnelle, - Présence d'écriteau sur les portes de bureaux
Perception sur l'écoute du personnel et de la communication avec le prestataire	Disponibilité du prestataire à écouter attentivement l'utilisateur	1=Oui et 0=Non	Opinion de l'utilisateur sur sa disponibilité à l'écouter
Perception sur le respect de l'ordre d'arrivée	Respect de l'ordre d'arrivée et de consultation pour chaque usager	1=Oui et 0=Non	L'opinion de l'utilisateur sur le respect de l'ordre d'arrivée
Perception sur le temps d'attente	Temps d'attente avant le service est acceptable par l'utilisateur	1=Oui et 0=Non	- Acceptable < à 45 min, - Moyen entre 45 min et 1h30, - Prolongé > 2h,
Perception sur le respect d'intimité	Les services sont offerts dans un cadre qui respecte l'intimité de l'utilisateur	1=Oui et 0=Non	- Présence de box de consultation ou - présence de paravent de sorte que la consultation n'est pas faite devant d'autres patients
Perception sur l'information donnée sur le traitement	Les prestataires informent les usagers sur l'ensemble des étapes de la prise en charge	1=Oui et 0=Non	- information sur la consultation - information sur l'administration des soins - information sur le diagnostic - information sur le rendez-vous de retour
Qualité des soins	Bonnes pratiques des différents services avec professionnalisme	1=Oui et 0=Non	Absence de survenue d'infections nosocomiales
Perception sur l'état d'hygiène	Etat d'hygiène de la cour, des services sollicités, pratique de soins avec hygiène	1=Oui et 0=Non	- Aspect propre de la cour, - aspect propre du service, - équipements de travail non couverts de poussière
Perception sur le niveau d'équipement	Niveau d'équipement du service permettant l'exécution correcte des tâches	1=Oui et 0=Non	Tous les actes prescrits au client sont disponibles sur place, le client n'a pas à sortir de la cour de

Variables	Définition	Modalités	Critères d'appréciation
			l'établissement pour aller ailleurs effectuer des examens par exemple
Perception sur la continuité des soins	Disponibilité des prestataires qualifiés à tout moment, disponibilité et fonctionnalité des équipements	1=Oui et 0=Non	Disponibilité du prestataire, disponibilité et fonctionnalité des équipements à toute sollicitation des usagers

3.11 Chronogramme

Tableau IV: Chronogramme prévisionnelle du déroulement de l'étude

Activités	2017				2018				2019		
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3
Inscription en thèse											
Recherche documentaire											
Recherche documentaire											
Elaboration du protocole											
Correction du protocole											
Finalisation du protocole											
Validation du protocole											
Certificats en éthique de recherche											
Certificats en transcription de langue											
Réalisation de l'enquête											
Saisie et analyse des données											
Rédaction du premier draft du document											
Correction du premier draft par le directeur de thèse											
Prise en compte des corrections du Directeur											
Correction du draft par les membres du jury											
Prise en compte des corrections des membres du jury											
Dépôt du document final pour programmation de la soutenance											
Soutenance de thèse											
Correction du document après la soutenance											
Dépôt du document final											

3.12 Considérations éthiques

Avant le début de notre étude, les autorisations nécessaires ont été recherchées auprès des responsables de la structure de santé à travers le dépôt de la demande d'autorisation d'enquête de l'ISFRA et le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Concernant les assurés ou ayant droits, ils ont tous été traités avec respect en toute circonstance et informés de la nature de l'étude et des objectifs à travers une fiche d'information. Nous avons pris le temps de leur expliquer le but de la visite dans un langage clair, soutenu et accessible à leur portée. Nos actes et gestes ont respecté l'intégrité et l'inviolabilité des enquêtés.

L'enquête a permis aux usagers de donner leur impression par rapport à la structure et à la mise en œuvre de l'AMO mais également d'apporter des suggestions par rapport.

Après s'être assurés de la bonne compréhension des usagers sur les différentes options de l'interview, nous avons respecté quelques refus même si le choix paraît déraisonnable. Le temps que les usagers nous ont accordé pour l'interview est l'un des aspects désavantageux à participer à l'enquête.

Par rapport aux prestataires, les fiches d'information ont été expliquées et après leur consentement, des copies ont été remises à tous les prestataires rencontrés.

L'individualité des enquêtés est prise en considération en tenant compte des droits des autres usagers aussi le respecter de la liberté de conscience des usagers dans la mesure où celle-ci ne nuit pas à sa propre sécurité.

Notre étude a respecté les principes éthiques suivants : le consentement libre et éclairé.

L'anonymat et la confidentialité sont garantis tant pendant notre enquête au sein de la structure que lors de la collecte d'information par le questionnaire.

Les informations recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins.



RESULTATS

4 RESULTATS

Au terme de notre étude sur l'état des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au niveau du CHU Gabriel Touré en 2018, nous avons obtenu les résultats suivants :

4.1 Résultats quantitatifs

4.1.1 Disponibilité des ressources

Tableau V: Disponibilité des ressources humaines au niveau du CHU Gabriel Touré

Catégorie de personnel	Prévus CNH	Existants	Pourcentage(%)
Professeurs / maîtres de conférences en	80	31	38,8
Médecins/ Pharmaciens/ Biologistes et Odontostomatologues Spécialistes	135	48	35,6
Médecins /Pharmaciens/ Odontostomatologie Généralistes	6	18	300,0
Assistants Médicaux (Master en sciences de la santé)	68	82	120,6
Technicien supérieur de Santé (Licence en sciences de la santé)	81	81	100,0
Techniciens de santé	56	108	192,9
Ingénieurs	7	2	28,6
Personnel Administratif	54	50	92,6
Autres Personnels	75	106	141,3
Total	562	526	93,6

Les ressources humaines ont été disponibles à **93,6%**.

Tableau VI: Disponibilité des ressources matérielles et consommables au niveau du CHU Gabriel Touré

SERVICES	Ressources matériels et consommables	Pourcentage(%)
Service de laboratoire	75	75
Service d'imagerie médicale	75	75
Service de chirurgie	50	50
Service de pédiatrie	75	75
Service de pharmacie	100	100
Service de gynéco	75	75
Service de médecine	75	75
Total	75	75,00

Les ressources matérielles et consommables ont été disponibles à **75%**.

Tableau VII: Disponibilité des dix équipements clés au niveau du CHU Gabriel Touré

Equipements clés CHU Gabriel Touré	Disponible : oui=1, non=0	Fonctionnel : oui=1, non=0	Taux de Disponibilité
Table d'opération	1	1	100
Groupe	1	0	0
Echographe	1	1	100
Aspirateur autonome	1	1	100
Respirateur d'anesthésie	1	1	100
Autoclave	1	1	100
Radiographie numérique	1	1	100
Scanner	1	0	0
Automate d'hématologie	1	1	100
Bistouri électrique	1	1	100
Total			80

Les dix équipements clés ont été disponibles à **80%**.

Tableau VIII: Disponibilité des 40 médicaments au niveau de la pharmacie du CHU Gabriel Touré

N° ordre	Désignation	Forme/Dosage	Disponible, 1=oui, 2=non	Taux de disponibilité
1	Amoxicilline 500mg	500mg géł.	1	100
2	Sérum salé 0,9%	500ml.	1	100
3	Sérum glucosée 5%	500ml.	1	100
4	Cotrimoxazole 480mg	480mg cp.	1	100
5	Ciprofloxacine 500mg	200mg cp.	1	100
6	Ibuprofène 400mg cp.	Cp.	1	100
7	Metronidazole IV 0,5%	inj	1	100
8	Metronidazole 250mg	Cp.	1	100
9	Paracétamol 500mg cp.	Cp.	1	100
10	Gentamycine 80mg	Inj.	1	100
11	Sel de quinine 200mg inj.	Inj.	1	100
12	Sel de quinine 400mg inj.	Inj.	1	100
13	Omeprazole	Cp.	1	100
14	Ringer lactate	solution	1	100
15	Ceftriazone 1g	Inj.	1	100
16	Hydroxyde d'al et de mg cp.	Cp.	1	100
17	Ketamine 0,5%	Inj.	1	100
18	Atropine	Inj.	1	100
19	Diazépam 10mg inj.	10mg inj.	1	100
20	Vit.B complexe cp.	Cp.	1	100
21	Paracétamol 500m Inj.	500mg inj.	1	100
22	Lidocaine 2%	inj	1	100
23	Furosémide inj.	200mg cp.	1	100
24	Dexamethasone	Inj.	1	100
25	Vit.B complexe inj.	10ml inj.	1	100
26	CTA enfant/ adulte	Cp.	1	100
27	Acide acétyle salicylique	500mg cp.	1	100
28	Fer+acide folique (sachet/20)	200mg cp.	1	100
29	Furosémide inj	inj	1	100
30	Alcool °90	solution	1	100
31	Cathéter 20G OU 18G		1	100
32	compresse 40x40	40X40	1	100
33	Gants stérile 7/2 et 8		1	100
34	Perfuseur		1	100
35	Polyvidone iodée	solution	1	100
36	Sonde nasogastrique ch16-ch18		1	100
37	Sonde de Foley ch14-ch20		1	100
38	Transfuseur		1	100
39	Ocytocine inj.	Inj.	1	100
40	Perfalgan 1g	Inj.	1	100
Total			100	

Les 40 médicaments du panier ont été disponibles à **100%** au niveau de la pharmacie.

Tableau IX: Disponibilité des dix examens au niveau du laboratoire du CHU Gabriel Touré

Examens biomédicaux	Disponible	Fonctionnel	Taux moyen de disponibilité
NFS	1	1	100
Glycémie	1	1	100
Groupage Rhésus	1	1	100
TP	1	1	100
CRP	1	1	100
Créatininémie	1	1	100
TCA	1	1	100
Goutte Epaisse	1	1	100
Ionogramme	1	0	0
ECBU	0	0	0
Total	9	8	80

Les dix examens ont été disponibles à **80%** au niveau de la pharmacie.

Tableau X: Disponibilité des logistiques au niveau du CHU Gabriel Touré

Logistique	Disponible	Fonctionnel	Pourcentage
Groupe électrogène	1	1	100
ambulance non médicalisée	0	0	0
ambulance médicalisée	1	1	100
Véhicule de liaison	1	1	100
Moto	0	0	0
Véhicule de fonction	0	0	0
Total	3	3	50

Les logistiques ont été disponibles à **50%**.

Tableau XI: Disponibilité et tenue des supports de gestion au niveau du CHU Gabriel Touré

Type de supports	Disponible	Tenue	Taux moyen de disponibilité
Registre d'enregistrement des consultants AMO	0	0	0
Souches d'ordonnances	1	1	100
Registres de consultation	1	1	100
Fiches de stock Médicaments Réactifs	1	1	100
Fiches de suivi pour équipements clés	1	1	100
Liste médicaments AMO	1	1	100
Liste Examens laboratoires	1	1	100
Liste des examens Imagerie	1	1	100
Dernier inventaire matériels et logistiques	1	1	100
Dernier inventaire médicaments	1	1	100
Recueil de textes sur l'AMO	1	1	100
Total	10	10	90,9

Les supports retenus ont été bien tenus et sont disponibles à **90,9%**.

Tableau XII: Détermination du score de la disponibilité des ressources au niveau du CHU Gabriel Touré

Composantes évaluées	1	2	3	4	5
Les ressources humaines qualifiées sont disponibles 24/24				x	
Les matérielles techniques de prise en charge des patients sont disponibles et fonctionnelles 24/24			x		
Les équipements clés sont disponibles et fonctionnelles 24/24				x	
La disponibilité des 40 médicaments du panier à la pharmacie					x
La faisabilité des 10 examens biomédicaux standards au laboratoire				x	
Les moyens logistiques sont disponibles et fonctionnels		x			
Les supports de gestions sont disponibles et bien tenus				x	
Moyenne de la disponibilité des ressources				X	

1= de 20 à 39% 2= de 40 à 59% 3= de 60 à 79% 4= de 80 à 99% 5=100%

Inférieur à 3= peu satisfaisant, de 3 à 4 = satisfaisant et 5= Très satisfaisant

La détermination du score de la disponibilité des ressources au niveau du CHU Gabriel Touré est estimée à **4** c'est-à-dire satisfaisante.

