

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2022-2023

N°.....

THESE

Satisfaction des assuré(e)s à l'Assurance Maladie Obligatoire au CSREF de la commune VI du district de Bamako (Mali)

Présentée et soutenue publiquement le 09/12/2023 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par Mme SIRA DANSIRA KANOUTE

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

Jury

Président du jury : M. Boubacar MAIGA, Professeur

Membres du jury : M. Sory Ibrahim DIAWARA, Maitre de conférences

Mme Kadiatou N'Diaye DIALLO, Médecin

Co- directeur de thèse : M. Sidiki SANOGO, Médecin

Directeur de thèse : M. Kassoum KAYENTAO, Professeur

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Gloire à **ALLAH** le tout puissant, le miséricordieux, le clément. Merci de nous avoir permis de mener à terme ce travail si pénible et long.

Au prophète **MUHAMMAD** (paix et salut sur lui).

Je dédie ce travail A mon père MAHAMADOU KANOUE

En témoignage de ma vive reconnaissance et de mon plus profond respect. Merci de m'avoir inculquée les valeurs morales éducatrices, d'avoir toujours eu cette confiance inébranlable en moi, de me pousser à me surpasser et toute l'assistance que tu m'as apporté depuis ma naissance jusqu'aujourd'hui. Je garderais de toi l'image d'un grand homme avec un grand cœur en or, travailleur, enthousiaste et ambitieux. J'espère te rendre fier par ce travail qui est le fruit de tes efforts .longue vie PAPA.

Remerciements :

A ma mère FATOUMATA SANGARE

Ce travail est le tien mère, reçois ici ma profonde gratitude et mon plus grand respect .je retiendrais de vous l'image d'une femme battante, forte et courageuse, continue à prier pour nous tes enfants. Merci pour tout.

A ma grand-mère paternelle SADIO KANOUTE

Merci pour ton éducation, ta protection et ton immense affection envers ma modeste personne, je suis tellement fière d'être ta petite fille, je te souhaite longue vie auprès de nous pour qu'on puisse te rendre encore fière.

A ma grand-mère maternelle KADIA SANGARE dit BOH

Merci pour ton soutien moral et financier sans cesse, tu es pour moi l'incarnation de la bonté, je prie pour qu'Allah te fasse vivre longtemps dans la santé afin que je puisse te rendre encore plus fière de moi. Ce travail est le tien.

A mon oncle BADJI KANOUTE

Merci mon oncle pour ton soutien moral et financier que tu n'as cessé de m'apporter durant tout mon cursus étudiantin, reçois ici toute ma dévotion et ma profonde gratitude, ce travail est aussi le tien que Dieu te le rende au centuple dans la santé et la longévité.

A ma petite sœur SADIO KANOUTE

Ton soutien moral m'a été d'une importance capitale, que Dieu te protège et t'accorde longue vie auprès des tiens et qu'ALLAH t'accorde le bonheur total. Ce travail est aussi le tien.

A mes frères et sœurs : **MARIAM KONATE, OUMOU KONATE, KADIA KONATE, LOBO KONATE, MODIBO KONATE, MERY KONATE**

Merci pour votre amour inconditionnel et votre considération à mon égard ce travail est le vôtre.

A mon tendre et cher époux FAH TRAORE

Merci pour ton amour inconditionnel, ton soutien moral et financier sans faille, tout le sacrifice que tu fais pour qu'on ne manque de rien SEYBA ET MOI. Encore merci d'être ce merveilleux époux et père, qu'Allah te donne longue vie auprès de nous et nous protège contre tout facteur de dissolution de notre couple. Sans toi ce travail n'aurait pas vu le jour il est donc le tien.JE T'AIME.

A mon tendre fils MAHAMADOU FAH TRAORE dit SEYBA

Mon fils, ta venue a été pour ton père et moi une joie inexplicable .je te dédie ce travail et je prie DIEU pour qu'il te donne longue vie dans la santé afin que tu puisses prendre soin de tes frères et sœurs à venir, j'espère qu'un jour tu seras fière de ta mère pour ce travail accomplie. Maman t'aime.

A ma petite fille HABIBATOU FAH TRAORE

Déjà quelques mois que tu fais partie de ma vie et elle est illuminée. Merci pour ce bonheur que tu nous procures à ton père et moi, tu es notre lumière. Nous t'aimons notre princesse

A mes tantes et oncles paternels : AMI KANOUE, OUMOU KANOUE, KADIATOU KANOUE, AWA KANOUE, ADAMA KANOUE, MOUSSA KANOUE, FANTA KAMATE, NANA COMOU

Je ne saurais vous remercier pour tous vos soutiens sans cesse, recevez par ce travail mon plus profond respect et ma gratitude. Ce travail est le vôtre.

A mes tantes et oncles paternels : SARAN SANGARE, AWA SANGARE, OUMAR SANGARE

Je ne saurais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi que Dieu vous le rende au centuple, recevez ici toute ma considération et ma gratitude. Ce travail est aussi le fruit de vos efforts.

A ma belle-famille (TRAORE)

Vous m'avez toujours considérée comme votre propre fille, sœur vous êtes d'une bonté exceptionnelle, merci pour tout. Ce travail est aussi le vôtre.

A mes cousines et cousins : AGNA Fafa TOURE, ABDALLAH KONTA, NIAMOYE KONTA, TANTIE, LAVIEILLE, AMITA ET TOUS LES AUTRES

Merci pour votre sens élevé d'humanisme et vos soutiens moral et financier que Dieu aide chacun de vous dans vos projets, qu'il exauce tous vos vœux, recevez par ce travail toute mon admiration.

A ma cousine feu KANY SIDIBE : merci d'être à la fois une mère et une sœur pour moi, mon souhait était que tu sois là aujourd'hui auprès de moi pour partager ce bonheur que tu m'as tant souhaité, mais hélas le bon Dieu en a décidé autrement, je te porterais toujours dans mon cœur et mes pensées et je n'oublierais jamais tout ce que tu as fait pour moi. Ne balimamousso gnou man que le paradis soit ta dernière demeure.

A DR ALIDJI DIALLO

Je ne saurais vous remercier pour toute l'aide que vous m'avez apporté pour l'élaboration de ce travail, merci également pour la formation médicale, tu es un comme un frère pour moi, reçois ici toute mon admiration, ma reconnaissance et mon respect.

A mon frère, major LASSANA TRAORE de la polyclinique de l'amitié

Merci pour tout le soutien apporté ce travail est aussi le tien

A tous les personnels de la polyclinique de l'amitié, plus particulièrement DR KONE KALIDOU, DR SANOGO BASSIROU.

Merci pour la formation médicale, la gentillesse, et la considération. Ce travail est le vôtre.

A DR SANOGO SIDIKI

Merci d'être à la fois ce grand frère et mentor, merci pour votre disponibilité, soutien moral, matériel et financier, sans vous ce travail n'aurait pas vu le jour, recevez toute ma gratitude et mon profond respect.

**A mes BAZOOKAS : YAH SAMAKE, OULEYMATOU KEITA, DIESSIRA DIABATE,
KOROTOUMOU MALLE, FATOUMATA BA NIARE**

Merci pour votre affection et votre fidélité, je n'oublierais jamais tous ces bons moments que nous avons vécus ensemble à la faculté, que Dieu consolide nos liens pour toujours et qu'il nous donne la chance et l'opportunité de réaliser tous nos rêves.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE PRESIDENT DU JURY

Professeur Boubacar MAIGA

- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Chef adjoint de DER des sciences fondamentales de la FMOS**
- **Médecin chercheur au MRTC/DEAP**

Cher Maître,

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Le privilège d'avoir comme maître un homme de science aussi modeste et rigoureux que vous, est pour nous une leçon de vie. Votre disponibilité nous a permis de réaliser ce travail avec le minimum de difficulté. Votre grande humanité et votre sens élevé de la justice nous ont impressionnés. Vos valeurs scientifiques et sociales nous incriminent votre personnalité comme idéal d'excellence et de sagesse.

Cher Maître, en vous renouvelant l'assurance de notre très haute considération, nous prions pour que les valeurs acquises à vos côtés nous soient éternelles.

NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Sory Ibrahim DIAWARA,

- **Maitre de recherche à la FMOS**
- **Médecin Chercheur au MRTC**
- **Master en Santé Publique**
- **PhD en épidémiologie**

Cher Maitre,

Nous vous remercions d'avoir accepté spontanément de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités scientifiques et votre rigueur dans le travail font de vous un maître modèle. Votre humanisme et votre modestie incitent à l'admiration.

Nous sommes légitimement fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez accepter, cher maître, nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Kadiatou N'DIAYE DIALLO

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

Cher Maitre,

Nous sommes fiers de votre présence dans ce jury. Votre simplicité, votre sensibilité sociale, votre immense connaissance scientifique, votre savoir-faire et votre disponibilité font de vous une praticienne admirée et respectée de tous. Recevez ici cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et que Dieu tout puissant vous bénisse et comble de ses grâces.

A NOTRE MAITRE ET CO – DIRECTEUR DE THESE

Docteur Sidiki SANOGO

- **Médecin praticien Hospitalier**
- **Certificat WHO MLM Afro OMS en Vaccinologie**
- **Diplôme Universitaire en Rétrovirologie de l'U.S.T.T-B**
- **Certificat en Entreprenariat de la Sante du Montréal (Canada)**
- **Membres de l'équipe SANOFI GenMed et Vaccins au Mali**
- **Membres de l'IAS (Association Internationale du Sida)**

Cher Maitre,

Vous nous avez fait un immense honneur en acceptant e codiriger ce travail malgré vos occupations que nous savons multiples. Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos grandes qualités tant humaines que scientifiques, vos enseignements, votre sens élevé de la responsabilité, votre abord facile et surtout votre rigueur dans le travail. Puisse ALLAH vous accorder une longue vie avec une santé de fer et plein de succès dans vos projets.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Kassoum KAYENTAO

- **Directeur de Recherche à la FAPH**
- **Responsable adjoint d'unité paludisme-grossesse au MRTC**
- **Enseignant-chercheur à la FAPH**
- **PHD en épidémiologie -biostatistique**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse et en nous permettant d'apprendre à vos côtés. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement de qualité. . Cher Maître, vous avez cultivé en nous l'esprit d'équipe, l'endurance, la persévérance, le travail bien fait et surtout la patience. Votre simplicité, vos qualités pédagogiques et votre esprit scientifique font de vous un maître admiré et respecté de tous. Puisse ce travail exprimer, cher maître, toute notre estime, notre profonde gratitude et notre entière confiance.

Liste des abréviations :

ANAM :	Agence Nationale d'Assistance Médicale.
ANPE :	Agence Nationale Pour l'Emploi.
CANAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie.
CDI :	Centre Dentaire Infantile.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
CMIE :	Centres Médicaux Interentreprises.
CNAM :	Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie.
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine.
CREDOS :	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant.
CRLD :	Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose.
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire.
CSCRIP :	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté.
CSREF :	Centre de Santé de Référence.
DCI :	Dénomination Commune Internationale.
EDSM :	Enquête démographique et de la Santé du Mali.
EPH :	Etablissement Public Hospitalier.
EPST :	Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique.
HTA :	Hyper Tension Artérielle.
INPS :	Institut National de Prévoyance Sociale.
INRSP :	Institut National de Recherche en Santé Publique.
INSTAT :	Institut National de statistique
IST :	Infection Sexuellement Transmissible.
LNS :	Laboratoire National de la Santé.

