

MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE

REPUBLIQUE DUMALI

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**



**UNIVERSITES DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO  
FACULTES DE PHARMACIE**

Année Universitaire : 2018-2019

N°.....

**THESE**

**Problématique de l'accès aux soins de santé  
des démunis : cas du CHU du Point G.**

**Présentée et soutenue publiquement le.../...../2019 devant le jury**

**De la faculté de pharmacie Par :**

**M. Sékou O SANGARE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie**

**(Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président : Pr Elimane MARIKO**

**Membres : Dr Cheick Abou COULIBALY**

**Dr Aboubacar Alassane Oumar**

**Co-Directeur : Dr Issa COULIBALY**

**Directeur : Pr. Saïbou MAÏGA**

---

**Problématique de l'accès aux soins de  
santé des démunis : cas du CHU du  
Point G.**

---

**LISTE DES ENSEIGNANTS**

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS  
ENSEIGNANT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE ANNEE  
UNIVERSITAIRE 2017-2018.**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : M. Boubacar TRAORE, Professeur

VICE-DOYEN : M. Ababacar MAIGA, Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : M. Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

AGENT COMPTABLE : M. Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances.

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

M. Boubacar	Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Souleymane	DIALLO	Bactériologie, Virologie
M. Kaourou	GOUCOURE	Physiologie
M. Boukassoum	HAÏDARA	Législation
M. Moussa	HARAMA	Chimie Organique (décédé)
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
M. Alou A.	KEÏTA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
M. Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie
M. Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique

**DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES**

**1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary M.	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
M. Alassane	DICKO	Santé Publique

M. Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
M. Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
M. Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie
M. Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Généraliste
M. Akory	Ag IKNANE	Santé Publique/Nutrition

## **2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M. Flabou	BOUGOUDOOGO	Bactériologie-Virologie
M. Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
M. Bourèma	KOURIBA	Immunologie, Chef de DER
M. Ousmane	TOURE	Santé Publique/ Santé environnement
M. Aldjouma	GUINDO	Hématologie
M. Kassoum	KAYENTAO	Santé Publique/ Bio statistiques
M. Issaka	SAGARA	Santé Publique/ Bio statistiques
M. Mahamadou S.	SISSOKO	Santé Publique/ Bio statistiques

## **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE**

M.Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-virologie
M. Charles	ARAMA	Immunologie
M.Boubacar	Tiétié	BISSAN Biologie clinique
M.Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie clinique
Mme.Djénèba Koumba	DIABITAO	Biologie moléculaire
M.Laurent	DEMBELE	Biotechnologie microbienne
M.Klétigui Kasimir	DEMBELE	Biochimie clinique
M. Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie
M.Yaya	GOÏTA	Biochimie clinique
M. Ibrahima	GUINDO	Bactériologie Virologie
Mme.Aminatou	KONE	Biologie Moléculaire
M.Birama Apho	LY	Santé publique
M.Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie cellulaire
M.Samba Adama	SANGARE	Bactériologie
M. Fanta	SANGHO	Santé publique

M. Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
M. Souleymane	DAMA	Parasitologie entomologie med
M. Oumar	SANGHO	Epidémiologie

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Djeneba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
M. Issa	DIARRA	Immunologie
M. Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique –Biologie végétale
Mme. Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
Mme Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye	KEÏTA	Santé publique/Santé environnement
Mme. N'Deye Lailah Nina	KOITE	Nutrition
M. Yacouba	MAÏGA	Bio Statistique
M. Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Diakaridja	TRAORE	Hématologie

#### **DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

##### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
M. Saïbou	MAÏGA	Législation
Mme.Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

##### **2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

**Néant**

##### **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

M. Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
M. Bakary M.	CISSE	Galénique
M. Yaya	COULIBALY	Législation
M. Issa	COULIBALY	Gestion
Mme Balla F.	COULIBALY	Pharmacie Hospitalière
M.Hama Boubacar	MAÏGA	Galénique
M.Moussa	SANOGO	Gestion

Mme. Adiaratou TOGOLA Pharmacognosie

M. Mahamane HAÏDARA Pharmacognosie

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Seydou L COULIBALY Gestion Pharmaceutique

M. Antoine DARA Sciences Pharmaceutiques

M. Daouda L. DEMBELE Pharmacognosie

M. Adama DENOUE Pharmacognosie

M. Sekou DOUMBIA Pharmacognosie

Mme Assitan KALOGA Législation

M. Ahmed MAÏGA Législation

Mme Aïchata B. A. MARIKO Galénique

M. Aboubacar SANGHO Législation

M. Bourama TRAORE Législation

M. Karim TRAORE Sciences Pharmaceutiques

M. Sylvestre TRAORE Gestion Pharmaceutique

Mme Aminata T. TRAORE Pharmacie Hospitalière

M. Mohamed dit S TRAORE Pharmacie Hospitalière

### **DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

#### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Benoit Yaranga KOUMARE Chimie Analytique

M. Ababacar I. MAÏGA Toxicologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M Sékou BAH Pharmacologie, Chef de DER

#### **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE**

M. Dominique P. ARAMA Pharmacie Clinique

M. Mody CISSE Chimie Thérapeutique

M. Tidiane DIALLO Toxicologie

M. Hamadoun Abba TOURE Bromatologie

M. Ousmane DEMBELE Chimie Thérapeutique

M. Madani MARIKO Chimie Analytique

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
Mme Dalaye B.	COULIBALY	Chimie Analytique
M. Blaise	DACKOOU	Chimie Analytique
Mme Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Abdourahamane	DIARA	Toxicologie/Bromatologie
M. Aiguerou dit A.	GUINDO	Pharmacologie
M. Mohamed E. B	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
M. Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique

#### **DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

##### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Moctar	DIALLO	Biologie / Chef de DER
M. Cheick F	TRAORE	Biologie/ Entomologie
M.Mamadou	TRAORE	Génétique

##### **2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M.Lassana	DOUMBIA	Chimie appliquée
-----------	---------	------------------

##### **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

M. Abdoulaye	KANTE	Anatomie
M. Boureima	KELLY	Physiologie Médicale

##### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Seydou	SIMBO DIAKITE	Chimie Organique
M. Modibo	DIALLO	Galénique
M.Moussa	KONE	Chimie organique
M. Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

##### **CHARGES DE COURS (VACATAIRES)**

M. Cheick O.	BAGAYOKO	Informatique
M. Babou	BA	Anatomie
M. Adourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
M. Souleymane	COULIBALY	Psychologie de la Santé



M. Bouba	DIARRA	Bactériologie
M. Modibo	DIARRA	Nutrition
M. Moussa I	DIARRA	Biophysique
M. Babacar	DIOP	Chimie
M. Atimé	DJIMDE	Bromatologie
M. Yaya	KANE	Galénique
M. Boubacar	KANTE	Galénique
M. Aboubakary	MAÏGA	Chimie organique
M. Massambou	SACKO	SCMP/SIM
M. Modibo	SANGARE	Anglais
M. Sidi B.	SISSOKO	Histologie-Embryologie
Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
M. Fana	TANGARA	Maths
M. Abdel K.	TRAORE	Pathologies Médicales
M. Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

## **DEDICACE**

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

L'amour, le respect, A ceux qui me sont les plus chers

A ceux qui ont toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragé

Ainsi, c'est tout simplement que...

Je dédie cette thèse...

**A Allah** le tout puissant, le miséricordieux l'omnipotent, l'omniscient par ta grâce j'ai pu réaliser ce travail, merci pour m'avoir donné la conviction le courage et la force de faire ces études.

**Au prophète Mahomet (PSL)** qui a été une lumière pour toute l'humanité.

**A mon père Malik SANGARE**

Merci papa parce que tu n'as jamais ménagé d'efforts pour ma scolarisation. Tu n'étais pas à mes côtés de façon quotidienne mais tu as su m'inculquer les valeurs de persévérance, de combattivité et la compétitivité, valeurs qui m'ont été utile durant ce long et pénible parcours. Si je suis arrivé aussi facilement c'est grâce à toi. Ce travail est aussi le tien. Puisse Dieu te prêter longue vie afin que tu puisses bénéficier des joies de la paternité.

Trouve dans ce modeste travail cher père l'expression de mon affection et de ma gratitude.

**A ma mère Martine DAKOOU**

Ma chère, précieuse et tendre mère, les mots me manquent pour exprimer tout l'amour, la tendresse et l'affection que je porte à ton égard. Tu as tous sacrifié pour que nous ne manquions de rien. Tu m'as appris la simplicité, la générosité et surtout à être travailleur. J'ai pu trouver en cette éducation les ressources nécessaires pour m'adapter et m'en sortir loin de vous durant ces longues années. Maman ce travail est le tien. Je ne saurai jamais te rendre ces années de sacrifices, mais

accepte ce travail comme une modeste récompense. Qu'Allah te prêter longue vie et excellente santé afin de bénéficier des retombées de ton dur labeur.

**A ma grande sœur SELIBA**

Merci pour tous ceux que tu as fait et pour tous ceux que tu continues de faire pour tes frères et sœurs, tes aides ont été d'une grande importance à un moment capital de ma vie. Qu'Allah raffermisse nos liens et te comble par sa grâce.

A mes frères et sœurs : **M Moussa SANGARE, M Mohamed SANGARE, Rokia SANGARE, Farima SANGARE, Awa SANGARE, Maïmouna SANGARE, Koyan SANGARE, Ina SANGARE, Fatoumata SANGARE, Sékou SANGARE.** Merci pour vos soutiens matériels et financiers, qu'Allah raffermisse notre parenté.

A ma femme **Bintou KONATE** merci d'avoir été à mes côtés tout au long de ce parcours qu'Allah nous comble de succès et raffermisse nos liens.

A ma fille, **Salimata SANGARE dite « LEÏLA »** que dieu te donne longue et une excellente santé pour pouvoir réaliser quelque chose de plus grande que celle de ton père.

**A mes oncles, tontons, tantes, cousins et cousines :**

Je vous suis reconnaissant pour tout le soutien que vous n'avez jamais cessé de m'apporter tout au long de ces années.

Trouver ici mes profondes affections.

**A mes amis(es)**

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

## **REMERCIEMENTS**

### **A l'Afrique toute entière**

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'accès aux soins de ta population.

### **A mon pays natal, le Mali**

Tu m'as vu naître et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir incommensurable. Ma Profonde gratitude.

### **A tous les enseignants de la Faculté de Pharmacie et de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

Merci pour la qualité de la formation

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

### **A mon co-directeur Dr ISSA COULIBALY :**

Je n'ai pas les mots justes pour vous remercier de la qualité de l'encadrement, pour votre disponibilité à n'importe quelle heure.

Vous avez été un conseiller, un grand frère et même un ami une fois de plus merci

**A tous les enseignants de l'école fondamentale de BEMA** merci pour l'enseignement reçu, je vous en suis reconnaissant.

Mes remerciements s'adressent aussi à la **famille COULIBALY** à Sikasso, à la **famille DAKOUO** à Sikasso et à Bamako, à la **famille FOFANA au point G** à la **famille KONATE** à kalaban coura et à la **famille BOUARE** à faladie pour leur accueil et l'hospitalité reçu.

**HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Professeur ELIMANE MARIKO**

- **Professeur honoraire de pharmacologie à la FAPH/FMOS ;**
- **Ancien directeur du service de santé des Armées ;**
- **Ancien coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le SIDA du Ministère de la défense et des anciens combattants ;**
- **Premier pharmacien des Nations Unis en République démocratique du Congo ;**
- **Officier de l'ordre national du Mali.**

**Honorable maître,**

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sens aigu du devoir d'assurer une formation de qualité à vos élèves, votre simplicité et votre disponibilité sont des valeurs qui font de vous un grand homme de science apprécié de tous.

Au moment de juger ce travail, recevez cher maître notre sincère reconnaissance

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Docteur Aboubacar Alassane Oumar**

- **Maître-Assistant en pharmacologie à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU de Kati ;**
- **Ph D. en pharmacologie clinique ;**
- **Chercheur senior au laboratoire SEREFO ;**
- **Membre de la société Américaine de pharmacologie expérimentale et thérapeutique.**

**Cher maître**

Votre présence dans ce jury de thèse nous honore. Nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité. Nous avons également apprécié vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.



**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Docteur Cheick Abou COULIBALY**

- **Maître-assistant en épidémiologie DER Santé Publique à la FMOS;**
- **Titulaire de Doctorat en médecine à la FMOS.**

**Cher Maître,**

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre contribution pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Nous avons pu apprécier votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail qui font l'objet de notre admiration.

Soyez rassuré de notre profond respect et de notre gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Dr Issa COULIBALY**

- **Enseignant-chercheur ;**
- **Maître - Assistant en gestion à la FMOS et FAPH ;**
- **Chef de service des examens concours et à la faculté FMOS et FAPH.**

**Cher maître,**

En acceptant de codiriger cette thèse, fut pour moi un grand honneur et même une fierté. Tout au long de ce travail, nous n'avons pas manqué d'appréhender et d'admirer votre sens du travail bien accompli. Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur EI HADJI SAIBOU MAIGA**

- **Professeur titulaire en législation à la FAPH ;**
- **Membre du comité national de la pharmacovigilance ;**
- **Pharmacien titulaire de l'officine du Point G ;**
- **Membre du comité d'éthique de la FAPH/FMOS ;**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

*Honorable maître,*

A l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être le directeur de cette thèse est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde reconnaissance.

Votre gentillesse extrême, vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre extrême disponibilité nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre gratitude et votre grande estime.