4.1.2 Processus de soins

L'appréciation du processus de soins correspond à l'évaluation des efforts entrepris par la structure pour mettre en place l'arsenal de stratégies et d'actions pour assurer une bonne prise en charge des usagers. Ainsi, le processus apprécie la présence de prestataires formés, motivés et suivis assurant la prise en charge des usagers à tout moment de la journée.

Tableau XIII: Appréciation des composantes du processus de soins

Les composantes du processus de soins	1	2	3	4	5
Les usagers sont pris en charge dans la structure 24h/24					x
Les prestataires sont formés sur l'assurance Maladie obligatoire		x			
Un système d'encouragement du personnel dans le cadre de l'AMO est mis en place	x				
Existence d'un mécanisme de visite par la hiérarchie ou tierce personne pour s'assurer de la bonne fonctionnalité d'un processus		x			
Tenue de rencontres de suivi de la mise en œuvre de l'AMO	x				
Moyenne de l'appréciation du processus de soins		x			

1= de 20 à 39% 2= de 40 à 59% 3= de 60 à 79% 4= de 80 à 99% 5=100%

Inférieur à 3= peu satisfaisant, de 3 à 4 = satisfaisant et 5= Très satisfaisant.

La moyenne de l'appréciation des composantes du processus de soins au niveau du CHU Gabriel Touré est estimée à **2** c'est-à-dire peu satisfaisante.

4.1.3 Organisation des services

L'appréciation de l'organisation des services correspond à l'évaluation des efforts entrepris par les prestataires des services pour mettre en place l'arsenal de stratégies et d'actions pour assurer une bonne prise en charge des usagers. Ainsi, l'organisation apprécie la présence de prestataires disponibles, formés, motivés et suivis plateau technique de qualité et assurant la prise en charge des usagers à tout moment de la journée.

Tableau XIV: Appréciation de l'organisation des services

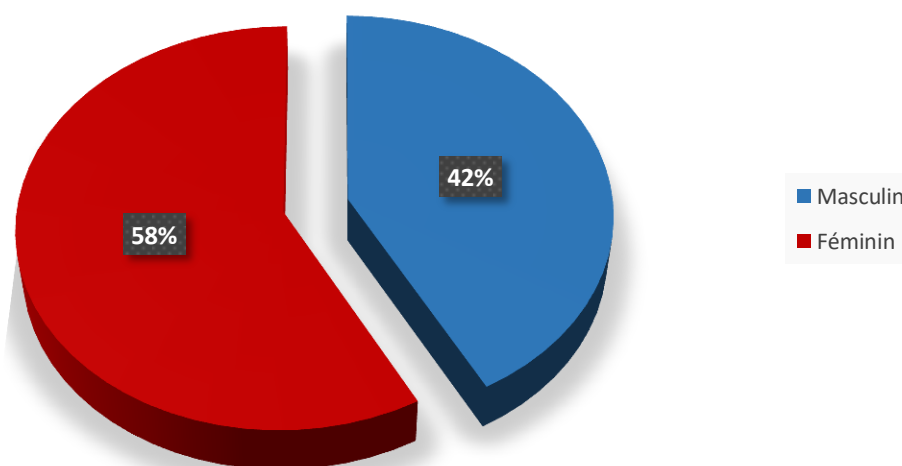
Les éléments d'appréciation	1	2	3	4	5
Présence de prestataires 24h/24 et disponibilité d'équipements fonctionnels et d'examen complémentaires 24h/24					x
Présence et disponibilité des prestataires qualifiés et motivés					x
Existence et fonctionnalité du plateau technique				x	
Présence d'un dépôt de vente fonctionnel 24 h sur 24 sans rupture de médicaments du panier					x
Existence et fonctionnalité de services de laboratoire 24 h sur 24				x	
Existence et fonctionnalité de service d'imagerie 24h sur 24			x		
La moyenne de l'appréciation de l'organisation des services				x	

1= de 20 à 39% 2= de 40 à 59% 3= de 60 à 79% 4= de 80 à 99% 5=100%

Inférieur à 3= peu satisfaisant, de 3 à 4 = satisfaisant et 5= Très satisfaisant

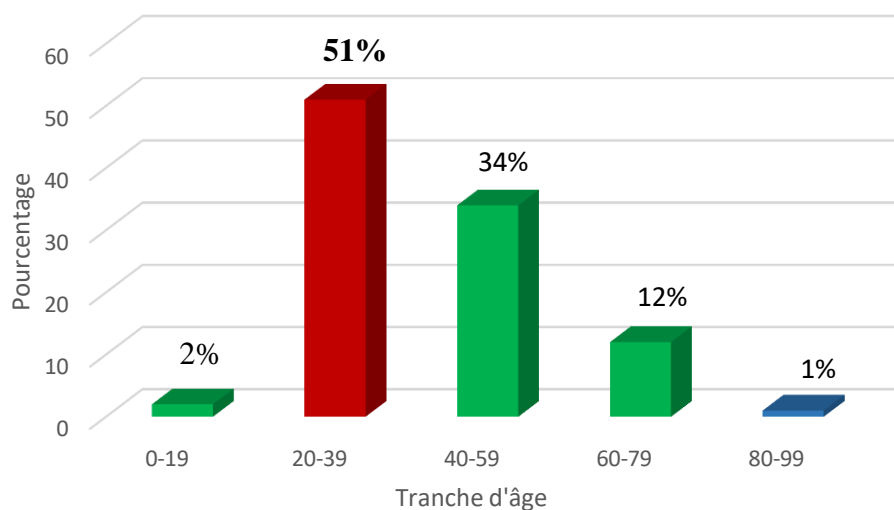
La moyenne de l'appréciation des services au niveau du CHU Gabriel Touré est estimée à **4** c'est-à-dire satisfaisante.

4.1.4 Enquête auprès des usagers



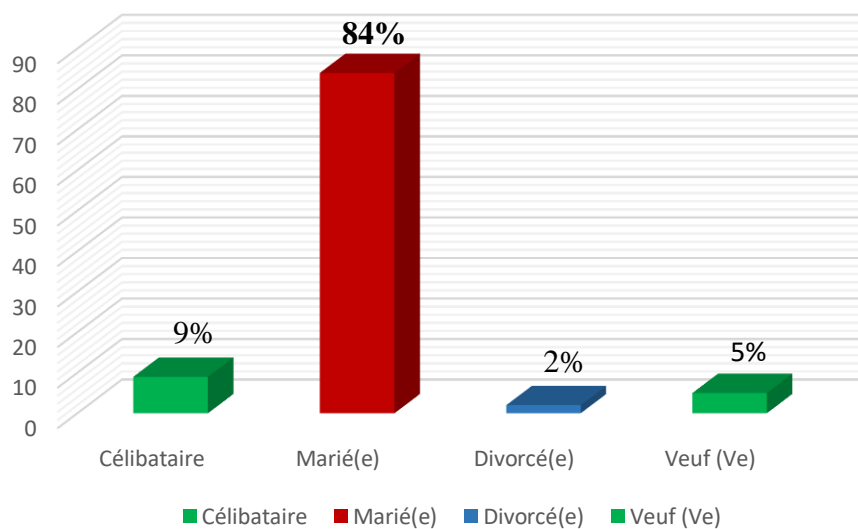
Graphique 1: Répartition des usagers enquêtés selon le sexe

Le sexe féminin a été le plus représenté dans notre étude avec **58 %** soit un ratio de **1,38** femme pour 1 homme.



Graphique 2: Répartition selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 20 à 39 ans a été la plus représentée avec **51%**.



Graphique 3: Répartition des usagers enquêtés selon leur statut matrimonial

La plupart de nos usagers étaient marié(es) soit **84%**.

Tableau XV: Répartition des usagers enquêtés selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage(%)
Fondamental	30	30
Secondaire	26	26
Supérieur	33	33
Autre	11	11
Total	100	100

***Autre**= Non instruite, Etude coranique.

Dans **33%** des cas, les usagers enquêtés avaient le niveau d'étude supérieur.

Tableau XVI: Répartition des usagers enquêtés selon leur profession

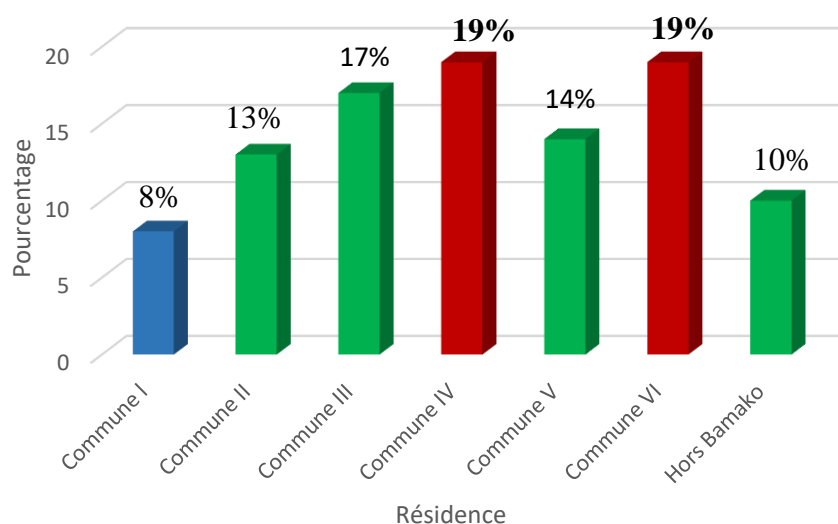
Profession	Fréquence	Pourcentage(%)
Ménagère	21	21
Etudiant(e)/Elève	12	12
Fonctionnaire	25	25
Ouvrier	17	17
Paysan	13	13
Autre	12	12
Total	100	100

***Autre**= Retraité, Sans emploi

Patients actifs= Ménagère, Etudiant/Elève, Fonctionnaire, Ouvrier, Paysan

Patients inactifs= Retraité, Sans emploi

Les fonctionnaires étaient les plus représentés à **25%** suivi des ouvriers à 17%.



Graphique 4: Répartition des usagers enquêtés selon leur lieu de résidence

Les usagers résidant à la commune IV et VI étaient les plus représentés soit **19%** pour chacune.

Tableau XVII: Répartition des usagers enquêtés selon leur statut dans l'AMO

Statut des usagers dans l'AMO	Fréquence	Pourcentage(%)
Assurés	21	21
Ayants droits	79	79
Total	100	100

Les ayants droits représentaient à **79%** la majeure partie de l'échantillon.

Tableau XVIII: Répartition des usagers enquêtés en fonction du motif de leur visite

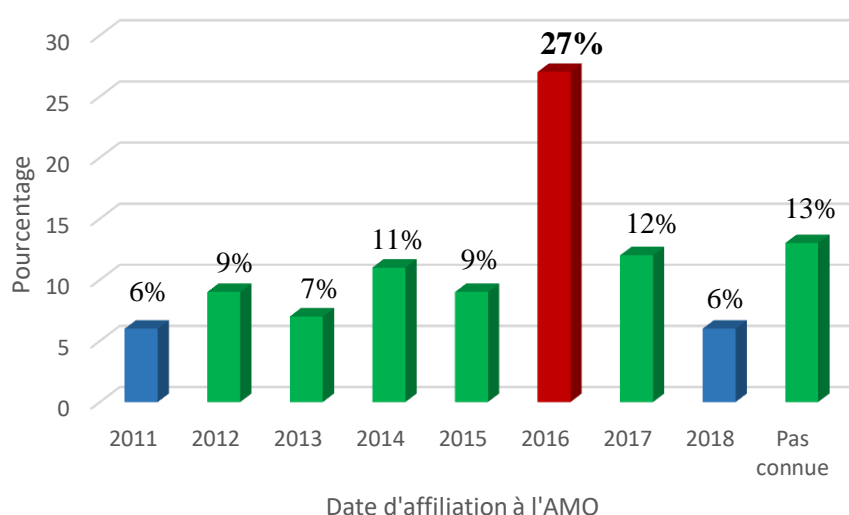
Motif visite	Fréquence	Pourcentage(%)
Consultation	56	56
Ordonnance	32	32
Examen complémentaire	12	12
Total	100	100

La consultation était le principal motif de visite de nos usagers à **56%**.