AMO : Satisfaction des assuré(e)s au CSREF de la commune VI du district de Bamako (Mali)

OMS :	Organisation Mondiale de la santé.
ONG :	Organisation Non Gouvernementale.
ONU :	Organisation des Nations Unies.
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.
PMA :	Paquet Minimum d'Activités.
PMI :	Protection Maternelle et Infantile.
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
CIPRES :	Conférence Inter Afrique de la Prévoyance Sociale
MUTEC :	Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture
RAMU :	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RAMED :	Régime d'Assurance Médicale
CROPEPS :	
SLIS :	
EDSM.VI :	
FMOS :	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FAPH :	Faculté de Pharmacie
MRTC :	
AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
DPM :	Direction de la Pharmacie du et du médicament
SIDA :	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquisse
VIH :	Virus Immuno Humaine
DER :	

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I : Organigramme et présentation du CSREF de la commune VI 38

Tableau II : Répartition des assurés AMO en fonction de la profession 46

Tableau III: Répartition des assurés AMO en fonction du statut matrimonial..... 46

Tableau IV: Répartition des assurés AMO en fonction de la religion..... 46

Tableau V: Répartition des assurés AMO en fonction de l’ethnie 47

Tableau VI: Répartition des assurés AMO en fonction de leur niveau d’instruction..... 47

Tableau VII: Répartition des patients en fonction du type d’adhésion. 48

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la courtoisie à l’entrée. 48

Tableau IX: Répartition des assurés AMO en fonction de l’orientation par les personnels. 48

Tableau X: Répartition des patients en fonction de la durée d’attente. 49

Tableau XI : Répartition des assurés AMO qui ont été privilégiés vis-à-vis d’autres assurés..... 49

Tableau XII: Répartition des assurés AMO en fonction de leur installation..... 49

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de l’accessibilité du médecin. 50

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction de l’explication donnée par le médecin. 50

Tableau XV: Répartition des patients en fonction du respect accordé lors de la consultation..... 50

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction du respect de l’intimité physique..... 51

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de la confidentialité. 51

Tableau XVIII : Tableau de répartition des patients en fonction de l’attention accordée par le médecin. ... 51

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction des prescriptions des ordonnances au CSREF de la commune VI du district de Bamako. 52

Tableau XX: Répartition des patients en raison d’absence de l’ordonnance 52

Tableau XXI : Répartition des médicaments et appareillages des assurés qui ont été disponibles à l’AMO..... 53

Tableau XXII: Répartition de nos assurés qui ont reçu des examens complémentaires. 53

Tableau XXIII : Répartition des assurés qui n’ont pas reçu des examens complémentaires. 54

Tableau XXIV : Répartition des assurés qui ont bénéficiés des examens complémentaires pris en compte par AMO..... 54

Tableau XXV: Répartition des patients en fonction de la disponibilité des médicaments ou appareillages prescrits au CSREF..... 55

Tableau XXVI: Répartition des patients en fonction de la disponibilité des examens complémentaires prescrits au CSREF..... 55

Tableau XXVII : Répartition par rapport à la qualité de la prise en charge des assurés de l'AMO au CSREF de la commune VI.....	56
Tableau XXVIII : Répartition des assurés par rapport à la satisfaction à l'AMO.....	56
Tableau XXIX: Raison de la satisfaction des assurés par rapport à l'AMO.	57
Tableau XXX: Suggestions d'amélioration par rapport à l'AMO	57
Tableau XXXI: Répartition des assurés par rapport au cout moyen de la consultation.	58
Tableau XXXII: Répartition des assurés en fonction du cout moyen des examens complémentaires	58
Tableau XXXIII : Répartition des assurés en fonction de l'opinion sur le cout des examens complémentaires.	59
Tableau XXXIV: Répartition en fonction des frais payés pour l'hospitalisation ou les soins reçus sur place.	59
Tableau XXXV: Répartition en fonction des difficultés financières rencontrées lors des visites	59

Liste des figures

Figure 1: Répartition de nos patients en fonction du sexe.....	45
Figure 2: Répartition de nos patients en fonction de l'âge	45

Table des matières

I. Introduction.....	21
II. Objectifs :	22
2.1 Objectif général :	22
2.2 Objectifs spécifiques :.....	22
III. Généralités :	24
1. Rappel de la situation géographique du Mali :	24
2- Situation économique et sociale :.....	24
3. Système de santé du Mali :	25
3.2.Centres de Santé de Référence :	25
3.3. Etablissements Hospitaliers :	26
4. Organigramme du système de santé :	26
5. Financement de la santé au Mali :[18].....	27
6. Régime d'assurance sociale :.....	27
7. Gouvernance :	29
8. Adhésion à l'AMO :	30
9. Prestations :.....	31
10. Autres formes d'assurance.....	33
10.1. Régime d'Assistance Médicale (RAMED).....	33
10.2. Régime d'assurance maladie universelle RAMU [18]	33
10.3.Prestations familiales [19].....	34
10.4 Accidents du travail, maladies professionnelles [19].....	34
10.5. Invalidité, vieillesse [19].	35
IV. Méthodes et matériels	38
1. Cadre d'étude	38
2. Type d'étude	40
3. Période d'étude.....	40
4. Population d'étude	40
5. Critère d'inclusion.....	40
6. Critère d'exclusion	41
7. Echantillonnage	41
9. Recueil des informations et les variables étudiées	41
10. Considérations éthiques	42
11. Saisie et Analyse des données	42

V. Résultats	45
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	62
VII. Conclusion	66
VIII. Recommandations	67
✓ Augmenter le nombre de structures privées de prestations médicales	Erreur ! Signet non défini.
IX. REFERENCE	68
Annexes	73

INTRODUCTION

I. Introduction

En 2005, tous les états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont pris l'engagement de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Cet engagement était l'expression collective de la conviction que tous les êtres humains devraient avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin [1]. Pour y parvenir, les états ont déployé chacun selon leur contexte socioéconomique des mécanismes pour réduire les couts des soins de santé afin de permettre à leurs populations d'accéder aux soins de santé

L'accessibilité géographique, financière et permanente des populations à des soins de santé de qualité demeure un axe prioritaire pour la politique sectorielle de santé et de population du Mali depuis son adoption en 1990. Cette politique a été matérialisée par l'élaboration d'un premier plan décennal d'où ont été issus deux plans quinquennaux dont la mise en œuvre a abouti à la construction et / ou la revitalisation des établissements de santé existants, au renforcement des équipements et à la dotation de ces établissements en personnels qualifiés [2].

En dépit de ces importants efforts du gouvernement et des partenaires, la demande des services de santé, de façon générale, est restée faible. Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs dont ceux socioculturels, le sous financement des services de santé et le faible pouvoir d'achat de la population [3, 4].

L'assurance maladie obligatoire a pour but de permettre la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille à charge [4] et s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par les pouvoirs publics maliens de rendre effectif le droit à la santé des populations tel que garanti par la constitution malienne et par de nombreux textes et traités auxquels le Mali a souscrit [5 ; 6; 7].

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

Ainsi, le Mali, après des progrès réels en matière d'accessibilité géographique, développe depuis quelques années des mécanismes de protection sociale dans le but de réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé, d'où un certain nombre de réformes (gratuités, mutuelle, prise en charge des indigents, etc.) tendant à jeter les bases d'une couverture maladie universelle. C'est ainsi que le régime d'assurance maladie a été institué. C'est dans ce cadre que le gouvernement du Mali a voté la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire, et le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009, fixant les modalités d'application de cette loi [5,8]. Afin de participer à sa consolidation et à l'amélioration de sa mise en œuvre, nous entreprenons la présente étude qui a pour objet d'évaluer la satisfaction des assurés à l'assurance maladie obligatoire

II. Objectifs :

2.1 Objectif général :

Évaluer la satisfaction des adhérents de l'AMO au CSREF de la commune VI de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques :

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

GENERALITES

III. Généralités :

1. Rappel de la situation géographique du Mali :

Situé au cœur de l'Afrique Occidentale, le Mali est un pays vaste de 1.241.238 Km² et La majorité de la population du pays réside en milieu rural (74,5%). Le taux d'urbanisation est de 22,5%. La répartition spatiale est inégale. Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2009), la population résidente du Mali s'élevait à 14.528.662 habitants en avril 2009 dont 51 % de femmes et 49% d'hommes ; la densité est d'environ 11,7 habitants au kilomètre carré. En 2012, cette population est estimée à 16.319.000 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 3,6%. Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM VI) en 2018, la population Malienne est estimée à 20.933.072 habitants [8]

La principale richesse du pays est basée sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. Le secteur primaire occupe environs 80% de la population active et représente moins de 40% du produit Intérieur Brut (PIB), et fortement dépendant de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Sur la période 2008-2012, la croissance économique a été de +3,3%, en dessus de la moyenne de l'espace de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) qui s'établissait à 3,6%, selon les statistiques de la BCEAO.

2- Situation économique et sociale :

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance annuel moyen du PIB s'établit à 4,4% entre 2007 et 2011, bien loin de celui des 7% prévu par le CSCR en 2013 [9].

L'économie malienne a été sensiblement affectée au cours de l'année 2012 par les conséquences de la crise sécuritaire et les troubles sociopolitiques consécutifs aux évènements du 22 mars 2012 et qui perdurent. Ceux-ci ont perturbé le déroulement de l'activité économique dans presque tous les secteurs du fait de l'attentisme des opérateurs économiques et de la suspension des financements extérieurs par certains partenaires au développement, qui a eu une incidence négative sur la poursuite des travaux publics.

Dans ce contexte difficile, le produit intérieur brut, en termes réels, a enregistré un recul de 1,2% en 2012, après une croissance de 2,7% un an plus tôt [10]

La proportion de la population malienne considérée comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 47,4% en 2006 et à 43 ,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165 431 FCFA par an. Cependant, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population [11]

3. Système de santé du Mali :

La politique de santé repose sur la Déclaration de soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako [12], la Déclaration de Ouagadougou sur la relance des soins de santé ainsi que d'autres initiatives internationales auxquelles le pays a souscrit. L'unité opérationnelle de la politique de santé est le district sanitaire qui comprend les services de santé de première ligne (centre de santé communautaire) et l'hôpital de district (centre de santé référence) et les établissements hospitaliers.

3.1 Centres de Santé Communautaires :

Le CSCOM constitue l'entité sanitaire périphérique la plus proche des populations. C'est la base de la pyramide où s'exécutent les programmes de façon intégrée et où s'applique la médecine dans ses aspects curatif, préventif et promotionnel. Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale, la consultation pré et post natale, l'accouchement eutocique ou simple, les soins infirmiers, les conseils sur la nutrition, l'hygiène [13]. En général, l'équipe technique du CSCOM est composée d'un médecin, d'une sage-femme, d'un infirmier. Cette équipe s'occupe des consultations et de la maternité. Le CSCOM dispose d'un dépôt de médicaments essentiels, d'une maternité et d'une infirmerie [13].

3.2. Centres de Santé de Référence :

Ils constituent le 2ème niveau de contact, ils reçoivent les références du CSCOM. Actuellement le Mali dispose soixante centres (60) de santé de référence répartis sur l'ensemble du territoire national. Chaque cercle administratif en dispose d'au moins un. Ces centres de santé de référence sont administrés par un conseil de gestion dont les membres sont les représentants des pouvoirs publics, des usagers, des collectivités territoriales [13].

