

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

TITRE

**Évaluation du recours aux soins des
adhérents à l'assurance maladie
obligatoire au Centre de Santé de
Référence de la commune IV**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le,, /,, /2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Michel GOITA

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

Jury

Président : Pr Boubacar Maiga
Membre : Dr kadiatou N'diaye
Membre : Dr Amaguiré Saye
Co-directeur : Dr Nouhoum Telly
Directeur : Pr Kassoum KAYENTA O

DEDICACE

A

DIEU, éternel des armées, celui qui était, celui qui est et celui qui sera de m'avoir permis de mener ce travail à terme.

Je dédie ce travail :

A Mon père : Siméon Yiriba GOITA

Sans lequel rien de tout cela n'aurait été possible. Tu assures avec dignité, courage, honneur et foi ton devoir de père de famille. Grâce à toi, j'ai appris le sens du combat dans la vie. Les mots sont très petits pour te rendre hommage. Je ne pourrai jamais t'être suffisamment reconnaissant quoi que je dise et quoi que je fasse. L'honneur de ce travail te revient puisqu'il ne peut être qu'un de tes vœux les plus ardents.

Merci, que le Tout Puissant te garde longtemps auprès de nous.

A ma mère : Saran DEMBELE

Femme brave, d'une grande générosité. Ton amour pour nous t'a poussé à d'énormes sacrifices. Tu as toujours tout fait pour que nous soyons heureux. Tant de souffrances endurées, de sacrifices consentis pour ta famille. Tu es une mère exemplaire. Nous ne cesserons jamais de te remercier de l'amour et la protection dont tu as fait preuve à notre égard. Tes prières et tes conseils ne m'ont jamais fait défaut tout au long de ma formation.

REMERCIEMENTS

Dieu le tout puissant, louange au tout miséricordieux de m'avoir Donné la santé, le courage et la force de venir au bout de ce travail.

Eben-ZER « jusqu'ici, l'Éternel nous a secourus »

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A mes frères : Jacob, Elie Porna et Israel

A ma sœur : Bercheva

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues études. Que DIEU dans sa miséricorde vous bénisse, et vous comble de tout ce dont vous avez besoin. Ce travail est le vôtre.

A tous mes tuteurs : Tonton soungalo GOITA et famille à Koutiala, Tonton N'goum Daouda GOITA et famille à Bamako

Vous m'avez accueilli à bras ouverts, et réconforté tout au long de mon cycle. J'espère que le tout puissant me permettra de vous montrer à quel point je suis fier de vous avoir comme tuteurs. Ce travail est aussi le vôtre.

A mes amis et complices : Djira Paul COULIBALY, Aimé Kanfitine SOUGOULEMPO, Mahamadou FOFANA, Hamidou Diakité, Naima DIAWARA.

Vous êtes et resterez toujours des frères et sœurs pour moi. Je n'oublierai jamais les moments que nous avons passés ensemble. Puisse cette fraternité demeurer entre nous.

A ma famille maternelle et paternelle, profondes gratitude.

A mes oncles, pour les bénédictions et les conseils.

A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique de la commune IV Pour l'accueil, la considération et surtout la bonne collaboration.

A tous les faisant fonction d'internes du service de gynéco-obstétrique de la commune IV pour la bonne collaboration.

Je remercie enfin tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ici et qui de près ou de loin, de façon active ou passive ont contribué à la réalisation de la présente thèse.

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Boubacar MAIGA

- PhD en immunologie à l'université de stockholm en Suède
- Professeur titulaire en Immunologie
- Chef adjoint de DER des Sciences Fondamentales de la FMOS
- Médecin-chercheur au Malaria Research and Training Center (MRTC) et au département des affections parasitaires (DEAP)

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre sens élevé du devoir, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre générosité nous ont profondément marqués. Votre modestie et vos grandes qualités humaines font de vous un exemple pour nous et pour les générations futures. Veuillez accepter, monsieur le président l'expression de notre profond respect et notre sincère estime.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr N'Diaye KADIATOU

- Chef de service prestation sanitaires à la CANAM
- Inspectrice principale de sécurité sociale
- Médecin spécialiste en santé publique.

Chère maître, nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que vous nous avez réservé. Votre disponibilité, votre simplicité et surtout vos qualités humaines font de vous un maître admirable et apprécié de tous. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail. Recevez cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET membre du jury :

Docteur Amaguiré SAYE

- Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako Praticien Hospitalier ;
- Membre de la SOMAGO ;
- Chef de service de gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ;
- Médecin chef adjoint au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Cher Maitre,

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et simplicité. Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage font de vous un maitre admiré. Il y'a peu de mots pour traduire l'expression de nos sentiments à votre égard et notre reconnaissance infinie. Trouvez ici, cher maitre, l'expression de nos profonds respects.

A NOTRE MAÎTRE ET CODIRECTEUR DE THÈSE

Dr Nouhoum TELLY

- MD, MPH, PhD Epidémiologie,
- Maître-assistant en épidémiologie au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie, Bamako.
- Chef de Section Surveillance Epidémiologique à la Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TB-H) du Ministère de la Santé et Développement Social (MSDS).
- Secrétaire General adjoint de la société malienne d'épidémiologie (SOMEPI)

Cher maître,

Cher maître, les mots me manquent ici pour vous exprimer mes sentiments de reconnaissance. Votre humanisme, votre disponibilité, vos remarquables connaissances scientifiques, votre esprit de partage et votre simplicité m'ont toujours impressionnée. Vous avez été responsable de ce travail car vous avez pleinement participé à sa réalisation. Veuillez recevoir toute notre gratitude pour l'insigne service.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Kassoum KAYENTAO

- Directeur de recherche en santé publique, option épidémiologie ;
- Enseignant-chercheur au MRTC/DEAP (Malaria Research and Training Center)
- Responsable adjoint de l'unité paludisme et grossesse au MRTC.

Cher maître,

C'est un honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble. Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos étudiants. Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie. Cher Maître vous êtes et vous resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude. Que Dieu vous comble de ses grâces. Amen !

LISTE DES ABREVIATIONS

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

ANAM : Agence Nationale d'Assistance Médicale.

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi.

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

CDI : Centre Dentaire Infantile.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CMIE : Centres Médicaux Interentreprises.

HP : Hôpital Dermatologique

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine.

CREDOS : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant.

CRLD : Centre de Recherche et de Lutte contre le Drépanocytose.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

CSCR : Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté.

CSREF : Centre de Santé de Référence.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

EDS : Enquête démographique et de la Santé.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

EPST : Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique.

HTA : Hypertension Artérielle.

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale.

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

LNS : Laboratoire National de la Santé.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONU : Organisation des Nations Unies.

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

PMA : Paquet Minimum d'Activités.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social.

PSPHR : Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale.

RAMED : Régime d'Assistance Médicale.

SLIS : Système Locale d'Information Sanitaire.

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

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

Liste des figures :

Figure 1 : Carte sanitaire de la commune IV Source : PDS CIV Mars 2001[47]**Erreur !
Signet non défini.**

Liste des tableaux

Tableau I: Situation du personnel.....	27
Tableau II: Situation de la logistique	28
Tableau III : Répartition des patients en fonction de sexe	32
Tableau IV: Répartition des patients en fonction du type d'adhésion	33
Tableau V: Répartition des patients en fonction de la qualité d'accueil	34
Tableau VI: Répartition en fonction de l'opinion sur la Durée de l'attente.....	34
Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations	35
Tableau VIII : Satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au CSRéf.....	36
Tableau IX: Satisfaction par rapport à l'AMO.....	36
Tableau X: Raison de la satisfaction par rapport à l'AMO	36
Tableau XI: Raison d'insatisfaction par rapport à l'AMO.....	38
Tableau XII: Répartition des patients en fonction du cout de la consultation	38
Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le cout de la consultation	38
Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus	39
Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le cout de l'hospitalisation/ soins reçus	39
Tableau XVI: Répartition des patients en fonction du cout moyen d'une ordonnance	39
Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'ordonnance	40
Tableau XVIII: Répartition des patients en fonction de cout moyen des examens complémentaire	40
Tableau XIX: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût des examens complémentaires.....	40
Tableau XX: Répartition des patients en fonctions du premier recours en cas de maladie	41
Tableau XXI: Répartition des patients en fonction de la raison du non recours à l'hôpital ...	41
Tableau XXII: Répartition des patients en fonction du moment du recours à l'hôpital	41
Tableau XXIII: Répartition des adhérents selon le respect des règles de l'AMO	42
Tableau XXIV: Répartition des adhérents selon le type de fraude	42
Tableau XXV: Répartition des adhérents selon la manière de la fraude.....	42

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Objectifs.....	4
1.1. Objectif général.....	4
1.2. Objectifs spécifiques :.....	4
3. Généralités.....	6
3.1. Revue de la littérature.....	6
3.2. Généralités sur le Mali.....	6
3.3. Régime malien de sécurité sociale.....	11
3.4. Usage des ressources sanitaires(15).....	19
3.5. Modèles d'utilisation des services de santé.....	20
4. Méthodologie.....	23
4.1. Type d'étude.....	23
4.2. Lieu d'étude.....	23
4.3. Période d'étude.....	28
4.4. Population d'étude.....	28
4.5. Les variables d'étude et recueil des informations.....	29
4.6. Echantillonnage.....	29
Critères d'inclusion.....	29
Critères de non inclusion.....	30
4.7. Traitement et analyse des données.....	30
4.8. Considérations éthiques.....	30
5. Résultats.....	32
Opinion sur le cout de la consultation.....	38
6. Commentaires et discussion.....	43
7. Conclusion.....	49
8. Recommandations.....	50
9. Références.....	53
10. Annexes.....	i

Introduction

1. Introduction

En Afrique au sud du Sahara, au lendemain des indépendances, c'est la conception de «la santé pour tous » qui était la règle, et la gratuité des soins, le système dominant. Cependant, la situation économique des pays africains durant les années 1970 et 1980, caractérisée par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, a conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à remettre en question le système de fourniture gratuite des soins. C'est par la déclaration d'Alma Ata, en 1978 et par le lancement de l'Initiative de Bamako en 1987, que les gouvernements d'Afrique subsaharienne, sous l'égide des organismes satellites¹ de l'ONU, se sont proposés la participation financière des usagers des structures publiques, alors en pleine déconfiture, et de décentraliser la gestion du système au niveau des districts(1).