Tableau XIX: Répartition des usagers enquêtés selon leur service de provenance

Service Provenance	Fréquence	Pourcentage(%)
Cardiologie	7	7
Chirurgie	4	4
Chirurgie pédiatrique	1	1
Dermatologie	1	1
Diabétologie	3	3
Echographie	2	2
Gynécologie	14	14
Hépto-gastro-entérologie	7	7
Laboratoire	6	6
Médecine générale	6	6
Neurologie médicale	5	5
ORL	3	3
Pédiatrie	27	27
Radiologie	4	4
Neurologie chirurgicale	5	5
Traumatologie	2	2
Urologie	3	3
Total	100	100

Les patients usagers en provenance du service de pédiatrie ont été les plus représentés dans notre étude avec un effectif de 27 soit **27%** suivi du service de gynécologie soit 14%.



Graphique 5: Répartition des usagers enquêtés selon leur année d'affiliation à l'AMO

27% de nos usagers ont affirmé être affilié à l'AMO en 2016 et 13% ne connaissent pas leur date d'affiliation à l'AMO.

Tableau XX: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur l'accueil dans la structure

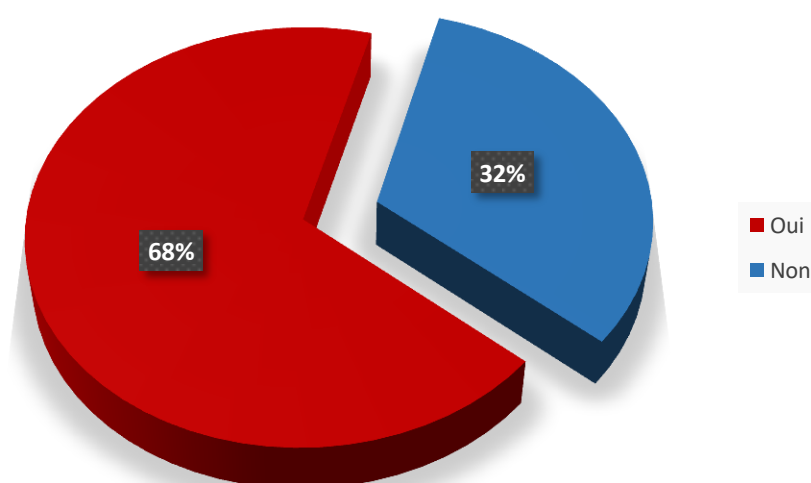
Satisfaction par rapport à l'accueil dans la structure	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	59	59
Non	41	41
Total	100	100

La plupart de nos usagers ont affirmé à 59% d'être bien accueilli dans la structure.

Tableau XXI: Répartition des usagers enquêtés selon l'orientation dans la structure

Satisfaction par rapport à l'orientation dans la structure	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	75	75
Non	25	25
Total	100	100

Dans notre étude, 75% de nos usagers ont affirmé d'être bien orienté dans la structure.



Graphique 6: Répartition des usagers enquêtés selon l'écoute du personnel dans la structure

Au cours de notre enquête, nous avons trouvé que **68%** de nos usagers disaient être satisfait de l'écoute du personnel dans la structure.

Tableau XXII: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le respect de l'ordre d'arrivée dans la structure

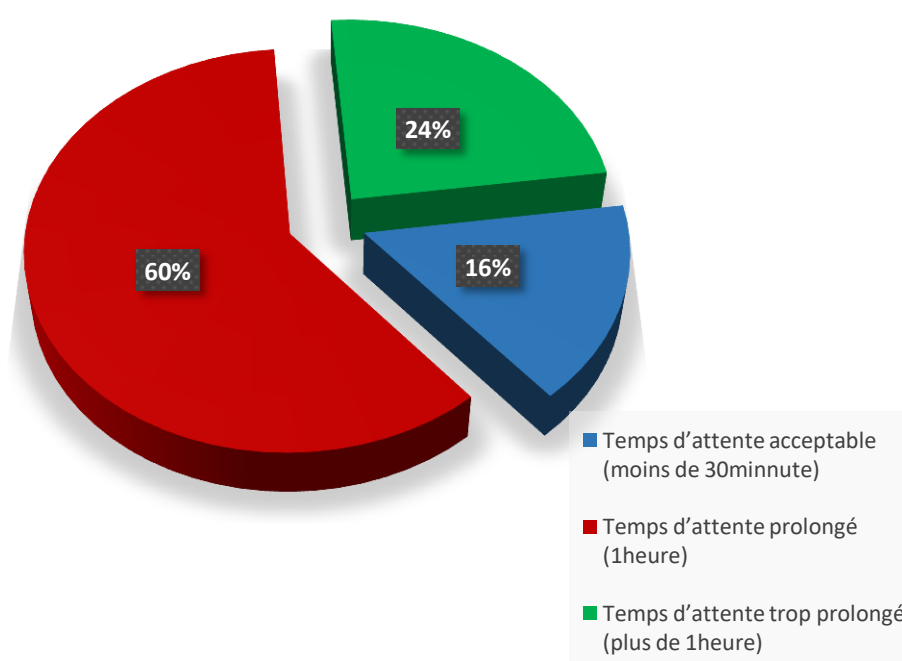
Satisfaction du respect de l'ordre d'arrivée	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	76	76
Non	24	24
Total	100	100

La plupart de nos usagers enquêtés ont affirmé à **76%** que l'ordre d'arrivée dans la structure était respecté.

Tableau XXIII: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le temps d'attente

Satisfaction par rapport au temps d'attente	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	16	16
Non	84	84
Total	100	100

La plupart de nos usagers enquêtés ont trouvé à **84%** que le temps d'attente est long.



Graphique 7: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le temps d'attente

60% de nos usagers enquêtés estimaient que le temps d'attente était prolongé c'est-à-dire aux alentours de 1heure.

Tableau XXIV: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur la communication avec le prestataire

Satisfaction par rapport à la communication avec le prestataire	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	90	90
Non	10	10
Total	100	100

90% de nos usagers étaient satisfaits de la communication avec le prestataire.

Tableau XXV: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le respect de leur intimité

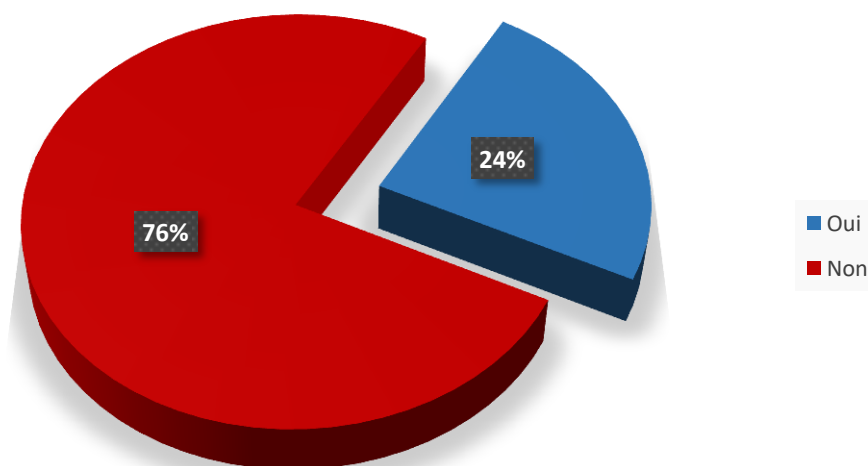
Satisfaction par rapport au respect de l'intimité	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	85	85
Non	15	15
Total	100	100

L'intimité de 85 usagers était respecté au cours des consultations soit **85%**.

Tableau XXVI: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur l'information donnée par les prestataires sur leur traitement

Satisfaction par rapport à l'information sur le traitement	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	90	90
Non	10	10
Total	100	100

Les usagers étaient satisfaits à **90%** de l'information donnée par les prestataires sur leur traitement.



Graphique 8: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur l'hygiène dans la structure

Nous avons trouvé à **76%** de nos usagers enquêtés étaient non satisfaits de l'hygiène dans la structure au cours de notre étude.

Tableau XXVII: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur la qualité des soins

Satisfaction par rapport à la qualité des soins	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	95	95
Non	5	5
Total	100	100

Au cours de notre étude, la plupart de nos usagers ont affirmé à **95%** être satisfaits de la qualité des soins.

Tableau XXVIII: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur le niveau d'équipement dans la structure

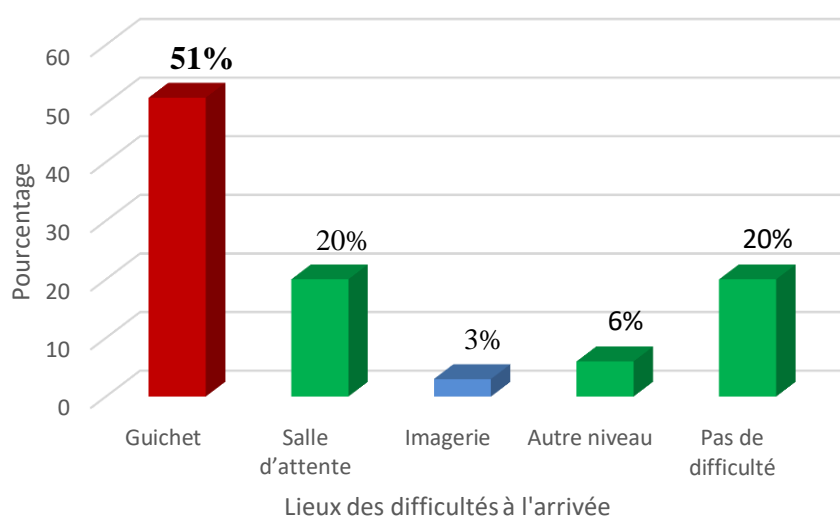
Satisfaction par rapport au niveau d'équipement dans la structure	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	64	64
Non	36	36
Total	100	100

Le niveau d'équipement de la structure était satisfaisant chez **64%** de nos usagers au cours de notre étude.

Tableau XXIX: Répartition des usagers enquêtés selon leur opinion sur la continuité des soins

Satisfaction par rapport à la continuité des soins	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	70	70
Non	30	30
Total	100	100

Nous avons trouvé que **70%** de nos usagers était satisfait de la continuité des soins.



*Autre niveau= Salle de consultation, pharmacie

Graphique 9: Répartition des usagers enquêtés par rapport aux lieux des difficultés dans la structure

Dans notre étude, **51%** de nos usagers ont été confronté à des difficultés au guichet AMO, cependant 20% déclarent n'avoir pas eu de difficultés à leur arrivée.

Tableau XXX: Répartition des usagers enquêtés selon les types de difficultés reçues

Types de difficultés	Fréquence	Pourcentage(%)
Temps d'attente prolongé	52	52
Mauvaise qualité de l'accueil de la part du personnel des guichets	15	15
Panne d'appareil d'imagerie	3	3
Nombreux aller-retour des usagers entre les services et le guichet pour des problèmes de cachets	4	4
Certains médicaments prescrits par les prestataires ne sont pas dans l'AMO	4	4
Certains examens complémentaires prescrits par les prestataires ne se font pas dans la structure	3	3
Pas de difficultés	19	19
Total	100	100

Plus de la moitié de nos enquêtés ont affirmé à **52%** avoir eu à attendre trop longtemps.