**LISTE DES ABBREVIATIONS**

**SIGLES ET ABREVIATIONS**

**AMC** : Assurance Maladie Communautaire

**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire

**AMV** : Assurance Maladie Volontaire

**ANAM** : Agence Nationale d'Assistance Maladie

**ARV** : Antirétroviral

**CANAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CMIE** : Centres Médicaux d'Entreprises

**CNAM** : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

**CNAOM** : Centre National d'Appareillage d'Orthopédie du Mali

**CNOS** : Centre National d'Odonto-Stomatologie

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSREF** : Centre de Santé de Reference

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**EDS** : Enquête Démographique de la Santé

**EMOP** : Enquête Modulaire et Permanente

**FAM** : Fonds d'Assistance Médicale

**FENASCOM** : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire

**IB** : Initiative de Bamako

**INPS** : Institut National de Prévoyance Sociale

**IOTA** : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique

**MSF** : Médecins Sans Frontières

**MST** : Maladie Sexuellement Transmissible

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH/SIDA

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**SLDSES** : Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire

**UTM** : Union Technique de le Mutualité

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**LISTE DES TABLEAUX**

**Liste des tableaux**

Tableau I : classification brute des pays par politique d'exemption.....	25
Tableau II: Répartition des RAMEDISTES selon les années. ....	39
Tableau III: Répartition des patients en fonction du sexe. ....	44
Tableau IV: Répartition des patients démunis en fonction de leur l'âge. ....	44
Tableau V: Répartition des patients démunis en fonction du statut matrimonial.....	45
Tableau VI : Répartition des patients démunis en fonction du nombre d'enfants en charge.....	45
Tableau VII : Répartition des patients démunis en fonction de leur profession. ....	46
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction. ....	46
Tableau IX: Répartition des patients démunis en fonction de leur revenu mensuel.....	47
Tableau X: Répartition des patients en fonction de leur résidence. ....	47
Tableau XI: Répartition des patients démunis par motif de consultation.....	48
Tableau XII: Répartition des patients démunis en fonction de la nature de la pathologie.....	48
Tableau XIII: Répartition des patients démunis en fonction du service médical fréquenté à l'hôpital ....	49
Tableau XIV : Répartition des patients démunis en fonction de la demande de prestations :.....	49
Tableau XV: perceptions des démunis sur le recouvrement de leur acte.....	50
Tableau XVI: Répartition des patients démunis en fonction du recours à l'achat des prestations .....	50
Tableau XVII: Répartition des ordonnances selon la classe de médicaments prescrits: .....	51
Tableau XVIII: Répartition des ordonnances en fonction de leur coût. ....	51
Tableau XIX : Répartition des patients selon leur façon de connaître l'ANAM .....	52
Tableau XX: Répartition des patients en fonction du montant dépensé depuis la prise en charge par l'ANAM.....	52
Tableau XXI : Répartition des patients selon le degré satisfaction. ....	53
Tableau XXII: Satisfaction des patients démunis en fonction du type de prestation médicale .....	53



**TABLE DES MATIERES**

## Table des Matières

INTRODUCTION .....	1
1. OBJECTIFS.....	4
1.1Objectif général :.....	4
1.2Objectifs spécifiques : .....	4
2. GENERALITES :.....	6
2.1 Définition des termes opérationnels :.....	6
2.1.1 Santé [11] :.....	6
2.1.2 Soins [12] :.....	6
2.1.3 L'accès aux soins: .....	7
2.1.3.1 L'accessibilité à des soins de santé .....	7
2.1.4 Personne Démuni: .....	Erreur ! Signet non défini.
2.1.5 Indigent:.....	9
2.2 Financement de la santé :.....	9
2.2.1 Définition et fonction du financement.....	9
2.2.2 Les différents systèmes de financement [22] .....	10
2.2.3 Mécanismes de mobilisation des ressources .....	11
2.3 Politique de financement de la santé : .....	13
2.3.1 Financement privé et parapublic .....	13
2.3.2 Financement de la santé Etatique [23] : .....	22
2.3.2.1 Politique d'exemption en Afrique [23] :.....	24
2.3.2.3 Politique d'exemption au Mali : .....	26
2.3.3 Mécanisme de financement des soins des indigents:.....	30
3. Régime d'Assistance Médical RAMED :.....	33
3.1. Définition.....	33
3.2. Législation.....	33
3.3. Organe de gestion .....	34
3.4. Les bénéficiaires du RAMED .....	35
3.5. Comment adhéré au RAMED .....	36
3.6. Mécanisme de financement.....	37
3.7. Panier de soins .....	37
3.8. Structures de sante conventionnées .....	37
3.9. Procédures de prestation.....	38

<b>4. METHODOLOGIE.....</b>	<b>41</b>
4.1. Type d'étude.....	41
4.2 Période d'étude.....	41
4.3 Lieu d'étude .....	41
4.4 Population d'étude.....	41
4.4.1 Critères d'inclusion .....	41
4.4.2 Critères de non inclusion .....	41
4.4.3 Taille de l'échantillon .....	41
4.5.1 Outils de collecte des données .....	42
4.5.2 Traitement et analyses des données.....	42
4.5.3 Considérations éthiques :.....	42
<b>5. RESULTATS .....</b>	<b>44</b>
<b>6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</b>	<b>55</b>
<i>Données globales</i> .....	55
<i>Limites et difficultés de l'étude</i> .....	55
<b>7. CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
<b>8. RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>61</b>
<b>9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>63</b>

**INTRODUCTION**

### **INTRODUCTION**

L'accès aux soins est défini comme l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé [1]. Il renvoie de façon générale à la compatibilité entre le coût et la qualité des prestations sanitaires, d'une part, et d'autre part au pouvoir d'achat de la populations [2].

Près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé de base. Cette exclusion touche principalement les personnes vivant en milieu rural, qui sont pourtant les plus exposées aux risques de maladie. La pauvreté, la réduction des budgets sociaux et de la santé, la faible efficience dans l'utilisation des ressources, l'insuffisance en quantité et en qualité d'offre de soins, les croyances culturelles sont généralement citées comme étant les principales causes du faible accès des populations aux soins de santé [3].

En effet, les politiques (soins de santé primaire, ALMA-ATA en 1978 ; recouvrement des coûts, et Initiative de Bamako en 1987) ont généralisé la tarification des actes médicaux et la vente des médicaments, cela porte sur les soins de base jusqu'aux soins hospitaliers. En absence de dispositif d'assurance maladie ou de prise en charge efficace des indigents, ces politiques ont, d'un côté, renforcé la disponibilité de soins de qualité, mais de l'autre côté, les ont rendu difficilement accessibles à une fraction de la population [4].

L'accès aux soins constitue en Afrique, une préoccupation pour les autorités où 60 à 70% des dépenses de santé sont assurées par les ménages auprès de professionnels de santé contre une moyenne mondiale de 46%. Ces dépenses catastrophiques engendrent chaque année l'appauvrissement de 100 millions de personnes. Or 73% de la population mondiale n'ont pas accès à une protection sociale complète et 50% n'en disposent pas du tout [5].

La grande majorité de la population africaine (plus de 90%) ne bénéficie d'aucune forme de sécurité sociale [6].

Au Mali, les institutions de la sécurité sociale ne couvrent qu'une faible partie de la population totale. Cette couverture porte sur un petit nombre de risques et ne touche qu'une partie de la population. Pour résoudre ces problèmes liés à l'accès à la santé, la solution alternative préconisée repose sur la solidarité au sein des différentes communautés [7]. C'est ainsi qu'en 2002 a été adopté la Politique Nationale de Protection Sociale avec trois orientations stratégiques: l'extension des champs d'application matérielle et personnelle de la sécurité sociale ; le développement de l'aide et de l'action sociale ; le développement de la mutualité et des autres formes d'organisations basées

sur la solidarité .L'application de cette politique a abouti à la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale(RAMED) en 2009[8].Si le premier régime offre des services à ces adhérents en contrepartie d'une cotisation, le second par contre est un dispositif public non contributif qui assure la couverture du risque maladie des personnes démunies appelées indigents, sans contribution de leur part.

En dépit du fait que le RAMED tel que défini dans les textes, est censé offrir aux bénéficiaires la possibilité d'accéder gratuitement aux soins de santé disponibles dans les structures publiques de santé, des inquiétudes subsistent.

Au Mali sur une population de 800000 personnes ciblées lors de la mise en œuvre soit 5% de la population ; seulement 276,782 personnes ont été immatriculées au RAMED et 58.541 ont pu bénéficier des prestations médicales gratuites dans les hôpitaux et autres structures de soins de santé sur toute l'étendue du territoire [9].

Fort de ce constat, nous avons voulu initié cette étude pour comprendre les freins à l'accessibilité des soins pour les personnes démunis à l'hôpital du Point G.

**OBJECTIFS**

**1. OBJECTIFS :**

**1.1 Objectif général :**

Notre étude poursuit l'objectif général d'étudier le problème d'accessibilité aux soins de santé des patients démunis au CHU du Point G.

**1.2 Objectifs spécifiques :**

- 1) Déterminer le profil sociodémographique des patients démunis ;
- 2) Décrire le processus d'identification des démunis ;
- 3) Déterminer les critères de prise en charge médicale des démunis ;
- 4) Analyser les prestations que l'ANAM offre aux démunis ;
- 5) Identifier les obstacles liés à la prise en charge médicale des démunis.



# GENERALITES

**2. GENERALITES :**

**2.1 Définition des termes opérationnels :**


**2.1.1 Santé [10] :**

La définition de l'OMS donnée en préambule de la Constitution de 1946 et reprise dans la Charte d'Ottawa de 1986 dépasse cette seule notion de la maladie ou de son absence : *« un état complet de bien-être physique, mental et social, où l'individu, où le groupe, doit pouvoir s'identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable »*

La définition donnée par René Dubos (1981) permet une ouverture de la notion de santé à la réalité rencontrée en médecine, en admettant un état de *« bonne santé » malgré une maladie ou un handicap dès lors que les conditions sanitaires et sociales sont réunies pour permettre « un état physique et mental relativement exempt de gêne ou de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard où le choix l'ont placé »*

**2.1.2 Soins [11] :**

Les soins désignent *« tout acte médical visant à restaurer la santé d'une maladie »*. Les soins peuvent être dispensés par un proche ou par un prestataire reconnu par ses compétences utilisant des pratiques thérapeutiques modernes ou traditionnelles. Selon les compétences du prestataire et les moyens dont il dispose on distingue trois types de soins :

-  **Les soins de santé primaire** : ce sont des soins qui répondent à des besoins simplement diagnostiqués, traités pour la première fois dans les unités de base du système de soins( centre de santé, dispensaire, médecin généraliste, infirmier).Ils ont été définis par la conférence d'ALMA-ATA(1978) comme étant *« des soins de santé essentiels fondés sur les méthodes et les technologies pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine*

*participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination ».*

✚ **Les soins de santé secondaire** : ce sont des soins qui nécessitent les services spécialisés d'un personnel très qualifié et équipé (médecin spécialisé). Les soins de santé secondaire concernent le traitement des problèmes de santé complexe et sont fournis par les hôpitaux de district et les centres de santé. Ils nécessitent une certaine technicité et un personnel assez compétent par rapport au niveau primaire. Ils ne concernent généralement pas les activités de prévention [11].

✚ **Les soins de santé tertiaire** : ce sont les soins hautement spécialisés et prodigués dans des établissements de soins dotés d'équipements lourds (plateau technique des hôpitaux, pôle hospitalier). Ils prennent en compte la planification des compétences managériales et la formation de personnel spécialisé. Ils soutiennent également et complètent les actions menées au niveau primaire et secondaire [11].

### **2.1.3 L'accès aux soins:**

Pour Aday L.A et Andersen R.M(2011) le concept accès se définit comme le rapport entre les besoins en soins d'une population (caractéristique sociodémographique) et l'utilisation du système de soins (prise en charge effective des patients) [14]. Quant à Penchansky R. et Thomas J.W(2011) l'accès correspond à l'adéquation entre les caractéristiques des professionnels de santé et les attentes des patients, évaluées à travers leur satisfaction [6].

#### **2.1.3.1 L'accessibilité à des soins de santé :**

L'accessibilité des soins se traduit par la capacité potentielle d'accéder aux services de santé ; elle dépend principalement de facteurs géographiques et économiques : répartition et proximité des différents lieux de soins, développement du réseau de transport, existence de droits sociaux, d'obstacles financiers. Les déterminants socio-culturels (position dans le groupe, vulnérabilité sociale, niveau d'études, représentation de la maladie et des soins, etc.) interviennent, eux, à la fois dans l'accessibilité et le recours aux soins.

Pierre LOMBRAIL (1988) distingue l'accès aux soins primaire que représentent le contact avec le système de soins et son degré d'utilisation et l'accès aux soins secondaire qui a trait à la qualité des soins réalisés, soit la reconnaissance et la prise en charge des besoins de santé curatifs ou préventifs d'un individu par le système sanitaire.

La vulnérabilité sociale expose à des inégalités d'accès primaire fréquentes et d'accès secondaire presque inévitables [10].

### **✚ Les caractéristiques de l'accessibilité :**

L'OMS dans son aide-mémoire « droit à la santé » de 2007 stipule que le droit à la santé est composé de quatre éléments :

- La disponibilité ;
- L'accessibilité, ou les installations, les biens et services en matériels doivent être accessible à toute personne relevant de la juridiction de l'Etat partie ;
- L'acceptabilité ;
- La continuité [12].

### **✚ Type d'accessibilité :**

#### **a) Accessibilité géographique :**

Il s'agit du rapprochement physique sanitaire

En géographie , l'accessibilité d'un lieu est généralement définie comme la plus ou moins grande facilité avec laquelle ce lieu peut être atteint à partir d'un ou de plusieurs autres lieux, par un ou plusieurs individus susceptibles de se déplacer à l'aide de tout ou partie des moyens de transport existants[13].

L'accessibilité géographique est souvent considérée comme une mesure de distance ou de densité de structures ou de professionnels de santé dans un territoire administratif. Ainsi, elle est définie comme la mesure de proximité, la relation entre la localisation des services ou infrastructures et celle des populations ; cette relation doit prendre en compte la mobilité des populations, la distance-temps et le coût du trajet (Penchanski et Thomas, 1981). Définie comme la capacité d'un endroit d'être atteint, à partir d'autres endroits de la localisation géographique (Hewko et al. 2002), elle est une mesure de friction qui devrait diminuer le niveau de fréquentation du service au fur et à mesure que la distance les séparant augmente. En géographie de la santé, l'accessibilité géographique est la capacité matérielle d'accéder aux services de santé (Picheral, 2001). Toutefois, comme indiqué plus-haut, cette conception de l'accessibilité géographique, fondée sur la simple distance, a des limites en milieu urbain. En conséquence, nous avons choisi de définir l'accessibilité géographique comme une mesure tenant compte, à la fois de la distance et des interactions potentielles entre l'offre de soins et les populations censées les utiliser [14].

**b) L'accessibilité physique :**

On entend par là l'offre de services de santé de qualité à portée raisonnable de ceux qui en ont besoin et l'existence d'heures d'ouverture, de systèmes de rendez-vous et autres aspects de l'organisation et de la prestation des services qui permettent aux gens de se procurer les services dont ils ont besoin.

La condition d'accessibilité physique des services est remplie lorsque ceux-ci sont disponibles, de bonne qualité et situés à proximité des gens qu'ils desservent. Pour que les services soient disponibles, il faut que les intrants requis pour les produire (bâtiments, matériel, personnels de santé, produits de santé, technologies, par exemple) soient également disponibles et de bonne qualité [15].

**c) L'accessibilité financière :**

L'accessibilité financière. Il s'agit de mesurer la capacité des gens à payer les services sans difficultés financières. Ce facteur tient compte non seulement du prix des services de santé mais également des coûts indirects et d'opportunité (par exemple coûts des transports pour les établissements de santé et des congés pris). Ce facteur est influencé par le système plus large de financement de la santé et par les revenus des ménages [15].

Selon Picherol, l'accessibilité financière est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente deux dimensions matérielles et sociales. L'accessibilité est donc un déterminant de santé et par ailleurs un éventuel facteur de risque [16].

**2.1.5 Demunis:**

Un demunis est une personne qui par manque de façon temporaire ou définitive des ressources ou de sources de revenus du fait de facteurs structurels et/ou conjoncturels ne dispose pas de moyens personnels ou intrafamiliaux pour satisfaire ses besoins fondamentaux sans l'aide de tiers [17].