Le président de la collectivité territoriale de ressort (conseil de cercle ou commune du district de Bamako) ou son représentant est membre de droit du Conseil de gestion du CS Réf. Le plateau technique du CS Réf est naturellement plus étoffé que celui du CSCOM. L'on y dispense des services de médecine générale et spécialisée selon les cas [13].

Les services disponibles sont la vaccination, la consultation généraliste, les médicaments essentiels, la planification familiale surtout les méthodes longue durée, la consultation pré et post natale, le suivi de la grossesse, les accouchements dystociques, la consultation spécialisée (dentaire, ophtalmologique), les interventions chirurgicales, la supervision et la formation du personnel des CSCOM [13]

3.3. Etablissements Hospitaliers :

La réforme hospitalière de 2002, a consacré l'autonomie des hôpitaux qui sont depuis lors, dotés de la personnalité morale. La loi dite hospitalière qui est la cheville ouvrière de la réforme, distingue deux types d'hôpitaux :

- les établissements publics hospitaliers
- les établissements hospitaliers privés

Les établissements publics hospitaliers rendent le service public hospitalier. Sous certaines conditions, les établissements hospitaliers privés peuvent participer à la réalisation de la mission du service public hospitalier. Dans ce cas, ils reçoivent des subventions publiques. Actuellement il existe treize (13) établissements hospitaliers dont douze(12) publics et un privé qui participe d'ailleurs à la mission du service public. Les établissements publics hospitaliers sont classés en deux catégories sur la pyramide sanitaire à savoir les hôpitaux dits régionaux qui sont implantés dans chacune des régions administratives sauf à Kidal et Koulikoro et les hôpitaux dits nationaux, structures de dernière référence, qui sont implantés dans la capitale et ses environs. Les hôpitaux régionaux ont un plateau technique plus performant que celui des CS Réf dont ils reçoivent les patients référés. Les hôpitaux nationaux reçoivent les malades des hôpitaux régionaux ou des centres de santé de référence. Ils participent à la formation des agents de santé et fournissent plus de soins avec des spécialités diversifiées. Ils mènent également la recherche [13].

Quant au réseau de la médecine traditionnelle, il comprend les radiothérapeutes, les herboristes, les associations ou groupements de radiothérapeutes. La médecine traditionnelle travaille en collaboration avec le secteur privé, le secteur public et communautaire.

4. Organigramme du système de santé :

La politique sanitaire du Mali est développée par le ministère de la santé mise en œuvre par le cabinet ou par les différentes directions nationales. Les hôpitaux régionaux et autres structures décentralisées sont sous la direction nationale de la santé (DNS) qui met en œuvre les différents plans nationaux par pathologie (paludisme, SIDA etc...). La politique du médicament est gérée par la direction de la pharmacie et du médicament (DPM).

La décentralisation de 1992 a pour rôle d'accroître les différentes directions régionales de la santé et elle implique les maires des communes dans la gestion des différents centres de santé de référence. La création des conseils régionaux d'orientation, de conception et d'exécution des programmes sociaux sanitaires (CROPEPS) permet de réunir toutes les autorités régionales (de santé et administratives) et de produire un programme d'action de santé pour le national [12].

5. Financement de la santé au Mali :[18]

Le droit à la santé a été affirmé par la constitution du Mali depuis son accession à l'indépendance en 1960 mais la traduction de cette déclaration politique en faits concrets a connu beaucoup de difficultés. Aux premières années d'indépendance marquées par une option socialiste, les soins étaient gratuits pour les populations et les ménages contribuaient très peu au financement de la santé. Cependant, cette gratuité devenait de plus en plus relative, car face aux difficultés de ressources du budget de l'état, le fonctionnement du système de santé était devenu précaire et les ménages supportaient et continuent encore de nos jours à supporter des dépenses de santé de plus en plus importantes. L'adoption de la stratégie des soins de santé primaires, suite à la conférence d'Alma Ata et de l'Initiative de Bamako, a offert l'occasion à l'Etat de procéder à des réformes du système de santé qui ont abouti à une responsabilisation des communautés au niveau périphérique.

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

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

6. Régime d'assurance sociale :

Les régimes d'assurance sociale visent à réduire la vulnérabilité notamment des pauvres vis à vis de la maladie et donc à améliorer leur accessibilité financière aux soins. Le choix fait par le pays porte :

- Sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) de certaines catégories de population

- Sur l'élargissement de la couverture par les mutuelles ;
- Sur un mécanisme de prépaiement dans le cadre de la référence.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire est la branche de la sécurité sociale qui couvre le risque maladie des salariés et leurs bénéficiaires.

Les textes relatifs à la législation sont [15] :

- la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire
- Le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités d'application de la loi instituant l'AMO ;
- La loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;
- le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ;
- Le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil de l'administration de la CANAM. Il est important de noter que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire est une réforme fondamentale en matière de protection sociale au Mali. Il s'agit de mettre en place ou améliorer au profit de tous les travailleurs les mesures visant à :
 - Garantir la sécurité du revenu : revenu minimum, revenu de remplacement en cas d'interruption ou de réduction des revenus (suite à une maladie, maternité, accident du travail, chômage, invalidité, vieillesse, décès du chef de famille) et ;
 - Garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable. La mise en place de l'assurance maladie procède du souci des plus hautes autorités d'étendre les champs d'application matériel et personnel de la protection sociale.

Elle est une avancée de taille pour l'aboutissement des nombreuses concertations et dialogues tripartites gouvernement, Patronat et Organisations syndicales menées depuis une dizaine d'années dans ce cadre. Les personnes assurées et les bénéficiaires sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence. En effet, l'assurance maladie regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics. Elle est fondée sur l'affiliation obligatoire et s'écarte des pièges de l'assurance maladie sur la base d'une libre adhésion. D'abord, elle évite que certains groupes de la population cible, comme les plus pauvres et les plus vulnérables, ne soient exclus du système. Dans un régime volontaire, il peut y avoir exclusion en raison du

manque d'intérêt politique à inclure les groupes vulnérables. L'exclusion peut aussi résulter du fait que les plus pauvres sont tout simplement dépourvus de la capacité ou de la volonté de payer les cotisations d'assurance maladie proposées. Ensuite, de par sa nature, l'assurance obligatoire interdit la « sélection adverse ». Celle-ci reproduit dans un cadre volontaire quand des gens en bonne santé considèrent que les cotisations d'assurance maladie sont trop chères et choisissent de ne pas s'assurer. L'assurance volontaire peut, de ce fait, se retrouver surchargée d'assurés présentant des risques sanitaires moyens ou élevés.

7. Gouvernance :

La gestion de l'assurance maladie a été confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public à caractère administratif créé à cet effet. Elle est chargée, entre autres, de l'encaissement des cotisations du régime de l'assurance maladie obligatoire, de l'immatriculation des employeurs et des assurés, de l'allocation aux organismes gestionnaires délégués que sont l'Institut National de Prévoyance Sociale et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale des dotations de gestion, de la passation de conventions avec les prestataires de soins de santé et le suivi de leur déroulement. Les organes d'administration et de gestion de la CANAM sont le Conseil d'Administration, la Direction Générale et le Comité de Gestion. Conformément aux dispositions du Décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, le conseil d'administration est composé de 18 membres dont les sièges sont répartis ainsi qu'il suit : Au titre des pouvoirs publics :

- Un représentant du ministre chargé de la protection sociale
- Un représentant du ministre chargé des finances ;
- Un représentant du ministre chargé de la fonction publique ;
- Un représentant du ministre chargé de la santé ;
- Un représentant du ministre chargé de la défense.
- Au titre des usagers de l'établissement :
 - Cinq représentants des employeurs ;
 - Quatre représentants des travailleurs ;
 - Deux représentants des pensionnés ;
 - Un représentant des députés.
- Au titre du personnel de l'établissement
 - Un représentant du personnel de la Caisse. La présidence du Conseil d'Administration est assurée alternativement par le représentant des organisations syndicales des employeurs et le représentant des organisations syndicales des travailleurs.

- Le contrôle du dispositif est assuré au niveau interne à travers :
 - ✓ Le contrôle des opérations d'immatriculation et de liquidation
 - ✓ Le contrôle médical
 - ✓ L'audit et le contrôle de gestion.
- Au niveau externe à travers :
 - ✓ L'inspection des affaires sociales ;
 - ✓ Le contrôle général des services publics ;
 - ✓ Le bureau du vérificateur général ;
 - ✓ La CIPRESS.

8. Adhésion à l'AMO :

Conformément aux dispositions de la loi N°09-015 du 26 juin 2009 portant institution de l'Assurance Maladie Obligatoire, le champ d'application de l'AMO concerne les assujettis et les bénéficiaires. Les personnes assujetties à l'AMO sont :

- Les fonctionnaires civils de l'état et des collectivités territoriales, les militaires et les députés;
- les travailleurs au sens du code du travail
- Les titulaires de pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires ;
- Les employeurs des secteurs public et privé ; – les organismes gérant des régimes publics de pension.

Les bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leur famille à charge, à savoir :

- le (s) conjoint (s) ;
- Les ascendants directs de l'assuré ;
- Les enfants de l'assuré ceux âgés de 14 ans au plus, ceux âgés de 21 ans au plus poursuivant des études scolaires ou universitaires et ceux atteints d'un handicap) ;
- Les enfants que la femme de l'assuré a eu d'un précédent mariage lorsqu'il y'a eu décès régulièrement déclaré à l'état civil ou divorce judiciairement prononcé ; toutefois dans ce dernier cas les enfants n'ouvrent pas droit aux prestations lorsqu'ils sont restés à la charge du premier mari ou que celui-ci contribue à leur entretien ;
- Les enfants ayant fait l'objet d'une adoption ou d'une légitimation adoptive conformément aux dispositions du code de la parenté ;
- Les enfants légalement reconnus par l'assuré. 121.428 personnes ont été immatriculées à l'AMO en 2022.

- La mise en commun des ressources est conformément à l'article 5 de la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), les ressources de la caisse sont constituées par :

- ✓ Les cotisations assises sur les pensions et allocations de retraite
- ✓ Les subventions de l'Etat ;
- ✓ Les revenus des placements et investissements ;
- ✓ Les dons, legs et libéralités de toute nature ;
- ✓ Les produits d'aliénation des biens meubles et immeubles ;
- ✓ Les revenus du patrimoine ;
- ✓ Les recettes diverses ;
- ✓ Toutes autres ressources attribuées par un texte législatif et réglementaire.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit :

- 3,06 % à la charge des personnels salariés en activité ;
- 4,48 % à la charge de l'Etat ou de la collectivité territoriale en qualité d'employeur et
- 3,50% à la charge des employeurs du secteur privé.

Ces taux intègrent les 2 % versés par les employeurs au titre de la branche servie par l'INPS avant l'instauration de l'AMO dont :

- 0,75 % à la charge des pensionnés et
- 6,56 % à la charge des assurés volontaires.

9. Prestations :

Les prestations prises en charge sont :

- Les soins préventifs et curatifs ;
- Les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- Les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- Les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;
- Les analyses de biologie médicale ;
- La radiologie et l'imagerie médicale
- Les médicaments ;
- Les soins bucco-dentaires.