Tableau XXXI: Répartition des usagers enquêtés selon les points forts de la mise en œuvre de l'AMO

Points forts	Fréquence	Pourcentage(%)
Meilleure qualité de la prise en charge	3	3
Réduction des coûts de la prise en charge	30	30
Réduction des dépenses liées à la santé	22	22
Réduction du prix des médicaments	40	40
Meilleure fréquentation des structures de santé	5	5
Total	100	100

Dans notre étude, **40%** de nos enquêtés estimaient que l'AMO réduit le prix des médicaments et **30%** estimaient de l'AMO permet une réduction des coûts de la prise en charge.

Tableau XXXII: Répartition des usagers enquêtés selon les points à améliorer de l'AMO

Points à améliorer	Fréquence	Pourcentage(%)
Insuffisance du nombre de guichets par rapport à l'affluence des usagers	28	28
Certains médicaments prescrits par les prestataires ne sont pas dans l'AMO	20	20
Temps d'attente prolongé	10	10
Fermeture des droits des usagers sans leur information préalable	4	4
Nombreux aller-retour des usagers entre les services et le guichet pour des problèmes de cachets	7	7
Mauvaise qualité de l'accueil de la part du personnel des guichets	13	13
La limitation de l'âge des enfants ayants droits à 21 ans	4	4
Pas de faiblesses	14	14
Total	100	100

Au cours notre étude **28%** de nos enquêtés signalaient une insuffisance du nombre de guichets par rapport à l'affluence des usagers, **20%** trouvaient que certains médicaments prescrits par les prestataires ne figuraient pas dans la liste des médicaments AMO.

Tableau XXXIII: Suggestions des usagers enquêtés pour une meilleure mise en œuvre de l'AMO

Suggestions	Fréquence	Pourcentage(%)
Mieux accueillir et mieux communiquer avec les usagers	12	12
Augmenter le nombre de guichets AMO	30	30
Agent AMO dans chaque service	5	5
Ajouter plus de médicaments dans la liste des médicaments AMO	15	15
Délivrer aux usagers les fiches entièrement prêtes à l'emploi pour éviter les nombreux allers retours	7	7
Améliorer la maintenance des équipements et améliorer le plateau technique	9	9
Réfléchir sur un mécanisme d'intégration des ayants droits de plus de 21 ans en attendant la couverture universelle	4	4
Informier à l'avance les usagers d'aller renouveler leur droit	4	4
Ouvrir un guichet pour les personnels de santé et les cas urgents	2	2
Pas de suggestions	12	12
Total	100	100

Dans notre étude, **30%** de nos usagers enquêtés proposaient d'augmenter le nombre de guichets AMO dans la structure, **15%** proposaient d'ajouter plus de médicaments dans la liste des médicaments AMO.

Tableau XXXIV: Satisfaction de nos usagers enquêtés par rapport à la mise en œuvre de l'AMO

Satisfaction des usagers	1	2	3	4	5
Perception de la qualité de l'accueil par l'utilisateur dès son entrée dans la structure et jusqu'à sa sortie			X		
Présence de panneaux ou plaques signalétiques ou d'affiches permettant de guider dans la cour de l'établissement hospitalier				X	
Disponibilité du prestataire à écouter attentivement l'utilisateur			X		
Respect de l'ordre d'arrivée et de consultation pour chaque usager				X	
Temps d'attente avant le service est acceptable par l'utilisateur	X				
Les services sont offerts dans un cadre qui respecte l'intimité de l'utilisateur				X	
Bonnes pratiques des différents services avec professionnalisme				X	
Etat d'hygiène de la cour, des services sollicités, pratique de soins avec hygiène	X				
Niveau d'équipement du service permettant l'exécution correcte des tâches			X		
Disponibilité des prestataires qualifiés à tout moment, disponibilité et fonctionnalité des équipements			X		
La moyenne de la satisfaction des usagers par rapport à la mise en œuvre de l'AMO			X		

1= de 20 à 39% 2= de 40 à 59% 3= de 60 à 79% 4= de 80 à 99% 5=100%

Inférieur à 3= peu satisfaisant, de 3 à 4 = satisfaisant et 5= Très satisfaisant

La satisfaction des usagers enquêtés selon leur opinion sur la mise en œuvre de l'AMO est estimée à **3** c'est-à-dire satisfaisant.

4.2 Résultats qualitatifs de l'entretien individuel des responsables administratifs et des prestataires de soins de santé :

Au cours de notre travail nous avons réalisé des entretiens individuels approfondis auprès des responsables administratives (Directeur générale adjoint, surveillant général et l'agent comptable) et auprès des prestataires de soins de santé. Ainsi à la fin de ces entretiens individuels, nous avons fait les constats suivants :

4.2.1 Par rapport à la formation des agents sur l'assurance maladie obligatoire

On note qu'il n'y a pas eu une formation proprement dite sur l'assurance maladie obligatoire, juste un briefing sur l'enregistrement des usagers qui a concerné les agents de guichet et sur le remplissage des fiches d'ordonnance et examens complémentaires qui ont concerné les prestataires de soins.

4.2.2 Par rapport à un éventuel appui en matériel et équipement au démarrage et même en cours de la mise en œuvre de l'AMO

On note que la structure a bénéficié d'outils informatiques installés au niveau des guichets. Cependant la liste de ces matériels et équipements n'est pas au niveau de l'administration mais juste aux guichets.

4.2.3 Par rapport à l'organisation de la prise en charge des usagers dans la structure

On retient que tous les prestataires assurent la prise en charge des assurés AMO, le fonctionnement des guichets AMO est assuré 24h/24, la disponibilité des services de consultation est assurée 24h /24 uniquement en cas d'urgences, la dispensation des médicaments est assurée 24 h/24, le fonctionnement des examens complémentaires 24 h/24.

« Les consultations sont disponibles dans tous les services de notre structure pendant la journée mais à la garde c'est uniquement les consultations d'urgence ».

4.2.4 En ce qui concerne la prescription

« Actuellement, la prescription d'ordonnance est assurée uniquement par les prestataires en possession de cachets et code d'identification attribués par la CANAM contrairement au début où tous les prestataires pouvaient prescrire ».

4.2.5 La disponibilité des médicaments prescrits à la pharmacie de l'établissement

La plupart des produits prescrits par les prestataires est disponible au niveau de la pharmacie cependant on retient que *« Les prestataires ne disposent pas de la liste actualisée des médicaments AMO, de ce fait, les usagers reviennent souvent avec les ordonnances pour reprise ».* Aussi : *« certains prestataires prescrivent beaucoup les spécialités, ceux qui sont pas disponibles dans la pharmacie de la structure ».*

4.2.6 Le remboursement des factures par la CANAM

Au niveau de l'hôpital Gabriel Touré, *« Il n'y a pas de problème par rapport au mode de remboursement des frais engagés par rapport au délai et à la régularité ».*

4.2.7 Le suivi de la mise en œuvre de l'assurance maladie dans la structure

On note qu'il n'existe pas de système de suivi supervision interne des activités de l'assurance maladie obligatoire aussi du début de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire à nos jours, l'AMO n'a fait l'objet d'aucune évaluation au niveau de l'hôpital Gabriel Touré.

4.2.8 Par rapport aux réunions avec les prestataires dans le cadre de l'AMO

« Les réunions sont tenues quelques rares fois au niveau de l'hôpital Gabriel Touré avec les prestataires ».

4.2.9 La satisfaction des responsables et les points forts de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire

« Avec l'AMO, il y'a l'assurance que les prestations seront payées ; il évite donc le détournement des recettes ; il fallait la créer ».

L'assurance maladie est très avantageux tant pour les usagers pour que pour l'hôpital car il y'a une augmentation de la fréquence des consultations dans la structure donc une contribution à l'amélioration de la santé et un allègement des coûts des prestations.

4.2.10 Les points à améliorer de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire

L'exigence de code prescripteur et cachet, la non disponibilité de la liste actualisée de médicaments AMO au niveau des prestataires augmentent le travail des prestataires car les officines renvoient les ordonnances pour reprise entraînant des va et vient et une longue attente provoquant beaucoup de plaintes de la part des usagers.

Un manque de suivi, malversations, une insuffisance dans la qualité de l'accueil *« les gestionnaires des fiches AMO sont mal formés, ils ne connaissent pas l'importance de l'assurance »*, la présence d'un nombre insuffisant de guichets et de personnels AMO et des difficultés pour certains patients hospitalisés s'ils doivent se présenter physiquement au guichet pour confirmer leur identité.

4.2.11 Nous avons eu comme proposition et suggestions de la part des responsables administratifs et des prestataires

Un recrutement des personnels rompus à la tâche bien formés ayant le sens de l'accueil; mettre un guichet AMO dans chaque service afin de minimiser les attentes devant les guichets, une révision de la liste de médicament remboursés par l'AMO et une disponibilité de cette liste actualisée en permanence, rendre disponible le cachet et le code à tous les prescripteurs, un renforcement du plateau technique de qualité, faire un suivi régulier et un audit interne.

Tableau XXXV: Appréciation de la satisfaction des prestataires

Composantes évaluées	1	2	3	4	5
Les prestataires ont reçu une formation sur l'AMO et sa mise en œuvre	x				
Les prestataires disposent de la liste actualisée des médicaments dans la cadre de l'AMO	x				
Les prestataires disposent de matériels adéquats pour la prise en charge des malades	x				
Les prestataires sont satisfaits de la disponibilité des médicaments prescrits au DV				x	
Les prestataires reçoivent des motivations dans le cadre de l'AMO			x		
Moyenne		x			

1= de 20 à 39% 2= de 40 à 59% 3= de 60 à 79% 4= de 80 à 99% 5=100%

Inférieur à 3= peu satisfaisant, de 3 à 4= satisfaisant et 5= très satisfaisant

L'appréciation de la satisfaction des prestataires au niveau du CHU Gabriel Touré est estimée à **2** c'est-à-dire peu satisfaisant.

4.3 Récapitulatif des principaux résultats

Tableau XXXVI: Récapitulatifs des principaux résultats

Composantes évaluées	1	2	3	4	5
Disponibilité des ressources				x	
Processus de prise en charge des usagers		x			
Organisation de la prise en charge				x	
Satisfaction des usagers			x		
Satisfaction des prestataires		x			
Moyenne			x		

1= de 20 à 39% 2= de 40 à 59% 3= de 60 à 79% 4= de 80 à 99% 5=100%

Inférieur à 3= peu satisfaisant, de 3 à 4= satisfaisant et 5= très satisfaisant

La moyenne de l'appréciation des composantes évaluées du récapitulatif des principaux résultats au niveau du CHU Gabriel Touré est estimée à **3** c'est-à-dire satisfaisant.



**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'avènement de l'assurance maladie obligatoire au Mali en 2009 a été diversement apprécié par les bénéficiaires potentiels de l'époque. En effet, le début a été marqué par le retrait sinon le rejet pur et simple de certaines catégories socioprofessionnelles du pays.

Dans notre étude et conformément au schéma conceptuel tracé, nous avons travaillé sur des déterminants indispensables à la bonne mise en œuvre de l'assurance maladie à savoir les ressources, l'organisation, le processus, les usagers et les prestataires.

5.1 La disponibilité des différentes ressources

Ainsi les ressources constituent le socle de tout système de santé dont la bonne marche est fortement liée à la disponibilité des dites ressources qu'elles soient humaines, matérielles, logistiques ou autres.