**2.2 Financement de la santé :**

**2.2.1 Définition et fonction du financement [18] :**

Le financement de la santé a pour but de dégager les fonds suffisants et de mettre en place des incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à la prévention et

aux soins nécessaires. Un financement correct permet de réduire ou d'éliminer le risque pour un individu ou un ménage de se trouver confronté à de graves difficultés financières ou de s'appauvrir parce qu'il doit s'acquitter du coût des soins. Pour financer les systèmes de santé, il faut collecter des contributions, mettre en commun des ressources et acheter ou fournir des interventions.

- **Les contributions** sont collectées auprès des ménages et d'organisations ou de sociétés, ainsi que des donateurs.
- **La mise en commun des ressources** : consiste à gérer les revenus collectés grâce au prépaiement de manière à ce que le risque de paiement des soins de santé soit entre tous les membres du groupe et assumé par chacun des cotisants.

La mise en commun des ressources est généralement appelée « **fonction d'assurance** », que les gens soient affiliés à une caisse (volontairement ou d'office) ou que le financement se fasse par impôt.

- **L'achat** : est le processus au cours duquel les fonds sont utilisés pour fournir des services (prévention ou soins) ou pour payer des prestataires pour le faire. Une stratégie suppose que l'on recherche en permanence le meilleur moyen d'augmenter au maximum la performance, l'efficacité et l'équité du système de santé en décidant qu'elles interventions il y a lieu d'acquérir, comment et auprès de qui. Comme il n'existe pas d'approche unique qui vaille pour tous les pays, chacun doit trouver des modalités de financement de la santé qui lui conviennent le mieux [18].

### **2.2.2 Les différents systèmes de financement [18]:**

On distingue quatre grandes formes de financement :

- ❖ **Système national de santé** : mutualisation des risques la plus large possible, pas de sélection de risque, mais difficultés pour dégager les moyens budgétaires suffisants lorsque les priorités de finance publique sont fixées, par ailleurs problème d'accès pour les plus pauvres.

La question se pose également de la part des prestations devant ou pouvant bénéficier de la gratuité.

- ❖ **Assurance sociale de la santé** : appartenance obligatoire à une base professionnelle,

mutualisation large, sanctuarisation du financement de l'assurance maladie qui est moins sensible aux arbitrages budgétaires et implication des acteurs dans la gouvernance.

En revanche, le secteur informel n'est pas pris en compte, ni l'accès des plus pauvres et les recettes sont extrêmement sensibles à la conjoncture.

❖ **L'affiliation** : l'affiliation se fait sur la base de l'appartenance à une communauté mais elle n'est pas obligatoire. Ces systèmes relèvent souvent d'une forme traditionnelle de solidarité.

Il y a néanmoins un risque de segmentations qui conduit à la mutualisation trop limitée et à une capacité à lever des ressources souvent trop faibles. L'intégration du secteur informel est plus achevée que dans les autres solutions mais les plus pauvres n'y ont souvent pas accès. Elle peut constituer une phase de transition possible vers l'assurance maladie obligatoire.

❖ **Les assurances maladies volontaires** : dans la plupart des pays riches, les deux tiers aux moins de la consommation des soins de santé sont financés par les budgets public. Il peut être utile, dans les pays en voie de développement de réserver aux revenus les plus élevés des assurances privées [18].

### **2.2.3 Mécanismes de mobilisation des ressources [19] :**

Il existe d'autres options pour financer une amélioration des soins de santé, il y a notamment les systèmes nationaux de taxation utilisés pour financer les dépenses du gouvernement et des ministères de la santé ; l'aide des bailleurs de fonds spécialement destinée à des projets ; les donations de charité destinées à des pourvoyeurs bénévoles et privés, tels que les missions religieuses ; la tarification et enfin l'assurance maladie.

Les dépenses de santé directement à la charge du particulier entrent pour plus de **40%** dans les dépenses totales de santé en Afrique. Les dépenses des états, cependant entrent pour environ **37%** dans le total, et elles sont largement financées par les taxes sur les importations et sur les ventes et ainsi que par les impôts sur le revenu. Les **20%** qui restent sont financés par les bailleurs de fonds et les dons d'organisations caritatives.

Aussi paradoxalement que cela puisse paraître, c'est dans les pays les plus pauvres que la part relative des ménages au financement du secteur de la santé est la plus importante ; dans ces pays les usagers sont contraints de payer directement les services consommés et non pas à les financer

collectivement à travers un système de taxe ou d'assurance sociale comme nous le connaissons.

En Europe, employés et employeurs doivent payer une contribution obligatoirement proportionnelle aux salaires bruts pour financer l'accès aux soins. Les personnes en bonne santé partagent les risques financiers avec les malades, les personnes aisées favorisent l'accès aux soins des plus pauvres.

Les régimes de santé et de protection sociale à travers l'Europe s'organisent autour de deux grands modèles :

- Le premier est dit **BISMARCK**, car il a été inventé par BISMARCK, le chancelier d'Allemagne pour protéger les ouvriers de l'industrie alors naissante.

IL S'agit d'un modèle essentiellement paritaire qui fait appel aux partenaires sociaux lesquels sont contrôlés par l'état. Ce modèle est financé par la cotisation à la fois patronale et syndicale. La protection sociale est offerte en échange de travail et les prestations sont proportionnelles aux revenus.

- Le deuxième est **Beveridge** (britannique) apparu en **1942**, il s'agit d'un modèle étatique, financé par l'impôt, gouverné par **3 U** : UNIFORMITE, UNIVERSALITE, UNICITE.
- Le type modèle bismarckien, c'est aujourd'hui notre caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et financé par les cotisations (salariés et patronale).le type Beveridge (défini comme service de santé de l'état) est financé par l'état (l'impôt) [20].

Dans la société Africaine, les risques sociaux sont pris en compte, mais les risques maladies ne le sont pas souvent. On épargne de l'argent pour payer la dot lorsqu'une fille se marie ou des produits alimentaires sont stockés après la récolte.

D'habitude la population ne se protège pas contre les maladies qui peuvent les atteindre à l'avenir. Elles ne cotisent pas régulièrement de l'argent pour un problème qui n'est pas visible. Les personnes ne mettent pas l'argent de côté pour les maladies imprévisibles, qui sont souvent considérées comme tabous.

Le simple fait de parler d'une maladie peut l'attirer [21].La solidarité existe principalement pour les cas d'urgence, mais les gens attendent jusqu'à ce que la maladie surgisse. L'assurance



maladie n'est pas un concept traditionnel Africain mais a été introduite de l'intérieur.

Ces différentes formes de financement peuvent ne pas suffire par rapport aux besoins de financement des pays en voie de développement parce que les revenus sont mal connus, l'assiette trop sensible à la conjoncture, les populations pas assez identifiées et la solidarité trop faible. C'est pour cela qu'il ne faut pas opposer chacune de ces options mais plutôt faire ressortir leurs points communs et /ou leur complémentarité [22].

### **2.3 Politique de financement de la santé :**

#### **2.3.1 Financement privé et parapublic :**

L'assurance maladie n'est pas un concept traditionnel Africain mais a été introduite de l'extérieur. Les mutuelles ont été rarement créées de façon spontanée par les acteurs du secteur informel [23]. la dynamique mutualiste est fortement animée et soutenu de l'extérieur [24].

##### **2.3.1.1 Situation en Afrique [22] :**

Les termes similaires utilisés pour les systèmes d'assurance locaux sont : mutuelles de santé, assurance maladie communautaire(AMC) et micro assurance de santé. Le terme mutuel est largement utilisé en Afrique occidentale et centrale, alors que l'AMC est plus utilisé en Afrique orientale. L'organisation internationale du travail attribue au concept le titre de micro assurance. Il existe des nuances entre les trois termes.

Dans beaucoup de pays les populations se sont organisées progressivement en mutuelle et micro assurance de santé, franchissant ainsi un nouveau pas important. Initiées par des associations villageoises, de quartier ou professionnelles, des coopératives agricoles, des réseaux de micro finance ou des syndicats professionnels, ces mutuelles et micro assurance ont pour but d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale.

#### **✓ Modèles de système d'assurance maladie [25] :**

##### **○ Mutuelle :**

Une mutuelle se définit comme une association autonome à but non lucratif, fondé sur la solidarité et la participation démographiques, qui essentiellement au moyen des cotisations de ses

membres, a comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leur famille à des soins de santé de qualité en menant une action de prévoyance et d'entraide (**plateforme d'Abidjan en 1998**).

Les communautés s'organisent pour créer des structures d'assurance maladie. Les priorités sont définies dans un processus de planning participatif de bas en haut et les décisions importantes, telles que les types de prestations de la structure sont prises par les communautés. La mutuelle appartient aux bénéficiaires et ils en sont eux-mêmes les gérants, par conséquent ils supportent eux-mêmes les risques financiers. Un contrat est signé entre chaque individu et tous les autres.

Ils rassemblent les cotisations pour couvrir les types de soins préalablement définis et fournis par le prestataire. L'assureur et le prestataire de service de soins de santé négocient les termes des services de soins. Des mutuelles qui fonctionnent bien peuvent jouer un rôle dans la défense des intérêts des ménages qu'elles représentent. Elles peuvent négocier pour une meilleure qualité, telles qu'une grande disponibilité des médicaments essentiels ou une amélioration du comportement du prestataire.

- **Modèle géré par le prestataire des services de soins de santé :**

Les mutuelles gérées par le prestataire sont souvent initiées par un hôpital, dont l'objet est d'avoir une source de revenu stable dans un contexte où de nombreux patients sont incapables de payer les factures. Le prestataire des services de soins de santé est à la fois assureur et le gestionnaire de la mutuelle ; par conséquent il supporte les risques financiers.

- **Modèle de prépaiement:**

Les structures de prépaiement sont souvent organisées par les prestataires de soins de santé. Les risques ne sont pas partagés avec d'autres membres de la communauté ; comme c'est le cas avec les structures d'assurance. Un certain montant d'argent est payé en avance aux prestataires de soins de santé. A chaque consultation le montant prépayé est progressivement défalqué, selon les frais de consultation jusqu'à l'épuisement total de la somme totale déposée. Ce système permet de financer les soins de santé dans les moments où les ménages ne disposent plus d'argent. Des frais plus élevés, tels que les frais d'hospitalisation, sont difficiles à financer au moyen de ce modèle.

- **Tontine de santé:**

Il existe un autre système pour couvrir les risques maladies ; c'est celui des tontines de santé , qui est un mode alternatif de financement de service de santé envisagé dans les pays en voie de développement fondé sur le partage des risques ; c'est-à-dire qu'un groupe de personnes décide , volontairement ou non de cotiser solidairement à une assurance afin de permettre à tous les adhérents de bénéficier de l'accès aux services de soins tout au long de l'année

**Ce mécanisme offre deux avantages :**

- Il permet aux personnes ne possédant pas de ressources à un certain moment de l'année d'anticiper le paiement de leurs soins
- Il répartit les coûts liés aux risques de tomber malade, entre les personnes d'un groupe et instaure ainsi une certaine solidarité entre malades et biens portants.

**Mais ce système a également des inconvénients :**

- Il peut inciter les adhérents à utiliser abusivement les services (alea ou risque moral)
- Il peut inciter aussi, dans le cas des assurances facultatifs, les personnes dont le risque de tomber malade est élevé, à adhérer massivement et les personnes à risques faibles à ne pas adhérer ou à se retirer du système [25].

**2.3.1.2 Situation Au Mali [26] :**

Les normes de santé ne sont la plupart du temps pas atteintes et l'Espérance de vie à la naissance est faible, tandis que la mortalité infantile et celle des enfants de moins de 5 ans sont élevées. L'Espérance moyenne pondérée de vie en bonne santé à la naissance est de **48,5** ans. A ceux-ci s'ajoutent également la qualité des déterminants socioéconomiques, comme le revenu, le logement, l'éducation et l'environnement.

Face à cette situation de déséquilibre entre les ressources affectées à la santé et l'immensité des besoins à couvrir, les populations sont souvent mises à contribution de façon significative pour faire face à leurs dépenses de santé.

Selon le rapport mondial sur la santé en 2003, les ménages supportent la plus grande part du financement global de la santé (entre 60 et 80 % du financement global de la santé), démontrant ainsi leur capacité et leur volonté de se prendre en charge pour la couverture des frais de santé.

Les contributions des ménages sont collectées à travers plusieurs sources dont l'analyse détaillée indique que les paiements directs viennent en tête, suivi des assurances sociales et assurances privées.

La part des paiements non assurantiels est élevée, parce que la majorité de la population a recours soit aux services publics de soins qui sont subventionnés et qui sont les plus importants en terme quantitatif, soit au paiement direct du coût des actes des praticiens du secteur privé. En payant directement de leur poches, sans possibilité de remboursement par une tierce partie, ils sont exposés aux risques d'appauvrissement quand on sait que le coût des actes du secteur privé élevé que ne le permet la capacité contributive des patients. Les ménages voient leur revenu descendre en dessous du seuil de pauvreté du fait du paiement direct des coûts.

Le Mali s'est engagé depuis plusieurs années dans la mise en place d'une assurance maladie obligatoire pour les salariés des entreprises du secteur formel, les salariés contractuels de l'État et pour les fonctionnaires. Le processus correspondant est loin d'être achevé et il serait présomptueux d'en tirer des enseignements définitifs. Il est néanmoins instructif de l'analyser dans son état actuel, car il illustre bien les difficultés de toutes sortes, économiques, politiques et sociales.

L'étendue pratique de la couverture correspondant aux dispositions légales a entraîné le développement d'une couverture privée et quelques expérimentations en secteur public.

- ✓ Les régimes d'assurance volontaire organisés par des mutuelles : Les mutuelles se sont développées dans le cadre légal défini par l'État (loi n°96-022 du 21 février 1996 et décrets 136 et 137 du 2 mai 1996). Ce développement permet à des salariés ou à des fonctionnaires d'adhérer volontairement à des régimes d'assurance maladie. Il s'agit soit de régimes ad hoc, soit de régimes fondés sur le produit de l'Union technique de la mutualité malienne (UTM), désigné comme « Assurance maladie volontaire » (AMV). La gestion de ce produit est externe aux mutuelles de base. Ce produit a un coût acceptable pour les employés : 440 FCFA par mois et par personne pour un accès en tiers payant aux formations publiques et communautaires avec des tickets modérateurs de 40 % en ambulatoire et de 25 % pour l'hospitalisation. L'adhésion familiale est obligatoire. Il existe une option donnant accès au secteur privé, mais elle est beaucoup plus onéreuse (5 826 FCFA). Cette solution mutualiste

est actuellement accessible dans les régions de Bamako, Koulikoro, Sikasso, Kayes, Ségou et Mopti. Certaines mutuelles, qui diffusent le produit AMV de l'UTM, organisent aussi une prise en charge à un coût privilégié dans certaines formations de santé, sans qu'il y ait un dispositif d'assurance. La couverture fournie au total par les mutuelles ne correspond encore aujourd'hui qu'à une population de taille réduite. Environ 35 000 personnes sont couvertes par une assurance. En outre près de 20 000 personnes ont un accès privilégié à une formation de santé.