Prestations exclues :

- Les interventions de chirurgie esthétique ;
- Les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;
- La lunetterie et les prothèses dentaires.

AMO : Satisfaction des assuré(e)s au CSREF de la commune VI du district de Bamako (Mali)

- Toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et les médicaments établies par les ministres chargés de la santé et de la protection sociale.

Les prestations de l'AMO sont accessibles uniquement auprès d'un réseau de prestataires de santé conventionnés par la CANAM.

Les conventions sont conclues de manière sectorielle entre la CANAM et les prestataires suivants :

- Les pharmacies d'officine ;
- Les structures sanitaires publiques, communautaires et privées
- Les dentistes ;
- Les médecins libéraux ;
- Les laboratoires d'analyses médicales ;
- Les professions infirmières, de sages-femmes et autres spécialités paramédicales.

La situation des structures conventionnées à la date du 31 décembre 2022 se présente comme suit : Au total 1900 structures conventionnées

- Tous les établissements publics hospitaliers à Bamako et dans toutes les régions exceptée, Kidal
- Tous les établissements publics de recherche et de traitement (INRSP, CNTS, CNAM, CRLD et le Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali);
- Un hôpital privé « Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg »;
- 71 centres de santé de référence dans les districts sanitaires du pays ;
- Mille sept (1007) centres de santé communautaire sur l'étendue du territoire ;
- Six cent trente-cinq (635) officines de pharmacie dont deux cent soixante-treize (273) à Bamako et trois cent vingt-quatre (324) en dehors de la capitale ;
- Dix-sept (17) laboratoires d'analyses médicales dont quinze (15) à Bamako, un à Kayes et un à Sikasso.
- 201 cabinets et cliniques privés
- 3 infirmeries
- 1 CDI

Parallèlement, les négociations se poursuivent avec les autres structures privées en vue de la signature de conventions. Selon le rapport d'activité de la CANAM, le nombre de bénéficiaires des prestations est de 839.565 avec en somme et en dépense de 33.621.863.026 en 2023. Ce nombre était à **1437312** bénéficiaires le **31 Janvier 2021**. La prise en charge se fait par le système du tiers payant qui est un mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire ;

celui-ci paye un ticket modérateur au centre de santé qui l'a reçu. Le niveau de prise en charge est de :

- 80% des frais de soins pour l'hospitalisation (tous les soins effectués lorsque que le bénéficiaire est hospitalisé) ;
- 70% des frais de soins en ambulatoire (tous les soins effectués hors hospitalisation).

L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restants à sa charge c'est-à-dire le ticket modérateur.

10. Autres formes d'assurance

10.1. Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

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

Le RAMED est un régime qui concerne les indigents, c'est -à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale dont elle relève, soit environ 5% de la population malienne (600 000 personnes) [17]. Pour pouvoir bénéficier du RAMED, la personne doit s'immatriculer auprès de l'ANAM, disposer d'un certificat "d'indigent" délivré par la mairie du lieu d'habitation, ne pas être assujettie à l'AMO et être sans ressources. Le panier de soins du RAMED couvre les soins ambulatoires (consultations médicales, soins infirmiers, soins dentaires, imageries médicales, examens de laboratoire, petites chirurgies), les hospitalisations (frais d'hôtellerie hospitalière, actes médicaux et chirurgicaux), les produits pharmaceutiques (inscrits sur une liste des médicaments admis), les prestations de maternité (ensemble des frais médicaux, analyses, examens, hospitalisation liée à la grossesse, accouchement et ses suites). Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 % (L'État contribue à hauteur de 65% du montant total nécessaire au fonctionnement du RAMED et les collectivités territoriales pour 35%) [17].

10.2. Régime d'assurance maladie universelle RAMU [18]

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

Les mécanismes de couverture universelle mis en place ne couvrent pas encore toute la population malienne. Les mécanismes, pris ensemble, couvrent moins de 25% de la population

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

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

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

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

10.3. Prestations familiales [19].

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

Les prestations familiales sont accordées à tout assuré volontaire, pensionné veuve/veuf d'un bénéficiaire ou sous condition d'activité : 9 mois consécutifs chez un ou plusieurs employeurs, un mois étant validé par 18 jours ou 120 heures d'activité. Les travailleurs salariés étrangers introduits régulièrement au Mali ont droit aux prestations familiales.

10.4 Accidents du travail, maladies professionnelles [19].

• Incapacité temporaire

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

- **Incapacité permanente**

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

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

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

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

- **Décès**

Au décès d'un assuré victime d'un accident du travail, le conjoint et les orphelins peuvent prétendre à un avantage versé sous forme de pension. Le montant de la rente est égal à un pourcentage du salaire moyen annuel du défunt précédant le début de l'incapacité. Une allocation funéraire est versée pour aider les familles aux frais d'enterrement. Le montant du remboursement maximum est égal à 25 % du SMIG

10.5. Invalidité, vieillesse [19].

- **Invalidité**

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

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

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

Le montant minimum sur lequel est calculée la pension d'invalidité est égal à 2 fois le SMIG.

La pension d'invalidité cesse d'être versée à partir de 53 ans et est remplacée par la pension de vieillesse d'un montant au moins égal à la pension d'invalidité [19].

- **Vieillesse**

- **Pension**

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

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

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

- **Allocation vieillesse de solidarité**

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

METHODES ET MATERIELS

IV. Méthodes et matériels

1. Cadre d'étude

1.2. Description

Ce travail a été réalisé au niveau de l'espace de l'AMO au centre de santé de référence de la commune VI. Le centre de santé a été en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. C'est l'un des six centres de santé de référence du district de Bamako. Mais le système de référence n'a débuté qu'en 2004.

La commune VI est la commune la plus vaste et la plus peuplée du district de Bamako avec 94km² superficie et 620360 habitants par km². Ses limites sont les suivantes :

- Au Nord par le fleuve Niger,
- A l'Est et au Sud par le cercle de Kati
- A l'Ouest par la commune V.
- Elle compte 1 quartier dont 6 urbains et urbains et ruraux et des sites de logements sociaux. La commune VI compte 11 CSCOM, 3 structures parapubliques et plus de 40 structures sanitaires privées recensées. Chacun des quartiers a en sein un CSCOM excepté Sokorodji et Dianéguéla qui ont en commun un CSCOM.

Les principales activités menées par la population sont :

- L'agriculture, le maraichage, la pêche et l'élevage.
- Le petit commerce, le transport et l'artisanat.

1.3. Organigramme et présentation du CSREF de la commune VI

Tableau I : Organigramme et présentation du CSREF de la commune VI

CORPS	NOMBRE	FORMATION
Médecins	52	DIPLOMATE
Médecins gynécologues	5	
Médecins pédiatres	3	
Chirurgiens	3	
Chirurgien s dentistes	1	
Endocrinologues	1	
Ophtalmologue	1	
ORL	1	
Médecins généralistes	25	4 en formation
Radiologues	1	

AMO : Satisfaction des assuré(e)s au CSREF de la commune VI du district de Bamako (Mali)

Dermatologue	1	
Médecin santé publique	3	
Pharmacien	1	
Assistants médicaux	33	
ORL	4	
SIS	2	
Anesthésie-réanimateur	3	
Bloc opératoire	3	
Formation des formateurs	0	
Odontostomatologie	4	
Ophthalmologie	5	
Gestion des ressources humaines	5	
Médecine interne	1	
Laboratoire	1	
AUTRES CATEGORIES	5	
GRH	1	
Gestion entreprise	1	
Inspecteur du trésor	1	
Informatique de gestion	1	
Technicien supérieurs de santé	81	
Sages-femmes	48	
IDE	16	
Hygiène assainissement	3	
Laboratoire	7	
Techniciens de santé	52	
Infirmières obstétriciennes	25	5 en formation
Infirmiers de santé publique	30	2 en formation
Laboratoire	0	1 en formation
Technicien D'hygiène	1	
Agent technique de santé	3	
Agent d'hygiène	9	
Aides-soignantes et matrones	12	
Secrétariat	9	

Attaché d'administration	3	
Adjoint administration	5	
Agents de saisie	2	
Comptabilité	12	
Inspecteur des finances	2	
Contrôleurs des services économiques	1	
Contrôleur de finance	2	
Aides comptables	6	
Documentaliste	1	
Administrateur de l'action sociale	2	
Platon	1	
Manœuvres	20	
Gardiens	2	
Lingères	1	
PERSONNEL DE L'USAC	10	
Médecin	3	
Pharmacien	1	
Assistants médicaux	1	
Administrateur	2	
Conseillers	3	
TOTAL PERSONNEL	305	

2. Type d'étude

Notre étude était de type transversal, portant sur les adhérents à l'AMO consentants et présents au moment de l'enquête au niveau du centre de référence de la commune VI du district de BAMAKO.

3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de 11 mois, de Mars 2022 à Janvier 2023.

4. Population d'étude

Le recueil des données a été fait à partir d'une fiche d'enquête établie pour chaque adhérent au moment de l'enquête au centre de santé de la commune VI.

5. Critère d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude, les patients âgés de plus de 15 ans adhérents à l'AMO et qui ont effectués leurs consultations au niveau du dit centre consentants à participer et également présents au moment de l'étude.

6. Critère d'exclusion

Etaient exclus de notre étude :

- Les sujets âgés de moins de 15 ans et les patients non consentants à l'étude, absents au moment de l'enquête.
- Tous patients ne pouvant pas répondre à cause du déficit ou d'handicap.

7. Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage simple, sélectionné à partir d'un questionnaire individuel anonyme aux adhérents de l'AMO au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

8. Technique d'échantillonnage

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

n = taille de l'échantillon

$$n = (Z_{\alpha})^2 \cdot [p \cdot q / (i)^2]$$

Z_{α} = écart réduit correspondant au risque α consenti, ici $Z_{\alpha} = 1,96$ pour un risque d'erreur de 5%. P = proportion de la satisfaction générale des adhérents à l'AMO en 2019 dans l'étude de KASSAMBARA.M [20].

$$n = (1,96)^2 \times [(0,73)(0,23) / (0,05)^2] = 334$$

q = complément de p ($q = 1 - p$). Ici égal à $1 - 0,73 = 0,27$

i = précision = 5%.

Ainsi la taille de notre échantillon sera égale à : $(1,96)^2 \times [(0,73)(0,27) / (0,05)^2] =$

La taille de notre échantillon est de =334

9. Recueil des informations et les variables étudiées

9.1. Recueil des informations

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête individuelle. L'appréciation de la qualité des ressources sera limitée à l'appréciation de la disponibilité des médicaments et des analyses de laboratoire au niveau du CSREF, pris en compte par l'AMO.

Pour apprécier la qualité des soins nous avons été orientés vers le concept de qualité perçue par les utilisateurs, dans ce sens, nous avons appuyé sur :

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

9.2 Variables étudiées

9.3. Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude a été la satisfaction des bénéficiaires.

Les variables indépendantes étudiées étaient relatives à l'accueil, l'accès au médecin, la relation soignant-soigné, les explications prodiguées par le médecin sur la maladie, la disponibilité des médicaments, des examens de laboratoires et les explorations fonctionnelles, les couts induits par la demande des soins, leur itinéraire thérapeutique.

L'âge, le sexe, la nationalité, l'ethnie, la religion, la profession, le statut matrimonial, et le niveau d'instruction.