➤ Concernant les ressources humaines

Ces dernières années, l'Etat et ses partenaires ont fourni beaucoup d'efforts pour renforcer la disponibilité de personnel qualifié dans les structures de soins, ainsi certaines spécialités qui n'avaient jamais existé au Mali le sont aujourd'hui comme en témoignent les filières de formation dans ces domaines. Aussi des stratégies ont été élaborées et actuellement mises en œuvre pour renforcer la disponibilité des ressources qualifiées à tous les niveaux de la pyramide [4, 18]. Des mécanismes de suivi et de motivation existent de nos jours pour les salariés de l'Etat dans la plus part des structures. [18]

L'évaluation de la disponibilité des ressources humaines qualifiées au niveau de la structure montre un niveau très satisfaisant en fonction des normes en la matière.

Cependant, cette bonne disponibilité de ressources humaines dans des structures de Bamako révélée par notre étude n'est pas forcément le cas dans d'autres régions du pays en raison de la répartition inégale du personnel de santé. En effet, de façon globale au Mali, les ressources humaines sont nettement insuffisantes tant en quantité qu'en qualité à tous les niveaux ; cette insuffisance varie d'un établissement à un autre, d'une région à une autre et même, au sein de la même région, d'un district sanitaire à un autre [18, 19].

En fin 2016 le Mali comptait 16 352 professionnels de santé de la fonction publique d'état et 2042 de la fonction publique des collectivités. [4]

La pénurie de ressources humaines compétentes et motivées pour la santé est désormais reconnue comme une des principales contraintes du système de santé du Mali. [20]

Par rapport à leur capacité, dans notre travail, la disponibilité de personnel qualifié varie d'un service à un autre qu'il s'agisse de la journée ou de la garde, à certains niveaux l'astreinte est de mise. Cela se traduit par l'absence de certains spécialistes pendant les heures

de garde remettant en cause la qualité de soins et l'équité d'accès aux soins spécialisés.

[20,21]

➤ **Par rapport aux ressources matérielles, logistiques et les équipements**

Elles constituent également des composantes essentielles du plateau technique des établissements de santé bien que très peu d'études n'abordent cette question. Dans notre travail, bien qu'il existe des normes [22] en la matière et par niveau, l'évaluation de ces ressources dans notre étude montre des niveaux différents en fonction des services et aussi en fonction des équipements clés retenus dans le cadre de l'étude.

De l'avis de prestataires et de certains responsables, les structures n'ont pas reçu d'appui en équipements matériels et logistiques au démarrage de l'AMO et jusqu'à nos jours. Les efforts de renforcement de plateau technique sont toujours attendus dans l'établissement car cela permettra de renforcer la continuité et la qualité des services [23], les patients n'auront plus à sortir d'un établissement pour aller effectuer des examens ailleurs par exemple.

Ceci a été le constat pour certains examens de laboratoire et d'imagerie mais aussi pour la dispensation des médicaments au sein des établissements. Concernant ce dernier point nombreux ont été les prestataires à ne pas disposer de la liste des médicaments AMO le jour de l'enquête.

Pour le plateau technique existant, des mesures doivent aussi être prises pour la maintenance qui est un problème majeur auquel la structure reste confrontée, les équipements souffrant de manque de maintenance [2, 24].

Certains gros équipements devaient exister en double ou triple dans les établissements pour couvrir rapidement les cas de pannes. Déjà dans certains établissements une sur utilisation des services existaient mais l'avènement de l'assurance maladie est en train d'aggraver cet état de fait. Pour le moindre mal les assurés n'hésitent pas à aller dans une formation sanitaire pour une demande d'ordonnance ou d'analyse alors qu'un simple conseil ou attention aurait suffi, il s'agit d'un cas de recours excessif aux soins décrit par Aboubakar I au Togo en 2012 [25].

5.2 L'organisation des services et le processus de soins :

L'avènement de l'assurance maladie n'a pas entraîné une modification de l'organisation et du processus de soins existant jadis dans les services. L'évaluation faite au cours de notre travail a conclu à un niveau satisfaisant. Les guichets ont été fonctionnels 24h sur 24 de même que la présence de prestataires dans les services de consultation, la faisabilité des examens complémentaires et la dispensation des médicaments.

Cependant l'étude a révélé des insuffisances relatives à la longue attente des usagers devant un seul guichet, des agents de guichets jugés non accueillants par certains usagers. Des études ont effectivement démontré qu'il a toujours existé un afflux massif des usagers partout où une assurance maladie a été mise en œuvre [26].

Le déficit de communication de la part de certains prestataires et des agents qui travaillent dans les guichets a été également rapporté alors que la communication avec les bénéficiaires fait partie des concepts clés dans la mise en place d'une assurance maladie. [9, 27]

La dernière insuffisance dans l'organisation et le processus est l'absence de suivi ou de réunion de monitoring documenté, dans la structure, aucun document n'a pas pu être mis à notre disposition traduisant une activité de suivi de l'AMO ou de réunion de gestion des difficultés de l'AMO. Pour nous ce suivi est très important car permettant de déceler les insuffisances et aussi d'anticiper sur la survenue de difficultés.

5.3 Données sociodémographiques, culturelles et économiques

Au cours de notre étude, les informations socio démographiques ont été collectées sur des usagers et ont porté sur le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la profession, la résidence, le motif de visite, le service de provenance des assurés ou ayants droits.

➤ Sexe :

Le graphique 1 nous montre que parmi les 100 usagers enquêtés au cours de notre étude, 58 sont de sexe féminin, soit **58%** et 42 sont de sexe masculin, soit **42%** et avec un sexe ratio de 1,38 pour 1 en faveur du sexe féminin. Nos données concordent avec celles retrouvées dans **EDSM V [17]**, qui montrent que parmi les personnes enquêtées au cours de l'EDSM V, 49% sont de sexe masculin et 51% de sexe féminin. Les femmes sont donc légèrement plus représentées dans la population par rapport aux hommes. Egalement, les femmes fréquentent beaucoup les structures sanitaires que les hommes, compte tenu de leur disponibilité dans les familles et de leur activité.

➤ Tranche d'âge

La tranche d'âge 20-39 ans a été la plus représentée au cours de notre enquête avec **51%**. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la population jeune était la plus active. La moyenne d'âge était à 49 ans avec un minimum à 16 ans et un maximum à 82 ans.

➤ Statut matrimonial

L'analyse du statut matrimonial de nos patients nous fait dire que plus des 2/3 sont marié (es), soit un effectif de 84 donc **84%**. Ces données sont comparables à celles de **KANTE M [26]** en 2015 qui trouve **72,3%** mariés. Cela s'expliquerait par le fait que, étant marié, l'on se soucie plus de son état de santé et de celui de sa famille.

➤ **Niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction supérieur a été le plus représenté dans notre échantillon avec **33%**. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'étant aux plus hauts niveaux d'instruction, l'on est en mesure de connaître l'importance d'avoir recours aux soins en cas de maladie.

➤ **Profession**

Sont considérées de la catégorie Autres, toute personne qui n'est ni fonctionnaire, ni ménagère, étudiant, ouvrier, élève, paysan ; ils sont donc qualifiés de patients inactifs et représentent **12%**. Les restes sont considérés comme les patients actifs dont la majorité est occupée par les fonctionnaires avec **25%**. **KANTE M [26]** en 2015 obtient **83%** actifs contre **17%** inactifs.

➤ **Résidence**

Les résultats du graphique 4 nous montrent que la structure a été fréquentée par les résidents de toutes les communes de Bamako mais, la majeure partie de nos usagers enquêtés résidait dans les communes 4,6 et 3. Cependant, 10% nous provenait hors Bamako.

➤ **Motif de la visite**

56% de nos usagers venaient en consultation, 32% venaient pour renouvellement d'ordonnance et ceci pourrait s'expliquer par le fait que la structure est un centre hospitalier.

➤ **Service de provenance**

Le service de médecine a été le plus fréquenté par nos usagers enquêtés avec **29%**, suivi du service de pédiatrie avec **27%**. Ceci pourrait s'expliquer par la présence de nombreux spécialistes en médecine mais aussi par le fait que les enfants sont fragiles.

5.4 Connaissance des patients par rapport à l'AMO

➤ **Connaissance des usagers enquêtés sur leur date d'affiliation à l'AMO :**

Dans notre étude, **27%** de nos usagers enquêtés déclarent avoir adhérer à l'assurance maladie obligatoire en 2016. Cependant, 13% de nos usagers enquêtés ne connaissait pas leur

date d'affiliation à l'AMO, ceci s'expliquerait par le fait que plusieurs de nos enquêtés sont des ayants droits à l'AMO.

➤ **Assurés et les ayants droits de l'AMO :**

Les ayants droits représentaient **79%** contre **21%** d'assurés. Ce résultat est supérieur à celui de **KANTE M [26]** en 2015 qui a trouvé **53,7%** d'ayants droits contre **42,3%** d'assurés. Par contre **YMELE N C [27]** en 2015 au Mali a obtenu **41,8%** ayants droits contre **58,2%** assurés. Ce qui peut s'expliquer d'une part à travers les critères d'inclusion de notre étude et d'autre part, un ouvrant droit peut faire bénéficier plusieurs ayants droits. Aussi, le fait qu'à partir de 21 ans un ayant droit cesse d'être bénéficiaire car il est majeur et apte à se prendre en charge financièrement.

5.5 Evaluation de la satisfaction des usagers enquêtés par rapport à leurs opinions sur la structure et sur le personnel.

➤ **Opinion des usagers sur la structure**

Concernant l'accueil, plus de la moitié de nos usagers enquêtés a déclaré avoir été bien accueillie dans la structure (**59%**), bien orientée (**75%**), bien écoutée par le personnel dans la structure (**68%**), satisfaite du respect d'ordre d'arrivée (**76%**) et sont aussi satisfaite du niveau d'équipement de l'établissement (**64%**).

En ce qui concerne l'accueil, **Allou D et all en 2011 [28]** en Côte d'Ivoire trouvent un taux de satisfaction par rapport à l'accueil se situant entre **45,6%** et **59,6%**, ce qui est comparable à nos résultats. **Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE de mai 2013 [29]** au Rwanda rapporte **100%** comme taux de satisfaction par rapport à l'accueil. Ce qui est supérieur à nos résultats. Cette différence peut s'expliquer par le fait que 96,15% de la population Rwandaise bénéficie d'une assurance maladie publique [30].

En ce qui concerne le respect de l'ordre d'arrivée, **KANTE M [26]** au Mali en 2015 a obtenu 98% des patients qui étaient satisfaits du respect d'ordre d'arrivée.

Cependant certains de nos usagers enquêtés se plaignaient du temps d'attente prolongé (supérieur à 1h) (**60%**) ce qui est comparable au résultat d'**YMELE NANA C [27]** au Mali en 2015 qui a obtenu **56%** de patients qui se plaignaient d'une durée d'attente longue.

Au Mali, **KANTA K. [31]** en 2007 au Mali, trouve dans son étude une durée d'attente ne dépassant pas les 30 minutes et **90,6%** des patients trouvant ce délai acceptable. Ce qui est contraire à nos résultats. Cette différence s'expliquerait par le fait que notre étude a été

réalisée dans un CHU, qui est un centre de référence de premier niveau et a donc un niveau de fréquentation plus élevé.

Cependant, **76%** de nos usagers se plaignaient d'une mauvaise hygiène de la structure.

➤ **Au niveau des bureaux de consultation**

Dans la salle de consultation les usagers déclarent être satisfaits de la communication avec le prestataire et de l'information donnée sur leur traitement à **90%**, du respect de l'intimité à **85%**, de la qualité des soins à **95%** et d'une bonne continuité des soins à **70%**.

5.6 Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Notre étude nous a fait savoir que **60 %** de nos usagers enquêtés ont été satisfait de leur prise en charge générale au niveau du CHU Gabriel Touré, avec un taux de satisfaction qui est inférieur à celui de **SISSIKO F [32]** en 2010 au Mali qui trouve **80%**.