Cependant, l'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés, depuis plus d'une décennie, pour renforcer l'offre de soins(2).

Au Mali, Malgré une importante extension géographique du réseau des centres de santé (la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé est passée de 29% en 1998 à 58% en 2010 selon le SLIS2), et donc l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins, le taux de consultation par habitant et par an reste très bas (0,37 en 2010)(3).

Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs, parmi lesquels, la distance géographique, le sous-financement des services de santé, le manque de qualité des soins, le faible pouvoir d'achat de la population(4).

Au Mali, l'instauration du « recouvrement du coût », à travers l'Initiative de Bamako, a transformé les ménages en acteurs qui participent à la gestion du système de soins. Selon l'enquête démographique et de santé du Mali (EDS IV), si cela a contribué à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé, il n'a pas suffi à surmonter tous les problèmes. Pire, il a rendu l'accès aux soins plus difficiles pour les personnes disposant des revenus modestes(5).

En 2005, tous les états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont pris l'engagement de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Cet engagement était

l'expression collective de la conviction que tous les êtres humains devraient avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin(6).

C'est dans ce contexte que l'Etat malien a institué, à travers la Loi N° 09-015 du 26 juin 2009, un régime d'Assurance Maladie Obligatoire qui a pour but de permettre d'améliorer et d'élargir l'accès aux soins en assurant la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des personnes assujetties et des membres de leurs familles(7).

L'assurance maladie obligatoire (AMO) est un ensemble de dispositifs chargé d'assurer un travailleur du secteur public ou privé actif ou retraité face à des risques financiers en cas de maladie. Elle se fonde sur des valeurs comme la primauté de la personne humaine, la non-discrimination, l'égalité de l'accès aux soins de qualité et la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé(8).

C'est un système de solidarité qui s'exprime par une mise en commun des risques et des ressources afin de fournir une couverture de soins de santé de qualité au plus grand nombre au sein du groupe cible(9).

L'objectif visé par l'AMO est une couverture universelle instituée par la loi N°2018-074 du 31 Décembre 2018. Cette couverture universelle permettra un accès équitable aux soins de qualité pour toute la population y compris les indigents(10).

De nos jours, force est de constater que l'Assurance Maladie Obligatoire AMO apporte une réelle bouffée d'oxygène dans la prise en charge des pathologies dans notre pays. Les prestations du régime de l'AMO sont appréciées par plus de 90% des adhérents(11)

Les études sur l'impact des assurances de santé sur l'utilisation des soins de santé primaires sont petit à petit apparues dans le cadre des difficultés observées par certains dans la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako et plus particulièrement en raison de l'introduction du paiement des soins par les usagers (2).

Depuis l'instauration du système AMO au Mali en Mai 2011, au vu des inégalités observées dans l'accessibilité aux soins, aucune étude n'a été réalisée dans le CSRéf de la commune IV pour évaluer l'efficacité et la contribution de ce régime à l'amélioration du recours aux soins des populations bénéficiaires d'où l'intérêt de la présente.

Objectifs

2. Objectifs

1.1. Objectif général

- Évaluer le recours aux soins des adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire au Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako (CSRéf IV).

1.2. Objectifs spécifiques :

Décrire la qualité de l'offre perçue par les adhérents

- Décrire le niveau de satisfaction par rapport à l'utilisation des services de santé par les adhérents.
- Déterminer les coûts induits par une demande de soins et de médicaments.
- Décrire l'itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO face à la maladie.
- Décrire l'attitude des bénéficiaires de l'AMO face au respect des règles de l'AMO.

Généralités

3. Généralités

3.1. Revue de la littérature

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.(12)

3.2. Généralités sur le Mali.

3.2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1.241.238 km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-ouest et le Sénégal à l'Ouest.(2)

Le climat est tropical alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée moyenne de 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord ainsi que des écarts de température très élevés. Le réseau hydraulique constitué par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal, dessert principalement le Sud du pays et une partie du Nord.(2)

Selon les résultats définitifs du 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était de 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. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans. (2)

« Cette population a atteint les 15 840 000 habitants en 2011 selon les résultats des projections issues de la révision 2010 des perspectives mondiales de la population de la Division Population des Nations Unies ».(2)

Dans sa très grande majorité, la population malienne est sédentaire (les nomades représentent 0,92% de la population). Elle vit essentiellement en milieu rural. Le milieu urbain compte 3.274.727 résidants (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural.(2)

La densité du pays est d'environ 12 habitants au Km². Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales.(2)

Le Mali a connu une augmentation rapide de l'effectif de sa population entre 1976 et 2009. En effet, estimé à 1,7% en moyenne entre 1976 et 1987, le taux de croissance de la population a atteint 3,6 de 1998 à 2009. A ce rythme, la population malienne doublera presque tous les 20 ans avec les conséquences qui pourraient en résulter quant à l'amélioration du bien-être des individus(2).

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)

Le Mali comprend huit régions administratives, 49 cercles, le district de Bamako (la capitale) et 703 communes. Ces dernières sont administrées par Les collectivités territoriales. La stabilité dont a bénéficié le pays pendant deux décennies a permis la mise en œuvre d'importants programmes de développement et l'attrait d'un volume non négligeable de financements extérieurs(2).

3.2.2. Situation économique et sociale

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance annuel moyen du PIB s'établit à 4,4% entre 2007 et 2011, bien loin de celui des 7% prévu par le CSCR en 2013(2).

La proportion⁴ de la population malienne considérée comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 47,4% en 2006 et à 43 ,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165 431 FCFA par an(2).

Cependant, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population (2).

3.2.3. Politique nationale de la santé(5)

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

Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako adoptée en 1987. Après avoir été mise en œuvre à travers : le PSPHR qui a expérimenté et

accompagné le développement de l'approche sectorielle jusqu'en 1998 et le PDDSS 1998-2007 qui a définitivement consacré l'Approche Sectorielle par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les acteurs et actrices à travers des organes de pilotage et une procédure financière préférentielle commune en lieu et place d'une multitude de procédures(5).

La Politique Sectorielle de Santé a été reconfirmée et consacrée par la loi n °02 R 049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé qui précise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ses principaux objectifs sont l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé(5).

La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par l'élaboration de la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la Politique Nationale Genre (2010)(5).

3.2.4. Politique nationale de protection sociale(13)

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

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

Son objectif général, qui est de « Construire progressivement un système de protection contre les risques sociaux de tous les citoyens en général et des couches défavorisées en particulier, sera atteint à travers la réalisation d'objectifs spécifiques dédiés à chaque orientation(13).

La politique nationale de protection sociale est mise en œuvre depuis 2005 à travers le Plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale 2005-2009 et le Plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale 2011-2015 en cours d'exécution(13).

L'instauration de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) sont, entre autres, deux résultats tangibles de la mise en œuvre de la politique(13).

3.2.5. Organisation du système de santé

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé (1).

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 la budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- Le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- Le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre il définit les critères d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. 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(1).

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n° 95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et le conseil régional délibèrent, sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales(1).

Les Ordres professionnels du secteur de la santé participent à l'exécution de la Politique Nationale de Santé dans les conditions fixées par la loi(1).

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

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

Le niveau central comprend : 5 Etablissements Publics Hospitaliers dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie-Stomatologie, Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique) ; 5 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) : l'Institut National de Santé Publique (INSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), L'Hôpital de dermatologie de Bamako (HDB), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées(1).

Le niveau intermédiaire regroupe 7 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro (l'hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif(1).

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

- Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1368 en 2018) (14) . Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.
- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les Centres de Santé de Référence (CS Réf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles(1) :

Le secteur sanitaire privé :

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire(1).

Les services de santé de l'armée :

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmiers, de maternités de garnison et d'infirmiers-hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie-Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire(1).

Les services confessionnels de santé :

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

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle riche et variée, qui est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. En 2011 on dénombrait 20 structures traditionnelles selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 »(1).

3.3. Régime malien de sécurité sociale

3.3.1. Généralités sur le régime malien de sécurité sociale

Structure du régime de sécurité sociale(12)

Le régime malien de sécurité sociale couvre les salariés du secteur public et ceux du secteur privé.

Il assure aux intéressés une protection contre les risques :

- Maladie-maternité,
- Accidents du travail et des maladies professionnelles,
- Vieillesse, invalidité, décès-survivants,
- Prestations familiales.

Organisation administrative du régime(13)

Sous la tutelle du Ministère de la Santé, de la solidarité et des personnes âgées, la gestion de ces régimes est assurée par l'Institut National de la Prévoyance Sociale

L'INPS dispose de 7 directions régionales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao). Il existe actuellement 4 centres médicaux interentreprises (CMIE), 2 centres de protection maternelle et infantile (PMI) et un centre dentaire infantile (CDI)(13).

Un plan d'action national d'extension de la protection sociale a permis la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire (AMO) et d'un Régime d'Assistance Médicale (RAMED)(13).

La gestion du régime AMO est assurée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public national.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) est un Etablissement Public à caractère Administratif créée par la loi N°09-016 du 26 juin 2009 et placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et du Développement Social.

La CANAM a pour missions la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Elle est instituée par la loi N° 09-015 du 26 juin 2009. Sur le plan organisationnel, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie comprend :

- Une Direction Générale ;
- Une Agence Comptable ;
- Cinq Directions Centrales ;
- Une Direction rattachée ;
- Trois Services Rattachés ;
- Cinq Bureaux Régionaux.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) a son siège à Bamako.

En tant qu'institution de sécurité sociale, la CANAM est chargée de :

- L'immatriculation des employeurs et des assurés et la mise à jour des droits des bénéficiaires ;
- L'encaissement des cotisations du régime d'assurance maladie obligatoire ;
- L'allocation des dotations de gestion couvrant leurs dépenses techniques et de gestion courante ;
- La passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur déroulement ;
- L'appui aux organismes gestionnaires délégués et le contrôle de leurs activités ;
- Le contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- L'établissement des statistiques de l'Assurance Maladie Obligatoire ;

- La consolidation des comptes des organismes gestionnaires délégués.
- L'élaboration de référentiels et des procédures de gestion dans le cadre du Régime d'Assurance Maladie Universelle ;
- La mise en œuvre de toutes autres activités en lien avec l'Assurance Maladie Universelle.

La CANAM est à la croisée des chemins avec sa volonté d'accéder à la Certification Iso 9001 version 2015 et l'avènement du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) déjà promulgué par la loi N° 18-074 du 31 Décembre 2018.

Le RAMU comprend des dispositifs contributifs et des dispositifs non contributifs.

Les catégories de personnes relevant des dispositifs contributifs sont les assujettis de l'Assurance Maladie Obligatoire ; les acteurs du secteur informel, du monde agricole et des professions libérales organisés et ou affiliés à une mutuelle de santé.

Celles relevant des dispositifs non contributifs sont les assujettis au RAMED et les bénéficiaires des gratuités instituées par les textes législatifs et ou règlementaires.

La CANAM s'est également engagée dans la démarche qualité afin de fournir de meilleures prestations de santé aux assurés.

Le projet de mise en œuvre de la démarche qualité et la certification ISO 9001 version 2015 de la CANAM vise à améliorer l'organisation et le fonctionnement actuel de la CANAM afin de lui permettre de fournir constamment des prestations de qualité qui répondent aux attentes des assurés grâce à une organisation conforme aux exigences de la norme ISO 9001 Version 2015. (Attestations de droits, paiement des prestataires de soins, recouvrement des cotisations) sont déléguées à l'INPS(13)

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM)

3.3.2. Protection contre les risques de maladie-maternité

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)(15).

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

- L'unicité du régime ;
- Le caractère contributif (sur la base des salaires et autres revenus) ;

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

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

- Les fonctionnaires civils de l'état et des collectivités territoriales(15) ;
- 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 :

Dans le secteur de pharmacie privé :

- 4469 médicaments ;
- 325 dispositifs médicaux ;
- 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 (CSCoM) ;
- 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 (MUTECC) ;
- Formations sanitaires de l'I.N.P.S (C.M.I.E, P.M.I, cabinets dentaires).

Régime d'assurance maladie universelle RAMU(1)

La loi N°2018-074 du 31 Décembre 2018 instituant le régime d'assurance maladie universelle a été adoptée par l'Assemblée Nationale.

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(1).

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. (1)

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.(1)

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(1)

Régime d'Assistance Médicale (RAMED) (13)

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

Le RAMED est un régime qui concerne les indigents, c'est -à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale dont elle relève, soit environ 5% de la population malienne (600 000 personnes). Pour pouvoir bénéficier du RAMED, la personne doit s'immatriculer auprès de l'ANAM, disposer d'un certificat "d'indigent" délivré par la mairie du lieu d'habitation, ne pas être assujettie à l'AMO et être sans ressources. (15)

Le panier de soins du RAMED couvre les soins ambulatoires (consultations médicales, soins infirmiers, soins dentaires, imageries médicales, examens de laboratoire, petites chirurgies), les hospitalisations (frais d'hôtellerie hospitalière, actes médicaux et chirurgicaux), les produits pharmaceutiques (inscrits sur une liste des médicaments admis), les prestations de maternité (ensemble des frais médicaux, analyses, examens, hospitalisation liée à la grossesse, accouchement et ses suites).(15)

Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 % (L'État contribue à hauteur de 65% du montant total nécessaire au fonctionnement du RAMED et les Collectivités Territoriales pour 35%) (13).

Prestations familiales (13).

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

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

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

3.3.3. Accidents du travail, maladies professionnelles(15)

Incapacité temporaire

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

Incapacité permanente

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

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

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

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

Décès

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

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

Une allocation funéraire est versée pour aider les familles aux frais d'enterrement. Le montant du remboursement maximum est égal à 25 % du SMIG

Invalidité

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

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

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

Le montant minimum sur lequel est calculée la pension d'invalidité est égal à 2 fois le SMIG. La pension d'invalidité cesse d'être versée à partir de 53 ans et est remplacée par la pension de vieillesse d'un montant au moins égal à la pension d'invalidité. (15)

Vieillesse

✓ Pension

L'assuré âgé de 58 ans et ayant accompli au moins 13 ans d'assurance peut prétendre à une pension de vieillesse. Celle-ci peut être liquidée à partir de 53 ans sans coefficient d'anticipation en cas de vieillesse prématurée ou avec coefficient d'anticipation si le requérant n'est pas inapte ; le montant sera affecté d'un abattement de 5 % par année d'anticipation.(15)

La pension est égale à 26 % du salaire mensuel des 8 dernières années d'activité multiplié par le nombre d'années d'assurance majorée de 2 % par période de 12 mois pendant 120 mois maximum. Le montant de la pension ne peut excéder 80 % du salaire mensuel moyen de l'assuré et ne peut pas être inférieur à 60 % du SMIG (minimum : 17.076 francs CFA).(15)

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

✓ Allocation vieillesse de solidarité

L'assuré âgé de 58 ans n'ayant pas accompli 13 ans d'assurance mais ayant accompli au moins 6 années pourra prétendre, sous conditions de ressources à une allocation de solidarité. Cette allocation versée sous forme de rente mensuelle est égale à 52 % du salaire mensuel moyen soit 14.799 francs CFA.(15)

3.4. Usage des ressources sanitaires(16)

Concernant l'usage des ressources sanitaires (modèles d'utilisation qui complètent le regard sur accessibilité et accès aux soins), fait référence au rôle fondamental des approches structuralistes. Le modèle de recours d'Andersen et Adey conçu pour l'étude de l'accessibilité des soins peut être affilié au modèle antérieur d'Andersen et Newman qui décrit des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire. Les facteurs y sont groupés en trois catégories : facteurs prédisposants, facteurs de capacité, facteurs déclenchants(16).

- **facteurs prédisposants** (variables démographiques : âge, sexe, statut marital, morbidités passées ; indicateurs de la structure sociale : race, niveau d'éducation, occupation, ethnie, mobilité résidentielle, taille de la famille ; indicateurs de valeurs et croyances : santé et perception des maladies, attitudes face au risque maladie, connaissance des maladies et de leur impact),

- **facteurs de capacité** (indicateurs familiaux : revenu, assurances, source régulière de soins, accès aux sources ; indicateurs communautaires : densité et disponibilité des ressources

sanitaires dans le lieu de vie, prix des services, région géographique, habitat rural versus urbain),

- **facteurs déclenchant** (besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçu de besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu, état général concomitant ou niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, symptômes et diagnostic établi par les experts)(16).

3.5. Modèles d'utilisation des services de santé

Le modèle de P. Fournier et S. Haddad (1995)(17).

Fournier et Haddad estiment que la compréhension du phénomène de l'utilisation peut en outre être facilitée si l'on regarde l'utilisation comme la résultante d'une démarche qui conduit une personne ayant un problème de santé à s'adresser à une ressource de santé. Avant d'utiliser un service, l'individu (son entourage) chemine à travers un processus que l'on peut diviser en quatre étapes :

- L'émergence d'un besoin de santé à la suite d'un stimulus physiologique, psychologique ou fonctionnel.
- L'émergence d'un besoin de services dans lequel les individus (ou leur entourage) identifient le spectre des actions thérapeutiques potentiellement utilisables pour répondre au besoin de santé.
- Le choix du ou des prestataires, qui s'effectuera en considérant les avantages et les coûts qu'ils présentent(17).

L'utilisation proprement dite est la dernière étape de ce processus et ses résultats réalimenteront d'éventuels processus ultérieurs(17).

Attributs et dimensions de la qualité des soins

Ressources

Présence de médicaments de qualité

Disponibilité des médicaments

Locaux adéquats

Disponibilité « d'appareils »

Nombre de docteurs (en fait de personnels de santé)

Personnel qualifié pour traiter les hommes

Personnel qualifié pour traiter les femmes

Processus (aspects techniques)

Examen clinique convenablement exécuté

Utilisation appropriée

Diagnostic bien porté

Médicaments adéquats prescrits

Surveillance jusqu'à la guérison

Processus (aspects interpersonnels)

Accueil convenable

Marques de compassion (voire pitié)

Respect du patient en tant que personne

Temps consacré suffisant

Explication pour éviter que la maladie ne se reproduise

Honnêteté dans les comportements professionnels et extra professionnels

Résultats

Efficacité des soins

Guérison rapide

Source : FOURNIER P, HADDAD S, Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, in Brunet-Jailly, J(ed), Innover dans les systèmes de santé.

Méthodologie

4. Méthodologie

4.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, intéressants les adhérents à l'assurance maladie obligatoire présents dans le Centre de santé de référence de la commune IV.

4.2. Lieu d'étude

Centre de santé de référence de la commune IV.

Présentation du District sanitaire de la commune IV.(18)

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI. Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980. La

commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/cm du 18 Aout 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- La loi N°95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 954-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

Données géographiques(18).

La commune IV est située dans la partie Ouest de Bamako

a) Superficie

Elle couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

b) Limites

Elle est limitée :

- À l'Ouest par la commune du Mandé (cercle de Kati) ;
- À l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;

Au Sud par le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PDS CIV Mars 2001).

a) Structures communautaires de premier niveau (au nombre de 10 dont 9 communautaires)

:

Il s'agit des centres de santé communautaire (CSCom) de : l'ASACOSEK, l'ASACOLAI, l'ASACOLAB5, l'ASACOLAI, l'ASACODIP, l'ASACOLABASAD, l'ASACOSEKASI, l'ASACODJENEKA, l'ASACOHAM et la Maternité René Cisse d'Hamdallaye.

b) Structure communautaire de deuxième niveau :

Elle est représentée par le centre de Santé de Référence de la commune IV.

c) Structures privées (au nombre de quarante-huit)

-Cliniques :(au nombre de 17)

Faran Samaké, Fraternité, Acti Santé, Sermen, Lafia, Eureka, Lac Télé, Kabala, Amina, Tramed, Source de Vie, Défi, Horizon Santé, Layidou, Pasteur, Indo Africa et Djiguiya.

-Cabinets médicaux :(au nombre de 24)

Guérison,

Bien Être, Moctar Théra, Efficac Santé, Maharouf, Djédjé, Kabalaso, Soins Niana, Mandé Keneya, Diakité, Bah Bintou, Espérance, Magnene, Diassa Missa, Sabugnuma, Ouna, Baoumou, Oscar Santé, Djamadu, Moussa Keita, Molo, Stomadent, Yeelen et Sage-Femme Mandé

- Centres socio-humanitaires :(au nombre de 7)

CHU le

Luxembourg, EL RAZI, EL HILAL D'IRAN, Islamic Relief, CNAAM, AMALDEME et Mali Gavardo.

d) Présentation du CSREF de la commune CIV

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune CIV, à Lafiabougou. Il a d'abord été la Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création en 1981 et érigée en CS Réf CIV en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Infrastructures : Le centre de santé de référence de la commune IV comporte :

- Un bureau des entrées ;
- Une unité de développement social ;
- Une unité de Gynécologie-Obstétrique ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de Médecine Générale ;
- Une unité d'Ophtalmologie ;
- Une unité d'ORL ;
- Une unité de Pédiatrie ;

Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au Centre de Santé de Référence de la commune IV

- Une unité de soins d'animation et de conseils (USAC) ;
- Une unité d'Anesthésie ;
- Une salle d'accouchement ;
- Un bloc opératoire ;
- Une unité d'hospitalisation comportant douze salles dont six salles pour la Gynécologie-Obstétrique avec 24 lits, deux salles pour la Chirurgie générale avec six lits, deux salles pour la Médecine générale et deux pour la Pédiatrie ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité PEV ;
- Un cabinet dentaire ;
- Un laboratoire ;
- Une salle d'échographie ; -
- Une salle des urgences ;
- Un dépôt de médicaments essentiels ;
- Une unité de prise en charge des malades tuberculeux (DAT) ;
- Une unité de prise en charge de la lèpre ;
- Une unité de dépistage du cancer du col ;
- Deux salles de soins infirmiers ; -
- Une unité de brigade d'hygiène ;
- Une morgue ;
- Une mosquée.

Source : PDS CIV Mars 2001[47]

-Personnels

Le personnel du CSRef de la commune IV comprend :

Tableau I: Situation du personnel

QUALIFICATION	NOMBRE
Médecins Spécialistes	25
Médecins Généralistes	28
Pharmaciens	02
Echographiste	01
Assistants Médicaux	19
Biologiste	02
Comptables	03
Techniciens Supérieur de Santé(TSS)	20
Techniciens de Santé(TS)	27
Sages-Femmes	26
Infirmières Obstétriciennes	15
Aides-Soignantes	13
Gestionnaires	07
Informaticiens	02
Brigades d'hygiènes	05
Chauffeurs	06
Manœuvres	10
Gardiens	03
Attaché d'Administration	08
Lingère	02
Planton	02
Aide Comptable	01
Total	227

- Logistiques

Tableau II: Situation de la logistique

DESIGNATION	BON	MAUVAIS
Moto	5	9
Moto Ambulance	0	0
Ambulance	3	2
Autres Véhicules	2	1
RAC	1	0
Téléphones	1	0
Réfrigérateurs	32	12
Congélateurs	2	0
Groupe Electrogène	3	2
Panneau Solaire	40	0
EDM	1	0
Téléviseurs	0	0
Vidéo Projecteurs	1	2
Ordinateurs de bureau	24	1
Ordinateurs Portables	11	1
Imprimantes	28	5
Connexion Internet	1	0

-Succession des chefs du centre

- 2002-2005 : Docteur Racki Bah
- 2005-2010 : Docteur Moustapha Touré (Médecin Gynécologue-Obstétricien)
- 2010-2015 : Docteur Drissa Koné (Médecin Pédiatre)
- 2015-2018 : Docteur Mama Sy Konaké (Médecin épidémiologiste)
- 2018 à nos jours : Docteur Dicko Abdoul Razakou (Médecin épidémiologiste)

4.3. Période d'étude

La collecte des données s'est déroulée du 02 Aout 2021 au 31 Janvier 2022

4.4. Population d'étude

Les patients présents au CSRef IV, adhérents à l'AMO.

4.5. Les variables d'étude et recueil des informations

Recueil des informations

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête individuelle.

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

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

Variables étudiées

- Variable dépendante : la variable dépendante de cette étude est le recours aux soins (demande des soins).
- Variables indépendantes : les variables indépendantes étudiées ont été relatives à l'accueil, l'accès au médecin, la relation soignant-soigné, les explications prodiguées par le médecin sur la maladie, les couts induits par la demande des soins, la satisfaction des bénéficiaires, leur itinéraire thérapeutique, l'attitude des adhérents face aux règles de l'AMO.
- Les variables proxy : l'âge, le sexe, la nationalité, l'ethnie, la religion, la profession, le statut matrimonial, et le niveau d'instruction.

4.6. Echantillonnage

Technique d'échantillonnage : La méthode d'échantillonnage par commodité ou méthode non probabiliste a été utilisée, afin d'apprécier la satisfaction des adhérents au Csref IV pour cela un échantillon de 100 usagers AMO ou ayants droits a été constitué. Ainsi, ces usagers ont été soumis à des questionnaires.

Pour le recrutement des patients l'équipe était basée devant le bureau AMO, les bureaux de consultations, dans les salles d'hospitalisation. Pendant la période de la collecte des données de façon journalière, toute personne venant pour des prestations étant affiliée à l'AMO était systématiquement enrôlée jusqu'à la taille de l'échantillon.

Critères d'inclusion

- Tout patient adhérent à l'AMO
- Tout patients ayant droit.
- Tout patient adhérent à l'AMO acceptant de répondre à nos questions

Critères de non inclusion

- Tout ayant droit âgé de moins de 16 ans.
- Tout patient ne pouvant pas répondre aux questions à cause de déficit ou handicap.
- Tout Patient absent au moment de l'enquête.

4.7. Traitement et analyse des données

La saisie des données et l'analyse statistique ont été faites à l'aide du logiciel SPSS Statistics version 19 .Pour les tests statistiques, nous avons utilisé un seuil de signification $p < 0,05$.

4.8. Considérations éthiques

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale ont fait partie intégrante de la présente étude selon ces aspects ci-dessous :

- Consentement des responsables du CSRef IV,
- Consentement individuel verbal et volontaire des personnes au moment de l'enquête.
- L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

Résultats

5. Résultats

5.1. Données sociodémographiques

Tableau III : Répartition des patients en fonction de sexe

Caractéristiques socio-démographiques	Fréquence	Pourcentage
Sexe		
Masculin	56	56.0
Féminin	44	44.0
Tranches d'âge		
16-24	22	22.0
25-34	27	27.0
35-44	21	21.0
45-54	10	10.0
55-64	16	16.0
65 et plus	4	4.0
Profession		
Commerçant(e)	16	16,0
Salarié public	34	34,0
Profession informelle	7	7,0
Elèves	19	19,0
Ménagère	15	15,0
Retraité	3	3,0
Personne âgée	2	2,0
Salarié privé	4	4,0
Statut matrimoniale		
Célibataires	23	23.0
Marié(e)	66	66.0
Divorcé(e)	1	1.0
Veuf(veuve)	10	10.0
Régime matrimoniale		
Monogamie	33	33.0
Polygamie	38	38.0
Non renseigné	29	29,0
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	7	7.0
Primaire	6	6.0
Secondaire	53	53.0
Supérieure	30	30.0
École coranique	4	4.0

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 56% avec un sex ratio de 1,2.

La tranche d'âge de 25 à 34 était la plus représentée avec un taux de 27% ; 21% pour la tranche de 35 à 44 ans et seulement 4% pour celle de 65 ans et plus.

L'échantillon était composé exclusivement de Malien. Nous avons retrouvé 39% de bambaras, 31% de Malinké

Les fonctionnaires constituaient 34% de notre échantillon, les commerçants et élèves 20%.

Les mariés ont été les plus représentés avec 66%

Le régime polygamique était plus représenté avec un taux de 38%, 33% pour le régime monogamique et 29% pour les non renseignés

7% de nos patients n'avait aucun niveau d'étude. Les niveaux secondaires et supérieures ont été le plus représentés avec respectivement 53% et 30% des cas chacun.

5.2. Statut des patients par rapport à AMO

Tableau IV: Répartition des patients en fonction du type d'adhésion

Type d'adhésion	Fréquence	Pourcentage
Moi-même	44	44.0
Mon parent	19	19.0
Mon (ma) conjoint(e)	20	20.0
Mon enfant	17	17.0
Total	100	100.0

44% de nos patients étaient les adhérents (ouvrants droits) à l'AMO, les parent, les conjoint(e)s, les enfants soit respectivement (19%, 20%,17%) étaient des bénéficiaires (ayants droits)

5.3. Qualité de l'offre perçue par les adhérents

Tableau V: Répartition des patients en fonction de la qualité d'accueil

Qualité de l'accueil	Fréquence	Pourcentage
Courtoisie à l'entrée		
Beaucoup	69	69.0
Moyennement	15	15.0
Un peu	1	1.0
Pas du tout	15	15.0
Installation		
Très confortablement	26	26.0
Confortablement	67	67.0
Inconfortablement	3	3.0
Très inconfortablement	4	4.0
Orientation		
Oui	59	59.0
Non	41	41.0
Privilège		
Oui	4	4.0
Non	96	96.0

Plus de la moitié des patients (69%) trouvaient qu'il y'avait beaucoup de courtoisie à l'entrée de CSREF

Une forte proportion des patients s'étant senti assez confortablement installé pendant l'attente du médecin (93%)

Pour 59% des, l'orientation a été effective

La quasi-totalité (96%) de nos patients n'avait de privilège

Tableau VI: Répartition en fonction de l'opinion sur la durée de l'attente

Opinion sur la durée de l'attente	Fréquence	Pourcentage
Long	28	28.0
Court	12	12.0
Acceptable	60	60.0
Total	100	100

Sur les 100 patients sélectionnés, 60 ont trouvés la durée d'attente du personnel soignant acceptable, soit 60% des cas.

- Accès au médecin, relation soignant soignée et explication reçue sur la maladie

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations

Qualité des consultations	Fréquence	Pourcentage
Facilité d'accès au médecin		
Oui	81	81.0
Non	19	19.0
Confidentialité de la consultation		
Beaucoup	65	65.0
Moyenne	31	31.0
Pas du tout	3	3.0
Réponse aux questions posées		
Beaucoup	68	68.0
Moyenne	27	27.0
Un peu	5	5.0
Respect du patient		
Beaucoup	81	81.0
Moyenne	18	18.0
Pas du tout	1	1.0
Attention portée sur la maladie		
Beaucoup	81	81.0
Moyenne	18	18.0
Pas du tout	1	1.0
Respect à l'intimité physique		
Beaucoup	77	77.0
Moyenne	20	20.0
Un peu	2	2.0
Pas du tout	1	1.0
Explications données sur la maladie		
Non	9	9.0
Oui mais pas claire	15	15.0
Oui et clairement	76	76.0
Nature d'incompréhension		
Origine	55	55.0
Gravité	14	14.0
Si guérison possible Sans conséquence pour ma santé	17	17.0
Comment et/ ou pendant combien de temps je dois prendre mes médicament	14	14.0
Encouragement à la prise du traitement		

Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au Centre de Santé de Référence de la commune IV

Beaucoup	82	82.0
Moyenne	15	15.0
Pas du tout	3	3.0

En général la qualité de consultation était bonne. La majorité (81%) a affirmé avoir eu un accès facile au médecin, une consultation confidentielle (65%), avoir été respecté (81%), attention portée sur la maladie (85%), avoir reçu des explications claires sur sa maladie (76%) et avoir été encouragés à la prise des traitements (82%).

5.4. Satisfaction des bénéficiaires

Tableau VIII : Satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au CSRéf

Satisfaction de la qualité de PEC	Fréquence	Pourcentage
Pas satisfait(e) du tout	2	2.0
Pas très satisfait(e)	1	1.0
Assez satisfait	62	62.0
Très satisfait(e)	35	35.0
Total	100	100

La plupart des patients (62%) a été satisfait de la qualité de la prise en charge au CSREF

Tableau IX: Satisfaction par rapport à l'AMO

Satisfaction AMO	Fréquence	Pourcentage
Pas satisfait(e) du tout	2	2.0
Pas très satisfait(e)	3	3.0
Assez satisfait	49	49.0
Très satisfait(e)	46	46.0
Total	100	100

Dans la majorité des cas (95%), les patients ont été satisfait de l'AMO.

Tableau X: Raison de la satisfaction par rapport à l'AMO

Raison satisfaction AMO	Fréquence	Pourcentage
Médicaments accessibles à prix abordable	89	89.0
Permet d'accéder facilement aux soins	11	11.0
Total	100	100

Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au Centre de Santé de Référence de la commune IV

Presque la totalité de notre échantillon a été satisfaite de l'assurance maladie obligatoire. Dans 11% des cas pour la facilité d'accès aux soins et dans 89% des cas pour la disponibilité des médicaments à prix abordable

Tableau XI: Raison d'insatisfaction par rapport à l'AMO

Raison d'insatisfaction	Fréquence	Pourcentage
Trop de procédure à suivre	56	56,0
Temps d'attente trop long	16	16,0
Personnel pas accueillant	28	28,0
Total	100	100

Plusieurs raisons ont été évoquées de la part des patients. Trop de procédure à suivre dans la majorité des cas (56%)

5.5. Coûts induits par la demande des soins

Tableau XII: Répartition des patients en fonction du cout de la consultation

Cout de la consultation	Fréquence	Pourcentage
J'ai payé 300 Fcfa	49	49.0
J'ai payé 450 Fcfa	48	48.0
Je n'ai rien payé	3	3.0
Total	100	100

Les coûts de consultation variaient ; en effet 49% des patients avaient payé 300FCFA, 48% avait payés 450 FCFA et 3% des patients n'avaient rien payé

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le cout de la consultation

Opinion sur le cout de la consultation	Fréquence	Pourcentage
Elevé	4	4.0
Pas élevé	93	93.0
Ne sait pas	3	3.0
Total	100	100

La majorité des patients, soit 93%, avait considéré que le cout de leur consultation n'était pas élevé.

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus

Coût de l'hospitalisation / soins reçus	Fréquence	Pourcentage
Je n'ai rien payé	29	29.0
Ne sait pas	14	14.0
N'en a pas bénéficié	57	57.0
Total	100	100

57% des patients n'avaient bénéficié de l'hospitalisation ou des soins payants, 29% n'avaient eu à rien payé et 14% ne se rappelle.

Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le cout de l'hospitalisation/ soins reçus

Opinion sur le coût de l'hospitalisation / soins reçus	Fréquence	Pourcentage
N'a rien payé	29	67.0
Ne sait pas	14	33.0
Total	43	100

Parmi les 43 patients ayant bénéficié de l'hospitalisation et des soins à titre de l'assurance maladie, 67% n'avaient eu à rien payé

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

Coût moyen des ordonnances	Fréquence	Pourcentage
J'ai payé entre 5000-10000 Fcfa	60	60.0
J'ai payé entre 15000-20000Fcfa	9	9.0
Je n'ai rien payé	1	1.0
Ne sait pas	30	30.0
Total	100	100

Le cout d'une ordonnance était situé en majorité entre 5 000 et 10 000FCFA. Cependant, 30% des patients ne se rappelait pas du cout moyen des ordonnances

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

Opinion sur le coût de l'ordonnance	Fréquence	Pourcentage
Elevé	20	20.0
Pas élevé	53	53.0
Ne sait pas	27	27.0
Total	100	100

Plus de la moitié des patients, soit 53% trouvait que le cout de leur ordonnance n'était pas élevé.

Tableau XVIII: Répartition des patients en fonction de cout moyen des examens complémentaire

Cout moyen des examens complémentaire	Fréquence	Pourcentage
J'ai payé entre 1000-5000Fcfa	34	34.0
J'ai payé entre 5000-10000Fcfa	10	10.0
Je n'ai rien payé	12	12.0
Ne sais pas	44	44.0
Total	100	100

Dans notre échantillon, moins de la moitié des patients (44%) ne savent pas du cout des examens complémentaires effectués. Pour ceux qui se sont rappelés, le prix moyen se situait en majorité entre 1 000 et 5 000 FCFA.

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

Opinion sur le coût des examens complémentaires	Fréquence	Pourcentage
Elevé	14	14.0
Pas élevé	62	62.0
Ne sait pas	24	24.0
Total	100	100.0

62% des patients, avait considéré le cout de leurs examens complémentaires pas élevé.

5.6. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO face à la maladie

Tableau XX: Répartition des patients en fonctions du premier recours en cas de maladie

Variable	Fréquence	Pourcentage
Auto médication	18	16,0
Médecins traditionnels	4	6,0
Centre de santé	78	78,0
Total	100	100,0

Dans la majorité des cas (78%), le centre de sante était le premier recours des patients en cas de maladie

Tableau XXI: Répartition des patients en fonction de la raison du non recours à un centre de santé

Raisons de non recours	Fréquence	Pourcentage
Pas assez d'argent	7	32
Moins contraignant qu'un centre de santé	15	68
Total	22	100,0

Deux raisons ont été évoquées par les patients : le caractère moins contraignants qu'un centre de santé, pas assez d'argent

Tableau XXII: Répartition des patients en fonction du moment du recours à un centre de santé

Variabes	Fréquence	Pourcentage
Dès l'apparition des premiers signes de la maladie	78	78,0
A la persistance des symptômes	18	18,0
A l'aggravation de l'état de santé	4	4,0
Total	100	100,0

Dans notre échantillon, pour 78% des patients, le recours à l'hôpital est envisagé dès l'apparition des premiers signes

5.7. Attitude des bénéficiaires de l'AMO face aux règles de l'AMO

Tableau XXIII: Répartition des adhérents selon le respect des règles de l'AMO

Variable	Fréquence	Pourcentage
Non-respect des règles	19	19,0
Respect des règles	81	81,0
Total	100	100,0

Parmi les adhérents 81% ont respecté les règles de l'AMO

Tableau XXIV: Répartition des adhérents selon le type de fraude

Variabes	Fréquence	Pourcentage
L'aider à payer ses ordonnances	18	95
L'aider à payer ses examens complémentaires	1	5
Total	19	100,0

Parmi les adhérents qui ont fraudé, 95% des cas c'était pour aider à payer les ordonnances et 5% des cas, étaient d'aider à payer les examens complémentaires

Tableau XXV: Répartition des adhérents selon la manière de la fraude

Variabes	Fréquence	Pourcentage
A travers un agent de santé	12	63
A travers un agent de l'AMO	7	34
Total	19	100,0

Les adhérents en question ont fraudé en complicité avec un agent de santé dans 63% des cas et avec un agent de l'AMO dans 34% des cas

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. Commentaires et discussion

6.1. Caractéristiques sociodémographiques

Pour l'ensemble de l'échantillon, le sexe masculin a été le plus représenté avec 56% et un sex ratio de 1,27. Notre résultat diffère de celui de **KONE. K** (19) qui avait le sexe féminin

prédominait avec 57,1% et un sex ratio de 1,33. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence du lieu d'étude et de la taille de l'échantillon.

La tranche d'âge de 25 à 34 était la plus représentée avec un taux de 27% ; 21% pour la tranche de 35 à 44 ans et seulement 4% pour celle de 65 ans et plus. **KONE. K(19)** avait trouvé que la tranche d'âge de 25-34 ans était la plus représentée avec 27,8%, une moyenne d'âge à 38,79 ans avec un minimum à 16 ans et un maximum à 81 ans.

L'échantillon était composé exclusivement de Malien. Nous avons retrouvé plusieurs ethnies différentes avec 39% de bambaras, 31% de Malinké. Ce qui est comparable à la répartition nationale selon l'**EDSM V(20)**.

Les fonctionnaires constituaient 34% de notre échantillon, les commerçants et élèves 20%. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que nous avons trouvé une forte proportion des patients dans la tranche d'âge 25-34 ans, tranche d'âge dans laquelle l'on est le plus souvent en activité.

Selon l'étude menée par **KONE. K(19)**, les salariés avaient représenté 17,8% de l'échantillon. Cependant dans l'étude de **A. DAGNIOKO(1)**, les retraités ont représenté 29,6%.

Notre étude révèle que 66% de nos participants étaient mariés au régime polygamique dans 38% des cas. Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés par **KONE. K(19)** qui avaient 84% des patients mariés au régime polygamique dans 95% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les renseignements sur le statut matrimonial n'a pas été effectué par tous les participants.

Les niveaux d'instructions secondaire et supérieur étaient les plus représentés dans notre échantillon avec respectivement 53% et 30% des cas chacun.

6.2. Statut des patients par rapport à l'AMO

Environ 44% de nos patients étaient les adhérents à l'AMO, les parents, les conjoint(e)s, les enfants soit respectivement (19%, 20%, 17%) étaient des bénéficiaires. Cette étude est proche de celle de **KONE. K(19)** au Mali avec 42% des patients directement affiliés et contraire à celle de **A. DAGNIOKO (1)** au Mali avec 56,2% patients directement affiliés.

6.3. Qualité perçue par les adhérents

En ce qui concernait la qualité de l'accueil, plus de la moitié des patients a déclaré être bien reçu à l'entrée (88,2%), être orienté (59%), n'avoir pas été privilégié (96%) et avoir été installé confortablement pendant l'attente du médecin (93%). Concernant l'accueil, **KONE.(19)** trouvé un taux de satisfaction de 77,35%, **SISSOKO F(21)** au Mali trouve 80% comme taux de satisfaction chez les adhérents à la garantie santé de la MUTEK également **A. DAGNIOKO (1)** au Mali trouve 76,5% comme taux de satisfaction chez les adhérents à l'AMO. Ce qui est

comparable à notre étude. Par contre, **NIAMBELE K M**(12) trouve un taux de satisfaction par rapport à l'accueil à 59%, taux inférieur à nos résultats. **Alagnide HE, et al** (22) au Bénin trouvent respectivement au secrétariat et en salle de rééducation à (62% - 80%) . Le plan stratégique de **l'hôpital de KIBUYE** au Rwanda de mai 2013(23) 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.

Par rapport à la durée de l'attente 60 % des patients considéraient qu'elle était acceptable. Ce résultat est similaire à celui trouvé par **KONE. K** (19) avec un 59,4% des patients qui considéraient l'attente comme acceptable. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, les patients arrivent en grand nombre assez tôt et sont obligés de beaucoup patienter pour être consultés. **A. DAGNIOKO**(1) au Mali trouve 46,9% des patients qui ont trouvé la durée d'attente acceptable. Le plan stratégique de **l'hôpital de KIBUYE de 2013**(23) au Rwanda montre une durée moyenne d'attente avant la consultation de 2 h16 minutes. Ce qui est largement supérieur à nos résultats. **KASSAMBARA M** (2) au Mali trouve 48% des patients qui ont trouvé la durée d'attente trop longue. Cette différence s'expliquerait par le fait qu'un CHU, est un centre de référence de premier niveau et a donc un niveau de fréquentation plus élevé

En ce qui concerne la qualité des consultations, la majorité des patients a affirmé qu'il était facile d'avoir accès au médecin (81%). La confidentialité et le respect du patient et de son intimité physique était beaucoup respectée (65%, 81%, 77% respectivement). Il accordait beaucoup d'attention à la maladie (85%) notamment par les discussions qui comprenaient beaucoup de questions (68%) et qui obtenaient beaucoup de réponses dans 68% des cas. Par ailleurs les patients recevaient beaucoup d'encouragement dans la prise de traitement (82%). Cependant, malgré l'excellente qualité des consultations, les patients ont affirmé avoir eu des incompréhensions qui étaient basées dans 55% des cas sur l'origine de leur maladie, dans 14% sur le traitement et dans 17% sur la possibilité de guérison **KONE. K**(19), **Kadidiatou K** (24) et **A. DAGNIOKO** (1) dans leurs études trouvent un taux d'incompréhension à 5,7% ; 11,6% et 11,1% respectivement, qui est comparable à celui de notre étude.

6.4. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Il découle de notre étude que 62% des patients ont été satisfait de leur prise en charge générale au CSRéf de la commune IV, un taux de satisfaction qui est comparable à ceux de **KONE. K** (19), **KASSAMBARA M** (2) et **A. DAGNIOKO** (1) qui trouvent un taux de satisfaction

respectivement à 96,7% ; 94% et 81,5%. Aussi ; 95% des patients ont été satisfait de l'assurance maladie. **KASSAMBARA M** (2) trouve 73% (très satisfait) et 21% (assez satisfait) Les deux principales raisons de la satisfaction par rapport à l'AMO ont été la facilitation de l'accès aux soins (11%) et la disponibilité des médicaments à prix abordable grâce à l'AMO (89%).

Néanmoins, quelques raisons d'insatisfactions ont été notées à savoir : La procédure à suivre, du temps d'attente au niveau des caisses ; personnel pas accueillant

6.5. Coûts induits par la demande des soins.

Près de 97% des patients connaissaient le prix de la consultation avec l'AMO et 93% trouvait que le prix n'était pas élevé. Toutefois, Dans 57% des cas les patients n'avaient pas bénéficié de l'hospitalisation ou des soins payants, 29% n'avaient eu à rien payé et 14% ne se rappelaient pas.

Dans notre étude le coût d'une ordonnance était situé en majorité entre 5 000 et 10 000FCFA. Cependant, 30% des patients ne se rappelaient pas du coût moyen des ordonnances. **Sissoko F.** (21) dans son étude n'as pas trouvé de coûts d'ordonnance supérieur à 5000 FCFA.

Concernant les examens complémentaires, Dans notre échantillon, moins de la moitié des patients (44%) ne savaient rien du coût des examens complémentaires effectués. Pour ceux qui se sont rappelés, le prix moyen se situait en majorité entre 1 000 et 5 000 FCFA.

62% des patients, avait considéré le coût de leurs examens complémentaires pas élevé.

Nos résultats sont comparables à ceux de **Sissoko F** (21) qui trouve le coût des examens situé entre 1000 FCFA et 3000 FCFA dans la majorité des cas.

Selon l'EDSM V (20), toutes ces dépenses en santé sont inférieures à la moyenne.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que pour les adhérents à l'AMO, les dépenses de santé sont prises en charge à 70% en ambulatoire et à 80% en hospitalisation. Ce qui contribue à réduire considérablement les dépenses des patients, qui ne paient que le ticket modérateur. Cela expliquerait aussi le fait que la majorité des patients de notre échantillon n'aient pas rencontré des difficultés financières au cours de leurs dépenses en santé.

6.6. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO

En général les patients avaient la bonne attitude face à la maladie, qui est de se rendre à l'hôpital en premier recours (78%). Néanmoins nous avons retrouvé une proportion considérable des patients qui ont eu recours en première intention à l'automédication (18%). Ce qui est quand même inférieur aux statistiques nationales (58%) selon l'EDSM V (20). Notre résultat est également inférieur à ceux trouvés par **Yabga Bertin T.**(25) Côte d'ivoire, **El Omari S** (26),

aux Philippines et **Raynaud D** en France(27), qui trouvent respectivement 27%, 38% et 20% d'automédication dans leurs études. Au Cameroun, **Nkoma Pouche P**(28) l'automédication est la première intention de recours médical en cas de maladie. Elle représente 51,9% des intentions de recours contre 42,1% pour le recours aux soins.

Ces différences montrent le net bénéfice de l'assurance Maladie sur le non recours à l'automédication et donc l'importance du déterminant financier sur le type de recours aux soins.

Le non recours à l'hôpital en première recours a pour raisons : le caractère contraignant par rapport aux autres types de recours (32%) et le manque d'argent (68%). Au RWANDA, **MUNYAMAHORO M et al**(29) trouvent comme principale raison du non recours à l'hôpital en première intention la barrière financière avec 55% des cas, suivi de la qualité des services dans 27,6% des cas.. **Mushagalusa Salongo**(30) en République Démocratique du Congo trouve le déterminant financier comme raison du non recours à l'hôpital en première intention dans 24% des cas, la conception moins grave de la maladie dans 20% des cas et les contraintes liées à la demande des soins hospitaliers dans 18% des cas. **Aude Nikiéma, Clémentine Rossier et Valéry Ridde**(31) au Burkina Faso trouvent parmi les raisons du non recours aux soins, l'accès financier avec 51,3%.

Ces résultats confortent le fait que le déterminant financier, bien que ressortant nettement indispensable au recours aux soins, n'est pas la seule raison déterminante du non recours aux soins hospitaliers.

6.7. Attitude des bénéficiaires face aux règles

Dans notre échantillon 81% ont respecté les règles de l'AMO ce qui est supérieure à l'étude de **A. DAGNIOKO** (1) chez qui les patients ont respecté les règles de l'AMO (63%). Ce qui est inférieur à l'étude de **KONE. K** (19), chez qui 99,5% ont respecté les règles de l'AMO. Cette infériorité peut être due à la taille de notre échantillon. Dans notre étude, les patients ayant violé les règles ont aidé soit un proche, un ami, un parent à payer leurs ordonnances (95%) ; soit à payer leurs examens complémentaires (5%) cela veut dire que la fraude reste à bannir dans l'assurance maladie obligatoire.

Dans notre étude les patients ayant violé les règles, 63% l'ont fait en complicité avec un agent de santé et 34% en complicité avec un agent de l'AMO. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali on demande trop de services à un parent, un ami, un proche travaillant dans un service quelconque.

6.8. Limites et difficultés de l'étude

Durant une période de cinq mois, nous avons mené une étude transversale descriptive sur l'évaluation des recours aux soins des patients adhérents à l'assurance maladie obligatoire dans tous les services du CSREF IV.

Nous avons été confrontés à certaines limites et/ou difficultés, qui étaient principalement :

-Refus de certains patients à se soumettre au questionnaire, pour certains par manque de temps, par crainte du Covid19 et pour d'autre lié au simple fait de la fatigue car ayant déjà assez attendu au niveau des services.

-Certains patients n'ont pas été recrutés directement au sortir des consultations et ont été interrogés sur des consultations antérieures, avec une possibilité de biais de mémoire.

-Par rapport aux montants des différentes dépenses effectués (consultations, médicaments, analyses...), certains patients n'ont pas pu estimer le coût des dépenses, dû au fait qu'étant malade et alité, c'est généralement leurs accompagnants qui se rendaient au niveau des guichets.

-Concernant l'itinéraire thérapeutique des patients face à la maladie, une possibilité de biais d'information (biais de prévarication) pourrait être notée, dû au fait que les patients n'ont pas été observés directement, mais nous nous sommes basés sur leurs déclarations qui ont pu être modifiées par le simple fait que le questionnaire était soumis par un agent de la santé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. Conclusion

L'assurance maladie obligatoire a permis une nette amélioration de l'accessibilité aux soins des adhérents, en réduisant de façon considérable les dépenses de santé qui sont nettement inférieures à la moyenne nationale.

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

Dans l'ensemble les patients ont donné une bonne appréciation à la qualité des prestations (accueil, consultations...) au CSRéf de commune IV. Cependant la longue durée de l'attente est encore un obstacle à la facilitation du recours aux soins des adhérents, ainsi que

l'indisponibilité de la majorité des prescriptions (médicaments et examens complémentaires) au niveau de la structure.

8. Recommandations

Au terme de cette étude sur l'évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CSRéf de la commune IV, nous formulons les recommandations suivantes :

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

- Respecter l'heure de début des consultations pour réduire la durée d'attente
- Augmenter le nombre des bureaux de consultation
- Augmenter le nombre de personnels qualifiés (consultations spécialisées)

8.2. Par rapport à la persistance des incompréhensions sur la maladie :

- Expliquer aux patients :
 - Leurs pathologies,
 - Les causes probables,
 - Facteurs aggravants,
 - La prévention,
 - Les possibilités de guérison,
 - Les mesures d'hygiène

8.3. Par rapport au recours important à l'automédication en première intention :

- Expliquer les conséquences de l'automédication aux patients
- Sensibiliser les patients sur l'avancée de la médecine moderne
- Faciliter d'avantage le parcours de soins des patients à l'hôpital afin de le rendre moins contraignant et donc plus accessible en première intention.

8.4. Par rapport aux raisons d'insatisfaction de l'AMO :

- Réduire les procédures
- Augmenter les catégories d'ayant droit à l'AMO
- Améliorer la qualité de l'accueil au niveau des guichets
- Améliorer la collaboration avec les pharmacies et laboratoires
- Augmenter le nombre de guichets voir créer des guichets AMO au niveau des différents services.
- Elargir la liste des prestations couvertes.
- Envisager la prise en charge des évacuations sanitaires.

8.5. Par rapport à la fraude :

- Sensibiliser les adhérents à respecter les règles.
- Sensibiliser les agents de santé à ne pas reconduire les ordonnances d'autrui sur les ordonnances AMO
- Sensibiliser les agents de l'AMO à ne pas livrer des ordonnances AMO sans les bénéficiaires
- Pérenniser l'utilisation des cartes AMO biométrique qui jouent un rôle important dans la lutte contre la fraude.
- Inviter le personnel soignant à prescrire de façon rationnelle

Résumé

L'objectif de notre étude était d'évaluation le recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au centre de santé de référence de la commune IV.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, intéressant les adhérents à l'AMO présents dans le CSRef de la commune IV de Bamako.

Ont été inclus dans l'étude tout adhérent à l'AMO ou ayant droit qui a accepté de participer à l'étude.

L'étude a concerné 100 adhérents à l'AMO dont 56% était de sexe masculin. La tranche d'âge de 25 à 35 représentait 27%, plus de la moitié soit 69% trouvaient qu'il y avait de la courtoisie à l'entrée du CSRef de la commune IV. 60% ont trouvé la durée acceptable. Au total 95% des adhérents étaient satisfaits de l'AMO. La principale raison d'insatisfaction était qu'il y a trop de procédure et 19% avaient enfreint aux règle de l'AMO en aidant un proche a payé ses ordonnances.

L'AMO a permis une nette amélioration de l'accessibilité aux soins des populations, les mesures doivent être prises afin de réduire les fraudes.

Mots clés : AMO, adhérents, CSRef IV

9. Références

1. Daniogo A. Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU BSS Kati. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. 2020, N°272, 113p; 2020 . Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4060>.
2. Kassambara M. Evaluation des recours aux soins des adhérents de l'assurance maladie obligatoire au CHU Gabriel Touré. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. 2020. N°70, 98p. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4509>.
3. Ymele Nana C. Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire au CHU Point'. 2015 ; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/863>.
4. Analyse situationnelle des ressources humaines en santé des pays membres du reseau vision Tokyo 2010 aout, 20p [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: https://www.jica.go.jp/project/senegal/004/materials/ku57pq000027opsq-att/Resume_de_lanalyse_situationnelle.pdf
5. Ministère de la santé. Plan décennal de développement Sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023. Version validée, 2014, 97 p. Disponible sur: http://www.sante.gov.ml/docs/PDDSS_2014-2023.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: http://www.sante.gov.ml/docs/PDDSS_2014-2023.pdf
6. Diallo M. Evaluation de la mise en œuvre de l'AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes au Mali Avril 2018, N°0035MBA-ES18, 92p [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: http://bibliotheque.cesag.sn/documents_numeriques/M0035MBA-ES18.pdf
7. loi n°09-0 15 du 26 juin 2009 portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire. 2009;
8. Guy C and Chris J Department « Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation » (FER) Cluster « Evidence and Information for Policy » (EIP): Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire: Problématiques conceptuelles-clé Durant la periode de transition, 2004, N°, 59p [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69019/EIP_FER_DP.F_04.2.pdf;jsessionid=3369377FC521C9ECC3E95ED5A00FC6F3?sequence=1
9. KEITA A Evaluation de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans les officines de la commune v du district de Bamako en 2019,N°19P131,115p [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/3743/19P131.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. La loi N°2018-074 du 31 Décembre 2018 instituant le regime d'assurance maladie universelle ; (J.O.R.M).
11. DIARRA S etude descriptive de l'assurance maladie obligatoire sur la prescription et la dispensation des médicaments dans les structures conventionnees a l'AMO DE LA COMMUNE VI du district de BAMAKO,2021,N°21P48, 84p. 2021;84p.

Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au Centre de Santé de Référence de la commune IV

12. Niambélé K M etat des lieux de la mise en oeuvre de l'assurance obligatoire au niveau de l'hopital gabriel touré en 2018 : defis et perspectives,2019; N°288,117ppdf [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur:
<https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/3669/19M288.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Ministère du developpement social. Republique du Mali de la solidarité et des personnes âgées ,2011, 84p [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur:
<https://faolex.fao.org/docs/pdf/mli151395.pdf>
14. ANNUAIRE STATISTIQUE 2018 DU SYSTEME LOCAL D'INFORMATION SANITAIRE DU MALI [Internet]. [cité 11 août 2023]. Disponible sur:
<http://www.sante.gov.ml/docs/AnnuaireSLIS2018VFdu27avril.pdf>
15. Le régime malien de sécurité sociale; 2011, 8p. 2011;8.
16. BONNET p le concept d'accessibilité dans le système de santé. dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry Pascal BONNET © 2002,page 2 [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf
17. Ange MS. Sango M A Déterminants de l'utilisation des services de santé par les femmes au Cameroun (1998-2004) : une approche visant à réduire le risque de mortalité maternelle, juillet 2009, 88p https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/mboti-sango_2009.pdf. 2009;88p.
18. Dembéle M étude épidémiologique et clinique du paludisme chez les femmes enceintes au centre de référence de la commune IV du district de Bamako 2021, N°69, 89p [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur:
<https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/4600/21M69.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Koné K. Koné K. Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CSRéf de Bougouni. USTTB; 2022.N°211,117p Disponible sur:
<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5693> [Internet]. 2022. Disponible sur:
<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5693>
20. ED SM V (Nom). Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSD SPF), Institut National de la Sta Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013, 577p [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr286/fr286.pdf>
21. Sissoko F. Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie sante dans le centre de santé de la MUTEC. Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS, 2010 ;N°606 108 p [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur:
<https://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M606.pdf>
22. Alagnide HE, Natta DN, Hougbedji G, Adido M, Olouka J, Havyarimana E, et al. Alagnide HE, et al satisfaction of Patients Treated in Physical Medicine and Rehabilitation Department in CNHU-HKM of Cotonou, 2018, N°1,8p <http://www.scirp.org/journal>. Open J Ther Rehabil. 12 févr 2018;06(01):8.
23. Republique du Rwanda district de Karongi hopital de Kibuye ,B.P 44 Kibuye plan stratégique de l'hopital de kibuye - PDF Free Download [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur:

<https://docplayer.fr/15765622-Republique-du-rwanda-district-de-karongi-hopital-de-kibuye-b-p-44-kibuye-e-mail-hopitalkibuye-yahoo-com-plan-strategique-de-l-hopital-kibuye.html>

24. 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), 2007, N°165, 211p [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.keneya.net/fmpos/theses/2007/med/pdf/07M165.pdf>
25. TAPE Y B. Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire. Mémoire de maîtrise : Economie. Laval : faculté des études supérieures de l'université de Laval, 2007 ; 81 p.
26. Salaheddine E O. Évaluation des impacts de l'assurance sociale maladie sur la consommation des soins de santé par la population rurale à faible revenu aux philippines. Mémoire de maîtrise : Economie. Montréal : École des sciences de la gestion, 2007 ; 46 p [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://archipel.uqam.ca/3250/1/M9635.pdf>
27. Raynaud D D. Raynaud D Les déterminants du recours à l'automédication <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-1-page-81.htm>. Rev Fr Aff Soc. 2008;(1):81-94.
28. Paul Pouhe Nkoma. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication. 7ème Conférence sur la Population Africaine: "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis", le Gouvernement de l'Afrique du Sud et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA), Nov 2015, Johannesburg, Afrique du Sud. hal-01339418.
29. Munyamahoro M, Ntaganira J. Munyamahoro M et al Déterminants de l'utilisation des services de santé par les menages du district de Rubavu, Rwanda <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/41169/1/rw12012.pdf>. 2012;69.
30. Salongo, Pacifique Mushagalusa.(2005). Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RD Congo, Université de Kinshasa, Congo, p71, <https://www.memoireonline.com/04/06/152/etude-determinantssocio-economiques-utilisation-services-sante.html> ;
31. Nikiema, A., et al. « Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain: le cas de la périphérie nord de Ouagadougou. » 6th African population Conference. 2011.

Q5/ Quelle est votre nationalité ? _____

Q6/ Quelle est votre ethnie ?

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

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q7/ Quelle est votre religion ?

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

2= /___/ Chrétienne

Q8/ Quelle est votre profession ?

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

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

Q9/ Quel est votre statut matrimonial ?

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

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

Q10/ Quel est votre régime matrimonial ?

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

Q11/ Quel est votre niveau d'instruction ?

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

2= /___/ Fondamental 1^{er} cycle 5= /___/ Supérieure 3= /___/ Fondamental 2^{ème} cycle 6= /___/ école coranique traditionnelle

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

Q12/ Par quel biais bénéficiez-vous de l'AMO ?

1= /___/ Moi-même 3= /___/ Mon parent

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

SECTION 3 : QUALITE DE L'OFFRE PERCUE PAR LES ADHERENTS

ACCUEIL

Q13/Pourquoi êtes-vous venu au CSREF (motif de consultation) ?

Q14/ Lorsque vous vous êtes présenté au CSREF, avez-vous été reçu avec courtoisie l'entrée ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

1= /___/ heures /___/ minutes.

2= /___/ ne sait pas.

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

1= /___/ Long

3= /___/ Court

2= /___/ Acceptable

4= /___/ Autres (à préciser) : _____

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

1= /___/ Très confortablement

4= /___/ Très inconfortablement.

2= /___/ confortablement

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

3= /___/ inconfortablement

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

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

Pourquoi ? _____

Q20/ Votre consultation a été confidentielle ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Non

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

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

Q25.1/ Que n'avez-vous pas compris ?

1= /___/ l'origine de ma maladie

2= /___/ la gravité de ma maladie

3= /___/ Si ma maladie peut guérir sans conséquences pour ma santé

4= /___/ comment et/ou pendant combien de temps je dois prendre mes médicaments

Q26/ L'agent de santé qui vous a reçu vous a-t-il encouragé à suivre les traitements prescrit ?

1= /___/ Beaucoup

2= /___/ Moyennement

3= /___/ Un peu

4= /___/ Pas du tout

5= /___/ Ne sait pas

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

4= /___/ Ne sait pas.

Q33.1/lesquels des médicaments ou appareillages prescrit n'étaient pas disponible au niveau de la pharmacie du CSREF ?

Q34/ les examens complémentaires prescrits étaient-ils tous disponible au niveau du CSREF ?

1= /___/ Oui j'ai pu réaliser la totalité des examens au niveau du csref.

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

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

4= /___/ Ne sait pas.

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q34.1/ lesquels des examens complémentaires prescrits n'étaient pas disponible au niveau du csref ?

SECTION 5 : COUTS INDUITS PAR LA DEMANDE DES SOINS

Q35/ Combien avez-vous payé pour la consultation ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

Q35.1/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

Q36/ Combien avez-vous payé pour l'hospitalisation / les soins reçus surplace (injection, petite chirurgie) ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas 5= /___/ n'en a pas bénéficié

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

Q36.1/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

Q37/ Combien avez-vous payé pour les médicaments que vous avez achetés ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

Q37.1/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

Q38/ Combien avez-vous payé pour les examens complémentaires que vous avez réalisés ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

Q38.1/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

Q39/ Avez-vous eu des difficultés à payer les frais encourus lors de cette visite au CSREF IV ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

Q40/ Avez-vous reçu de l'aide pour payer les frais encourus lors de cette visite au CSREF IV ?

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

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

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

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

5= /___/ Non je n'ai reçu aucune aide 6= /___/ Ne sait pas.

SECTION 6 : SATISFACTION DES BENEFICIAIRES

Q41/ Etes-vous satisfait de la manière dont on s'est occupé de vous ?

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

3= /___/ Je suis assez

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

4= /___/ Je suis très

Q 42/ Etes-vous satisfait de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) ?

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

3= /___/ Je suis assez

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

4= /___/ Je suis très satisfait (e)

Q 42.1 pourquoi êtes-vous satisfait(e)

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

3= /___/ autres (à préciser) : _____

Q42.2/ Pourquoi n'êtes-vous pas satisfait (e) ?

1= /___/ Trop de procédures à suivre couvertes

6= /___/ Pas assez de prestations

2= /___/ Temps d'attente trop long.

7= /___/ pas assez d'ayant droit couverts

3= /___/ couts pas assez pris en charge

8= /___/ personnel pas accueillant

4= /___/ Cotisations très élevées

9= /___/ Autres (à préciser) : _____

5= /___/ indisponibilité des médicaments et analyses couverts

SECTION 7 : ATTITUDES DES BENEFICIAIRES FACE A LA MALADIE

Q43/ Combien de fois avez-vous eu recours aux soins hospitaliers depuis la dernière saison de pluie ?

1= /___/ _____ nombre de fois

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

Q44/ Combien de fois avez-vous consulté un médecin traditionnel depuis la dernière saison de pluie ?

1= /___/ _____ nombre de fois

3= /___/ Refuse de répondre.

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

Q45/ Combien de fois avez-vous eu recours à la pharmacie par terre depuis la dernière saison de pluie ?

1= /___/ _____ nombre de fois

3= /___/ refuse de répondre

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

Q46/ Lorsque vous êtes malade quel est votre premier recours ?

1= /___/ Auto médication

3= /___/ centre de santé

2= /___/ Médecins traditionnels

4= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q47/ Pourquoi ? (Si autres qu'un centre de santé)

1= /___/ Pas assez d'argent

2= /___/ mêmes résultats obtenus qu'en se rendant dans un centre de santé

3= /___/ plus efficace qu'un centre de santé

4= /___/ Moins contraignant qu'un centre de santé

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q48/ Quand est-ce que vous vous rendez dans un centre de santé ?

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

2= /___/ A la persistance des symptômes

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

4= /___/ Autres (à préciser) : _____

SECTION 8 : ATTITUDE DES ADHERENTS FACE AUX REGLES DE L'AMO :

Q49/ Avez-vous une fois aidé un non adhérent avec votre AMO ?

1= /___/Oui

2= /___/Non

Q50 / Comment avez-vous l'aidé ?

1= /___/ L'aidé à payer ses ordonnances

2= /___/ L'aidé à payer ses examens complémentaires

3= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q51/ Comment aviez-vous procédé ?

1= /___/ A travers un agent de santé

2= /___/ A travers un agent de l'AMO

3= /___/ Autres (à préciser) : _____

SERMENT D'HYPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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