- ✓ Les régimes d'entreprise : Le dispositif de l'INPS a été conçu dans l'attente d'un régime d'assurance maladie. Les textes sont assez flous et ne précisent pas si c'est l'employeur, l'employé ou l'INPS qui intervient financièrement en cas de maladie et selon quel partage. Selon l'Article 36 du Code de Prévoyance sociale, toute entreprise doit assurer à ses travailleurs un service médical et sanitaire destiné, « *en attendant l'institution d'un Régime d'Assurance Maladie, à dispenser des soins aux travailleurs et le cas échéant à leur famille* ».

Différents modèles sont observables et d'ailleurs se combinent au sein de certaines entités:

- Le Fonds social de l'entreprise (5 % des bénéfices selon la loi) prend en charge une partie des soins des employés et de leurs familles, au même titre que d'autres dépenses sociales (naissances, mariages, décès, etc.). Ce dispositif est souvent conçu comme complémentaire des prestations de l'INPS. Certains Fonds prennent en charge des évacuations. En outre la gestion du Fonds a tendance à être opaque et la couverture dépend du bénéfice de l'entreprise.
- L'employeur prend lui-même en charge une partie des dépenses de soins et finance une dotation annuelle à cet effet. La « Caisse maladie de l'entreprise » paye une partie des frais hospitaliers et ouvre une enveloppe pour le remboursement des médicaments. Un ticket modérateur est récupéré sur le salaire. La gestion est assurée par le service social sous contrôle de la direction des ressources humaines. Ce type de régime est non contributif pour les employés et le montant alloué pour les prestations est à la discrétion de l'employeur. La gestion est a priori plus claire et est sous contrôle du contributeur.
- L'employeur incite à la création d'une mutuelle à adhésion volontaire qui diffuse le produit AMV de l'UTM. Le régime est contributif et ses prestations sont définies. A ce jour, 26 entreprises sont couvertes par ce produit mutualiste.
- L'employeur souscrit un contrat de groupe auprès d'une compagnie d'assurance privée : Le

paiement de la prime est partagé entre l'employeur (majoritaire) et l'employé. Le coût de ces contrats est très élevé, mais l'accès au secteur privé est autorisé.

- L'entreprise a son propre appareil de soins qu'il met à disposition de son personnel et des familles. Ce modèle est adapté à des situations particulières de déficit total d'offre publique ou privée dans le voisinage.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles n'ont aucune reconnaissance juridique pour les fonctionnaires civils. En revanche, pour les militaires, les conséquences des blessures de guerre donnent lieu à des prestations.

Les salaires relevant du code de travail, y compris les salaires contractuels de l'état bénéficient :

- D'une part de la même disposition que les fonctionnaires, pour la prise en charge de l'hospitalisation. C'est l'entreprise concernée (donc l'état pour ses contractuels) qui paie les 80%.
- D'autre part des prestations prévues par le code de prévoyance sociale, au titre des régimes « prestations familiales », « réparation et prévention des accidents du travail et maladies professionnelles » et « protection contre la maladie » et de l'assistance sanitaire et sociale organisée par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).

Les assurés sociaux correspondant et les membres de leur famille reçoivent gratuitement les prestations de médecine d'entreprise (médecine de protection contre la maladie) et de médecine de caisse (action sanitaire et sociale) dans le centre médicaux de l'INPS (centre médicaux d'entreprise : CMIE, protection maternelle et infantile : PMI, centres dentaires infantiles : CDI) ou les infirmeries d'entreprise (IE). Ces prestations consistent en consultations médicales, octroi de médicaments de première nécessité, analyses médicales et examens de radiologie (radio pulmonaire).

Le dispositif de l'INPS est financé par une contribution des employeurs au titre des trois premiers régimes : respectivement 8% pour le régime « prestation familiale » 1 à 4% (en moyenne 2%) pour le régime « réparation et prévention des accidents de travail et maladies professionnelles » et 2% pour le régime « protection contre la maladie ». L'INPS délivre les prestations grâce à un ensemble de structure de soins, auxquelles il fournit des moyens de fonctionnement : personnel payé par lui, dotation de médicament, dotation de matériel et de fluides.

Les prestations servies aux affiliés de l'INPS sont de nature préventive et curative. Il y a en tout 14 CMIE, 3 PMI et 1 CDI. Les formations de L'INPS effectuent aussi le suivi des grossesses et les accouchements des femmes de salariés, si leurs moyens le permettent.

### ✓ **Fonds d'assistance médicale**

Au Mali les autorités ont envisagé la création d'un fonds d'assistance médicale qui serait géré au niveau des communes et prendrait en charge la cotisation des plus pauvres.

Des fonds d'assistances médicales ont été développés dans deux centre de santé de référence équivalent à des hôpitaux de district : Selingue en 2001 et Bougouni en 2003. le modèle retenu résulte d'un consensus entre représentants des autorités sanitaires et administratives, société civile et ONG médecin sans frontière(MSF) Luxembourg. Les initiateurs ont cherché à créer un modèle participatif, avec dépendance minimale par rapports aux acteurs externes à la zone de santé. Cela se manifeste tant au niveau du modèle de fonctionnement que des options de financement retenu.

Le FAM s'adresse à deux catégories de patients : les indigents, définis comme « toute personne sans ressource, ne bénéficiant d'aucun soutien social » et les pauvres en difficulté de paiement. Les 1ers bénéficient d'une exemption de tous les frais médicaux auprès de la structure de santé ; les seconds de facilités de paiement via un système de crédit à rembourser. Selon les cas, les services proposés peuvent s'entendre aux transports de référence vers l'échelon supérieur ainsi qu'à l'octroi de nourriture et de produits d'hygiène.

Les fonctions principales du FAM sont assurées par le personnel de la structure de santé. Le comptable de la structure de santé se charge du paiement des services. L'assistant social procède à un entretien non structuré pour déterminer l'éligibilité du candidat et évaluer ses besoins. Une politique de cofinancement a été érigée avec un soutien de départ de MSF [26].

#### a. **Principe de fonctionnement des mutuelles [27]**

- ✓ **La solidarité** : le principe de la solidarité est le fondement de la mutualité. Ses implications sont doubles :
  - Chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Le montant de la cotisation n'est pas déterminé par âge, par sexe, ou l'état de santé du membre.

○ Chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie pour un même niveau de cotisation.

La solidarité ne concerne pas uniquement l'aspect financier. Elle peut aussi se concrétiser par un engagement bénévole en faveur des malades, des handicapés ou des personnes âgées.

✓ **La participation démocratique** : chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale et politique. Tous les membres ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autre, le droit de participer directement ou indirectement aux différentes instances de décision.

✓ **L'Autonomie et Liberté** : ce sont des organisations libres qui doivent, en conséquence pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques. Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les membres car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins.

Une mutuelle ne doit pas être autonome seulement vis-à-vis de l'état, mais également vis-à-vis des partis politiques, des groupes de personnes qui défendent parfois des intérêts contraires à ceux des membres.

✓ **But non lucratif**: Par vocation une mutuelle consacre son action au service de ses membres. Elle ne poursuit pas un but lucratif. La recherche du profit est incompatible avec sa nature. Cependant cela ne veut pas dire que les considérations économiques et les principes de bonne gestion peuvent être négligés, car contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

Un surplus de recettes peut, une fois qu'une réserve raisonnable a été constituée permettre d'améliorer les services existants, et répondre à d'autres besoins des membres ou réduire éventuellement le montant des cotisations.

✓ **Epanouissement de la personne** : le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quel que soit son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale est un autre principe de base de la mutualité.

Reconnaissant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres. C'est dans cet esprit que les mutuelles offrent à leurs membres non seulement des formations mais aussi des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social en vue de l'intégration des malades et des plus démunis.



- ✓ **Responsabilité des membres** : la solidarité, la démocratie participative, l'autonomie et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leur responsabilité.
- ✓ **Dynamique d'un mouvement social** : de tous ceux qui précèdent, il découle que les membres des mutuelles ne sont pas des « consommateurs » passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien-être et des intérêts communs.

Ce mouvement social peut faire partie d'un ensemble plus large comme un syndicat, un mouvement féminin, un groupement d'épargne et de crédit, un mouvement de jeune ou de personnes âgées. Il est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

### **b. But d'une mutuelle et d'une micro assurance de santé :**

Elles ont pour but de servir ses membres. Il est donc important d'identifier les besoins prioritaires de ceux-ci, et partant, de déterminer les services à fournir

- ✚ Besoins de santé : au moins au départ tous les soins ne pourront pas être pris en charge. Il faudra donc déterminer quelles prestations couvrir parmi les soins de base, les soins hospitaliers et spécialisés, les médicaments, le transport des malades ou autres.
- ✚ Les services à fournir: doit tenir compte de trois facteurs essentiels
  - Besoin de santé
  - L'offre existante en matière de santé
  - La capacité de contribution financière des membres

Le but des mutuelles est de permettre aux membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elles cherchent donc, avant tout, à supprimer les barrières financières et si, nécessaire, les barrières géographiques à l'accès aux soins [27].

### **c. Les Avantages et les limites [28] :**

#### **Les avantages sont :**

- La participation de la population, notamment les femmes

- Information, promotion et prévention
- Usages solvables et traités dans la dignité
- Négociations avec l'offre de soins : tarif, qualité de l'accueil.

**Les limites sont :**

- Leur petite taille, difficulté à s'étendre
- Cotisations faibles, donc en absence de subventions, le paquet de services couvert est limité
- Capacité de gestion faible, non professionnel
- Environnements juridiques pas adaptés.

**d. Modalités de financement des structures autonomes [29] :**

Trois types de financement doivent être distingués :

- **La subvention** : correspond à la somme globalement allouée par le ministre de la santé ou une collectivité locale à la structure, en général annuellement. Il s'agit d'un mode de financement qui concerne principalement les établissements publics. Mais le ministre peut être conduit à subventionner des structures privées.
- **La tarification** : elle consiste à payer une prestation particulière. Différentes modalités de tarifications correspondent aux différentes manières d'identifier la prestation fournie (acte médical, hospitalisation, épisode de pathologie, etc...). Ce mode de financement peut s'appliquer à toutes les catégories financeurs (ménages par paiement directs, organisme de couverture maladie) et de prestataires.
- **La capitation** : elle consiste à payer un forfait (annuel par exemple) pour bénéficier, en cas de besoins, des prestations de structure. Elle peut être versée par le ménage (paiement direct), par un organisme de couverture maladie ou par l'état au profit d'un bénéficiaire.

**2.3.2 Financement de la santé Etatique [19] :**

En 1987, la banque mondiale recommandait d'introduire le principe du recouvrement des coûts dans un ordre de jour du financement des prestations des services de santé par le secteur public dans les pays en développement.

Depuis, on a beaucoup débattu et de nombreuses analyses politiques ont été faites sur l'implication économique et sociale d'une telle approche. Dans les pays de l'Afrique

subsaharienne, on accorder de plus en plus à reconnaître que, face à l'escalade des coûts de la santé et à la capacité limitées des ministres de la santé à financer ou à fournir des soins de santé subventionnés à tous, une forme quelconque de partage de soins s'impose.

Des enquêtes sur les ménages réalisées par la banque mondiale montrent qu'au moins le tiers, et peut être la moitié des personnes qui tombent malades, ne vont pas se faire soigner dans les centres de santé moderne, mais préfèrent faire appel à des remèdes maisons, à des médicaments achetés sur place ou à des guérisseurs [19].

Les pauvres représentent actuellement environ 48% de la population Africaine (soit 216 millions d'êtres humains en 1990), la capacité de paiement pour les soins de santé essentiels est manifestement d'une importance immense [19].

Sous l'effet conjugué de la pauvreté et du faible investissement dans la santé, la charge des maladies comme le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies non transmissibles a augmenté, de même que la mortalité et la morbidité maternelle et infantile. Ce constat remet en cause la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement lié à la santé.

La crise actuelle de l'humanité se manifeste tout particulièrement à travers le fait qu'une grande partie de ses membres souffrent entre autre de la pauvreté, de l'iniquité, de la discrimination, de l'inégalité des chances, du retard technologique et de la difficulté d'accès aux soins [30].

L'utilisation des services de santé de premier niveau est très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés, depuis plus d'une décennie, pour renforcer l'offre des soins. Un grand débat s'est instauré sur les facteurs de cette faible utilisation, les uns incriminant principalement la tarification, les autres montrant les déterminants négatifs vont bien au-delà de cette seule tarification [31].

Pourtant aujourd'hui plus de 1,3 milliards de personnes n'ont pas accès aux services de santé, même de base. Plus de 20 millions de personnes, dont la moitié des enfants de moins de 5 ans meurent chaque année des maladies qui pourraient être évitées ou facilement traitées. Pour 100 millions d'autres le coût d'un traitement ou la perte de revenu liée à la maladie les conduisent à l'extrême pauvreté. Tant la mortalité que l'appauvrissement par les dépenses de santé pourraient être évitées [31].

**2.3.2.1 Politique d'exemption en Afrique [19] :**

Même les études les plus optimistes de la disposition et de la capacité des gens à payer constatent qu'une certaine partie de la population a besoin d'aide. On pense surtout aux malades mentaux qui sont incapables de se soigner eux-mêmes, aux pauvres et aux indigents et à ceux qui ne sont pas en mesure de se procurer en espèce ou même en nature de quoi se soigner lorsqu'une maladie grave les frappe. Le problème essentiel, ici, est de définir les gens, de trouver une formule acceptable pour leur accorder des subventions et d'administrer efficacement des exemptions. Dans la plupart des pays, il est aussi rare aujourd'hui qu'il l'était-il y-a dix ans de trouver des modèles éprouvés et peu coûteux pour identifier ceux qui ne peuvent tout simplement pas payer pour se faire soigner.

Une enquête sur les politiques officielles de recouvrements des coûts des systèmes de santé dans les pays d'Afrique donne à penser que des exemptions sont remarquablement rares (tableau). Sur les 21 pays de l'enquête, un seul a fixé un minimum de revenus en dessous duquel les gens sont exemptés de paiement. Douze déclarent que leur politique de santé prévoit des exemptions, mais n'ont pas de critères clairs pour déterminer qui a droit. Les huit autres accordent des exemptions seulement dans le cadre de projets ou d'établissement local, selon les critères déterminés cas par cas ou sur une base communautaire. La capacité limitée dont dispose la plupart des pays africains pour administrer des exemptions est peut être la principale raison de leur rareté et de leur inefficacité à atteindre ceux qui sont vraiment pauvres

Tableau I : classification brute des pays par politique d'exemption

Politique d'exemption	Pays
Politique nationale et critère de plafond de revenu	Zimbabwe
Politique nationale mais critère clair (comme « incapable de payer, pauvres et indigents »)	Burundi, Congo, Ethiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Mauritanie, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Swaziland.
Politique locale (par exemple décision communautaire liées à un projet local)	Cameroun, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Nigeria, Ouganda, République Centrafricaine, Zaïre, Zambie

Le tableau relatif aux politiques d'exemptions reste donc incomplet. Malheureusement, il n'existe vraisemblablement aucune formule satisfaisante pour déterminer qui doit vraiment bénéficier d'une exemption de paiement. Ce sont les pays et les communautés qui sont les mieux placés pour concevoir leur propre système.