10. Considérations éthiques

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

- Consentement des responsables du CSREF de la commune VI du district de Bamako.
- Consentement individuel des personnes au moment de l'enquête.
- L'anonymat et la confidentialité seront respectés et un consentement éclairé sera sollicité et volontaire.

11. Saisie et Analyse des données

Les données ont été saisies avec les logiciels Microsoft Office WORD et EXCEL 2016 et analysées avec IBM SPSS 22.

Définitions opérationnelles :

Dans notre étude nous avons définis les mots suivants :

Au niveau de l'accueil :

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

Installation pendant l'attente du médecin

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

Au niveau de la durée d'attente

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

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

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

Adhésion : Tous patients munis d'une carte AMO et qui bénéficient des prestations à l'assurance maladie obligatoire.

Satisfaction : La satisfaction est définie dans notre contexte comme l'état de contentement des assurés selon les tarifs de la prestation (soins ,médicaments ,analyses).

RESULTATS

V. Résultats

1. Caractères sociodémographiques

Nous avons colligés 334 assurés dont 87 hommes et 247 femmes.

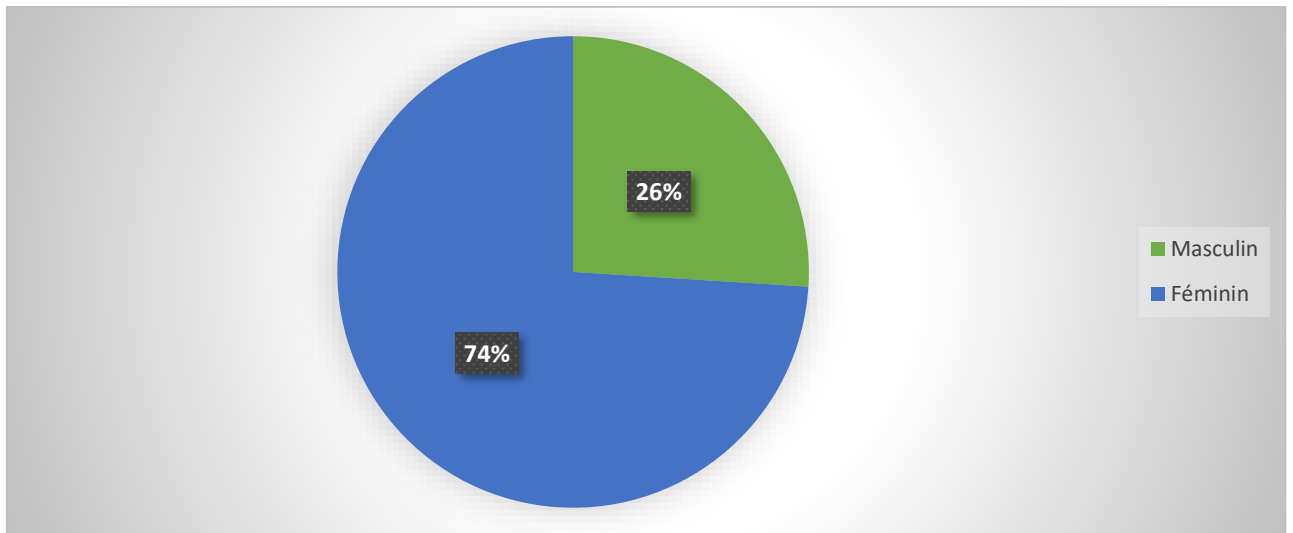


Figure 1: Répartition de nos patients en fonction du sexe

Dans notre échantillon le sexe féminin a été le plus représenté avec 74% soit un ratio de

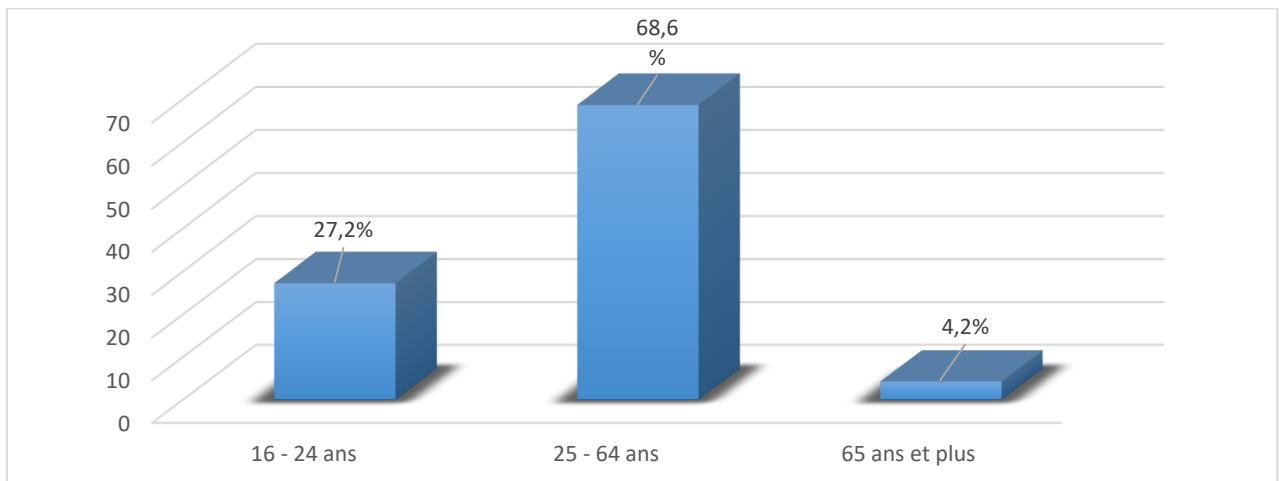


Figure 2: Répartition de nos patients en fonction de l'âge

La tranche d'âge de 25 à 64ans était le plus représenté dans notre échantillon soit 68 ,6%.

Tableau II : Répartition des assurés AMO en fonction de la profession

Profession	Effectifs	%
Fonctionnaire	45	13,5
Etudiant(e)	34	10,2
Commerçant(e)	38	11,4
Ménagère	217	65
Total	334	100

Les non fonctionnaires ont représentés 65% de notre échantillon .

Tableau III: Répartition des assurés AMO en fonction du statut matrimonial

Statut Matrimonial	Effectifs	%
Marié (e)	246	73,7
Célibataire	67	20,1
Veuf /veuve	19	5,7
Divorcé	3	0,9
Total	334	100

Les mariés ont été les plus représentés dans notre échantillon soit 73,7 %.

Tableau IV: Répartition des assurés AMO en fonction de la religion

Religion	Effectifs	%
Musulmane	323	96,7
Chrétienne	8	2,4
Autre	3	0,89
Total	334	100

la religion musulmane était la plus représentée soit 96 ,7%.

Tableau V: Répartition des assurés AMO en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectifs	%
Bambara	107	32,03
Peulh	60	17,96
Sarakolé	27	8,08
Dogon	12	3,59
Sénoufo	16	4,79
Malinké	35	10,48
Sonrhäï	28	8,38
Autres	49	14,67
TOTAL	334	100

L'ethnie bambara était la plus représentée soit 32 ,03 %.

Tableau VI: Répartition des assurés AMO en fonction de leur niveau d'instruction

Niveau d'Instruction	Effectifs	%
Supérieur	153	45,8
Fondamental 1er cycle	18	5,4
Fondamental 2ème cycle	42	12,6
Secondaire	83	24,9
Ecole coranique/traditionnelle	14	4,2
Aucun	24	7,2
Total	334	100

Le niveau d'instruction supérieur était le plus représenté soit 45,8% de notre échantillon.

2.STATUT DES PATIENTS PAR RAPPORT A L'AMO

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

Type d'adhésion	Effectif	%
Moi-même	109	30,2
Bénéficiaires	225	69,8
Conjoint (e)	159	50
Parent	47	14,1
Enfant	19	5,7
Total	334	100

Les bénéficiaires de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent, ou d'un enfant ont été effectifs soit 69 ,8% de l'échantillon, les assujettis (ouvrants droits) ont été moins représentés soit 30,2%.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la courtoisie à l'entrée.

Courtoisie à l'entrée	Effectifs	%
Beaucoup	289	86,5
Moyennement	32	9,6
Un peu	8	2,4
Pas du tout	5	1,5
Total	334	100

la courtoisie à l'entrée était satisfaisante pour la grande majorité de notre échantillon.

Tableau IX: Répartition des assurés AMO en fonction de l'orientation par les personnels.

Orientation	Effectifs	%
Oui	177	52,2
Non	157	47
Total	334	100

L'orientation a été effective soit 52,2% de notre échantillon.

Tableau X: Répartition des patients en fonction de la durée d'attente.

Durée d'attente	Effectifs	%
5 mn à 1 h	232	69,5
1 h 30 mn à 3 h	95	28,4
4 h à 5 h	2	0,6
N'a pas attendu	5	1,5
Total	334	100

Une durée d'attente allant de 5minutes à 1 heure a été considéré comme étant courte,(1heure30min à 3heures) comme acceptable et(4heures à 5heures) comme longue ,1,5% de nos patients n'ont pas attendu.

Tableau XI : Répartition des assurés AMO qui ont été privilégiés vis-à-vis d'autres assurés

Privilège/Autres assurés	Effectifs	%
OUI	53	15,9
NON	281	84,1
Total	334	100

Une forte proportion de notre échantillon n'ont pas été privilégié vis-à-vis d'autres assurés soit 84,1%.

Tableau XII: Répartition des assurés AMO en fonction de leur installation.

Installation	Effectifs	%
Très confortablement	270	79
Assez confortablement	34	10,2
Très inconfortablement	23	6,9
Assez inconfortablement	5	1,5
Autres	2	0,6
Total	334	100

L'installation a été confortable pour la majorité de notre échantillon installés soit 80 ,8%.

3. Qualité des consultations au CSREF de la commune VI

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de l'accessibilité du médecin.

Accès facile au médecin	Effectifs	%
Oui	269	80,5
Non	65	19,5
Total	334	100

les médecins du CSREF de la commune VI ont été facile à rencontrer pour un grand effectif de notre échantillon soit un pourcentage de 80,5%.

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction de l'explication donnée par le médecin.

Explication du Médecin	Effectifs	%
Oui et j'ai clairement compris	321	96,1
Oui mais je n'ai pas compris	8	2,4
Non	5	1,5
Total	334	100

l'explication du médecin a été comprise par la majorité soit 96%.

Tableau XV: Répartition des patients en fonction du respect accordé lors de la consultation.

Respect du Patient	Effectifs	%
OUI	327	97,9
NON	7	2,1
Total	334	100

nos patients ont été respectée dans la majorité soit 97,9%.

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction du respect de l'intimité physique

Respect de l'intimité physique	Effectifs	%
Beaucoup	324	97
Moyennement	8	2,4
Un peu	2	0,6
Pas du tout	0	0
Total	334	100

L'intimité physique de nos patients a été dans la majorité soit 97%.

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de la confidentialité.

Confidentialité	Effectifs	%
Beaucoup	331	99,1
Moyennement	2	0,6
Ne sait pas	1	0,3
Total	334	100

les consultations ont été confidentielles pour la majorité soit 99,1%.

Tableau XVIII : Tableau de répartition des patients en fonction de l'attention accordée par le médecin.

Attention	Effectifs	%
Oui	332	99,4
Non	2	0,6
Total	334	100

le médecin a accordé de l'attention à leur maladie dans la majorité; soit 99,4%.