Les principales raisons de la satisfaction par rapport à la mise en œuvre de l'AMO ont été la réduction du prix des médicaments, la réduction des coûts de la prise en charge et la réduction des dépenses de la famille liées à la santé.

Par contre, quelques points à améliorer de la mise en œuvre de l'AMO ont été évoqués notamment :

- L'insuffisance du nombre de guichet AMO par rapport à l'affluence des usagers,
- L'absence de certains médicaments prescrit par les prestataires sur la liste de médicament prise en charge par l'AMO,
- Nombreux aller-retour des usagers entre les services et le guichet pour des problèmes de cachets entraînant un temps d'attente prolongé,
- La mauvaise qualité de l'accueil de la part du personnel des guichets
- Limitation de l'âge des ayants droits à 21 ans
- La fermeture des droits des usagers sans leur information préalable.

5.7 prestataires

Le personnel soignant forme la base d'un système de santé et représente généralement environ la moitié de toutes les dépenses de santé d'un pays. Une pénurie de personnel soignant est souvent un obstacle majeur à la consolidation des systèmes de santé, à un recrutement inefficace, à une formation peu adéquate et à une mauvaise supervision. Le cumul de ces défaillances a pour résultat inévitable une diminution de la productivité et des performances [33].

Le recueil de l'opinion des prestataires est une étape essentielle sur la bonne mise en œuvre de l'assurance maladie dans leur structure de prestation [9].

Bien que nos moyens limités ne permettent pas d'inclure l'exhaustivité des prestataires, nous nous sommes intéressés à ceux des services d'où provenaient les usagers. Ainsi il s'agissait dans un premier temps d'apprécier la formation des prestataires sur l'assurance maladie et la disponibilité d'ordinogrammes et de liste de médicaments AMO dans leur salle, ceci a abouti au constat que la plus part des prestataires interrogés n'avaient pas été formés sur l'AMO, et ne disposaient pas également d'ordinogramme et également pas de liste de médicaments AMO.

Concernant l'ordinogramme, il s'agit de recueil de schémas thérapeutiques ou de fiches de conduite à tenir devant telle ou telle autre maladie, l'intérêt d'en disposer peut guider les choix thérapeutiques et rester dans une fourchette de soins. La disponibilité des listes de médicaments AMO quant à elle guide les prescripteurs dans le choix des molécules retenues dans le cadre de l'AMO, cela permet d'éviter les nombreux allers et retours des usagers pour la reprise d'ordonnance, peut aussi une économie des feuilles de soins.

Les prestataires, interrogés sur la disponibilité des médicaments prescrits à la pharmacie hospitalière, sont satisfaits à près de 80 % de cette disponibilité.

Aussi il est ressorti que la plus part des prestataires interrogés n'ont pas reçu de formation sur l'assurance maladie, ce qui peut aussi expliquer certaines difficultés de démarrage. Des insuffisances relatives à la motivation ont été signalées dans les établissements de santé par certains prestataires qui se plaignent de l'augmentation de la charge de travail à la suite de l'avènement de l'AMO.

Peu de pays ont mis en place des mesures d'accompagnement de leurs politiques d'exemption. La littérature rapporte seulement une expérience de ce type au Ghana où une prime de motivation a été instaurée dans certaines régions pour faire face à la charge de travail et où les salaires du personnel médical ont été augmentés. En effet, l'augmentation de la charge de travail des personnels de santé est rapportée non seulement au Ghana, mais également au Sénégal, bien qu'il s'agisse de perceptions de répondants. [3,34]

5.8 Les limites et difficultés de l'étude

Notre travail s'est inscrit dans le cadre d'une étude transversale descriptive sur l'état des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au niveau du CHU Gabriel Touré. Il s'agissait d'apprécier la disponibilité des ressources, le processus de prise en charge, la satisfaction des usagers et l'organisation des services de la structure.

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

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

- Refus de certains patients à se soumettre au questionnaire, pour certains par manque de temps, et pour d'autre lié au simple fait de la fatigue causée par la longue file d'attente du guichet à la salle de consultation sans oublier les examens complémentaires et la pharmacie
- Une autre difficulté à laquelle nous avons été confrontés au cours de cette étude a été le manque de document typique de référence et de comparaison, le sujet n'ayant pas encore été traité.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1 Conclusion

A l'issu de notre étude, nous affirmons que les ressources humaines et matérielles constituant le socle du dispositif de mise en œuvre de l'assurance maladie sont satisfaisantes.

L'organisation des services assurant adéquatement une bonne prise en charge des usagers est satisfaisante. Cependant les prestataires interrogés sont très peu satisfaits des motivations reçues dans le cadre de l'AMO, de l'insuffisance du plateau technique.

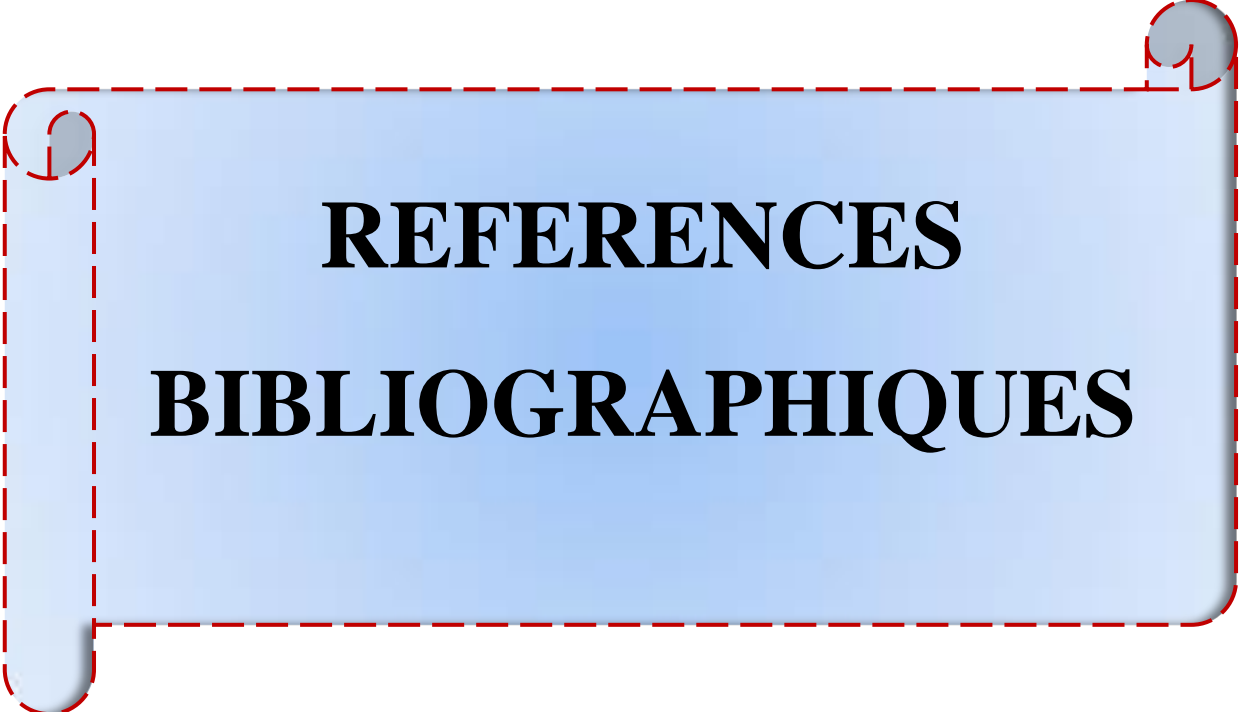
Plus de la moitié de nos usagers enquêtés ont été satisfait de leur prise en charge générale. Les raisons de cette satisfaction sont dues la réduction du prix des médicaments et des coûts de la prise en charge.

L'état des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire est satisfaisant au niveau de l'hôpital Gabriel Touré en dépit de quelques points à améliorer pour lesquelles des actions doivent être entreprises. Il s'agit du non disponibilité de la liste actualisée des médicaments auprès de l'ensemble des prestataires, de l'insuffisance du nombre de guichets et d'agents AMO et des plaintes de certains usagers par rapport au temps d'attente.

6.2 Recommandations

Au terme de cette étude sur l'état de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au niveau de l'hôpital Gabriel Touré en 2018, nous formulons les recommandations suivantes :

- Mettre à la disponibilité des prestataires, des équipements et leur maintenance pour une meilleure prise en charge ;
- Tenir périodiquement des systèmes de suivi-supervision interne des activités de l'AMO ;
- Augmenter le nombre de guichets AMO afin de réduire le temps d'attente des usagers ;
- Mettre à la disposition des prestataires, la liste actualisée des médicaments pris en charge par l'AMO pour faciliter leur prescription ;
- Mettre en place un système d'encouragement des prestataires ;
- Améliorer la qualité de l'accueil et de la communication des prestataires avec les usagers en les organisant des ateliers de formation ;
- Assurer la disponibilité et la continuité des services 24h/24 ;
- Eviter la surconsommation des soins de santé ;



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées**, Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali, Rapport final, Octobre 2011, 52-55.
2. Cellule de Planification et de Statistique secteur Santé, **Ministère de la Santé**, Développement Social et Promotion de la Famille, 2014, Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023, p13 24 25 59 97.
3. **RIDDE V, QUEUILLE L, KAFANDO Y**, Capitalisation de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest, 151p
4. **Réseau Vision Tokyo 2010 pour le développement des ressources humaines en santé en Afrique-JICA**, Analyse situationnelle des ressources humaines en santé des pays membres du réseau Vision Tokyo 2010, aout 2017, p139-156, Direction des Ressources Humaines, Profil des Ressources Humaines en Santé du Mali, 2009, 102 p.
5. **LAURENCE C et all**. Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali, 2010, 54p
6. **Présidence de la République du Mali**, Loi n°09-015 AN /RM du 26 juin 2009 portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire, Journal Officiel num 2009 ;1
7. **Organisation Internationale du Travail OIT**, Convention n° 102 concernant la norme minimale de la sécurité sociale entrée en vigueur le 27 Avril 1955 et adoptée le 28 juin 1962 à Genève lors de la 35ème session CIT.
8. **Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale**, Systèmes nationaux de sécurité sociale, Le régime malien de sécurité sociale, 2013, Consulté le 25 Avril 2014 à 10h25, consultable à l'URL : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mali.html.
9. **WANG H. et all**, Manuel sur l'assurance maladie : comment l'opérationnaliser, Version française. Bethesda, Maryland. Projet Health System 20/20, Abt Associates Inc. Mai 2010, P67
10. **Organisation Mondiale de la Santé**, Rapport sur la santé dans le monde 2013, La recherche pour la couverture sanitaire universelle, 5p
11. **Dr DAOU B**, L'assurance maladie obligatoire au Mali : Analyse de l'offre de soins dans le cadre de la mise en œuvre de l'AMO, Aout 2012, 53 68p
12. **Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy**, L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque mondiale, 2006, 41-501
13. **AEDES** : financement des services de santé version 1996, 8p
14. **LAPORTE J.D**, Le financement communautaire des services de santé : la situation au Mali et dans d'autres états francophones d'Afrique, INED octobre 2004, 2p