### **2.3.2.2 Mise en place d'un système d'exemption et d'exonération :**

Sans tenir compte de l'éligibilité et de la volonté de la population à payer, il y a toujours ceux qui ne peuvent pas payer tout ou une partie de leur frais quel que soit le prix. La mise en place d'un système effectif d'exemption et d'exonération implique plusieurs étapes :

- a. **Critère d'éligibilité** : ceux qui sont éligibles pour les exemptions de paiement des frais des usagers devraient inclure les pauvres, ceux qui sont incapables de prendre soins d'eux-mêmes ; ceux souffrant des maladies ou nécessitant des services à forte caractéristique publique et peut être des catégories de la population comme les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, ceux inclus pour des raisons de "mérite", etc.
- b. **Poids du critère** : ayant établi un critère, il est nécessaire d'avoir une échelle par laquelle

l'éligibilité du critère peut être jugée. Par exemple, si un critère pour l'exemption est le niveau de bas revenu, il est nécessaire de décider qui constituées un bas niveau de revenu.

Similairement, si la maladie implique des soins externes, elle qualifie pour des exemptions, alors il est nécessaire de préparer une liste avec ces maladies.

- c. **Etendue de l'exemption** : dans un nombre de cas, il est possible que le patient soit capable de payer une partie des frais des usagers mais pas la totalité. Alors, un système d'exemption et d'exonération peut par conséquent être partiel, en ce sens que le patient paie seulement un pourcentage des frais ou bien quelques services.
- d. **Autorités à accepter les exonérations** : clairement, il devrait y avoir une personne dans le service pour autoriser les exonérations sur la base du critère et de son étendue établie ci-dessus [32].

### **2.3.2.3 Politique d'exemption au Mali :**

#### **2.3.2.3.1 Historique :**

En 1993, la politique de solidarité qui consiste à lutter contre toutes formes d'exclusion et marginalisation a été élaborée.

De l'indépendance à nos jours toutes les politiques de santé ont mis un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant.

Cependant les résultats obtenus sont en deçà de ceux attendus. Toutes les enquêtes de résultats réalisés ces dernières années corroborent cet état de fait.

En effet, selon l'EDS III, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 1000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale est de 57 pour 1000, le taux de mortalité infantile est de 133 pour 1000 naissances vivantes.

Ces indicateurs ci-dessus mentionnés montrent à suffisance le niveau élevé de mortalité et de morbidité malgré les différentes mesures entreprises.

Ces indicateurs concernent essentiellement les femmes et les enfants du corps, la vulnérabilité de ces couches de la population. Il est donc paru nécessaire de fournir des réponses appropriées à cette situation d'où la mise en place des prestations de qualité correspondant aux besoins de ces

tranches de population.

L'offre des services de qualité passe par la fixation des règles, de standards, de mesure permettant d'apprécier et de valoriser les services fournis d'où les politiques, normes et procédures.

Les dirigeants Africains se sont engagés collectivement en 2001 dans la capitale Nigériane pour mettre en œuvre des programmes efficaces de prévention et de prise en charge des maladies. A l'issue des travaux, les chefs d'état et les gouvernements ont lancé un appel, dit « **appel d'Abuja** » en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel des services de santé et de lutte contre les infections prioritaires sur le continent d'ici 2010 dans l'attente des objectifs du millénaire pour le développement [33].

Le Mali en application des textes et règlements de cet appel et vu l'état de santé des femmes et des enfants très inquiétant selon les rapports de certains hôpitaux du pays ; le taux de consultation prénatale est de 56,8% ; le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé formé et des accoucheuses traditionnelles sont respectivement de 42,4% et 24%, le coût élevé de certains médicaments de première nécessité, a décidé de rendre certains soins et actes médicaux gratuits à savoir :

- Certains examens complémentaires
- La césarienne
- Traitement du paludisme chez tous les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes
- Distributions de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Distributions des antirétroviraux

Il faut ajouter à cette liste le PEV, la distribution de vitamine A, les déparasitant.

#### **2.3.2.3.2 Mécanismes [26] :**

Le dispositif légal de la couverture maladie comprend les mesures qui s'appliquent à toute la population (gratuité légale) et des mesures ciblant des catégories particulières :

**Le dispositif qui s'applique à toute la population :** se définit d'abord par une série d'exemptions du paiement des tarifs. La tarification des soins publics et communautaires, qui détermine les sommes demandées à la population, ne correspond quant à elle qu'à une partie des coûts de production. Ainsi elle participe déjà implicitement d'une forme de couverture maladie,

l'autre partie des coûts étant de la responsabilité du financement public.

Les personnes atteintes d'un certain nombre de maladie, « affection chronique à caractère social » peuvent recevoir des soins gratuits ou partiellement gratuits dans le secteur public (les médicaments spécifiques et les examens para clinique ne sont pas payés).

Il est également possible que toute personne en difficulté soit dispensée de paiement. A cet effet les maires et les préfets peuvent délivrer des certificats d'indigence (certificat « soins gratuits ») aux personnes sans ressources pour se faire soigner dans les formations publiques. La délivrance du certificat vaut également de paiement.

**Dispositif réservé à des catégories particulières** : il existe d'abord toute une série d'exemptions catégorielles qui donnent aux personnes correspondantes un accès gratuit à certains services de soins. Ces exemptions résultent principalement de la politique de ressources humaines dans le secteur de la santé.

Dans le cadre du programme élargi vaccination(PEV), tous les enfants peuvent être vaccinés gratuitement dans les centres publics contre les maladies suivantes : coqueluche, variole, tuberculose, diphtérie, tétanos, poliomyélite, typhoïde.

Par ailleurs les examens sont gratuits pour les enfants de 0-14 ans, les élèves et étudiants, les soldats pendant la durée légale de formation de base. Le personnel socio-sanitaire, leur conjoint, leurs enfants, leurs pères et mères bénéficient de la gratuité ou le demi-tarif de l'ensemble des examens y compris les actes de radiologie y compris le scanner.

Les critères d'octroi de ces avantages sont précisés dans le décret **n°243/P-RM** du 19 septembre 1983, modifié par le décret **n°02-311/P-RM** du 04 juin 2002 relatif à la gratuité légale.

Les femmes enceintes ayant besoin d'une césarienne sont également prises en charge gratuitement depuis le 23 décembre 2005, selon le décret **n°05-350/P-RM** du 04 août 2004, les PVVIH bénéficient d'un traitement ARV gratuitement depuis 2005 selon le décret **n°05-147** du 31 mars 2005 relatif à la distribution gratuite des ARV aux PVVIH ; les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes du traitement contre le paludisme depuis 2006.

Les personnes âgées de plus de 60 ans bénéficient des tarifs réduits (50%) dans les formations



publiques ; cette mesure ne s'applique pas aux familles. Il existe enfin une carte « vieillesse » délivrée par la maison des aînés ou les collectivités territoriales qui donnent un accès gratuit à certaines formations publiques et communautaires. Il faut en faire la demande et elle donne droit à la gratuité de consultation et à la dispense de 10% des frais de médicament.

#### **2.3.2.3.3 Avantages de la gratuité des soins [34]**

La perspective d'une offre de soins délivrée sans paiement direct, combinée avec l'objectif de l'accès universel, doit prendre en compte des mécanismes actuels du financement des systèmes de santé dans les pays en développement.

Le cadre de l'accès aux traitements et soins est défini par l'initiative de Bamako (IB) et repose sur la participation financière des usagers. Dans ce contexte, le recours aux soins dépend de la capacité des personnes à soutenir une dépense directe. Ce mode de paiement des soins est le plus répandu dans les pays en voie de développement, mais elle est difficile à supporter pour les plus pauvres et réduit leur taux d'usage des services de santé [35].

Ces dépenses peuvent atteindre un niveau tel, par rapport à l'ensemble des dépenses des ménages, qu'elles sont dites « catastrophiques » quand elles conduisent à restreindre d'autres dépenses. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'une dépense de santé est catastrophique quand elle excède 40% du revenu restant après les besoins fondamentaux ont été couverts.

Pour les populations à très faibles revenus, un niveau infime de paiement de soins conduit à une dépense catastrophique. D'une manière générale le paiement direct est un facteur d'appauvrissement et une source d'iniquité. Il s'ajoute aux dépenses indirectes nécessaires à une bonne prise en charge comme le transport ou l'alimentation [36].

Le gratuit est nécessaire pour assurer l'efficacité d'une prise en charge. Cette efficacité est d'abord individuel et médicale (une prise en charge individuelle efficace). Il ressort des publications disponibles que la gratuité de la prise en charge des soins permet d'avoir un meilleur accès aux services et de meilleurs résultats médicaux. Du point de vue du système de santé, elle permet de lever les lourdeurs du paiement et de réduire l'iniquité des systèmes. Enfin la gratuité génère un double impact économique positif en évitant la chute dans la pauvreté à la suite des dépenses de santé excessives et en permettant aux entreprises de préserver leurs mains d'œuvre.

Plus généralement, la gratuité contribue au maintien d'un niveau d'activité productive favorable à la croissance [36].

### **2.3.3 Mécanisme de financement des soins des indigents :**

L'officialisation de la participation directe des patients au Financement des services de santé a rendu plus problématique l'accès aux soins pour les indigents et les populations vulnérables. Elle a cependant suscité de nouvelles réflexions sur les politiques de protection sociale et sanitaire des indigents. De nombreux auteurs et organismes internationaux recommandent la mise en place de mécanismes d'exemption des paiements au bénéfice des indigents et d'exploration de nouveaux schémas de paiement. Cependant, peu de pays et de projets ont effectivement mis en place et évalué les mécanismes de financement facilitant l'accès aux soins des indigents. Les mécanismes de financement des soins tenant compte des indigents avec les réformes des systèmes de santé, la question de l'accessibilité aux soins est abordée sur le plan financier par la mise en œuvre de mécanismes d'exemption de paiement, la discrimination des prix et des tarifs et les subventions des activités et des services [37].

#### **2.3.3.1 L'exemption de paiement des soins**

De nombreux gouvernements africains ont adopté des politiques officielles d'exemption du paiement des soins pour les pauvres, mais ils n'en précisent pas toujours les contours exacts. La difficulté majeure est de définir les personnes ou groupes cibles et de trouver une formule acceptable d'administration. La capacité limitée de gestion institutionnelle des exemptions aggrave leur inefficacité à atteindre ceux qui sont vraiment indigents. Globalement, les critères retenus recourent principalement trois facteurs :

—Le revenu et ses attributs (superficie de terre, cheptel) ; le revenu est le principal critère retenu par toutes les expériences, mais seul le Zimbabwe a fixé des seuils précis d'éligibilité. Les attributs des revenus sont retenus au Lesotho et au Malawi, par exemple ;

— l'âge (en général en dessous de 5 ans). C'est le cas au Kenya et en Tanzanie ;

— les pathologies ou les interventions ciblées sur des groupes spécifiques de la population (ex. lèpre, tuberculose, MST, planification Familiale, vaccination des enfants...).

Dans la plupart des pays, les pratiques d'exemption de paiement des soins varient en fonction des

critères retenus et de la politique sociale poursuivie. Ainsi, on observe globalement deux types d'exemptions : celles liées au statut professionnel (par exemple les fonctionnaires, les militaires, etc.) et celles liées à l'état social ou physique (par exemple les indigents, les invalides, etc.). Au Lesotho, des exemptions ne sont accordées qu'aux personnes qui n'ont ni revenu, ni terre, ni bétail ou possession ; ces personnes doivent être certifiées ou reconnues indigentes par les chefs de village et les agents de district. En Tanzanie, les hôpitaux et les dispensaires acceptent les paiements différés, les paiements en nature avec un produit de récolte, ou un emploi temporaire (non rémunéré) de la part des personnes ayant des difficultés à acquitter la totalité du paiement. 90% des hôpitaux et 20 % des dispensaires exemptent les invalides ; 36 et 30 %, respectivement, les moins de 5 ans ; 23 et 5 %, respectivement, les gens atteints de maladies chroniques. Le principal obstacle dans la mise en œuvre d'un système d'exemption est, en dehors du coût de gestion, la difficulté d'identifier facilement ceux qui sont incapables de payer. Une étude réalisée sur des données de trois districts du Kenya révèle que le pourcentage d'exemptions des paiements pour les consultations externes dans les centres de santé variait de 11 à 34 %'. Le mode d'utilisation des soins par les jeunes enfants, qui étaient exemptés de paiements, reflétait celui du reste de la population, suggérant qu'ils n'étaient pas complètement protégés des effets pervers des paiements. Les ménages plus pauvres utilisaient beaucoup moins les établissements publics payants que les ménages riches [37].

Pour résumer, l'application efficace des politiques d'exemption est confrontée aux problèmes majeurs suivants : la difficulté d'identification des indigents ; la difficulté d'application des critères et l'inégalité de résultats ; l'érosion des seuils d'exemption au bout d'un certain temps à cause de l'inflation ; la détérioration de la situation économique des pays [37].

### **2.3.3.2 La discrimination des tarifs des soins :**

Elle constitue le second mécanisme de financement tenant compte des difficultés d'utilisation des services de santé par les indigents et par les groupes vulnérables. La discrimination des tarifs consiste, par exemple, à instaurer des prix très bas pour les pauvres et des prix élevés pour ceux qui ont les moyens de payer. Cette discrimination de tarif peut également être fondée sur des facteurs démographiques (âge, sexe), géographique (lieu d'habitation) et pathologiques (maladies transmissibles par exemple). Dans la plupart des cas, l'âge du patient est le facteur discriminant des tarifs des soins, il est suivi par son niveau de revenu. Ce mécanisme s'est quelque peu

développé avec la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako et la promotion de la notion de paquet minimum de services. La difficulté d'estimer les ressources effectives des utilisateurs et la priorité donnée aux soins maternels et infantiles ont fait que ce sont les critères d'âge et de type de prestations qui ont été le plus utilisés. Dans certaines expériences de recouvrement des coûts, chacun des facteurs indiqués ci-dessus est utilisé par le personnel de santé pour établir des tarifs différenciés selon les objectifs sanitaires et sociaux poursuivis. Ceux-ci peuvent se résumer comme suit :

— Les tarifs différenciés en fonction du revenu : cette pratique a pour objet d'introduire une forme de solidarité entre les patients. En modulant les tarifs des soins et des services de santé, on recherche la subvention des soins des personnes pauvres par les plus nanties et on espère, par ce moyen, réduire les inégalités sociales d'accès aux soins.

Ce système de tarification est souvent pratiqué dans les hôpitaux publics. Cependant, dans beaucoup de cas, le personnel médical n'a pas les moyens de contrôler la situation réelle du patient.

— Les tarifs différenciés selon l'âge : l'âge est le facteur discriminant le plus couramment utilisé dans les systèmes de tarification différenciée. Des tarifs réduits sont accordés en priorité aux enfants de moins de 5 ans et aux personnes âgées. Ceux-ci font partie des groupes vulnérables de la population qui ont besoin de la solidarité intergénérationnelle [37].

Dans beaucoup d'expériences pratiquant l'Initiative de Bamako, les tarifs des consultations ambulatoires des moins de 5 ans sont inférieurs de moitié à ceux exigés des adultes. C'est par exemple le cas dans la région de Mopti au Mali et à Pikine au Sénégal

— Les tarifs différenciés selon le sexe : ils sont parfois pratiqués afin d'encourager, principalement, l'utilisation des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale. Certains auteurs estiment que l'une des principales méthodes de fixation de prix qui protège les pauvres consiste à pratiquer une discrimination des tarifs en fonction des pouvoirs d'achat. La discrimination géographique des prix en est un exemple. Dans les zones où de larges proportions de ménages sont incapables de payer, les tarifs dans les établissements doivent être maintenus bas. Dans les zones où le pourcentage des ménages pauvres est bas, les tarifs pourraient être fixés à des niveaux plus élevés, et les procédures pour identifier les pauvres par le

personnel de santé ou par le chef du village pourraient être mises en place [37].

La discrimination des tarifs est difficile à mettre en œuvre. Elle nécessite une bonne capacité de gestion et un flux continu d'informations. Elle suppose également un strict respect des règles posées par les autorités, les personnels de santé et les usagers, ce qui va à l'encontre des pratiques habituelles de clientélisme et de favoritisme en place dans certains services publics de santé. Du fait de cette complexité, ce système est assez peu répandu et respecté sur le terrain [37].

### **3. Régime d'Assistance Médical RAMED :**

#### **3.1. Définition :**

Le RAMED est un dispositif public non contributif qui assure la couverture du risque maladie des personnes démunies appelées INDIGENTS, sans contribution aucune de leur part. C'est une réforme du Gouvernement de la République du Mali, instituée par la loi N°09-030/AN-RM du 27 juillet 2009 [41]

#### **3.2. Législation :**

La loi n°09-031 du 27 juillet 2009 portant création de l'agence nationale d'assistance médicale-ANAM.

La loi n°09-030an-rm du 27 juillet 2009 portant institution du régime d'assistance médicale-RAMED.

La loi n°2016-065an-rm du 30 décembre 2016 portant modification de la loi n°09-030an-rm du 27 juillet 2009 portant institution du régime d'assistance médicale-RAMED.

Le décret n°09-554p-rm du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et le fonctionnement de l'agence nationale d'assistance médicale.

Le décret n°09-555 p-rm du 12 octobre 2009 portant modalité d'application de la loi instituant du régime d'assistance médicale-RAMED.

Le décret n°10-577p-rm du 22 mars 2011 fixant les délais et modalités des conventions entre les prestataires de sante et ANAM.

Le décret n°2011-133p-rm du 22 mars 2011 portant nomination des membres du conseil d'administration de l'agence nationale d'assistance médicale-ANAM.

Le décret n°2011-723p-rm du 02 novembre 2011 fixant les conditions et les modalités de bénéfice du régime d'assistance médicale-RAMED.

Le décret n°2014-554p-rm du 1 août 2014 portant modification du décret n°09-554p-rm du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et le fonctionnement de l'ANAM [38].

### **3.3. Organe de gestion :**

L'organe de gestion du RAMED est L'ANAM (L'Agence Nationale d'Assistance Médicale), à ce titre, elle est chargée de :

- L'encaissement des ressources de Régime d'Assistance Médicale ;
- La prise en charge des prestations couvertes par le Régime d'Assistance Médicale ;
- L'immatriculation des personnes éligibles au Régime et des bénéficiaires de droit ;
- La passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur exécution ;
- Le contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'Assistance Médicale.

Conformément aux dispositions du décret n°9-554 du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et le fonctionnement de l'agence d'assistance médicale, le conseil d'administration est composé de 11 membres plus le président dont les sièges sont repartis ainsi qu'il suit :

Au titre des pouvoirs publics

- ✓ Un (1) représentant du Ministre chargé de la Protection Sociale ;
- ✓ Un (1) représentant du Ministre chargé des Finances ;
- ✓ Un (1) représentant du Ministre chargé de la Santé ;
- ✓ Un (1) représentant du Ministre chargé de l'Administration Territoriale ;
- ✓ Un (1) représentant de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire.

Au titre des Collectivités Territoriales :

- ✓ Un (01) représentant du Haut Conseil des Collectivités Territoriales ;

- ✓ Un (01) représentant de l'Association des Collectivités Régions du Mali ;
- ✓ Un (01) représentant de l'Association des Collectivités des Cercles du Mali ;
- ✓ Un (01) représentant de l'Association des Municipalités du Mali.

Au titre de la Société Civile :

- ✓ Un (01) représentant de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM)

Au titre du personnel

- ✓ Un (01) représentant du personnel de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale [38].

#### **3.4. Les bénéficiaires du RAMED :**

##### ✓ **Les indigents :**

Bénéficiaire des prestations du RAMED dans les conditions fixées par le décret N°09-555/P-RM du 12 octobre 2009, les personnes qui ne sont couvertes par aucun autre système d'assurance et reconnues indigentes par les collectivités ainsi que leurs ayants droit à charge.

##### ✓ **Les ayants droit à charge :**

Sont considérés comme ayants droit à charge :

Le (s) conjoint (s) ;

Les enfants âgés de moins de 14 ans ;

Les enfants âgés de 14 à 21 ans, s'ils poursuivent des études ;

Les enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

##### ✓ **Bénéficiaires de droit :**

Sont considérés comme bénéficiaires de droit :

Les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant les enfants

abandonnés ou adultes sans famille fixe ;

Les pensionnaires des établissements pénitentiaires ;

Les personnes sans domicile fixe [38].

**3.5. Comment adhéré au RAMED :**

Pour l'immatriculation au RAMED, un mécanisme précis est à suivre :

Le Requérant adresse une demande de certificat d'indigence à sa mairie de résidence ;

Le Maire ordonne au Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SLDSES) de mener une enquête sociale assortie d'un rapport d'enquête sociale afin de confirmer ou d'infirmier la situation d'indigence du requérant ;

Après l'obtention du certificat d'indigence, le postulant se rend dans une structure de l'ANAM la plus proche de sa résidence pour son immatriculation (Bamako à la Direction Générale de l'ANAM, dans les régions, au niveau du Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire [38].

**Pour son immatriculation, l'indigent doit produire :**

- ❖ Un certificat d'indigence en cours de validité (accompagné du rapport d'enquête social justificatif);
- ❖ Un extrait d'acte de naissance ou le jugement supplétif en tenant lieu du postulant ;
- ❖ Un certificat de résidence.

**Pour ses ayants droit, il doit produire :**

- ❖ Pour le conjoint(s) : acte de mariage du dit conjoint, extrait d'acte de naissance ou jugement supplétif en tenant lieu ;
- ❖ Pour les enfants de moins de 14ans : les extraits d'acte de naissance des enfants et un certificat de vie collectif ;
- ❖ Pour les enfants âgés de 14à 21ans s'ils poursuivent des études : extrait d'acte de naissance et certificat de scolarité des enfants ;



- ❖ Pour les enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée : extrait d'acte de naissance et certificat médical justifiant le handicap.

**Immatriculation des bénéficiaires de droit :**

Les Admis de droit sont immatriculés au RAMED sur décision du Maire de leur commune de résidence [38].

**3.6. Mécanisme de financement :**

Le Régime d'Assistance Médicale est financé par :

Les subventions de l'Etat (65%) ;

Les contributions des collectivités territoriales (35%) ;

Les dons et legs ;

Toutes autres ressources affectées à ce régime en vertu de législations et réglementations particulières.

**3.7. Panier de soins :**

- ✓ Le RAMED offre des soins gratuits :
- ✓ Les Consultations ;
- ✓ Les soins ambulatoires (Examens de laboratoire, Analyses médicales, Imagerie) ;
- ✓ Les frais d'hospitalisation ;
- ✓ Les prestations de maternité ;
- ✓ Les médicaments (en DCI)

**3.8. Structures de sante conventionnées :**

Conformément à l'article 5 du Décret N°10-577/P-RM du 26 octobre 2010 fixant les délais et modalités de conclusion des conventions entre les prestataires de santé et la CANAM, toutes les conventions signées entre la CANAM et les structures prestataires de soins de santé publics, communautaires et privées conventionnées par le Ministère de la santé engagent l'ANAM. Il

s'agit :

Des hôpitaux : les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les hôpitaux régionaux ;

Les hôpitaux du district ;

Les centres de santé confessionnelles et ou humanitaires ;

Les centres de santé de référence (CSREF) des six (6) communes du District de Bamako ;

Les centres de santé de référence de tous les 42 cercles du Mali ;

Les centres de biologie : INRSP, Centre de Transfusion Sanguine ;

Des centres hospitaliers spécialisés : CNAM, CNAOM, IOTA, CNOS ;

Des centres de santé communautaires ;

Des structures privées ayant une convention avec le Ministère de la santé : Hôpital MERE-ENFANT « le LUXEMBOURG »

Cette panoplie de prestataires de soins de santé assure la prise en charge médicale des bénéficiaires du RAMED sur l'ensemble du territoire [38].

### **3.9. Procédures de prestation :**

La procédure de prise en charge des prestations médicales couvertes par le RAMED comporte dix (10) étapes qui font intervenir à la fois les structures publiques de soins de santé et la Direction Générale de l'ANAM. Ces étapes se présentent comme suit :

**Etape 1** : Vérification des documents d'immatriculation du bénéficiaire demandeur de prestations;

**Etape 2** : Remplissage des supports ;

**Etape 3** : Compilation des différents dossiers de remboursement ;

**Etape 4** : Elaboration des documents Comptables ;

**Etape 5** : Transmission des dossiers de prestations médicales à l'ANAM pour remboursement ;

**Étape 6 :** Réception – enregistrement du courrier et imputation des dossiers de remboursement ;

**Étape 7 :** Vérification et saisie des différents supports;

**Étape 8 :** Vérification de l'exactitude des différents montants ;

**Étape 9 :** Etablissement des supports de remboursement ;

**Étape 10 :** notification des remboursements effectués ou des rejets constatés.

**Tarifification nationale de référence :**

Les médicaments autorisés par le RAMED sont ceux retenus par la tarification nationale de référence.

*Tableau II:* Répartition des RAMEDISTES selon les années.

<b>Qualité /année</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Indigents</b>	Ouvrant droits	439	375	5520	6706	8369
	Ayants droit	154	629	403	1799	2985
<b>Sous total</b>		593	1004	5923	8505	16025
<b>Admis de droit</b>		0	04	2540	3944	6488
<b>Total</b>		593	1008	8463	12449	22513

Ce tableau indique que le nombre d'immatriculés augmente d'année en année. Le taux de progression de 2013/2014, par rapport aux indigents est de 43,59%. Au niveau des admis de droit, le taux de progression est de 55,27%. Ainsi, le taux de progression global est 47,10% [38]

# METHODOLOGIE

## **4. METHODOLOGIE**

### **4.1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive. Elle a utilisé des méthodes de mesure de la viabilité financière et l'appréciation de la satisfaction des usagers.

### **4.2 Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée de mars 2018 à avril 2019, soit une période de 12 mois.

### **4.3 Lieu d'étude**

Notre enquête s'est déroulée à Bamako au niveau du service social du CHU de Point G.

### **4.4 Population d'étude**

Les cibles visées par notre étude étaient :

- ✓ Patients démunis.

#### **4.4.1 Critères d'inclusion**

- ✓ Ont été inclus dans notre étude les patients démunis hospitalisés ou non hospitalisés, détenteurs du récépissé de l'ANAM et soignés au CHU du Point G.

#### **4.4.2 Critères de non inclusion**

- ✓ N'ont pas été inclus dans notre étude, les patients ne détenant pas le récépissé de l'ANAM ;
- ✓ Les détenteurs du récépissé de l'ANAM qui n'étaient pas traités au CHU du point G ;
- ✓ Refus de participer à l'enquête.

#### **4.4.3 Taille de l'échantillon :**

La méthode qui a été utilisée pour la constitution de notre échantillon est celle d'un échantillonnage exhaustive. Elle a concerné 150 patients immatriculés à l'ANAM ; la méthode a consisté à inclure les sujets dans l'étude au fur à mesure qu'ils se sont présentés.

Cette méthode a été choisie pour tout démunie détenteur du récépissé de l'ANAM qui se présente au service social pour remplir les formalités préliminaires et nécessaires pour la prise en charge, nous intéressait.

## **4.5 Méthodes et technique**

### **4.5.1 Méthodes**

Pour notre étude, nous avons utilisé un questionnaire. Il a été administré auprès des 150 démunis tous détenteurs du récépissé de l'ANAM qui se sont présentés au CHU du point G.

**Patient très satisfait :** Tout patient ayant répondu totalement favorable au niveau de prestation de l'ANAM.

**Patient satisfait :** Tout patient ayant répondu moyennement favorable au niveau de prestation de l'ANAM.

**Patient peu satisfait :** Tout patient ayant peu bénéficié de la prestation de l'ANAM.

### **4.5.2 Technique :**

- ✓ Microsoft world 2013 a été utilisé pour la saisie des données
- ✓ SPSS 20 a été utilisé pour l'analyse statistique des données

### **4.5.3 Considérations éthiques :**

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

- ✓ Consentement des responsables du CHU Point G,
- ✓ Consentement individuel des personnes au moment de l'enquête.
- ✓ L'anonymat et la confidentialité ont été respectés et un consentement éclairé a été sollicité et volontaire.

# RESULTATS

## **5. RESULTATS**

### **5.1 Le profil sociodémographique des patients démunis :**

Tableau III: Répartition des patients en fonction du sexe.

<b>Sexe</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Masculin	59	39,3
<b>Féminin</b>	<b>91</b>	<b>60,7</b>
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des patients démunis de notre étude était de sexe féminin avec un sexe ratio de 0,64.

Tableau IV: Répartition des patients démunis en fonction de leur l'âge.

<b>Age</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
0-14ans	8	5,3
15-29ans	37	24,7
<b>30-44ans</b>	<b>46</b>	<b>30,7</b>
45-59ans	39	26,0
60ans et plus	20	13,3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge comprise entre [30-44] ans a été la plus représentée dans notre étude.



Tableau V: Répartition des patients démunis en fonction du statut matrimonial.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Marié</b>	<b>85</b>	<b>56,7</b>
Célibataire	41	27,3
Veuf (vé)	18	12,0
Divorcé(e)	6	4,0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié (56,7%) de nos enquêtés étaient mariés, suivi des célibataires puis des veufs/veuves.

Tableau VI : Répartition des patients démunis en fonction du nombre d'enfants en charge.

<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pas d'enfants</b>	<b>58</b>	<b>38,7</b>
1 -3 enfants	35	23,3
4-7 enfants	43	28,7
Plus de 7 enfants	14	9,3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La majorité des patients démunis enquêtés avaient au moins un enfant à leur charge.

Tableau VII : Répartition des patients démunis en fonction de leur profession.

<b>Professions</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Elèves/Etudiants	14	9,3
Sans emplois	30	20,0
Cultivateurs/Ouvriers	27	18,0
Fonctionnaires/retraités	5	3,3
Commerçants	4	2,7
<b>Ménagères</b>	<b>70</b>	<b>46,7</b>
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

L'essentiel des patients démunis (46,7%) interrogés étaient des ménagères.

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction.

<b>Niveau</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Primaire	33	22,0
Secondaire	18	12,0
Supérieur	2	1,3
<b>Non scolarisé</b>	<b>97</b>	<b>64,7</b>
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La majorité des patients démunis (64,7%) enquêtés n'avaient pas fréquentés l'école.

Tableau IX: Répartition des patients démunis en fonction de leur revenu mensuel

<b>Revenu</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Pas de revenu</b>	<b>118</b>	<b>78,7</b>
5000-45000	26	17,3
50000-100000	4	2,7
Plus de 100000	2	1,3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La plupart des patients démunis interrogés au cours de notre étude n'avaient pas de revenu mensuel.

Tableau X: Répartition des patients en fonction de leur résidence.

<b>Lieu de provenance</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Kayes	27	18,0
<b>Koulikoro</b>	<b>43</b>	<b>28,7</b>
Sikasso	31	20,7
Ségou	15	10,0
Mopti	15	10,0
Bamako	19	12,6
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La majorité (28,7%) des patients démunis interrogés lors de notre étude venaient de Koulikoro.

**5.2** Accessibilité aux soins de santé

Tableau XI: Répartition des patients démunis par motif de consultation

<b>Réponse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Maladie aiguë	31	20,7
<b>Maladie chronique</b>	<b>119</b>	<b>79,3</b>
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La majorité des patients démunis de notre échantillon consultaient pour des pathologies chroniques.

Tableau XII: Répartition des patients démunis en fonction de la nature de la pathologie.

<b>Réponse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Problème rénal</b>	<b>40</b>	<b>26,7</b>
Cancer	36	24,0
Hypertension artérielle	8	5,3
Diabète	5	3,3
Drépanocytose	18	12,00
Epilepsie	3	2,0
Problème psychologique	9	6,0
Autres	31	20,7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>150</b>

Le problème rénal était la maladie la plus fréquenté (26,7%) lors de notre enquête au service social du Point G. Autres : maladie dont on ignorait la cause au moment de notre enquête.

## **Problématique de l'accès aux soins de santé des démunis au Mali : CAS du CHU du Point G**

Tableau XIII: Répartition des patients démunis en fonction du service médical fréquenté à l'hôpital

<b>Réponse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Service de médecine	29	19,3%
Service d'hémo/oncologie	36	24,0
<b>Service de néphrologie</b>	<b>40</b>	<b>26,7</b>
Service de la pédiatrie	15	10,0
Service gynéco/obstétrique	4	2,7
Service chirurgie	8	5,3
Autre	18	12,0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Le service de néphrologie était le plus fréquenté par nos enquêtés (26,7%). Autre : CRLD, qui n'est pas un service du CHU du Point G mais dont les patients démunis sont traités au service social du Point G.

Tableau XIV : Répartition des patients démunis en fonction de la demande de prestations :

<b>Prestations demandés</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Médicaments</b>	<b>96</b>	<b>64,0</b>
Soins médicaux (dialyse, chimiothérapie)	24	16,0
Examens (examens biologique, radio et imagerie)	18	12,0
Hospitalisation	5	3,3
Consultation	7	4,7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Les médicaments venaient en tête des prestations demandées par les patients démunis au service social de CHU du Point G suivi successivement par les soins maladies, les examens, l'hospitalisation et les consultations.

Tableau XV: perceptions des démunis sur le recouvrement de leur acte

<b>Gratuit</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Oui</b>	<b>91</b>	<b>60,7</b>
Non	59	39,3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La majorité des patients démunis interrogés au cours de notre étude ont obtenu les prestations de façon gratuite soit 60,7%.

Tableau XVI: Répartition des patients démunis en fonction du recours à l'achat des prestations

<b>Réponse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Achat total</b>	<b>4</b>	<b>6,8</b>
Achat partiel	50	84,7
Renoncement	5	8,5
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

La majorité des patients démunis qui n'ont pas obtenu les prestations de façon gratuite ont eu recours à l'achat partiel soit (84,7%)

Tableau XVII: Répartition des ordonnances selon la classe de médicaments prescrits:

<b>Classe de médicament</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Les solutés massifs</b>	<b>32</b>	<b>32,6</b>
Antalgiques/antiinflammatoires	24	24,5
Antihypertenseurs	18	18,4
Antinéoplasiques	15	15,3
Anti-infectieux	9	9,2
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Les solutés massifs étaient les plus prescrits lors de notre enquête au service social de CHU du Point G.

Tableau XVIII: Répartition des ordonnances en fonction de leur coût.

<b>Coût</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>[5000 15000]</b>	<b>50</b>	<b>51,02</b>
[20000 35000]	34	34,7
[40000 55000]	11	11,22
Plus de 60000	03	3,06
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Le coût compris entre 5000-15000 était le plus représenté (51,02%) et le coût moyen est de 20.252 Francs CFA avec un écart type de 13378.

**5.3 Obstacles liés à la prise en charge des démunis :**

Tableau XIX : Répartition des patients selon leur façon de connaître l'ANAM

<b>Mode de connaissance</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Média	10	7,0
Parents/Proches	60	40,0
<b>Agents de santé</b>	<b>73</b>	<b>48,0</b>
Agents du service social	7	5,0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La majorité des patients de notre échantillon ont connu l'ANAM à travers les agents de santé avec 48%.

Tableau XX: Répartition des patients en fonction du montant dépensé depuis la prise en charge par l'ANAM.

<b>Montant dépensé</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Rien	35	23,3
[5000-15000]	27	18,0
<b>[20000-35000]</b>	<b>60</b>	<b>40,0</b>
[40000-55000]	17	11,3
Plus de 60000	11	7,4
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Moins de la majorité des patients démunis ont dépensé entre [20000 35000] depuis la prise en charge par l'ANAM soit 40%, la dépense moyenne était de 23463 avec un écart type de 19958.



**5.4 Satisfaction des patients démunis :**

Tableau XXI : Répartition des patients selon le degré satisfaction.

<b>Satisfaction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	10	6,7
<b>Satisfait</b>	<b>75</b>	<b>50,0</b>
Peu satisfait	65	43,3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La moitié (50%) de nos enquêtés étaient satisfaits de la prestation de l'ANAM.

Tableau XXII: Satisfaction des patients démunis en fonction du type de prestation médicale

	<b>Consultatio</b>		<b>Examens</b>		<b>Hospitalisatio</b>		<b>Médicament</b>		<b>Soins médicaux</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>		<b>n</b>		<b>n</b>		<b>n</b>		<b>n</b>		<b>n</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Peu satisfait	0	0	11	61,1	2	40	44	44,9	8	33,3	65	43,3
<b>Satisfait</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>38,9</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>46,9</b>	<b>15</b>	<b>62,5</b>	<b>75</b>	<b>50</b>
Très satisfait	0	0	0	0	1	20	8	8,2	1	4,2	10	6,7
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Les demandeurs de consultations étaient satisfait à 100% contre 62,5% pour ceux qui ont demandé les soins médicaux par contre 61,1% de ceux qui ont demandé les examens étaient peu satisfait.

**COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### ***Données globales***

Le régime d'assistance médicale a été mis en place pour aider les démunis à faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales. Ce travail avait pour objectif de faire ressortir les dysfonctionnements liés aux conditions d'accessibilité aux soins de santé des personnes démunis en leurs éclairant sur la gratuité des soins et prestations médicalement disponibles dans les structures publiques de santé.

Durant une période de 9 mois, d'Avril à Décembre 2018, nous avons mené une étude transversale de type descriptif portant sur la problématique de l'accès aux soins de santé des démunis : cas du CHU du Point G.

Les résultats obtenus ont fait l'objet des commentaires et discussions suivants.

### **Limites et difficultés de l'étude :**

Durant notre étude nous nous sommes heurtés à certaines limites et difficultés qui se sont résumées principalement à :

- ✓ Manque de coopération de certains prestataires du service social ;
- ✓ Refus de certains patients à participer à l'enquête.

### **Profil socio démographique**

#### **✚ Sexe :**

Nous avons eu un sexe ratio de 0,64 en faveur du sexe féminin soit 60,7% .Ce résultats se rapproche de ceux trouvés au MAROC en 2014 par **HAJJI** dans «Evaluation du régime d'assistance médicale au centre hospitalier préfectoral de Salé» et de **MBARKI FATIMA ZAHRA** dans « Mesure de la satisfaction des patients bénéficiaires du RAMED hospitalisés au CHR AL FARABI D'OUJDA VIS-VIS DU DIT REGIME » qui ont eu respectivement 56% et 57,48% en faveur du sexe féminin.[39 ; 40].

#### **✚ Age et statut matrimonial :**

La tranche d'âge comprise entre [30-44] ans a été la plus représenté dans notre étude soit 30,7%. Les âges variaient de 5 mois à 86 ans avec une moyenne d'âge de 38,66 ans, l'écart type est de 15,97. Nos résultats diffèrent de celui trouvé par **M.A HAJJI [39] en 2014** qui a trouvé dans son étude 43% des plus de 60 ans.

Cette situation pourrait s'expliquer par une forte représentativité de la jeunesse au sein de la population malienne, qui en plus d'être confrontée à des nombreuses difficultés (la non scolarisation, le chômage et le manque d'autonomie financière), se trouve exposée à des événements de la vie précipitant le déclenchement de la maladie et les récives notamment la consommation d'alcool, de tabac de drogues et les substances hallucinogènes [43].

### **✚ Niveau d'instruction et la profession :**

64,7% des patients démunis n'étaient pas instruit contre 1,3% qui avait un niveau supérieur. Ce résultat est différent de celui de **KEITA, Maimouna KANTE** en 2015 sur « enquête de satisfaction des assurés AMO au niveau de deux centres de santé de référence du district de Bamako » où le niveau secondaire était le plus représenté [42] et largement supérieur à celui de **MBARKI Fatima Zahra** [43] en 2014 qui a trouvé que 34,25% des enquêtés étaient des analphabètes.

En termes d'emploi, 46,7% des patients démunis étaient des femmes au foyer et 20% représentaient les sans-emplois. Cette prédominance des femmes au foyer pourrait s'expliquer par le faible niveau d'instruction et économique à l'origine du manque d'information et des moyens nécessaires à la prise en charge. Ce résultat est inférieur au 62% de chômeurs trouvé par **M.A HAJJI** [39] en 2014.

En ce qui concerne les sources de revenus, 78,7% des patients démunis n'avait pas de source de revenu. Même constat fait par **MBARKI Fatima Zahra en 2014** qui avait signalée 99% de patient n'ayant pas revenu fixe [40]. Le manque de revenu serait dû au manque de travail qui à son tour serait dû à la longue durée de la maladie, qui les empêche de travailler dans la plupart du temps.

### **✚ Services fréquentés :**

Au cours de notre étude au service social de CHU du Point G, le service de néphrologie et d'hématologie/oncologie étaient les plus fréquentés par les patients démunis. Ce résultat est différent de celui de **M.A HAJJI** [39] en 2014 qui avait eu 47% et 23% respectivement au service de chirurgie et de service de médecine.

### **✚ Motif de consultation :**

Parmi les motifs de consultations enregistrés 79,3% était des maladies chroniques. **M.A HAJJI en 2014** a rapporté dans son étude 72% de maladie aiguë [39]. Ceci s'expliquerait par une longue

durée dans ces maladies chroniques amenant les patients à se retrouver dans une situation de manque de moyens financier et finissent par faire recours aux services de l'ANAM.

### **✚ Pathologies :**

Plus de la moitié des patients démunis souffraient de problème rénal ou de cancer avec respectivement 26,7% et 24,0%. Ce résultat est inférieur à celui trouvé par **MBARKI Fatima Zahra [40] en 2014** qui a trouvé que 66% de ces interviewés souffraient d'une insuffisance rénale chronique terminale.

### **✚ Soins offerts par l'ANAM au CHU du Point G**

Parmi les prestations couvertes par l'ANAM, les médicaments étaient les plus demandés avec 65,4%. Ce taux élevé s'expliquerait par le nombre élevé des patients souffrant de maladie chroniques.

### **✚ Obstacles liés à la prise en charge des démunis**

La non médiatisation du régime de l'ANAM est l'un des obstacles majeurs de la prise en charge des démunis, sur un effectif de 150 personnes seulement 7% ont eu à connaître l'ANAM à travers les media. Les autres l'ont connu au cours de leur maladie soit par l'intermédiaire des proches ou bien par les agents de santé avec respectivement 40% et 48%. Cependant, la majorité des patients démunis (91) interrogés au cours de notre étude ont obtenu les prestations de façon gratuite contre 59. Parmi ces 59 patients démunis 84,7% ont acheté partiellement les prestations, 6,8% ont acheté totalement et 8,5% ont renoncé aux soins à cause du manque de moyens. **M.A HAJJI [39] en 2014** avait trouvé que 48% de ces interviewés ont eu recours à l'achat de certaines formes orales de médicaments. Ces chiffres s'expliquent par la rupture de médicament, le manque de réactif, la non disponibilité de certains examens dans les structures conventionnées la non prise en compte de certaines prestations par l'ANAM.

### **✚ Satisfaction des patients démunis**

La moitié de nos enquêtés (50%) étaient satisfaits de la prestation de l'ANAM; ce chiffre est inférieur à celui de **MBARKI Fatima Zahra [40]** qui a trouvé que 66% des patients étaient satisfaits de la prestation de l'ANAM.

**CONCLUSION**

**7. CONCLUSION :**

Le Régime d'Assistance Médicale a permis une nette amélioration de la santé des démunis, en supprimant les dépenses de santé qui les empêchaient d'avoir accès aux soins. Cependant, des améliorations sont encore à faire au niveau organisationnel et structurel pour augmenter la profondeur de la couverture et réduire le protocole d'immatriculation et aussi pallier à la rupture de stocks en médicaments et dispositifs médicaux, l'indisponibilité de certains examens de biologie médicale, les pannes répétitives de certaines machines.

Malgré la grande satisfaction des patients démunis, certains sont toujours contraints de payer par leurs propres moyens des soins et prestations à cause de la rupture dans les structures conventionnées et ou de la non prise en charge de ces soins, chose qui a un impact sur le résultat positif du RAMED.

## RECOMMANDATIONS



## **8. RECOMMANDATIONS :**

L'analyse des résultats obtenus nous a permis au terme de notre étude de faire les recommandations suivantes :

### **A l'endroit du ministère de l'hygiène publique :**

- Renforcer la capacité de l'ANAM pour une meilleure prise en charge des démunis

### **A l'endroit de l'ANAM :**

- Augmenter le nombre de structures conventionnées à l'ANAM ;
- Etablir des partenariats public-privés pour les prestations dont l'hôpital ne dispose pas et qui sont très demandées ;
- Réduire les procédures administratives d'immatriculation ;
- Réduire le protocole de prise en charge.

### **A l'endroit des démunis :**

- Présenter le récépissé de l'ANAM aux médecins lors des consultations et rendez-vous.

### **A l'endroit des médecins :**

- Se renseigner sur l'identité des patients (démunis) afin de prescrire les soins disponibles.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

[1] : **Pascal J, Huguenin A, Lombrail P.** Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention. Erudit.org. 2006 ; 55 : 117 [\\_core.ac.uk/download/pdf](http://core.ac.uk/download/pdf)

[2] : **Doumbouya M-L.** Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée. Archives ouvertes : HAL. 2008 : 00229696 : 1 [\\_halshs.archives-ouvertes .fr](http://halshs.archives-ouvertes.fr)

[3] : **Kagambega M.** L'assurance maladie au Burkina [Thèse]. Bordeaux : UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX 2 ; 2011. 329 P.

[4] : **Kone K-G.** L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : une analyse économique des déterminants du recours aux soins à Dakar [THESE]. Dakar : UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR ; 2012. 276 P.

[5] : **Conférence annuelle de la fondation Pierre Fabre – Lavour, 3 octobre (2017)**(vers la couverture sanitaire universelle en Afrique) [\\_www.fondation-pierre-fabre.org](http://www.fondation-pierre-fabre.org)

[6] : **Diene A-N.** Accès aux soins des adultes dans la commune de HANN/BEL AIR [THESE]. Dakar : UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR ; 2016. 137 P.

[7] : **Doumbia B.** contribution des mutuelles de santé à l'accès des populations aux soins de santé de base : cas de la MIPROMA dans les quartiers de Magnambougou, Sogoniko et Sokorodji en commune VI du district de Bamako [THESE]. Bamako : DELTA C DE BAMAKO ; 2010. 85 P.

[8] : « **programme de développement socio-sanitaire (2014-2018) (PRODESS III)** »

[9] : **DJIGUIBA I.** l'ANAM : une couverture médicale pour tous les indigents. maliactu.net [En ligne]. 2018 [Consulté le 23 mai 2018].

[10] : **Golf L-S.** l'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun [THESE]. Bobigny : faculté de médecine de Bobigny ; 2014. 127.

[11] : **Fall A.** Analyse géographique de l'accès de santé des populations dans le district sanitaire de Linguère [THESE]. Dakar : UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR ; 2013. 110 P.

[12] : **Masudi A-K.** Problématique de l'accessibilité aux soins de santé primaires en milieu

urbanorural [THESE].GOMA : INSTITUT SUPERIEUR DES TECHNIQUES MEDICALES DE GOMA ; 2012.

[13] : **Chapelon L., (2014)** 12h-38min sur [www.hypergeo.eu/spip.php?article 30](http://www.hypergeo.eu/spip.php?article 30)

[14] : **Ndonky A, Oliveau S, Lalou R, Santos S-D.** Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar. Cyber géo.2015 :751 :41\_journals.openedition.org

[15] : **Evans B-D, Hsu J, Boerma T.** Couverture sanitaire universelle et accès universel. Bulletin de l'organisation mondiale de la santé.2013 :2 :13

[16] : **Machumu D-B.** Accessibilité financière aux soins de santé : cas spécifique de la population de la zone de santé de Goma [THESE].Institut supérieur des techniques médicales de Congo ; 2009. 167 P.

[17] : **Ridde V, Kadio K, Ducandas X, Kafando Y.** La protection sociale et les indigents au Burkina Faso.2011. \_[www.medsp.umontreal.ca](http://www.medsp.umontreal.ca)

[18] **SAMAKE A-M.** Financement de la santé au Mali : cas des gratuites dans le cadre de quatorze programmes de santé [THESE].BAMAKO : UNIVERSITE DE BAMAKO ;2009. 84P.

[19] **R. Paul Shaw, Charles C. Griffin** le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance 1995 :2, 48,49; 111p\_documents.worldbank.org

[20] **J.J Zambrowski** .Les différents systèmes de santé en Europe.EDIMARK.1992 : 6p

[21] **Bationo F.** Approche culturelle de la mutualité au Burkina faso. Brussels 2001\_journals.openedition.org

[22] **Gotz Huber, Jürgen Homann, Kirsten Reinhard, (2003)** ‘‘Mutuelles de santé- 5 années D'expérience en Afrique de l'ouest’’ publié par GTZ, 80p\_afhea.org

[30] Réseau ‘‘Santé’’ de l'alliance pour un monde responsable, pluriel et solidaire « la santé et ses enjeux au 21ème siècle »\_ [www.alliance21.org/pdf/final-salud.fr](http://www.alliance21.org/pdf/final-salud.fr)

[31] **M. Audibert, E. De Roodenbeke** avril (2005) "utilisation des services de santé de premier niveau au Mali" : analyse de la situation et perspectives ; 2 ; 115p\_documents.banquemoniale.org/curated.

[23] **Galland B. May (1998)** : "quelques questions relatives au développement des mutuelles de santé en Afrique". In: documentation atelier CIDEF;

[24] **Criel B. (2000)** "Local health insurance systems in developing countries " : a policy researchpaper. Antwerpen: institut voor tropische geneeskunde (ITG);

[25] **Valérie Van Belle, Dominique Evrard**, Alliance nationale des mutualistes chrétiennes, service coopération internationale\_www.socialprotection.org .

[26] **Gille Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy** .L'assurance maladie en Afrique

Francophone.améliorer l'accès aux soins et lutte contre la pauvreté.2006. 596p\_www.amazon.fr

[27] Micro assurance santé, guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique; BITSTEP

Afrique (2000); 25-30; 74p\_www.findevgateway.org

[28] **Mr Assane Diop mai (2008)** (directeur exécutif BIT) "quelles méthodes, quels instruments pour la protection sociale en santé ?", *couverture du risque maladie dans les pays en développement, qui doit payer ?* Paris; 5 ; 9p

[29] **Mr Hervé Lafarge**, maître de conférence à l'université de Paris Dauphine enseignant

associé au CESAG « syllabus du module 13, comportement du producteur de soins » »

année académique 2004-2005, 2ème trimestre ; p 35-36

[32] **Mukesh Chawla, Peter Bernan août (1996)** " La mobilisation des ressources" : guide méthodologique; 17 ; 63p

[33] **Diarra S.** le fardeau de la maladie sur les enfants de 0 à 15 ans cas des districts et

Centres de santé communautaires du Mali [THESE].BAMAKO :université de Bamako ;2007. 54p

[34] Rapport de la commission internationale du conseil national du sida "rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les PVVIH dans les pays en développement" ; 11-12 ;

[35] World developemnt reports 2004, making services work for poor people, Washington, world bank/oxford university press, 2003. World developemnt report 2006 equity and developemnt, Washington, world bank/oxford university press, 2005.

[36] World health organization, designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure, technical brief for policy makers, 2005;n°2:5 P.

[37] :Kaddar M, Stierle F, Ehry B-S, Tchicaya A. Laccès aux soins de santé en Afrique subsaharienne.2000.Revue tiers Monde.www.persee.fr/doc/tiers-1293.

[38] : [www.Anam-mali.ml](http://www.Anam-mali.ml) le 14/11/2018 13h 05 min

[39] : **Dr M.A. HAJJI**. Evaluation du régime d'assistance médicale au centre hospitalier préfectoral de salé [MASTER].2014.

[40] : **Mme MBARKI Fatima Zahra**. Mesure de la satisfaction des patients bénéficiaires du RAMED hospitalisés au CHR AL FARABI D'OUJDA VIS-VIS DU DIT REGIME [MASTER].2014.

[41] : **Ymele N.C**. Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU Point G [THESE].2015.

[42] : Mme Keita, Maimouna KANTE. Enquête de satisfaction des assurés AMO au niveau de deux centres de santé de référence du district de Bamako [THESE]. 2014.

[43] : Rapport de l'étude de base sur la consommation de drogues dans la ville de Sikasso au Mali\_plateforme-elsa.org

**ANNEXES**

## Fiche d'enquête

**TITRE: Problématique de l'accès aux soins de santé des démunis : cas du CHU de Point G.**

### Identification de l'enquêté

**1. Sexe :**

Masculin .....

Féminin.....

**2. Age :**

00-14 ans.....

15-29 ans.....

30-44 ans.....

45-59 ans.....

60 ans et plus.....

**3. Statut matrimoniale :**

Marié.....  Célibataire.....  Veuf (vé) .....

Divorcé(e).....

**4. Nombre d'enfants :**

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

**5. Régime matrimonial :**

Monogame .....  Polygame.....

**6. Quel est votre niveau d'instruction ?**

Non Scolarisé.....  Primaire .....

Supérieur.....  Second .....

.....



**7. Que faites-vous comme activité?**

.....  
.....

**8. Est-ce que vous avez un revenu mensuel ?**

Oui.....

Non.....

Si oui combien gagnez-vous par mois ?.....

**9. Où habitez-vous ?**

.....  
.....

**Information concernant l'ANAM :**

**10. Par quel type de moyen avez-vous pris connaissance de l'ANAM ?**

Radio.....   Télévision.....

Parent .....

Autres à préciser.....

.....

**11. Pourquoi et Comment avez-vous été identifié comme démunis ?**

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

**12. Comment avez-vous été pris en charge à l'hôpital ?**

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

**13. De quelle maladie souffrez-vous ?**

Maladie chronique.....

Maladie aigue.....

Une précision si possible .....

.....  
14. Avez-vous acheté des prestations depuis votre prise en charge par l'ANAM?

✓ Oui

• Totalement.....

• Partiellement .....

✓ Non.....

Si oui, où se situe celui que vous avez dû déboursé ?

5000 à 15000 FCFA .....  20000 à 35000 FCFA.....

40000 à 55000 FCFA.....  Plus de 60000 FCFA.....

Autres à préciser.....  
.....  
.....

15. Quelle appréciation faites-vous de l'accueil des agents de l'ANAM à l'hôpital

Très .....  bien.....   
Bien.....

Acceptable.....  Mauvais.....

16. Quelle est votre satisfaction quant à la prestation de l'ANAM ?

.....  
.....

17. Comment trouvez-vous le circuit d'immatriculation ?

Lent.....

Moyen.....

Rapide.....

**Informations recueillis sur les fiches de prestation de l'ANAM.**

18. Service médical fréquenté

Service de médecine.....

Service de la pédiatrie .....

Service de chirurgie .....

Service d'hémato/oncologie .....

Service gynéco/obstétrique.....

Autres.....

19. Prestations demandées

Médicaments.....

Soins médicaux .....

Examens.....

Hospitalisation.....

Consultation.....

autres.....


20. Classe de médicament prescrit

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

21. Coût des ordonnances

.....  
.....

Tel Assuré : / \_\_\_\_\_ /



**FEUILLE D'EXAMEN N° 0015976** Dossier N° \_\_\_\_\_

Accord Préalable     
  Oui     
  Non

Nom et code de la structure : ..... Code du Praticien : .....

N/P du Praticien : ..... Code du Praticien : .....

N/P du Malade ..... N° Assuré (c) .....

N° Ayant droit .....

Statut : 1. Ouvrant droit  / I. I. Ayant droit  / 2. Admis de droit  / 2. I. Détenus  / 2. 2. Bienfaisance  / 2. 3. B. Guerre  / 2. 4. B. Catastrophe  /

Age du malade ..... Sexe : M  / ou F  / Activité : .....

Adresse : .....  
 Quartier, Village

Hospitalisation       Ambulatoire

Maladie       Maternité       Accident       Autres

Lieu et Date : .....

Libelle actes	Quantité Actes	Prix Unitaire	Montant RAMED	Date et Signature et cachet du Laboratoire
				Laboratoire N° 1
				Laboratoire N° 2
<b>Montant RAMED</b>				

Cachet et Signature du Prescripteur

Lieu et Date : .....  
 Signature et cachet de l'Agent Financier De l'Etablissement



Tel Assuré : /

**FEUILLE DE SOINS MALADIE N° 0035569** Dossier N°

Accord Préalable    Oui     Non

Nom et code de la structure : .....  
 N/P du malade : ..... N° Assuré (e) : ..... /  
 N° Ayant droit : ..... /  
 Statut : I. Ouvrant droit  / I. I. Ayant droit  / 2. Admis de droit  / 2. I. Détenus  / 2. 2. Bienfaisance  /  
 2. 3. B. Guerre  / 2. 4. B. Catastrophe  /  
 Age du malade ..... Sexe : M  / ou F  / Activité : .....  
 Adresse : .....  
 Quartier, Village

Hospitalisation     Ambulatoire   
 Maladie  / Maternité  / Accident  / Autres

Libelle actes	Quantité Actes	Prix Unitaire	Montant RAMED	Signature et Cachet du Prescripteur

Lieu et Date : ..... Signature et cachet de l'Agent Financier De l'Etablissement

Nombre de jours d'hospitalisation	Prix Journalier/Hospitalisation	Montant RAMED

N/P du Praticien : ..... Code du Praticien : .....

Diagnostic : .....

Médicament en DCI (Réservé au Prescripteur)	Substitution	Posologies	Quantité	Prix Pharmacie hospit.	Prix Pharma Ext.	Signature et cachet du Pharmacien
						Pharmacie hospitalière
						Pharmacie Extérieure

Cachet et Signature du Prescripteur    Montant RAMED

Signature et cachet de l'Agent Financier De l'Etablissement





MINISTRE DE LA SOLIDARITE DE L'ACTION HUMANITAIRE  
.....  
AGENCE NATIONALE D'ASSISTANCE MEDICALE - ANAM

REPUBLIQUE DU MALI  
.....  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



**RECEPISSE D'IMMATRICULATION**

N°Réf: **9904-07032019**

**Bamako le, 02/04/2019**

**TRAORE SIDI YAHYA  
BAMAKO COMMUNE 6  
79 25 37 91  
ZERNY**

Monsieur TRAORE  
Nous vous informons que vous êtes inscrit sous le numéro :  
**1966910600025** au Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

Lors de votre immatriculation, il a été procédé à celle des personnes ci-après :

- 1-TRAORE MAIMOUNA N° **2000910600093**, ENFANT SEXE FEMININ AGE 18 ANS
- 2-TRAORE SALIFOU LAMINE N° **1003910600128**, ENFANT SEXE MASCULIN AGE 15 ANS
- 3-TRAORE SOULEYMANE N° **1014910600129**, ENFANT SEXE MASCULIN AGE 4 ANS

Vous voudrez bien présenter ce récépissé lors de tous vos contacts avec les prestataires de soins conventionnés et de toutes vos correspondances avec l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM). Le présent récépissé est valable de **MARS 2019** à **MARS 2022** sur toute l'étendue du territoire national et doit être présenté pour toute sollicitation de prestation de soins à la charge du Régime d'Assistance Médicale. En cas de doute, le prestataire de soins est en droit d'exiger la présentation d'un titre d'identité. Veuillez agréer, M. TRAORE SIDI YAHYA, l'expression de nos salutations distinguées.

**Le Chef de Département Social et Immatriculation**

**Mamadou BA**





## SERMENT DE GALIEN



- Je jure, en présence des maitres de la faculté, des conseils de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples ;
  - D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
  - D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
  - De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;
  - En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;
  - Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;
- Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !!!**