4. Réception et disponibilités d'ordonnances et examens complémentaires

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction des prescriptions des ordonnances au CSREF de la commune VI du district de Bamako.

Réception d'Ordonnance après Consultation	Effectifs	%
Oui	261	78 ,1
Non	73	21,9
Total	334	100

Une ordonnance était délivrée après consultation soit 78%.

Tableau XX: Répartition des patients en raison d'absence de l'ordonnance

Raison de l'absence de l'ordonnance	Effectifs	%
Agent ne m'en a pas prescrit	315	94,3
J'avais déjà en ma possession les médicaments nécessaires	7	2,1
Ne sait pas	11	3,3
Autre	1	0,3
Total	334	100

Sur les raisons de la non réception d'ordonnance, celle de la non prescription par l'agent était majoritaire soit 94,3%.

Tableau XXI : Répartition des médicaments et appareillages des assurés qui ont été disponibles à l'AMO

Médicaments et Appareillages à l'AMO	Effectifs	%
OUI	321	96,1
NON	13	3,9
Total	334	100

Les ordonnances étaient toutes prises par compte par l'AMO dans la grande majorité soit 96,1%.

Tableau XXII: Répartition de nos assurés qui ont reçu des examens complémentaires.

Réception des Examens Complémentaires	Effectifs	%
OUI	179	53,6
NON	155	46,4
Total	334	100

Les examens complémentaires ont été délivrés à la majorité de notre échantillon soit 53,6%.

Tableau XXIII : Répartition des assurés qui n'ont pas reçu des examens complémentaires.

Raison de l'absence d'examen complémentaire	Effectifs	%
Agent de santé ne m'en a pas prescrits	280	83,8
J'avais déjà fait tous les examens nécessaires	41	12,3
Ne sait pas	11	3,3
Autres	2	0,6
Total	334	100

L'absence d'examens complémentaires parce était dû à la non prescription par le médecin dans la grande majorité, soit 83,8%.

Tableau XXIV : Répartition des assurés qui ont bénéficiés des examens complémentaires pris en compte par AMO.

Examens disponibles à l'AMO	Effectifs	%
OUI	322	96,4
NON	12	3,3
Total	334	100

Les examens complémentaires prescrits étaient tous pris en compte par l'AMO dans la majorité soit 96,4%.

Tableau XXV: Répartition des patients en fonction de la disponibilité des médicaments ou appareillages prescrits au CSREF.

Disponibilités médicaments et appareillages	Effectifs	%
J'ai pu avoir la totalité	20	8
J'ai eu quelques-uns	30	11,5
Je n'ai eu aucun	211	80,8
Total	261	100

Aucun des médicaments prescrits au sein du CSREF soit 80,8 % , n'étaient disponibles dans la majorité.

Tableau XXVI: Répartition des patients en fonction de la disponibilité des examens complémentaires prescrits au CSREF.

Disponibilité des examens complémentaires	Effectifs	%
J'ai pu avoir la totalité	146	81,6
J'ai pu avoir quelques-uns	24	13,4
J'ai eu aucun	9	5
Total	179	100

Les examens complémentaires prescrits étaient tous disponibles au CSREF soit 81,6 %, la majorité.

5. SATISFACTION DES BENEFICIAIRES

Tableau XXVII : Répartition par rapport à la qualité de la prise en charge des assurés de l'AMO au CSREF de la commune VI.

Satisfaction des participants	Effectifs	%
Je suis très satisfait(e)	208	62,3
Je ne suis pas très satisfait(e)	82	24,6
Je suis assez satisfait(e)	40	12
Je ne suis pas satisfait(e) du tout	4	1,2
Total	334	100

Plus de la moitié des patients de notre échantillon était très satisfaite de la prise en charge au CSREF de la commune VI soit 74,3%.

Tableau XXVIII : Répartition des assurés par rapport à la satisfaction à l'AMO.

Satisfaction des assurés	Effectifs	%
Je suis très satisfait(e)	208	62,3
je ne suis pas très satisfait(e)	110	32,9
Je suis assez satisfait(e)	11	3,3
Je ne suis pas satisfait(e) du tout	5	1,5
Total	334	100

Plus de la moitié des patients de notre échantillon était satisfaite de l'AMO soit 65, 6%.

Tableau XXIX: Raison de la satisfaction des assurés par rapport à l'AMO.

Raisons de Satisfaction des assurés	Effectifs	%
médicaments à vil prix	223	66,8
permet d'accéder facilement aux soins	111	33,2
Total	334	100

Nos patients ont été satisfaits dans les 2 cas mais majoritairement pour les médicaments à vil prix, soit 66,8%.

5.1- Motifs d'insatisfaction des assures

Tableau XXX: Suggestions d'amélioration par rapport à l'AMO

Suggestion d'amélioration	Effectifs	%
Réduire la procédure d'utilisation	170	51
Augmenter le nombre de guichet dans les structures	80	24
Améliorer la qualité de l'accueil	30	9
Bien former et augmenter le nombre de personnel de l'AMO	18	5,4
Palier au problème de mise à jour	16	4,8
Création de guichets spéciaux pour les personnes non aptes à se déplacer	15	4,5
Améliorer la collaboration avec les officines et laboratoires	10	3
Augmenter la liste des prestations couvertes	7	2,1
Augmenter les catégories d'ayants droits	1	0,3
Rendre l'AMO volontaire et non obligatoire	1	0,3
TOTAL	334	100

la réduction de la procédure d'utilisation a été sollicité par la majorité soit 51%.

5.2- Coûts moyen induit par une demande de sante

Tableau XXXI: Répartition des assurés par rapport au cout moyen de la consultation.

Frais de Consultation	Effectifs	%
300Fcfa	218	65
450Fcfa	107	32
Ne sait pas	9	3
Total	334	100

La majorité de nos patients avait la connaissance du prix exact de la consultation soit 97%.

Tableau XXXII: Répartition des patients par rapport à l'opinion sur le cout de la consultation.

Montant de la Consultation	Effectifs	%
Elevé	36	10,7
Pas élevé	245	73 ,4
Ne sait pas	53	15,9
Total	334	100

Parmi les 334 patients de notre échantillon 245 ont trouvé que le cout de la consultation n'était pas élevé soit plus de la moitié, 73,4%.

Tableau XXXIII: Répartition des assurés en fonction du cout moyen des examens complémentaires

Montant des examens complémentaires	Effectifs	%
1000 - 10.000 Fcfa	162	90,5
Ne sait pas	16	8,9
Autre	1	0,6
Total	179	100

Nos patients ont payé une somme comprise entre 1000-10000 FCFA dans la majorité des cas.

Tableau XXXIV : Répartition des assurés en fonction de l'opinion sur le cout des examens complémentaires.

Cout des examens Complémentaires	Effectifs	%
Elevé	30	17
Pas élevé	139	78
Ne sait pas	10	5
Total	179	100

Le cout n'était pas élevé pour la majorité de notre échantillon soit 78%.

Tableau XXXV: Répartition en fonction des frais payés pour l'hospitalisation ou les soins reçus sur place.

Frais hospitalisation	Effectifs	%
Non payé	25	7,5
1000 - 10000 FCFA	20	6
Je n'en ai pas bénéficié	289	86,5
Total	334	100

La majorité de nos patients était en ambulatoire soit 86,5% et les patients hospitalisés ont affirmé que les frais n'étaient pas élevé.

Tableau : Répartition des patients en fonction du cout moyen des ordonnances

Cout des ordonnances	Effectifs	%
2000-10000 FCFA	231	89
1000-10000FCFA	20	24
10000 FCFA et Plus	10	7
TOTAL	261	100

Le cout moyen de nos ordonnances s'élevait entre **2000-10000FCFA** soit 89%.

Tableau : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le cout des ordonnances

Le cout était-il élevé ?	Effectifs	%
Oui	10	4
Non	251	96
TOTAL	261	100

Le cout des ordonnances n'était pas élevé pour la majorité de nos patients, soit la majorité 96%.

Tableau XXXVI: Répartition en fonction des difficultés financières rencontrées lors des visites

Difficulté financière	Effectifs	%
Oui	54	16,2
Non	280	83,8
Total	334	100

La majorité de notre échantillon a affirmé n'avoir pas eu de difficultés financières soit 83,8%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

- **Caractéristiques socio démographiques des adhérents**

Sexe

Dans notre échantillon le sexe féminin a été le plus représenté avec. Compte tenu de l'aspect culturel, elles ont plus de temps à s'occuper de la santé de la famille.

Age

De même la tranche d'âge **25 à 64 ans** a été la plus représentée . Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est une tranche d'âge qui présente généralement des pathologies fréquentes et a tendance à recourir aux soins de premier niveau, dans les centres de santé de référence.

Ethnie

Dans notre échantillon, nous avons rencontré 08 ethnies différentes avec une nette prédominance des bambaras, suivi des peulhs. Ce qui est comparable à la répartition nationale selon L'EDSM VI [9].

La profession :

La majorité de notre échantillon exerçait d'autres professions, suivi des fonctionnaires. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont le plus souvent sous la couverture AMO de leur conjoint et s'occupent généralement des enfants pendant que le mari est au travail. Il y a également le caractère obligatoire de l'AMO pour les fonctionnaires.

Situation matrimoniale des adhérents

En ce qui concerne le statut matrimonial, les mariés ont représenté **73,7 %** de l'échantillon. Cela trouverait son explication dans le fait que, étant marié, donc stable, l'on est plus responsable à se préoccuper de son état de santé. Une autre raison est l'encouragement du partenaire à recouvrer la santé.

La religion

Les musulmans étaient majoritaires dans notre série.

Le niveau d'instruction

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

- **Statut des patients par rapport à l'AMO**

Dans notre échantillon, nous avons rencontré **30,2 %** des patients directement affiliés (ayants droits) contre **69,8%** des patients bénéficiant (ouvrant droit) de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant. Ce résultat est comparable avec celle de

KASSAMBARA M [17], Ce qui peut s'expliquer d'une part à travers les critères d'inclusion de notre étude et d'autre part, un ouvrant droit peut faire bénéficier plusieurs ayants droits.

- **Qualité perçue des services par les adhérents à l'accueil**

En ce qui concerne l'accueil, la majorité des patients a déclaré avoir été bien reçue avec courtoisie à l'entrée, orientée, n'avoir pas été privilégiée et installée très confortablement pendant l'attente du médecin. Concernant l'accueil, **SISSOKO F [17]** au **Mali** trouve 80% comme taux de satisfaction chez les adhérents à la garantie santé de la **MUTEC**. Ce qui est comparable à notre étude. Par contre, **Alloh D et all en 2011 [18]** en Côte d'Ivoire trouvent un taux de satisfaction par rapport à l'accueil se situant entre **45,6%** et **59,6%**, ces taux sont inférieurs à nos résultats.

Par rapport à la durée de l'attente **69,4%** des patients considéraient qu'elle était courte soit la majorité. Nous avons trouvé une durée moyenne d'attente de 1heure, avec un maximum à **5 heures** d'attente. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la consultation commence à 8heures du matin, les patients arrivent en grand nombre assez tôt et sont obligés de beaucoup patienter pour être consultés.