15. **K.P.ADON**. L'assurance maladie en Côte d'Ivoire : entre protection et politique de santé. Fév. 2013 ; 60 (2) : 72-81
16. **Dye C. et all**. Recherche pour la couverture universelle. 2013 ; 6p
17. **Enquête Démographique et de Santé au Mali 5ième édition (EDSM V)**, présentation générale du pays et méthodologie de l'enquête, Mai 2014, p4
18. **Ministère de la Santé, Direction des Ressources Humaines**, Profil des Ressources Humaines en Santé du Mali, 2009, 102 p.
19. **BERTHE Y, BALIQUE H** : Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali, Ministère de la Santé de la République du Mali et Ministère des Affaires Etrangères de la République Française, 2004
20. **Banque Mondiale, La Problématique de la Santé et de la Pauvreté au Mali**, Volume 1, Rapport Principal, 02 Avril, 2011, 148 p, pages 24, 77 à 96
21. **WSM**, Étude comparative des systèmes de protection sociale, Rapports sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels au Rwanda et au Burundi, consultable sur www.wsm.be,
22. **GOBBERS D, PICHARD E**, L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest, 36 ADSP n° 30 mars 2000, docspdf
23. **GHEORGHE A, LIPCAN A, PICANYOL C et all CABRI**, LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ en Afrique défis et opportunités, Conférence internationale sur le financement de la Santé en Afrique 30 novembre au 1er décembre 2015, à Dar es-Salaam, Tanzanie,
24. **CISSE A M S**, CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DE LA POLITIQUE DE MAINTENANCE DES ÉQUIPEMENTS BIOMÉDICAUX À L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G DE BAMAKO, mémoire de fin d'études CESAG Dakar, 2004, 99 pages
25. **GRIMALDI A**. Quel avenir pour le système de Santé ? Médecine des Maladies Métaboliques, Elsevier, 2016, 10 (3), p.231-237. <10.1016/S1957-2557(16)30055-4>
26. **KANTE M**, enquête de satisfaction des assurés AMO au niveau de deux (02) centres de santé de référence du district de Bamako. Faculté de médecine et d'odontostomatologies 2015, 65 pages. 15M148
27. **YMELE N C**, Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU Point G. Faculté de médecine et d'odontostomatologies 2015, 147 pages, 15M223
28. **D. Alloh, N. Aka, B. Manou et all**. Evaluation de la satisfaction des patients d'hospitalisation de jour de rééducation à Abidjan. Médecine d'Afrique noire. Février 2011.5802 ; 63-68.
29. **Hôpital de Kibuye** : Plan stratégique de l'hôpital de Kibuye, Juillet 2012- Juin 2018, Rwanda, Mai 2013, 60p

- 30. Nyandekwe M., Nzayirambaho M., Baptiste Kakoma J.** Universel Health coverage in Rwanda : dream or reality. Pan Afr Med J. 2014 Mar. 27;17-232.
- 31. KANTA K.** Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de kolokani). Faculté de médecine et d'odontostomatologie 2007. 07M165.
- 32. SISSOKO F,** Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie de la santé dans le centre de santé de la MUTEK. Faculté de médecine et d'odontostomatologies 2010,10M606
- 33. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE,** Rapport sur la santé dans le monde 2010: le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, bibliothèque OMS, ISBN 978 92 4 068481 2, NLM: W 74, p73
- 34. ABOUBACAR I,** analyse de la relation entre les institutions d'assurance maladie et les prestataires de soins au Togo, Mémoire CESAG, Dakar, 2012, 2013, 68p



ANNEXES

8 ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire Responsable Administratif

Il s'agit du **DG** ou **DGA**, du **Comptable matière**, de l'**agent comptable**, du **surveillant général**

Numéro Fiche : Date .../.../..... Nom de l'enquêteur :

A _ Informations générales

QES1. Nom de l'établissement :

QES2. Qualité de l'enquêté :

QES3. Fonction de l'enquêté :

QES4. Sexe de l'enquêté : M / / F /

B_ Renforcement des capacités

QES5. A quelle date l'AMO a débuté dans votre structure? / / / . NSP /

QES6. Les prestataires de votre structure ont-ils reçu une formation sur l'assurance maladie ?
Oui / Non /

QES7. Si Oui, pouvez décrire les thèmes abordés

.....

QES8. Votre structure a-t-elle reçu un appui initial en matériel, équipement / logistique dans le cadre du démarrage de l'AMO ? Oui / Non /

QES9. Si oui, pouvons-nous avoir la liste des matériels, équipements et logistiques reçus ?
Oui / Non /

QES10. Si liste non disponible, décrire les matériels/équipements reçus.....
.....

QES11. Aussi, de 2011 à nos jours, la structure a-t-elle reçu d'autres appuis en équipements matériels dans le cadre de l'AMO ? Oui / Non /

QES12. Si oui demander une liste,

QES13. Si liste non disponible décrire les matériels/équipements reçus.....

D_ Organisation :

QES14. Existe-il un manuel de procédures pour la prise en charge des assurés AMO ? Oui / Non /

QES15. Tous les prestataires assurent-ils la prise en charge des assurés AMO ? Oui / Non /

QES16. Si non quelle proportion assure-t-elle cette prise en charge ?.....

QES17. L'AMO fonctionne-t-il 24 h sur 24 h ?

QES18. Consultation Oui/_/ Non/_/,

QES19. Examens complémentaires Oui/_/ Non/_/,

QES20. Dispensation de médicaments Oui/_/ Non/_/

QES21. Pour le remboursement, à quel rythme vos factures sont envoyées à la CANAM ?

Mensuel /_/ Trimestriel /_/ Semestriel /_/ Annuel /_/

QES22. Etes-vous satisfait par rapport au mode de remboursement des frais engagés par rapport au délai et à la régularité ? Oui /_/ Non /_/

C_ Suivi

QES23. Existe-t-il un système de suivi / supervision interne des activités AMO ? Si oui comment ce suivi se fait (*décrire*) ?

.....

QES24. Tenez-vous des réunions avec les prestataires dans le cadre de l'AMO ? Oui /_/ Non /_/

Si oui, à quel rythme ?

QES25. Existe-t-il des rapports de ces réunions ? Oui /_/ Non /_/

QES26. Si oui prendre des copies

QES27. Recevez-vous des missions extérieures (MSAH, CANAM, ANAM) pour le suivi de la mise en œuvre de l'AMO et s'enquérir des difficultés de mise en œuvre? Oui /_/ Non /_/

QES28. Si oui rapport disponible

QES29. La mise en œuvre de l'AMO a-t-elle fait l'objet d'une évaluation dans votre structure ? Oui /_/ Non /_/

QES30. Si oui, par qui ?.....

QES31. Pouvez-vous nous dire quelques conclusions issues de cette évaluation?

.....

E_ Forces et faiblesses

QES32. Etes-vous satisfait de la mise en œuvre de l'AMO dans votre structure ? Oui /_/ Non /_/

QES33. Si oui pouvez-vous nous donner quelques forces ou avantages

.....

QES34. Si non pouvez-vous nous donner quelques faiblesses ou insuffisances

.....

E_ Suggestions et perspectives

QES35. Que suggérez pour renforcer ou améliorer la mise en œuvre de l'AMO ?

.....

QES36. Quelles peuvent être selon les prochaines étapes dans la mise en œuvre de l'assurance maladie et que faut-il faire pour cela ?

Je vous remercie de votre disponibilité

Annexe 2: Questionnaire Prestataire de soins de santé

Numéro Fiche :..... Date .../.../.../... Nom de l'établissement :.....Nom de l'enquêteur :

QES1. Qualité de l'enquêté : Médecin /_/ , TSS /_/ , TS /_/ , Autres à préciser:.....

QES2. Service :.....QES3. Sexe de l'enquêté : M/_/_/ F _/_/

QES4. Avez-vous reçu une formation pour la prise en charge des assurés AMO ? Oui/_/ Non /_/_/

QES5. Si oui, pouvez-vous nous dire quelques thèmes abordés au cours de cette formation ?
...

QES6. Disposez-vous de protocole ou de directives pour la prise en charge des assurés AMO (manuel de procédures, ordigrammes,...) ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES7. Disposez-vous de la liste actualisée des médicaments dans le cadre de l'AMO ? Oui/_/_/ Non/_/_/

QES8. Cette liste répond-elle à vos attentes Oui /_/_/ Non /_/_/ Si non, quel constat en faites-vous ?

QES9. Avez-vous été associé à son élaboration ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES10. Avez-vous participé à des réunions de suivi de la mise en œuvre de l'AMO ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES11. Le matériel / équipement existant ici vous permet-il une prise en charge adéquate? Oui/_/_/ Non/_/_/

QES12. Êtes-vous satisfait quant à la disponibilité des médicaments que vous prescrivez au DV ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES13. Recevez-vous des motivations dans le cadre de l'AMO ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES14. Si oui quel type de motivation : Pécuniaire /_/_/ Formation /_/_/ Lettre de félicitation /_/_/ Voyage /_/_/ Autre à préciser.....

QES15. Existe-t-il une augmentation de la charge de travail avec l'avènement de l'AMO (augmentation du nombre de consultants) ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES16. Avez-vous des difficultés pour la prise en charge des assurés AMO ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES17. Si oui pouvez-vous nous citer quelques-unes de ces difficultés
.....

QES18. Quelles sont selon vous les forces ou avantages de la mise en œuvre de l'AMO ?.....

QES19. Quelles sont selon vous les faiblesses ou insuffisances de la mise en œuvre de l'AMO ?

QES20. Quelles suggestions ou recommandations faites-vous pour améliorer la mise en œuvre de l'AMO ?

QES21. Quelles peuvent être selon les prochaines étapes dans la mise en œuvre de l'assurance maladie et que faut-il faire pour cela ?.....

Je vous remercie de votre disponibilité et de la qualité de vos réponses

Annexe 3: Questionnaire Assuré AMO ou Ayant droit

Date .../.../.../...Nom de l'établissement :.....Nom de l'enquêteur :

QES1. Sexe de l'enquêté : M/_/_/ F _/_/_/

QES 2. Age :.....

QES3.Statut matrimonial :

QES4. Niveau d'instruction :.....

QES5. Profession :.....

QES6. Résidence :.....

QES 7. Motif de la visite : consultation, renouvellement ordonnance, labo, imagerie, etc....

QES8. Service de provenance

QES9.Date d'affiliation à l'AMO si connue :.....

QES10. Etes-vous satisfait de l'accueil dans la structure ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES 11. Etes-vous satisfait de l'orientation dans la structure ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES12. Etes-vous satisfait de l'écoute du personnel dans la structure ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES13. Etes-vous satisfait du respect de l'ordre d'arrivée ? Très satisfait/_/_/ Satisfait/_/_/ Pas Satisfait /_/_/

QES14. Etes-vous satisfait du temps d'attente ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES15. Etes-vous satisfait de la communication avec le prestataire dans la structure ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES 16. Etes-vous satisfait du respect de votre intimité ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES17. Etes-vous satisfait de l'information sur votre traitement ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES18. Etes-vous satisfait de la qualité des soins ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES19. Etes-vous satisfait de l'hygiène dans la structure ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES20. Etes-vous satisfait du niveau d'équipement de l'établissement ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES21. Etes-vous satisfait de la continuité des soins ? Oui /_/_/ Non /_/_/

QES22. Avez-vous été confronté à des difficultés à votre arrivée ? Au guichet /_/ , en salle d'attente /_/ , au dépôt de vente /_/ , au niveau des examens complémentaires /_/ Si oui quel difficulté ?.....

QES23. Pouvez vous nous citer quelques avantages de la mise en œuvre de l'AMO ?
.....

QES24. Pouvez-vous nous citer quelques faiblesses ou insuffisances de la mise en œuvre de l'AMO ?

QES25. Que pouvez-vous suggérer pour améliorer la mise en œuvre de l'AMO ?
.....**Je vous remercie de votre disponibilité**

Annexe 4: Grille d'observation Hôpital

Equipements clés : *Demander et vérifier si les matériels et équipements suivants existent et sont fonctionnels*

Equipement et Matériel	Fonctionnel oui=1, non=0	Observation
Table d'opération		
Groupe électrogène		
Echographe		
Aspirateur autonome		
Respirateur d'anesthésie		
Autoclave		
Radiographie numérique		
Scanner		
Automate d'hématologie		
Bistouri électrique		

Médicaments : *demander et vérifier la disponibilité des 40 Médicaments et consommables traceurs*

N° ordre	Désignation	Forme/Dosage	Disponible, 1=oui, 2=non	Observations
1	Amoxicilline 500mg	500mg gél.		
2	Sérum salé 0,9%	500ml		
3	Sérum glucosée 5%	500ml		
4	Cotrimoxazole 480mg	480mg cp.		
5	Ciprofloxacine 500mg	200mg cp.		

6	Ibuprofène 400mg cp.	Cp.		
7	Metronidazole IV 0,5%	Inj.		
8	metronidazole 250mg	Cp.		
9	Paracétamol 500mg cp.	Cp.		
10	Gentamycine 80mg	Inj.		
11	sel de quinine 200mg inj.	Inj.		
12	Sel de quinine 400mg inj.	Inj.		
13	Omeprazole	Cp.		
14	Ringer lactate	solution		
15	Ceftriazone 1g	Inj.		
16	Hydroxyde d'al et de mg cp.	Cp.		
17	Ketamine 0,5%	Inj.		
18	Atropine	Inj.		
19	Diazépam 10mg inj.	10mg inj		
20	Vit.B complexe cp.	Cp.		
21	Paracétamol 500mg Ing.	500mg ing.		
22	Lidocaine 2%	inj		
23	Furosémide inj.	200mg cp.		
24	Dexamethasone	Inj.		
25	Vit.B complexe inj.	10ml inj.		
26	CTA enfant/ adulte	Cp.		
27	Acide acétyle salicylique	500mg cp.		
28	Fer+acide folique (sachet/20)	200mg cp.		
29	Furosémide inj	inj		
30	Alcool °90	solution		
31	Cathéter 20G OU 18G			
32	compresse 40x40	40X40		
33	Gants stérile 7/2 et 8			
34	Perfuseur			
35	Polyvidone iodée	solution		
36	Sonde nasogastrique ch16-ch18			
37	Sonde de Foley ch14-ch20			
38	Transfuseur			
39	Ocytocine inj.	Inj.		
40	Perfalgan 1g	Inj.		

Examens biomédicaux : Demander et vérifier la faisabilité des 10 Examens

biomédicaux standards

Examens biomédicaux	Disponible oui=1, non=0	Observation
Numération Formule Sanguine		
Glycémie		
Groupage Rhésus		

TP		
CRP		
Créatininémie		
TCA		
Goutte Epaisse		
Ionogramme		
ECBU		

Supports : *demander et vérifier la disponibilité des supports suivants :*

<i>Type de supports</i>	Existence oui=1, non=0	Observations
Registre d'enregistrement des consultants AMO		
Souches d'ordonnances		
Registres de consultation		
Fiches de stock		
Liste médicaments AMO		
Liste Examens laboratoires		
Liste examens Imagerie		
Dernier inventaire matériels et logistiques		
Dernier inventaire médicaments		
Recueil de textes sur l'AMO		

Annexe 5: Autorisation de recherche

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES DE BAMAKO

I. S. F. R.A

Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée
Sis à N°Golonina Rue : 268, Porte : 238, BP E475 Tél/Fax : 20 21.04.66
www.ml.refer.org/isfra E-mail : isframl@yahoo.fr

LN°18-**0150**/ISFRA

Bamako, le 29 Mars 2018

Le Directeur Général de l'ISFRA

Objet : Demande d'autorisation d'enquêtes
auprès de vos structures.

A
Monsieur le Directeur Général du CHU
Gabriel TOURE.

Monsieur Oumar GUINDO est régulièrement inscrit à l'ISFRA. Sa thèse est intitulée : « **Etat des lieux de la mise en œuvre de l'AMO au Mali, défis et perspectives** ». Il travaille sous la direction du Pr Samba DIOP.

Pour mener à bien sa thèse, Monsieur Oumar GUINDO a besoin de données auprès de vos structures. Je vous saurais donc gré de bien vouloir lui faciliter l'accès à vos données et aux personnes ressources qu'il souhaiterait rencontrer.

Vous assurant de ma franche collaboration, je vous souhaite bonne réception de la présente.

Le Directeur Général Adjoint


Dr Balla DIARRA



Annexe 6: Approbation du comité d'éthique de la FMPOS

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE DES SCIENCES,
DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE / BP 1805

☎ : (223) 20 22 52 77

☎ : (223) 20 22 96 58

BAMAKO - MALI

N°2018/ 50 /CE/FMPOS

Le Président du Comité
D'Ethique de la FMPOS

Bamako, le 24 avril 2018

(-)w Docteur Oumar GUINDO, MD, Mph

Cher Docteur,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique de la FMPOS approuve définitivement votre projet de recherche intitulé «**Etat des lieux de la mise en œuvre de l'AMO au Mali, défis et perspectives**» ayant constaté l'effectivité de la prise en compte des différentes recommandations faites et vous souhaite plein succès dans vos recherches.

P/LE PRESIDENT P.O
LE VICE- PRESIDENT

Prof. Amadou DIALLO

Comité d'Ethique de la FMPOS

Annexe 7: Certificat en transcription de langue

<p>MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE DIRECTION NATIONALE DE L'ÉDUCATION NON FORMELLE ET DES LANGUES NATIONALES</p>	<p>REPUBLIQUE DU MALI UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI</p>	<p>KALANKO MINISIRISO MALI JAMANA Fasojama kelen-Kuntlienna kelen-Ŋaniya kelen</p>
		
<p>ATTESTATION N° <u>14764</u> MEN/DNEF-LN</p>	<p>SEEREYASEBEN N° <u>14764</u> KM/FFYŊ</p>	
<p>Je soussigné, le Directeur National de l'Éducation non Formelle et des Langues Nationales atteste que : M : <u>Maimouna Katy Niambele</u> né (e) <u>le 31 août 1992</u> à <u>Bamako</u> a régulièrement suivi la formation d'initiation à la lecture, à la transcription et à la méthodologie d'enseignement de la langue nationale : <u>bamanan</u> du <u>12/03</u> au <u>11/04/2018</u> à <u>Bamako</u> En foi de quoi, je lui délivre la présente attestation pour servir et valoir ce que de droit.</p>	<p>Ne, Fasokannakalan ni Fasokanw Yiriwali Ŋemogso, b'a seereya ko: Maimouna Katy Niambele min bangera <u>Bamako, Utukalo tile 31 san 1992</u> ye kalanjɛ sebenni ani karamogokalan ke <u>bamananan na</u> ka bo <u>Marisikalo tile 12 la</u> ka taa se <u>Awirilekalo tile 11 na, san 2018</u> O kama, n be nin seereyaseben in d'a ma - Bamako, <u>Awirilekalo tile 26 san 2018</u></p>	
<p>Bamako, le <u>26 avril</u> 2018 Signature du titulaire Le Directeur National,  Dr Gouro DIALL</p>	<p>Baarada Ŋemogo  Dr Guuro JAL</p>	

Annexe 8: Certificat en éthique de recherche



Zertifikat
Certificat

Certificado
Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Clinical Trials Centre
The University of Hong Kong

Certificat de formation - Training Certificate
Ce document atteste que - this document certifies that
Maimouna Katy Niambélé
a complété avec succès - has successfully completed
Introduction to Research Ethics
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

février 28, 2018
CID : QknXmPqbN1



Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program (5 Credits)
Programme de Formation continue (5 Crédits)



Foederatio
Pharmaceutica
Helvetica
FPH
Programmes de formation
continue

Continuing Education Programms
Programmes de formation
continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) -
Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpe.ch)

[REV : 20170310]

Annexe 9: Certificat en éthique de recherche



**Zertifikat
Certificat**

**Certificado
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate
Ce document atteste que - this document certifies that
Maimouna Katy Niambélé
a complété avec succès - has successfully completed
Research Ethics Evaluation
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

mars 1, 2018
CID : MbrOUTahZb



Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) -
Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpc.ch)

[REV : 20170310]

Annexe 10: Certificat en éthique de recherche



TRREE

Zertifikat Certificat

Certificado Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Clinical Trials Centre
The University of Hong Kong

Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

Maimouna Katy Niambélé

a complété avec succès - has successfully completed

Informed Consent

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

mars 2, 2018
CID : D1Hes0haKW



Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program (5 Credits)
Programme de Formation continue (5 Crédits)



Foederatio
Pharmaceutica
Helveticae
FPH
Programmes de formation
continue

Continuing Education Programs
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) -
Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpe.ch)

[REV : 20170310]

Annexe 11: Certificat en éthique de recherche



**Zertifikat
Certificat**

**Certificado
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

Certificat de formation - Training Certificate
Ce document atteste que - this document certifies that
Maimouna Katy Niambélé
a complété avec succès - has successfully completed
Good Clinical Practice (GCP-E6(R2) 2016)
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation



mars 2nd, 2018
CID : kediWS6QCe

Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program (5 Credits)
Programme de Formation continue (5 Crédits)




Foederatio
Pharmaceutica
Helvetiae
Programmes de formation
continue

Continuing Education Programms
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) -
Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpc.ch)

[REV : 20170310]


Annexe 12: Certificat en éthique de recherche




Zertifikat
Certificat


Certificado
Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

 **Certificat de formation - Training Certificate**
Ce document atteste que - this document certifies that
Maimouna Katy Niambélé
a complété avec succès - has successfully completed
HIV Vaccine Trials
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

March 5th, 2018
CID: 0K98CTZzDa


Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator


 Continuing Education Program (5 Credits)
Programme de Formation continue (5 Crédits)

 Foederatio Pharmaceutica Helvetica
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpc.ch)

[REV : 20170310]


Annexe 13: Certificat en éthique de recherche



Zertifikat
Certificat

Certificado
Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants




Certificat de formation - Training Certificate
Ce document atteste que - this document certifies that
Maimouna Katy Niambélé
a complété avec succès - has successfully completed
Adolescent Involvement in HIV Prevention Trials
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

March 5, 2018
CID : 0RlgeNHg6p



Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpc.ch)

[REV : 20170310]

Annexe 14: Certificat en éthique de recherche



Zertifikat
Certificat

Certificado
Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate
Ce document atteste que - this document certifies that
Maimouna Katy Niambélé
a complété avec succès - has successfully completed
Éthique de la recherche en santé publique
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

mars 5, 2018
CID : girHjq6NyB



Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program (5 Credits)
Programme de Formation continue (5 Crédits)



Foederatio
Pharmaceutica
Helveticae
Programmes de formation
continue

Continuing Education Programms
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) -
Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpe.ch)

[REV : 20170310]

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : NIAMBELE

Prénom : Maimouna Katy

Adresse Email: mniambele3108@yahoo.com

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali



Titre de la thèse : Etat des lieux de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au niveau de l'hôpital Gabriel Touré en 2018 : défis et perspectives.

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

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portée sur 100 usagers adhérents à l'assurance maladie obligatoire au niveau du CHU Gabriel Touré.

Elle visait l'état des lieux de l'assurance maladie obligatoire au niveau de l'hôpital Gabriel Touré en 2018 : défis et perspectives.

Il s'est avéré que la qualité des soins était un acquis du point de vue des usagers, malgré la longue attente qui a été signalée par une grande partie des patients. Les adhérents ont été satisfaits de leur prise en charge générale au niveau du CHU Gabriel Touré et de l'assurance maladie obligatoire.

Cependant des propositions d'améliorations ont été faites, portant surtout sur l'augmentation du nombre de guichets AMO dans la structure, et l'amélioration de la qualité de l'accueil au niveau des guichets.

Il s'est posé un problème d'hygiène dans la structure, d'indisponibilité de certaines spécialités médicamenteuses non prises en compte par l'assurance maladie et l'indisponibilité de certaines analyses au niveau du laboratoire de l'hôpital.

Pour la majorité des usagers, l'assurance maladie leur a permis une réduction du prix des médicaments et la réduction des coûts de la prise en charge.

Les mots clés : Assurance, maladie, obligatoire, Gabriel Touré

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure!