Le plan stratégique de l'hôpital de **KIBUYE de 2013 [19]** au **Rwanda** montre une durée moyenne d'attente avant la consultation de **2 h16 minute**. Ce qui est Supérieur à nos résultats. **KASSAMBARA M** au Mali trouve **48%** des patients qui ont trouvé la durée d'attente trop longue [20] ce qui est contraire à nos résultats.

- **Accès au médecin, relation soignant soigné et explication donnée par le médecin**

En ce qui concerne la qualité des consultations, la majorité des patients a affirmé qu'il était facile d'avoir accès au médecin. La confidentialité ; le respect du patient et de son intimité physique ont été beaucoup respectée. Les médecins accordaient beaucoup d'attention à leurs maladies notamment par les discussions qui comprenaient beaucoup de questions et les patients obtenaient une réponse claire dans la majorité des cas. Une ordonnance ou des examens complémentaires étaient délivrés après consultation. Par ailleurs les patients recevaient beaucoup d'encouragement dans la prise de traitement.

- **Satisfaction des bénéficiaires**

Comme taux de satisfaction chez des adhérents **AMO 65,3%** ont été très satisfaits donc plus de la moitié, cependant **74,3%** de notre échantillon ont été satisfaits de la prise en charge générale au **CSREF de la commune VI du district de Bamako**. Les deux principales raisons de la satisfaction par rapport à l'**AMO** ont été la facilitation de l'accès aux soins et la disponibilité des médicaments à vils prix grâce à l'**AMO**. Néanmoins, des suggestions d'amélioration de l'**AMO** ont été faites avec comme principales :

AMO : Satisfaction des assuré(e)s au CSREF de la commune VI du district de Bamako (Mali)

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

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

- La possibilité de création des caisses AMO au niveau des différents services de l'hôpital
- La création des guichets uniquement pour des personnes non aptes à se déplacer pour prendre leurs empreintes.
- La possibilité de création des propres structures sanitaires de l'AMO et la prise en charge des évacuations sanitaires.

Cette dernière suggestion d'amélioration n'est pas anodine, vu que les évacuations sanitaires sont prises en charge par les systèmes d'assurance maladie du **Gabon [21]** et de la **Mauritanie [22]**.

- **Disponibilité des médicaments et examens complémentaires**

Au cours de notre étude nous avons constaté que dans la majorité des cas, une ordonnance et des examens complémentaires étaient délivrés à la fin de la consultation. L'étude nous a également montré que la majorité des patients n'a obtenu aucun des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie du CSREF. Pour le reste. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce sont généralement les spécialités qui sont prescrites sur les ordonnances, la pharmacie du CSREF ne disposant en majorité que de médicaments génériques. Nous avons retrouvé **81,6%** des patients qui ont réalisés la totalité des examens complémentaires au niveau du CSREF, contre **13,4%** des patients qui ont réalisé juste une partie des examens et **5%** des patients n'ayant réalisé aucun.

- **Coûts induits par la demande des soins :**

La majorité de notre échantillon, avaient une connaissance exacte du prix de la consultation avec l'AMO, le reste ne connaissant pas le prix. Par ailleurs, **73,4%** des patients ont considéré ce montant pas élevé soit la majorité.

Cependant, la majorité de l'échantillon n'avait pas bénéficié de l'hospitalisation ou des soins ; mais pour ceux qui en avaient bénéficié, les dépenses inhérentes étaient comprises entre **1000FCFA et 5.000FCFA**, **7,5%** de notre échantillon n'ont rien payé. Le cout des ordonnances s'élevait entre **2.000 FCFA et 10.000 FCFA** et **96%** des patients ont considérés leurs dépenses en médicaments pas élevée. **SISSOKO F [17]** dans son étude n'a pas trouvé de couts d'ordonnance supérieur à **5000 FCFA**. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans

son étude, ce sont les DCI qui étaient les plus prescrits (dans **90%** des cas). Tandis que **COMMEYRAS C. et NDO J.R. [23]** au Cameroun trouvent une dépense moyenne en Médicament entre **3411 FCFA** et **6563 FCFA**.

De même, le coût moyen des analyses et explorations fonctionnelles se situait entre **1.000FCFA** et **10.000 FCFA**. En majorité, les patients ont affirmé considérer la dépense en examens complémentaires pas élevée dans **78,0%** des cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux de **SISSOKO F. [17]** qui trouve le coût des examens situé entre **1000FCFA** et **3000FCFA** dans **52,7%** des cas.

Toutes ces dépenses moyennes en santé par individu sont nettement inférieures aux moyennes nationales selon l'EDSM V [24].

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que pour les adhérents à l'AMO, les dépenses de santé sont prises en charge à **70%** en ambulatoire et à **90%** en hospitalisation. Ce qui contribue à réduire considérablement les dépenses des patients, qui ne paient que le ticket modérateur. Cela expliquerait aussi le fait que **83,8%** des patients de notre échantillon n'aient pas rencontré des difficultés financières au cours de leurs dépenses en santé. Ce qui est comparable à l'étude de **KASSAMBARA M [20]** qui a obtenue également **83,8%**.

VII. Conclusion

La satisfaction des adhérents sur la qualité de l'offre a été unanime par la grande majorité, bien que certains aspects restent encore à améliorer. Dans la grande majorité, les adhérents n'ont pas eu de difficultés financières car les couts des consultations, médicaments et examens complémentaires n'étaient pas élevés.

VIII. Recommandations

Au terme de cette étude sur l'évaluation de la satisfaction des adhérents à l'AMO au CSREF de la commune VI du district de Bamako **2022-2023**, des améliorations sont encore à faire au niveau organisationnel et structurel pour augmenter la profondeur de la couverture et réduire les démarches qui sont pour les patients un obstacle pour leur satisfaction, cependant nous formulons les recommandations suivantes :

A la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

- ✓ Réduire les procédures d'utilisation
- ✓ Bien former le personnel AMO
- ✓ Augmenter les catégories d'ayant droit à l'AMO
- ✓ Améliorer la qualité de l'accueil au niveau des guichets
- ✓ Améliorer la collaboration avec les pharmacies et laboratoires
- ✓ Augmenter le nombre de guichets voir créer des guichets AMO au niveau des différents services et spécialement pour les malades non aptes à se déplacer.
- ✓ Elargir la liste des prestations couvertes.
- ✓ Envisager la prise en charge des évacuations sanitaires
- ✓ Palier au problème de mise à jour

Aux Assurées

- ✓ S'informer d'avantage sur le montant cotisé par mois dans le cadre de l'AMO ;
- ✓ S'informer d'avantage sur les prestations couvertes par la CANAM dans le cadre de la prise en charge des assurés.
- ✓ Eviter la surconsommation des médicaments ;
- ✓ Eviter la fraude à l'identité.
- ✓ Se munir de leurs cartes AMO pour toute sollicitation de prestation de santé.

Aux prestataires

- ✓ Eviter les ordonnances kilométriques.
- ✓ Avoir en sa disposition la liste actualisée des médicaments disponibles à l'AMO.

IX. REFFERENCE

1. Dussault G, Fournier P, Letourmy A. L'assurance maladie en Afrique Francophone: ameliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. World Bank Publications; 2006. [Google Scholar]
2. Cellule De Planification Et De Statistique Secteur Sante, Developpement Social Et Promotion De La Famille, Secrétariat Permanent Du Prodess, Plan Décennal De Développement Sanitaire Et Social (PDDSS). 2014-2023: 13, 24, 25, 59.
3. Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali, Rapport final, Octobre 2011, 52-55.
4. Réseau Vision Tokyo 2010 pour le développement des ressources humaines en santé en Afrique-JICA, Analyse situationnelle des ressources humaines en santé des pays membres du réseau Vision Tokyo 2010, aout 2017, p139-156, Direction des Ressources Humaines, Profil des Ressources Humaines en Santé du Mali, 2009, 102 p.
5. LAURENCE C et all. Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali, 2010, Mali Auteur : Laurence Codjia (consultante Sénégal) World Health organization bibliothèque de OMS
6. Présidence de la République du Mali, Loi n°09-015 AN /RM du 26 juin 2009 portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire, Journal Officiel num 2009 ;1
7. Organisation Internationale du Travail OIT, Convention n° 102 concernant la norme minimale de la sécurité sociale entrée en vigueur le 27 Avril 1955 et adopté Genève lors de la 35ème session CIT.
8. Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, Systèmes nationaux de sécurité sociale, Le régime malien de sécurité sociale, 2013, Consulté le 25 Avril 2014 à 10h25, consultable à l'URL : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mali.html.
9. DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE, France, (2010) ; « Manuel : Chiffres clés de la sécurité sociale, France » ; P 8-12.
10. DUSSAULT G La place des assurances sociales dans la couverture maladie universelle 2007 en Afrique Francophone. ; P-15-25.
11. T A Bakai, D K Ekouevi, et al. Satisfaction des bénéficiaires du régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés à Lomé, Togo, 2011. Pan Afr Med J. 2019; 33: 29.
12. COULIBALY M Groupe de recherche en économie appliquée et théorique (GREAT) ; « Les dépenses privées de santé des ménages et leur financement ; Décembre 2010 ; P 4-6.

13. MINISTERE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES, (2011) ; Rapport final ; « Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali ».

14. Guindo O, Diallo H M, Niambele M, et al. Enquête De Satisfaction Des Usagers AMO A L'hôpital Gabriel TOURE Et Au Centre De Santé De Référence De La Commune 1 en 2018. Scholars Journal of Applied Medical Sciences. P : 1195.

15. BREUIL-GENIER P., (1999) ; « Manuel : La maîtrise des dépenses en santé ; la réforme de l'assurance-maladie 1999. » ; Vol 14 N°3 ; P 95-130.

16. Institut Nationale de la Statistique (INSTAT). Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VI) 2018 ; p2. Disponible sur file:///C:/Users/HP/Documents/FR358.pdf, consulté le 24/08/2023

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

18. **Alloh D., Aka N., Manou B. et all.** Evaluation de la satisfaction des patients d'hospitalisation de jour de rééducation à Abidjan. *Médecine d'Afrique noire*. Février 2011, 5802, p.63-68.

19.

HOPITAL DE KIBUYE.

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

20. KASSAMBARA M : THESE

Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance Maladie obligatoire au **CHU Gabriel Touré** : thèse de doctorat Médecine FMOS 2020 (95 pages).070-2020

21. Laurent MUSANGO, Aboubacar INOUA.

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

22 MINISTERE DE LA SANTE.

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

23. MINISTERE DE LA SANTE. Direction des Ressources Humaines, Profil des Ressources Humaines en Santé du Mali, 2009, 102 p.

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

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

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

27 KASSAMBARA M : THESE

Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance Maladie obligatoire au **CHU Gabriel Touré** : thèse de doctorat Médecine FMOS 2020 (55 pages).070-2020

28Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali, Rapport final, Octobre 2011, 52-55.

29 CLEISS.

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

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KANOUTE

Prénom : Sira Dansira

Adresse Email: kanoutesira@gmail.com Contact : (00223) 93338547

Année universitaire : 2022-2023 Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Titre de la thèse : Satisfaction des assuré(e)s à l'assurance maladie obligatoire au CSREF de la commune VI du district de Bamako (MALI).

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

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

Il s'agit d'une étude transversale par échantillonnage simple à l'aide d'un questionnaire, portée sur 334 patients adhérents à l'assurance maladie obligatoire au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako (MALI).

Il s'est avéré que la qualité de l'accueil et des consultations était un acquis du point de vue des patients, beaucoup de patients ont signalé que la durée d'attente était courte.

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

Les dépenses moyennes en santé étaient toutes inférieures aux moyennes nationales, cependant, il s'est posé un problème d'indisponibilité de certaines spécialités médicamenteuses et analyses, non prises en compte par l'assurance maladie et l'indisponibilité de la plupart des prescriptions au niveau de la pharmacie du CSREF. Pour la majorité des patients, l'assurance maladie leur a permis d'avoir un accès facile aux soins et aux médicaments ce qui a été réconforté par la proportion importante des adhérents de notre échantillon.

Mots clés : Satisfaction, Assurance maladie obligatoire, CSREF VI.

Annexes

FICHE D'ENQUETE

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ENQUETE :

Fiche N0..... Téléphone :.....

Q1/ Quartier de Résidence :..... Commune :.....

Q2/ Sexe : 1= Féminin :..... 2= Masculin :.....

Q3/ Quel âge avez-vous :.....

Q4/ Quelle est votre ethnie ?

Bambara :..... Peulh :..... Sarakolé :.....Dogon :..... Senoufo :.... Malinké :.....

Sonrhäï :..... Autres :.....

Q5/ Quelle est votre religion ?

Musulmane :..... Chrétienne :..... Autres :.....

Q6/ Quelle est votre profession ?

Paysan :..... Commerçant :..... Etudiant :..... Fonctionnaire :.....

Autres :.....

Q7/ Quel est votre statut matrimonial ?

Célibataire :..... Divorcé (e) :..... Marié (e) :..... Veuf (veuve) :.....

Q8/ Quel est votre régime matrimonial ?

Polygamie :..... Monogamie :.....

Q9/ Quel est votre niveau d'instruction ?

Fondamental 1er cycle 5 :..... Fondamental 2ème cycle :..... secondaire :.....

Supérieure :..... Ecole coranique traditionnelle Aucun :.....

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

Q10/ Par quel biais bénéficiez-vous de l'AMO ?

Moi-même :..... Mon parent :..... Mon (ma) conjoint(e) :.... Mon enfant :....

SECTION 3 : QUALITE PERCUE PAR LES ADHERENTS ACCUEI

Q11/Pourquoi êtes-vous venu à l'hôpital (motif de consultation) ? (Service de consultation) :.....

Q12/ Lorsque vous vous êtes présenté au CSREF, avez-vous été reçu avec courtoisie l'entrée

Beaucoup :..... Moyennement :... Un peu :...Pas du tout :.....Ne sait pas :.....

Q13/ Avez-vous été orientés à l'entrée ? Oui :..... Non :.....

Q14/ Combien de temps environ s'est écoulé entre votre arrivée au CSREF et le moment où vous avez rencontré le personnel soignant ?

Heure :..... Ne sait pas :.....

Q15/ Comment trouvez-vous ce temps d'attente

Long :..... Acceptable :..... Court :..... Autres :.....

Q16/ Vous a-t-on privilégié par rapport aux autres patients ?

Oui :..... Non :.....

Q17/ Pendant que vous attendiez, comment étiez-vous installé ?

Très confortablement :..... Assez confortablement :..... Autres :.....

Très inconfortablement :..... Assez inconfortablement :.....

ACCES AU MEDECIN, RELATION SOIGNANT-SOIGNE ET EXPLICATIONS

RECUS SUR LA MALADIE.

Q18/ Vous va-t-il été facile de rencontrer le Médecin ?

Oui :..... Non :..... Pourquoi :.....

19/ Votre consultation a été confidentielle ?

Beaucoup :..... Moyennement :..... Un peu :.... Pas du tout :.....

Ne sait pas :.....

Q20/ A-t-on répondu clairement aux questions que vous avez posées ?

Beaucoup :..... Moyennement :..... Un peu :..... Pas du tout :.....

Ne sait pas :.....

Q21/ Avez-vous senti que l'on vous respectait ?

Beaucoup :..... Moyennement :..... Un peu :..... Pas du tout :.....

Ne sait pas :.....

Q22/ L'agent de santé qui vous a reçu va-t-il prêté suffisamment d'attention à votre maladie ?

Beaucoup :..... Moyennement :..... Pas du tout :..... Ne sait pas :....

Q23/ A-t-on respecté votre intimité physique ?

Beaucoup :..... Moyennement :.....n peu :.....Pas du tout :....Ne sait pas :.....

Q24/ Vous a-t-on donné des explications sur votre maladie ?

Oui et j'ai clairement compris :...Oui mais je n'ai pas bien compris :.... Non :....

Q25/ Que n'avez-vous pas compris ?

Origine de ma maladie :.....Gravité de ma maladie :.....Si ma maladie peut guérir sans

Conséquences pour ma santé :..... Comment et/ou pendant combien de temps je dois

prendre mes médicaments :.....

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

Beaucoup :..... Moyennement :....Un peu :..... Pas du tout :.... Ne sait pas :.....

SECTION 4 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET EXAMENS

COMPLEMENTAIRES

Q27/ Avez-vous reçu une ordonnance ?

Oui :..... Non :.....

Q28/ Pourquoi n'avez-vous pas reçu d'ordonnances ?

Agent de santé ne m'en a pas prescrit :.....

J'avais déjà en ma possession les médicaments nécessaires :.....

Ne sait pas :..... Autres :.....

Q29/ Les médicaments ou appareillages prescrits étaient-ils tous pris en compte par l'AMO ?

Oui :..... Non :.....

Q30/ Quels médicaments ou appareillages n'étaient pas pris en compte par l'AMO ?

.....
.....

Q31/ Avez-vous reçu des examens complémentaires?

Oui :..... Non :.....

Q32 / Pourquoi n'avez-vous pas reçu d'examens complémentaires ?

Agent de santé ne m'en a pas prescrit :..... Ne sait pas :.....

J'avais déjà fait tous les examens nécessaires :..... Autres :.....

Q33 / Les examens complémentaires prescrits étaient-ils tous pris en compte par l'AMO ?

Oui :..... Non :.....

Q34/ Quels examens complémentaires n'étaient pas pris en compte par l'AMO ?

.....
.....

Q35/ les médicaments ou appareillages prescrits étaient-ils tous disponible au niveau de la pharmacie de l'hôpital ?

Oui j'ai obtenu la totalité au niveau de la pharmacie de l'hôpital :.....

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

Non je n'ai obtenu aucun des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital :..... Ne sait pas :.....

Q36/ Lesquels des médicaments ou appareillages prescrit n'étaient pas disponible au niveau de la pharmacie de l'hôpital ?

.....
.....

Q37/ Les examens complémentaires prescrits étaient-ils tous disponible au niveau de l'hôpital ?

Oui j'ai pu réaliser la totalité des examens au niveau de l'hôpital :.....

Non je n'ai réalisé que quelques-uns des examens prescrits au niveau du CSREF :.....

Non je n'ai obtenu aucun des examens prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital :..... Ne sait pas :..... Autres :.....

Q38/ lesquels des examens complémentaires prescrits n'étaient pas disponible au niveau du CSREF?

.....
.....

SECTION 5 : COUTS INDUITS PAR LA DEMANDE DES SOINS

Q39/ Combien avez-vous payé pour la consultation ?

J'ai payé :.....FCFA je n'ai rien payé :..... Ne sait pas :.....

Autres :.....

Q40/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

Oui :..... Non :..... Ne sait pas :.....

Q41/ Combien avez-vous payé pour l'hospitalisation / les soins reçus surplace (injection, pansement, petite chirurgie) ?

J'ai payé :.....FCFA je n'ai rien payé :..... N'en a pas bénéficié :....

Ne sait pas :..... Autres :.....

Q42/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

Oui :..... Non :..... Ne sait pas :.....

Q43/ Combien avez-vous payé pour les médicaments que vous avez achetés?

J'ai payé :..... FCFA je n'ai rien payé :.....Ne sait pas :.....

Autres :.....

Q44/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

Oui :..... Non :..... Ne sait pas :.....

Q45/ Combien avez-vous payé pour les examens complémentaires que vous avez réalisés ?

J'ai payé :.....FCFA je n'ai rien payé :..... Ne sait pas :.....

Autres :.....

Q46/ Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

Oui :..... Non :..... Ne sait pas :.....

Q47/ Avez-vous eu des difficultés à payer les frais encourus lors de cette visite au CSREF de la Commune VI

Oui :..... Non :..... Ne sait pas :.....

Q48/ Avez-vous reçu de l'aide pour payer les frais encourus lors de cette visite au CSREF de la commune VI ?

Oui j'ai reçu les prestations à crédit et je pourrai payer plus tard :.....

Oui on m'a permis d'obtenir certains services gratuits :.....

Oui j'ai reçu de l'aide des parents proches :.....

Non je n'ai reçu aucune aide :..... Ne sait pas :.....

Autres types d'aide :.....

SECTION 6 : SATISFACTION DES BENEFICIAIRES

Q48/ Etes-vous satisfait de la manière dont on s'est occupé de vous ?

Je ne suis pas satisfait (e) du tout :..... Je ne suis pas très satisfait (e) :.....

Je suis assez satisfait (e) :..... Je suis très satisfait (e) :.....

Q 49/ Etes-vous satisfait de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) ?

Je ne suis pas satisfait (e) du tout :..... Je ne suis pas très satisfait (e) :.....

Je suis très satisfait (e) :..... Je suis assez satisfait (e) :.....

Q 50/ Pourquoi êtes-vous satisfait(e)

Médicaments accessibles à vil prix :.....

Permet d'accéder facilement aux soins :.....

Autres :.....

Q51/ Pourquoi n'êtes-vous pas satisfait (e) ?

Trop de procédures à suivre :..... Temps d'attente trop long :.....

Coûts pas assez pris en charge :..... personnel pas accueillant :..... Cotisations très élevées :..... Pas assez de prestations couvertes :.....

Pas assez d'ayant droit couverts :..... Autres (à préciser) :.....

Indisponibilité des médicaments et analyses couverts :.....

SECTION 7 : ATTITUDES DES BENEFICIAIRES FACE A LA MALADIE

Q52/ Combien de fois avez-vous eu recours aux soins hospitaliers depuis la dernière saison de pluie ?

Nombre de fois :..... Ne sait pas/ ne se souvient pas :.....

Q53/ Combien de fois avez-vous consulté un médecin traditionnel depuis la dernière saison de pluie?

Nombre de fois :..... Ne sait pas/ ne se souvient pas :.....

Refuse de répondre :.....

Q54/ Combien de fois avez-vous eu recours à la pharmacie par terre depuis la dernière saison de pluie ?

Nombre de fois :..... Ne sait pas/ ne se souvient pas :.....

Refuse de répondre :.....

Q55/ Lorsque vous êtes malades quel est votre premier recours ?

Auto médication :..... Médecins traditionnels :..... Hôpital :.....

Autres :.....

Q56/ Pourquoi ? (Si autres qu'hôpital)

Pas assez d'argent :.....

Mêmes résultats obtenus que s'en rendent à l'hôpital :.....

Plus efficace que l'hôpital :.....

Moins contraignant que l'hôpital :.....

Autres :.....

Q57/ Quand vous rendez-vous à l'hôpital ?

Dès l'apparition des premiers signes de la maladie :.....

A la persistance des symptômes :.....

A l'aggravation de l'état de santé :.....

Autres :.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !