



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

THEME

**EVALUATION DU RECOURS AUX SOINS DES
ADHERENTS A L'ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE AU CHU BOCAR SIDI SALL DE KATI**

Présenté et Soutenu publiquement le.../.../2020 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

M. Amadou DANIOGO

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Boubacar MAIGA
Membre : Dr. Alassane B DICKO ;
Co-Directeur : Dr. Ousmane D TOURE
Directeur : Pr. Kassoum KAYENTAO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail

A Dieu, le tout puissant et miséricordieux de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études jusqu'à aujourd'hui. Je le prie de me guider toujours dans le droit chemin et dans mes futurs projets.

REMERCIEMENTS

A mon père Abou DANIOGO

Tu nous as appris depuis le bas âge que seul le travail paye et libère l'homme. Ce travail est l'aboutissement d'un projet auquel tu tenais beaucoup. J'espère qu'il t'apportera un peu de joie.

A ma défiante mère Fatoumata COULIBALY

J'ai toujours trouvé auprès de toi amour, tendresse et compréhension. Tu t'es toujours souciée de ma réussite. Tes conseils m'ont servi de guide durant toutes ces années d'études. Trouve dans ce travail une récompense méritée et sois assurée de ma reconnaissance et mon respect infini comme je l'ai toujours appris avec toi. Que ton âme repose en paix.

A ma femme Fatoumata KONE dite Fifi

J'ai toujours trouvé auprès de toi amour, tendresse et compréhension. Tu t'es toujours souciée de ma réussite. Tes conseils m'ont servi de guide durant toutes ces années d'études. Trouve dans ce travail une récompense méritée et sois assurée de ma reconnaissance et mon respect infini comme je l'ai toujours appris avec toi.

A ma fille Aïssata DANIOGO

Merci d'avoir rendu ma vie plus intéressante.

A mes tantes

L'amour et l'attention particulière avec lesquels vous m'avez donné depuis mon enfance, resteront gravés dans ma mémoire. Je prie le tout puissant et miséricordieux de vous garder encore le plus longtemps possible en vie et en bonne santé auprès de moi.

A mes tontons

Bamory COULIBALY ; Feu Issa DANIOGO ; Feu Oumar DANIOGO ; Feu Tahirou DANIOGO ; Yaya DANIOGO ; Oumar COULIBALY

Un remerciement pour l'éducation dont j'ai bénéficié auprès de vous tous. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite, soyez rassurés de ma reconnaissance et mon respect.

A mes frères et sœurs

Pour les efforts que vous avez toujours consentis pour l'équilibre de la famille et la continuité de mes études jusqu'à ce jour.

A mes cousins et cousines

Arouna COULIBALY ; Modibo COULLIBALY ; Djelika COULIBALY ; Mariam COULIBALY dite Tom ; Yacou SOGODOGO

Tous mes remerciements et encouragements à vous tous. Que le bon Dieu vous récompense.

A mes camarades de l'école fondamentale et du lycée

Siaka SOGODOGO ; Wahab BAMBA ; Sitafa DANIOGO ; Issouf BAMBA ; Jean KAMATE ; Mamady KEITA

Je dis à vous tous merci infiniment de m'avoir supporté et assisté pendant ces moments inoubliables de ma vie.

A mes amis

Moulaye BERTHE ; Mahamadou KASSAMBARA ; Ibrahim DOUMBIA ; Djakaridja DANIOGO ; Doua SISSOKO ; Sekou M TRAORE ; Lassana MARIKO ; Moussa SANGARE ; Allassane COULIBALY.

Vous avez été plus que des amis pour moi, merci de vos conseils, écoutes, soutiens et de m'avoir supporté pendant ces moments que nous avons vécus ensemble dans la joie et le respect.

A mes jeunes frères académiques

Moulaye BERTHE ; Youssouf SIDIBE ; Karim SOGODOGO ; Michael GOITA ; Mahamadou FOFANA ; Boubakary KAMISSOKO ; Nana Modibo TOURE ; Bekkaye KOUMA

Merci de vos conseils et votre bonne collaboration.

A mes camarades et promotionnaires faisant fonction d'internes au CHU BSS KATI

Nah DIARRA ; Jean KAMISSOKO ; Ramatoulaye DIALLO

Merci pour vos conseils, écoutes, soutiens et bonne collaboration.

Au medecin chef du CSRef de Kadiolo et à sa femme

Dr Emilien DIARRA ; Mme DIARRA Christine

Je vous remercie de m'avoir supporté lors de mes séjours auprès de vous à Kadiolo.

Aux Docteurs :

Dr KOUMA ; Dr GUINDO ; Dr DIABY ; Dr DIARRA ; Dr CLEMANCE ;

Pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. J'ai été pour vous plus qu'un élève, mais un frère. Qu'Allah le tout puissant vous offre toutes les opportunités avec réussite dans la vie et de vous garder en vie pendant longtemps que possible en santé et dans le bonheur.

A tous les Médecins du CS Réf de Kadiolo

Pour vos conseils et l'enseignement théorique et pratique de qualité dont j'ai bénéficié de vous dans la joie.

A tous les autres personnels du CS Réf de Kadiolo

Pour vos conseils et bonne collaboration pendant ce temps que nous avons eu à passer ensemble.

A la RENAISSANCE CONVERGENCE et au CESKA

Merci pour la formation.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et président du jury :

Professeur Boubacar MAIGA

- Maitre de conférences à la FMOS
- Chef adjoint de DER des sciences fondamentales de la FMOS
- Médecin chercheur au Malaria Research and Training Center (MRTC) et au Département d'Epidémiologie des affections parasitaires (DEAP)
- PhD en Immunologie à l'université de Stockholm en Suède

Cher maitre,

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

Votre rigueur scientifique, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration.

Vos remarquables suggestions nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et membre du jury

Docteur Alassane Balobo DICKO

- Ancien Directeur régional de la santé de Ségou
- Ancien Chef de division de la prévention et de la lutte contre la maladie à la direction nationale de la santé
- Ancien directeur général adjoint de Caisse Nationale d'Assurance Maladie(CANAM)
- Conseiller technique du directeur général de la CANAM
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé
- Chevalier de l'ordre national du Mali

Chère maitre,

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre souci de travail bien fait couplé à votre rigueur scientifique nous permettra d'améliorer une fois de plus ce travail.

Veillez recevoir chère maitre, nos sincères remerciements.

A notre Maitre et codirecteur de thèse

Docteur **TOURE Ousmane Dantoumé**

- Directeur Général Adjoint du Centre Hospitalo Universitaire (CHU) de Kati
- Diplômé de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) de RABAT au MAROC ;
- Détenteur d'un PHD en santé Publique (Management des organisations de santé) ; Administrateur des services de santé ;
- Chargé de recherche au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- Enseignant à l'Institut Supérieur de Santé Publique (ISSP) de BAMAKO ;
- Enseignant à l'Institut National des Formations Socio-Sanitaires (INFSS) de Bamako ;
- Chef de service de santé publique à l'Hôpital du Mali ;
- Chef de division santé à la direction régionale de la santé de Koulikoro ;
- Coordinateur régional du programme quinquennal de lutte contre la cécité à la direction régionale de la santé de Koulikoro ;
- Médecin chef du district sanitaire de Banamba ;
- Consultant à Save the Children International, à Speak up Africa et à Catholic Relief Services;
- Participations aux colloques ; stages ; ateliers et études en chine ; France ; Maroc et Bamako.

Chère maitre,

Vous vous êtes investis pour la réalisation de cette étude malgré vos occupations que nous savons contraignantes.

Soyez rassurer chère maitre de notre reconnaissance.

A notre maitre et Directeur de thèse
Professeur Kassoum KAYENTAO

- Maitre de Recherche en Santé Publique Option épidémiologie
- Responsable adjoint d'unité paludisme-grossesse au MRTC
- Chercheur-Enseignant

Cher maître,

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

La probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le sens social élevé et la rigueur sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand maître.

Maître incontesté, ouvert, scrupuleux, et rigoureux, vous ne vous êtes jamais lassé de nous réprimander quand le travail était mal ou non fait.

Votre simplicité et votre disponibilité font de vous un modèle de maître tant souhaité par nous.

Travailler à vos côtés a été une expérience enrichissante pour nous.

Veillez accepter le témoignage de notre considération la plus respectueuse.

Nous prions dieu qu'il vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de vos enseignements.

ABREVIATIONS

AMO	Assurance Maladie Obligatoire.
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale.
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi.
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CDI	Centre Dentaire Infantile.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
CMIE	Centres Médicaux Interentreprises.
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 le Drépanocytose.
CSCOM	Centre de Santé Communautaire.
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté.
CSREF	Centre de Santé de Référence
DCI	Dénomination Commune Internationale.
EDS	Enquête démographique et de la Santé.
EPH	Etablissement Public Hospitalier.
EPST	Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique.
HTA	Hyper Tension Artérielle.
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale.
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique.
IST	Infection Sexuellement Transmissible.
LNS	Laboratoire National de la Santé.
OMS	Organisation Mondiale de la santé.
ONG	Organisation Non Gouvernementale.
ONU	Organisation des Nations Unies.
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.
PMA	Paquet Minimum d'Activités.
PMI	Protection Maternelle et Infantile.
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social.
PSPHR	Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale.
RAMED	Régime d'Assistance Médicale.
SLIS	Système Locale d'Information Sanitaire.
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Tendances de quelques indicateurs des services préventifs de la santé de la mère et de l'enfant.....	16
Tableau II: Tendances de quelques indicateurs d'utilisation des soins curatifs.....	17
Tableau III: attributs et dimensions de la qualité des soins6.....	31
Tableau IV: Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé (d'après penchansky / thomas, 1981) :	32
Tableau V : Répartition des patients en fonction du sexe	40
Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.....	40
Tableau VII : Répartition des patients en fonction de l'ethnie	41
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la profession.....	42
Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la religion.....	43
Tableau X : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial	43
Tableau XI : Répartition des patients en fonction du régime matrimonial	43
Tableau XII : Répartition selon le niveau d'instruction.....	44
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du type d'adhésion.....	44
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la qualité d'accueil.....	45
Tableau XV : Temps d'attente du personnel soignant	46
Tableau XVI : Répartition en fonction de l'opinion sur la Durée de l'attente.....	46
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations.....	47
Tableau XVIII : répartition des patients en fonction des prescriptions et de la disponibilité des médicaments et examens complémentaires à l'hôpital	48
Tableau XIX : Satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au CHU BSS Kati..	49
Tableau XX : Satisfaction par rapport à l'AMO	50
Tableau XXI : Raison de la satisfaction par rapport à l'AMO.....	51
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des suggestions d'amélioration de l'AMO.....	51
Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction du coût de la consultation	52
Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le montant de la consultation	52
Tableau XXV : Répartition des patients en fonction du coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus	53
Tableau XXVI: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'hospitalisation / soins reçus	53
Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction du cout moyen d'une ordonnance	54

Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'ordonnance.....	54
Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction du cout moyen des examens complémentaires.....	55
Tableau XXXI : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût des examens complémentaires.....	55
Tableau XXXII : Répartition des difficultés financières en fonction du sexe	56
Tableau XXXIII : Répartition des difficultés financières en fonction de la profession.....	56
Tableau XXXIV : Répartition des difficultés financières en fonction de l'aide reçu	57
Tableau XXXV : Nombre de recours aux soins hospitaliers au cours des 6 derniers mois en fonction du sexe	57
Tableau XXXVI : Nombre de recours aux soins hospitaliers depuis les 6 derniers mois en fonction du niveau d'instruction	58
Tableau XXXVII : Répartition des patients en fonction du nombre de recours aux médecins traditionnels depuis les 6 derniers mois	58
Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction du nombre de recours à la pharmacie par terre depuis les 6 derniers mois	59
Tableau XXXIX : Premier recours en cas de maladie en fonction du sexe	59
Tableau XL : Premier recours en cas de maladie en fonction du niveau d'instruction..	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XLI : Premier recours en cas de maladie en fonction de la tranche d'âge	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XLII : Répartition des patients en fonction de la raison du non recours à l'hôpital...	60
Tableau XLIII : Répartition des patients en fonction du moment du recours à l'hôpital.....	60
Tableau XLIV : Répartition des adhérents selon le degré de respect des règles.....	61
Tableau XLV : Répartition des adhérents selon le type de fraude.....	61
Tableau XLVI : Répartition des adhérents selon la manière de fraude	62

LISTE DES FIGURES

Figure I : cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de POOLE et 30

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	5
2.1. Objectif général	5
2.2. Objectifs spécifiques :	5
III. GÉNÉRALITÉS	8
3.1. Revue de la littérature.....	8
3.2. Généralités sur le Mali.....	9
3.3. Régime malien de sécurité sociale	17
3.4. Déterminants de l'utilisation des services de santé en Afrique.....	24
3.5. Modèles d'utilisation des services de santé.....	28
IV. METHODOLOGIE	34
4.1. Type d'étude :.....	34
4.2. Lieu d'étude : Centre Hospitalier Universitaire Bocar Sidi Sall de Kati	34
4.3. Période d'étude	34
4.4. Population d'étude :.....	34
4.5. Les variables d'étude et recueil des informations :	34
4.6. Echantillonnage :	35
4.7. Critères d'inclusion :	36
4.8. Critères De non inclusion :	36
4.9. Traitement et analyse des données :	36
4.10. Considérations éthiques :.....	36
4.11. Cadre d'étude : Notre étude a été réalisée au CHU BSS de Kati.....	36
V. RESULTATS	40
5.1. Données sociodémographiques	40
5.2. Qualité perçue.....	45
5.3. Satisfaction des bénéficiaires	49
5.4. Coûts induits par la demande des soins.....	52
5.5. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO face à la maladie	57
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	64

6.1. Caractéristiques sociodémographiques	64
6.2. Statut des patients par rapport à l'AMO.....	65
6.3. Qualité perçue par les adhérents.....	65
6.4. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO.....	66
6.5. Coûts induits par la demande des soins.....	66
6.6. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO	68
6.7. Attitude des bénéficiaires face aux règles :	69
6.8. Limites et difficultés de l'étude.....	70
VII CONCLUSION.....	72
VIII.RECOMMANDATIONS.....	74
8.1. Par rapport à la longue durée d'attente au niveau des consultations :.....	74
8.2. Par rapport à la persistance des incompréhensions sur la maladie :.....	74
8.3. Par rapport à l'indisponibilité de la plupart des prescriptions (médicaments et examens complémentaires) au niveau de l'hôpital.....	74
8.4. Par rapport au recours important à l'automédication en première intention :....	75
8.5. Par rapport aux suggestions d'amélioration de l'AMO :	75
8.6. Par rapport à la fraude :	75
IX. RÉFÉRENCES :	77
ANNEXE 1	81

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

En Afrique au sud du Sahara, au lendemain des indépendances, c'est la conception de «la santé pour tous » qui était la règle, et la gratuité des soins le système dominant. Cependant, la situation économique des pays africains durant les années 70 et 80, caractérisée par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, a conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à remettre en question le système de fourniture gratuite des soins. C'est par la déclaration d'Alma Ata, en 1978 et par le lancement de l'Initiative de Bamako en 1987, que les gouvernements d'Afrique subsaharienne, sous l'égide des organismes satellites¹ de l'ONU, se sont proposés la participation financière des usagers des structures publiques, alors en pleine déconfiture, et de décentraliser la gestion du système au niveau des districts [1].

Cependant, l'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés, depuis plus d'une décennie, pour renforcer l'offre de soins. Un grand débat s'est instauré sur les facteurs de cette faible utilisation, les uns incriminant principalement la tarification, les autres montrant que les déterminants négatifs vont bien au-delà de cette seule tarification, tels que l'absence de qualité, tant perçue qu'objective, la faible accessibilité géographique aux centres de santé, les caractéristiques des individus (âge, niveau d'instruction) ... [2].

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

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

Conscient de cette situation, le gouvernement Malien multiplie les initiatives ces vingt dernières années pour améliorer l'utilisation des services de santé et faciliter, notamment l'accès financier aux soins, dans le cadre d'un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS), mis en œuvre à travers le PRODESS 1 (98-2002), le PRODESS II (2005 – 2009) et l'extension du PRODESS II (2009 – 2011) [4].

C'est dans ce cadre que, essentiellement basé sur la solidarité, et dans le but de palier aux inégalités économiques et sociales observées dans l'accès aux soins, 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 instituant l'AMO [5].

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est l'un des systèmes principaux de financement de la santé. Plusieurs pays à faible ou moyen revenu sont actuellement intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie à des groupes spécifiques, pour éventuellement couvrir la totalité de leur population [6]. C'est un système de solidarité qui s'exprime par une mise en commun des risques et des ressources afin de fournir une couverture de soins de santé de qualité au plus grand nombre au sein du groupe cible [7].

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

Or depuis l'instauration du système AMO au Mali en Mai 2011, au vu des inégalités observées dans l'accessibilité aux soins, peu d'études ont été menées

pour évaluer son efficacité et sa contribution à l'amélioration du recours aux soins des populations bénéficiaires.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Évaluer le recours aux soins des adhérents à l'AMO au CHU BSS de Kati.

2.2. Objectifs spécifiques :

1. Décrire l'utilisation des services de santé par les adhérents.
2. Décrire la qualité de l'offre perçue par les adhérents.
3. Mesurer le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport aux prestations.
4. Déterminer les coûts moyens induits par une demande de soins et de médicaments.
5. Décrire l'itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO face à la maladie.
6. Décrire l'attitude des bénéficiaires de L'AMO face à la règle de L'AMO.

GÉNÉRALITÉS

3. GÉNÉRALITÉS

3.1. Revue de la littérature

Depuis de nombreuses années, on estime que l'accès aux soins dans les villes africaines est limité par des considérations économiques. Des travaux récents établissent que l'exclusion des usagers est avant tout imputable à la qualité offerte par les structures de santé [8]. La demande de soins de santé moderne est classiquement influencée par des variables caractéristiques de l'offre (le coût global du recours, le temps d'attente, la distance du domicile au centre de santé, l'accueil) et par des variables caractéristiques de l'individu ou du ménage du malade (le niveau d'éducation, le sexe, l'âge, le bénéfice d'une couverture sociale : assurance ou mutuelle de santé, la perception de la gravité de la maladie et l'ethnie) [8]. Les différentes offres de soins de santé moderne sont réparties de la façon suivante : l'automédication, l'offre privée de soins spécialisés ou non, l'offre publique de soins spécialisés ou non et les formations sanitaires urbaines à base communautaire. L'étude socio-économique a tout d'abord mis en lumière que les aspects économiques ne sont pas « le » facteur d'exclusion de l'accès aux soins, sauf bien entendu pour les populations à très faibles revenus et sans revenus. En revanche, ce qui ressort, c'est que le véritable facteur d'exclusion réside dans une double cause : la relation soignant-soigné et le niveau de qualité perçu de l'offre de soins [8].

3.2. Généralités sur le Mali

3.2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

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

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

Selon les résultats définitifs du 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était de 14.528.662 habitants en 2009 avec une légère prédominance des femmes : 50,4% de la population soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans.

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

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

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

Le Mali a connu une augmentation rapide de l'effectif de sa population entre 1976 et 2009. En effet, estimé à 1,7% en moyenne entre 1976 et 1987, le taux de

croissance de la population a atteint 3,6 de 1998 à 2009. A ce rythme, la population malienne doublera presque tous les 20 ans avec les conséquences qui pourraient en résulter quant à l'amélioration du bien-être des individus.

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

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

3.2.2. Situation économique et sociale

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance annuel moyen du PIB s'établit à 4,4% entre 2007 et 2011, bien loin de celui des 7% prévu par le CSCRIP en 20113.

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

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

3.2.3. Politique nationale de la santé

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

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

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

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

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

3.2.4. Politique nationale de protection sociale

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

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

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

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

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

3.2.5. Organisation du système de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

Le niveau central comprend : 5 Etablissements Publics Hospitaliers dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie-Stomatologie, Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique) ; 5 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST): l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la

pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.

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

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

- Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1086 en 2011). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.
- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CS Réf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

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

➤ Le secteur sanitaire privé :

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. En 2011 on a dénombré 1038 structures privées selon les données de la « carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 ». Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

➤ **Les services de santé de l'armée :**

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmes, de maternités de garnison et d'infirmes-hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie-Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements au nombre de 19 en 2011 selon les données de la carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire.

➤ **Les services confessionnels de santé :**

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

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

3.2.6. Demande des services de santé [5]

3.2.6.1. Utilisation des services préventifs

Contrairement aux services curatifs, les services préventifs de façon générale sont utilisés. Comme l'indique le tableau ci-dessous, la fréquentation des consultations prénatales effectuées par le personnel qualifié passe de 47% en 1996 (dans EDS II) à 70% en 2007 (dans EDS IV). De même, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés passe de 21 à 48% entre 1996 et 2007. Les services préventifs sont offerts à domicile (par exemple au cours de la stratégie avancée des centres de santé ou au cours des campagnes de vaccination) ; ceci pourrait expliquer leur grande utilisation.

Tableau 1: Tendances de quelques indicateurs des services préventifs de la santé de la mère et de l'enfant

Sources	CPN par personnel qualifié*	Accouchement dans un établissement sanitaire	DTCP3	Enfant complètement vacciné (ECV)
EDS II (1991-1996)	47%	30%	29%	21%
EDSIII (1997-2002)	57%	38%	40%	29%
EDS IV (2003-2007)	70%	45%	68%	48%

* y compris les matrones et les accoucheuses traditionnelles recyclées et supervisées.

3.2.6.2. Utilisation des services curatifs

L'utilisation des services curatifs est appréciée ici à travers le taux de fréquentation, le taux d'hospitalisation et le taux d'occupation des lits. Le tableau ci-dessous donne l'évolution de ces différents indicateurs entre 2006 et 2010. Comme le montre le tableau ci-dessous, l'utilisation des services curatifs de façon générale est faible. En effet, le taux de fréquentation de 32% en 2010 signifie que 68% des malades cherchent les soins de santé du système de santé. On sait aussi que d'après les normes de l'OMS, lorsque le taux d'occupation des lits n'atteint pas 80%, les services hospitaliers sont sous-fréquentés.

Tableau 2: Tendances de quelques indicateurs d'utilisation des soins curatifs

	2008	2009	2010	<i>Sources</i>
Taux de fréquentation	29%	33%	32%	<i>: SNI</i>
Taux d'hospitalisation dans les Hôpitaux	13%	13%	14%	<i>S de la</i>
Taux d'occupation des lits	56%	52%	54%	<i>DN S ; SIH</i>

de la CPS/Santé

3.3. Régime malien de sécurité sociale

3.3.1. Généralités sur le régime malien de sécurité sociale

3.3.1.1. Structure du régime de sécurité sociale [9]

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

Il assure aux intéressés une protection contre les risques :

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

3.3.1.2. Organisation administrative du régime [9]

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

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

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

La gestion du régime AMO est assurée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public national. Certaines compétences (Attestations de droits, paiement des prestataires de soins, recouvrement des cotisations) sont déléguées à l'INPS.

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

3.3.1.3. Affiliation au régime de sécurité sociale [9].

Tout employeur est tenu de porter à la connaissance de l'Institut toute embauche ou licenciement de personnel dans les huit jours.

3.3.1.4. Mode de financement du régime de sécurité sociale [9].

Les cotisations sont payées sur la totalité du salaire. Le montant du salaire pris en considération pour la base de calcul des cotisations ne peut, en aucun cas, être inférieur au montant du SMIG.

Le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) correspond à 28.460 Francs C.F.A.

Les cotisations financent les quatre branches de sécurité sociale ainsi que l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE). Cet organisme public à caractère administratif doté d'une autonomie financière et d'une personnalité morale a été créé en 2001. Sa mission est de contribuer à la mise en oeuvre d'une politique nationale de l'emploi (centralisation des informations et des offres d'emploi, formation professionnelle...).

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est financé par les contributions des collectivités territoriales (35 %) et par des subventions de l'Etat (65 %).

3.3.2. Protection contre les risques de maladie-maternité

3.3.2.1. Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Un régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a été mis en place par la loi n° 09-015 du 26 octobre 2009.

Le régime de l'AMO concerne 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 soit 17% de la population malienne totale. [4]

Sont considérés comme bénéficiaires, les assurés ainsi que les membres de leur famille à charge (conjoint, enfants, ascendants directs).

Le panier de soins de l'AMO comprend les soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité :

- Consultations générales ou spécialisées
- Analyses de laboratoire et imagerie médicale
- Soins médicaux
- Soins dentaires (hors prothèse)
- Hospitalisations
- Interventions chirurgicales

La liste des médicaments remboursés par l'AMO a été révisée. Elle ne comprenait au départ qu'une liste restreinte de médicaments génériques mais elle a été élargi et depuis décembre 2012, comprend 95% des produits de la place [4].

L'AMO garantit la prise en charge directe d'une partie des frais de santé par la caisse, soit 70% de l'ensemble des dépenses de santé en ambulatoire et de 80% lorsqu'il s'agit d'un traitement en hospitalisation. L'autre partie restant à la charge de l'assuré sous forme de ticket modérateur. L'assuré peut souscrire une assurance complémentaire pour couvrir les frais restant à sa charge.

3.3.2.2. 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 (RAMED).

Le RAMED est un régime qui concerne les indigents, c'est -à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale dont elle relève, soit environ 5% de la population malienne (600 000 personnes) [4]. 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%) [4].

3.3.3. Prestations familiales [9].

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

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

3.3.4. Accidents du travail, maladies professionnelles [9].

☞ Incapacité temporaire

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

➤ Incapacité permanente

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

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

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

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

➤ Décès

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

Le total des rentes de survivants ne doit pas dépasser 85 % du salaire moyen annuel du défunt, le cas échéant, les rentes seront réduites proportionnellement.

Le salaire servant de base de calcul ne peut être inférieur à 1,3 fois le SMIG.

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

➤ Invalidité

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

- Avoir accompli au moins 8 ans d'assurance,

- Présenter une réduction de ses capacités physiques ou mentales d'au moins 66,66 %.

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

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

➔ 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.

3.4. Déterminants de l'utilisation des services de santé en Afrique.

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes, les déterminants financiers (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les déterminants liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant / soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les déterminants socioculturels [10].

Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [10].

Dans une étude réalisée en 2005 par **Mushagalusa SALONGO** [11] sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services, il ressort que l'utilisation des services de santé est un évènement dichotomique, soit l'individu utilise soit il n'utilise pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi deux individus ayant des caractéristiques socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

3.4.1. Déterminants financiers

La question posée tourne autour des conséquences non seulement du paiement direct des soins par les usagers, mais aussi du coût des prestations et de la barrière financière éventuelle que représentent ses coûts pour les malades. Deux générations d'études peuvent être distinguées dans le cas de l'Afrique Sub-

saharienne (Stierle et al. 1999 ; Cissé 2004) [2]. Pour la première génération d'études, la faible utilisation des services de santé est liée à l'impact du paiement direct de soins. Dans ces études, ce sont le rôle du prix des soins et du niveau de revenus des usagers qui sont mis en avant. Pour la deuxième génération d'études, l'impact négatif du paiement des soins par les usagers peut être atténué lorsque l'on prend en compte le véritable contenu de la prestation fournie.

➤ Effet négatif du prix/du recouvrement des coûts :

Si le recouvrement des coûts en général, et le prix des soins en particulier, ont un effet négatif sur l'utilisation des soins, ils seraient surtout discriminants en fonction du niveau des revenus des patients et les pauvres supporteraient davantage les conséquences du paiement des soins que les plus riches (Ridde 2003) [2]. Une augmentation du prix des consultations ne seraient préjudiciables qu'aux groupes les plus vulnérables.

Une étude réalisée au Cameroun par **Christophe COMMEYRAS et Jean Rolin NDO** [12] montre que la décision de se faire consulter dès l'apparition de la maladie est largement tributaire des moyens financiers disponibles.

Après le manque d'argent, La prétention des malades à connaître leur maladie, c'est-à-dire les traitements nécessaires pour se soigner, ainsi que leur perception du degré de sa gravité interviennent pour une part assez importante dans leur décision de ne pas utiliser les services de soins. Néanmoins, leur décision thérapeutique reste dépendante de la capacité à financer les soins. En effet, en agissant de telle sorte, ils minimisent les dépenses de soins.

- Absence d'effet négatifs du prix / du recouvrement des coûts [2].

Selon certaines études, L'existence de solidarités financières facilite l'accès aux soins de ménages (Ayé et al. 2002). De même, L'introduction de facilités de paiement des soins pour les usagers permettrait un meilleur accès aux soins (Baltussen et al.2002) [2].

Ces résultats ne sont pas surprenants, lorsqu'on sait que les avantages et les effets positifs escomptés des assurances de santé ont depuis longtemps été mis en évidence dans les pays développés et qu'en théorie, ces avantages sont censés être les mêmes quelle que soit la société considérée.

Appliqués au contexte des pays en développement, les mécanismes de micro-assurance permettent aux individus et aux ménages de rationaliser leurs dépenses de santé et d'améliorer la qualité des soins dispensés dans les structures sanitaires.

Dans ces conditions, les micro-assurances de santé répondraient aux difficultés financières rencontrées par les ménages depuis la mise en place de l'initiative de Bamako et l'introduction du paiement direct des soins par les usagers.

Par ailleurs, il convient de rester prudent sur l'impact de la micro-assurance de santé sur l'accès aux soins en Afrique, pour trois raisons liées :

- Aux nombreuses difficultés auxquelles font face les régimes pour se développer ;
- À la faible proportion de la population effectivement couverte ;
- Au fait que la majorité des régimes ouest-africains assurent préférentiellement les gros risques de type hospitaliers plutôt que les petits risques, à l'inverse de ce que l'on observe dans les pays d'Asie du Sud-est.

3.4.2. Déterminants liés à la qualité des soins [2]

L'amélioration de la « qualité des soins » en général serait en mesure d'atténuer l'impact négatif des prix.

L'une des composantes unanimement reconnue de la qualité des soins est la disponibilité en médicaments, d'autant plus essentielle, que la dépense en médicaments est le poste le plus important des dépenses de santé des ménages.

Une seconde composante est la qualité technique des personnels de santé, mais pas nécessairement dans le sens où on l'entend habituellements.

Celle-ci recouvre un spectre très large de représentations dans lesquelles les ressources (médicaments, médecins, locaux) occupent une place importante, mais non exclusives : les relations interpersonnelles entre patients et personnel soignant en sont un élément tout aussi important. L'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré au malade par le médecin, les explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé sont autant d'éléments de la qualité perçue que de la qualité attendue par les usagers et qui conditionneraient l'utilisation des services de santé de premier niveau.

3.4.3. Autres déterminants [2].

L'âge : L'impact de cette variable sur l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau est lié aux pathologies associées. L'adulte d'âge avancé aura tendance à délaissé les soins de premier niveau pour recourir à des soins plus spécialisés en milieu hospitalier notamment (Mariko2003) ;

✓ Le genre

Son rôle ne semble pas faire l'unanimité. Pour certains, il n'a pas d'effet sur l'utilisation de soins de premier niveau (Mariko 2003), pour les autres, les femmes utiliseraient « naturellement » moins les structures de soins alors qu'elles auraient davantage de besoins de santé (Buor 2004). Mais, tout dépend du type de services analysé, car nous verrons, dans le cas du Mali, que les soins de prévention ne concernent que les mères et les enfants.

✓ L'accessibilité géographique

Elle semble ne pas poser de problèmes en milieu urbain (Jaffré et de Sardan 2003), mais continue d'être préjudiciable en milieu rural notamment pour les soins de santé maternelle et infantile et les accouchements en milieu médicalisé.

✓ Le niveau d'instruction

Il apparaît dans certaines études comme déterminant pour l'accès aux soins des femmes notamment en milieu rural (Buor 2004, 2003) et n'aurait pas particulièrement d'effet en milieu urbain (Mariko 2003).

3.5. Modèles d'utilisation des services de santé

Le modèle de P. Fournier et S. Haddad (1995) [13].

Le modèle de Fournier et Haddad (1995 :295) est basé sur l'analyse des facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. Ce modèle stipule que contrairement à la relative homogénéité des systèmes « moderne » qui s'observe dans les pays occidentaux, l'utilisation des services de santé dans les pays en développement se caractérise par un enchevêtrement des systèmes et de sous-systèmes médicaux, en outre, elle est diversifiée du fait de la pluralité de l'offre et de la relative indépendance des utilisateurs vis-à-vis des prestataires. Une importante mobilité des patients aux pays en développement qui est d'autant plus prononcée que les utilisateurs de services apparaissent très indépendants de leurs dispensateurs.

En effet, selon Fournier et Haddad, ces tendances contrairement aux pays occidentaux, donnent à penser que les dispensateurs dans les pays en développement n'ont pas la capacité de « fidéliser » leur clientèle tout au long de l'épisode de maladie. Par conséquent, les services utilisés vont correspondre pour l'essentiel aux choix et aux décisions des populations. Ainsi, les auteurs estiment que l'indépendance des individus à l'égard de leurs dispensateurs leur donne une grande latitude dans leurs conduites thérapeutiques, qui leur permet de changer de dispensateurs, par exemple, s'ils estiment que ces derniers ne sont parvenus à améliorer leur état de santé.

Par ailleurs, différentes méthodes sont employées pour étudier les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé. Dans cette perspective, Kroëger, 1983 (cité par Fournier et Haddad, 1995 :297) a proposé

de regrouper en trois catégories les facteurs associés à l'utilisation de services de santé :

- Caractéristiques des sujets : qui comprend les caractéristiques socio-économiques telles que l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut familial, l'ethnie et la religion, ensuite les facteurs économiques comme le revenu et enfin d'autres facteurs qualifiés de socio psychologiques tels que l'interaction avec le degré d'acculturation et la réceptivité à l'innovation.
- Caractéristiques de la maladie et perceptions qu'en ont les patients : s'y retrouvent classées, les caractères chroniques et aigus et sévère ou modéré de la maladie, l'étiologie attribuée à celle-ci et les bénéfices attendus (en termes d'amélioration de l'état de santé) de l'utilisation de telle ou telle ressources de santé.
- Caractéristiques des services offerts et les perceptions qu'en ont les patients : il s'agit des facteurs susceptibles d'encourager ou de rebuter des utilisateurs potentiels. On y retrouve l'accessibilité géographique, l'accessibilité des dispensateurs de services, l'attrait lié à la qualité, les coûts d'utilisation.

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

- L'émergence d'un besoin de santé à la suite d'un stimulus physiologique, psychologique ou fonctionnel.
- L'émergence d'un besoin de services dans lequel les individus (ou leur entourage) identifient le spectre des actions thérapeutiques potentiellement utilisables pour répondre au besoin de santé.

- Le choix du ou des prestataires, qui s'effectuera en considérant les avantages et les coûts qu'ils présentent.
- L'utilisation proprement dite est la dernière étape de ce processus et ses résultats réalimenteront d'éventuels processus ultérieurs.

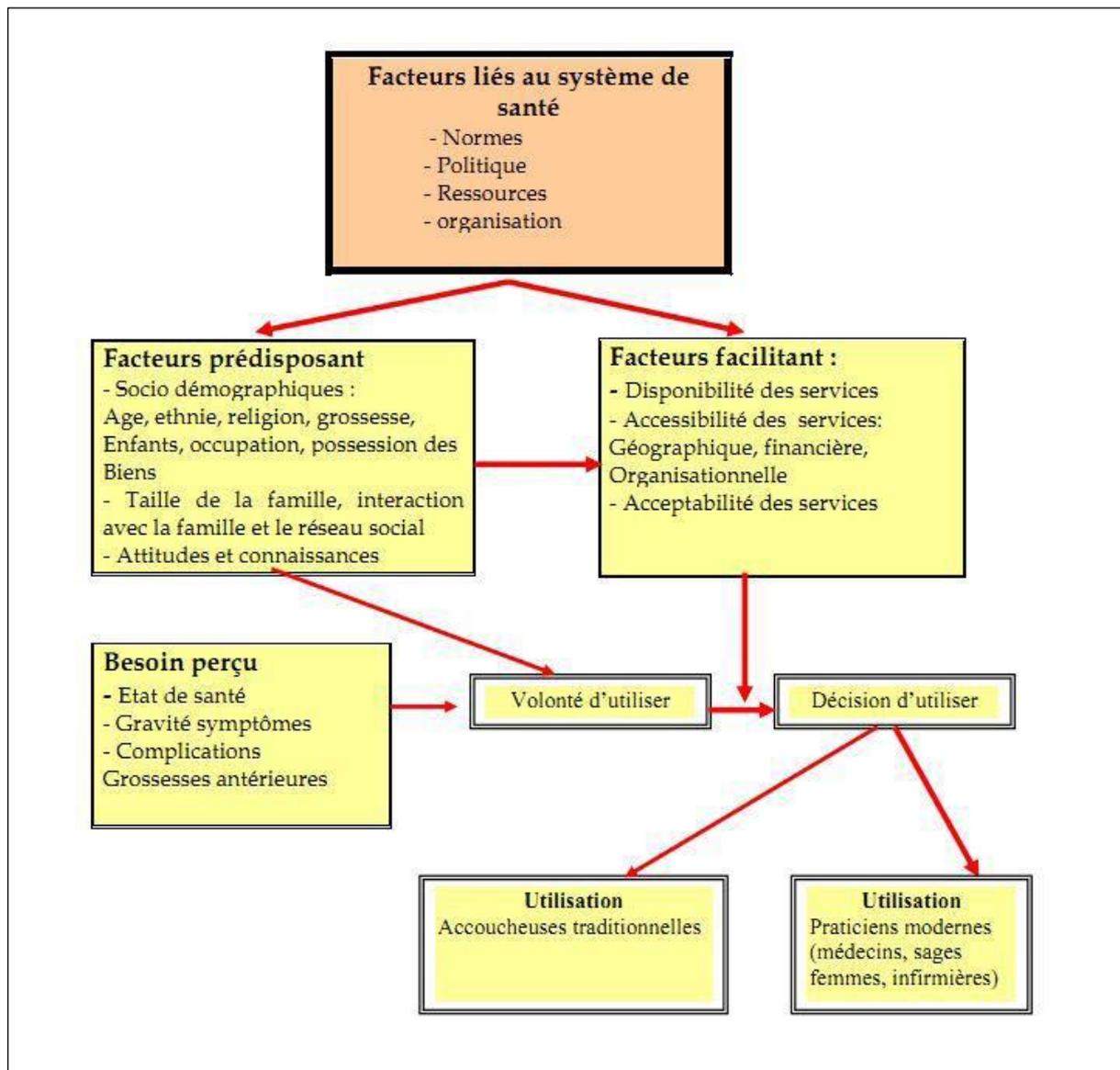


Figure I : cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de

Tableau 3 : attributs et dimensions de la qualité des soins⁶

Ressources
Présence de médicaments de qualité
Disponibilité des médicaments
Locaux adéquats
Disponibilité « d'appareils »
Nombre de docteurs (en fait de personnels de santé)
Personnel qualifié pour traiter les hommes
Personnel qualifié pour traiter les femmes
Processus (aspects techniques)
Examen clinique convenablement exécuté
Utilisation appropriée
Diagnostic bien porté
Médicaments adéquats prescrits
Surveillance jusqu'à la guérison
Processus (aspects interpersonnels)
Accueil convenable
Marques de compassion (voire pitié)
Respect du patient en tant que personne
Temps consacré suffisant
Explication pour éviter que la maladie ne se reproduise
Honnêteté dans les comportements professionnels et extra professionnels
Résultats
Efficacité des soins
Guérison rapide

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

Tableau 4 : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé (d'après penchansky / thomas, 1981) :

Dimension	Acceptabilité	Disponibilité	Accessibilité	Qualité des soins	Accès financier
Facteurs potentiels influant sur l'accès aux services de santé	- Processus de prise de décision au niveau ménage, - Perception en ce qui concerne les maladies, les prestataires, les médicaments	- Paquet de service définit, - Stock de médicaments, vaccins, - Personnel de santé techniquement compétent, - Infrastructure, - Diagnostic	- Distance des centres de santé, - Horaires ; routes et transport ; - Système de références et service, ambulance	- Accueil, - intimité donnée aux patients, - Accès à l'eau, l'électricité, l'hygiène, - maintien, nettoyage	- Coûts directs et indirects ; - Mode de paiement ; - Ressources et capitaux du ménage (argent, réseaux sociaux, épargne, crédit etc.)

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, intéressants les adhérents à l'assurance maladie obligatoire présents au CHU BSS de Kati au moment de l'étude.

4.2. Lieu d'étude

Centre Hospitalier Universitaire Bocar Sidi Sall de Kati

4.3. Période d'étude

10 Mars 2020 au 31 de Juillet 2020

4.4. Population d'étude :

Les patients présents au CHU BSS de Kati, adhérents à l'AMO.

4.5. Les variables d'étude et recueil des informations :

Recueil des informations

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête individuelle. L'appréciation de la qualité des ressources s'est limitée à l'appréciation de la disponibilité des médicaments et des analyses de laboratoire au niveau de l'hôpital, pris en compte par l'assurance maladie obligatoire.

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

Variabes étudiées

- Variable dépendante : la variable dépendante de cette étude est le recours aux soins (demande des soins).

- Variables indépendantes : les variables indépendantes étudiées ont été relatives à l'accueil, l'accès au médecin, la relation soignant-soigné, les explications prodiguées par le médecin sur la maladie, la disponibilité des médicaments, des examens de laboratoires et les explorations fonctionnelles, les couts induits par la demande des soins, la satisfaction des bénéficiaires, leur itinéraire thérapeutique.
- Les variables proxy : l'âge, le sexe, la nationalité, l'ethnie, la religion, la profession, le statut matrimonial, et le niveau d'instruction.

4.6. Echantillonnage :

4.6.1. Technique d'échantillonnage :

Il a s'agit d'un échantillonnage aléatoire simple.

4.6.2. Taille de l'échantillon :

Formule : $n = (Z\alpha)^2 \frac{p \cdot q}{i^2}$

n= taille de l'échantillon

Z α = écart réduit correspondant au risque α consenti, ici $Z\alpha = 1,96$ pour un risque d'erreur de 5%.

p= proportion des adhérents à l'assurance maladie à Kati.

$$P = \frac{\text{Nombre d'assurés à l'AMO à Kati}}{\text{Population de Kati}} = \frac{6676}{119\,445} = 0,0558$$

q= complément de p ($q = 1 - p$). = $1 - 0,0558 = 0,9442$

i= précision = 5%.

Ainsi la taille de notre échantillon serra égal :

$$n = (1,96)^2 \frac{(0,0558) \cdot (0,9442)}{(0,05)^2} = 80,95$$

Soit environ 81 patients

4.7. Critères d'inclusion :

- Tout patient adhérent à l'AMO
- Tout patients ayant droit.

4.8. Critères De non inclusion :

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

4.9. Traitement et analyse des données :

La saisie des données et l'analyse statistique ont été faites à l'aide du logiciel SPSS Statistics version 19, la saisie du texte a été faite sur le logiciel Microsoft Word 2010. Pour les tests statistiques, nous avons utilisé un seuil de signification $p < 0,05$.

4.10. Considérations éthiques :

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

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

4.11. Cadre d'étude : Notre étude a été réalisée au CHU BSS de Kati

Les raisons de ce choix sont liées au fait cette structure fait partie des plus visitées par les adhérents de l'AMO

4.11.1. Présentation :

Etablissement public hospitalier, le CHU de Kati sis au camp Soundiata Keita fait partie aujourd'hui des trois grands hôpitaux du Mali. Ancienne infirmerie de la garnison militaire française, l'édifice a été érigé en hôpital en 1967 sous le nom

de l'hôpital du 22 Aout avec la loi hospitalière du 2 juillet 2002 l'hôpital de Kati est devenu un centre hospitalier universitaire. Aujourd'hui dispose des équipement médicaux et non médicaux lui permettant de jouer en parti son rôle de 3^{ème} référence surtout dans les domaines de l'orthopédie et de la traumatologie. Le CHU de Kati a pour missions :

- Assurer le diagnostic et le traitement des malades blessés et des femmes enceintes lorsque cela est nécessaire et leur hébergement,
- Participer à des actions de santé de publique dans la limite de ses compétences,
- Assurer la formation initiale et la formation continu des professionnels de la santé,
- Participer à des actions de recherche dans le domaine médical,

4.11.2. Organisation

Le **CHU BSS de KATI** s'organise autour d'une Administration Générale constituée par le Conseil d'Administration, la Direction Générale, le Comité de Direction et des organes consultatifs.

Les services existants au CHU BSS de KATI sont :

- **L'administration générale composée de :**
 - La direction générale
 - Le secrétariat général
 - Le secrétariat particulier
 - Le bureau du personnel
 - La surveillance générale
 - La comptabilité
 - Le contrôle financier
 - Le bureau des entrées
 - Le service social
 - L'unité d'Acupuncture

- Le service des statistiques (chargé de l'information hospitalière).

➤ **Les services de consultations et de soins, composés de :**

- Le service d'anesthésie, de réanimation et des urgences
- Le service de cardiologie
- Les services de chirurgie : la Gynéco-obstétrique, l'Urologie, la Traumatologie ; la Neurochirurgie
- Le service de médecine
- Le service d'imagerie médicale avec radiologie/ Scanner, échographie
- Le laboratoire
- La pharmacie hospitalière
- Le service de Pédiatrie
- Le service d'Ophtalmologie
- Le service d'Odontologie
- La kinésithérapie.

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1. Données sociodémographiques

Tableau 5 : Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	47	58,0
Féminin	34	42,0
Total	81	100,0

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 58% avec un sex-ratio de 1,38.

Tableau 6 : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge en année	Effectif	Pourcentage
16 – 24	3	3,7
25 – 34	10	12,3
35 – 44	12	14,8
45 – 54	17	21,0
55 – 64	15	18,5
65 et plus	24	29,6
Total	81	100,0

Moy : 53,12 ± 10,3 ans

La tranche d'âge de 65 ans et plus était la plus représentée avec un taux de 29,6% ; 21% pour la tranche de 45 à 54 ans et seulement 3,7% pour celle de 16 à 24 ans. La moyenne d'âge était de 53 ans avec des extrêmes de 16 et 80 ans.

Tableau 7 : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	25	30,9
Malinké	11	13,6
Peulh	10	12,3
Senoufo	6	7,4
Sonrhäï	5	6,2
Sarakolé	5	6,2
Dogon	4	4,9
Minianka	3	3,7
Kassonké	2	2,5
Maure	2	2,5
Autre*	8	9,9
Total	81	100,0

*: Wolof (1), Bozo (1), Somono (1), Bobo (1), Diawandé (1), Kakolo (1), Mochi (1), Tamacheik (1).

L'échantillon était composé exclusivement de Maliens. Nous avons retrouvé 30,9% de bambaras, 13,6% de malinkés et 12,3% peulhs.

Tableau 8 : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Retraité	24	29,6
Salariés (publique et privé)	13	16,1
Ménagère	10	12,3
Enseignant (e)	9	11,1
Profession informelle	8	9,9
Agent de santé	7	8,6
Commerçant (e)	6	7,4
Paysan (e)	3	3,7
Elève	1	1,2
Total	81	100,0

Le retraités constituaient 29,6% de notre échantillon et les salariés 16,1%.

Tableau 9 : Répartition des patients en fonction de la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmane	76	93,8
Chrétienne	5	6,2
Autres	0	00
Total	81	100,0

La quasi-totalité (93,8%) de nos patients étaient de religion musulmane.

Tableau 10 : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	66	81,5
Veuf (veuve)	10	12,3
Célibataires	3	3,7
Divorcé	2	2,5
Total	81	100,0

Les mariés ont été les plus représentés avec 81,5%.

Tableau 11 : Répartition des patients en fonction du régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage
Polygamie	47	71,2
Monogamie	19	28,8
Total	66	100,0

Le régime était polygamique dans 71,2% de cas.

Tableau 12 : Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	13	16,1
Fondamental 1er cycle	12	14,8
Fondamental 2ème cycle	11	13,6
Secondaire	24	29,6
Supérieur	21	25,9
Total	81	100,0

Seul 16,1% de nos patients n'avaient aucun niveau d'étude. Les niveaux secondaire et supérieur ont été les plus représentés avec respectivement 29,6% et 25,9% des cas chacun.

5.1. Statut des patients par rapport à l'AMO

Tableau 13 : Répartition des patients en fonction du type d'adhésion

Type d'adhésion	Effectif	Pourcentage
Ouvrants droit	46	56,8
Ayants droit		
Par mon enfant	19	23,4
Par mon (ma) conjoint (e)	11	13,6
Par mon parent	5	6,2
Total	81	100,0

La majorité de nos patients soit 56,8% étaient les adhérents à l'AMO et les enfants avec 23,5% étaient les principaux bénéficiaires

5.2. Qualité perçue

⇒ Accueil

Tableau 14 : Répartition des patients en fonction de la qualité d'accueil

Qualité de l'accueil		Effectif	Pourcentage
	Beaucoup	62	76,5
Courtoisie à l'entrée du CHU	Moyennement	11	13,6
	Un peu	4	4,9
	Pas du tout	4	4,9
	Très confortablement	10	12,3
	Assez confortablement	49	60,5
Installation pendant l'attente du Médecin	Assez inconfortablement	9	11,1
	Très inconfortablement	8	9,9
	N'a pas attendu	5	6,2
Orientation	Oui	69	85,2
	Non	12	14,8
Privilège	Oui	34	42,0
	Non	47	58,0

Plus de la moitié des patients (76,5%) trouvait qu'il y'avait beaucoup de courtoisie à l'entrée du CHU ; pour 85,2% des patients, l'orientation a été effective. Entre autre on note une forte proportion des patients s'étant senti confortablement installé pendant l'attente du médecin (60,5%) et 58% d'entre eux n'avait pas de privilège.

Tableau 14 : Temps d'attente du personnel soignant

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Temps d'attente	00h :05 min	06h : 30min	01h 45 min	00h50min

La moyenne de temps d'attente du personnel soignant a été de 01h : 45min, pour un maximum de temps d'attente à 06h : 30min.

Tableau 15 : Répartition en fonction de l'opinion sur la Durée de l'attente

Opinion sur la durée de l'attente	Effectif	Pourcentage
Longue	33	40,7
Acceptable	38	46,9
Courte	6	7,4
N'a pas attendu	4	4,9
Total	81	100,0

Sur les 81 patients sélectionnés, 38 ont trouvé la durée d'attente du personnel soignant acceptable, soit 46,9% des cas.

➤ Accès au médecin, relation soignant soignée et explications reçues sur la maladie

Tableau 17 : Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations

Qualité des consultations		Effectif	Pourcentage
Facilité d'accès au médecin	Oui	51	63,0
	Non	30	37,0
Confidentialité de la consultation	Beaucoup	39	48,1
	Moyennement	34	42,0
	Pas du tout	8	9,9
Réponses aux questions posées	Beaucoup	57	70,4
	Moyennement	22	27,2
	Pas du tout	2	2,5
Respect du patient	Beaucoup	72	88,9
	Moyennement	8	9,9
	Pas du tout	1	1,2
Attention portée sur la maladie	Beaucoup	75	92,6
	Moyennement	6	7,4
Respect de l'intimité physique	Beaucoup	67	82,7
	Moyennement	11	13,6
	Pas du tout	3	3,7
Explications données sur la maladie	Non	1	1,2
	Oui mais pas clair	8	9,9
	Oui et clairement	72	88,9
Nature d'incompréhension	Origine	3	3,7
	gravité	3	3,7
	Si guérison possible	5	6,2
	Aucune	70	86,4
Encouragement à la prise des traitements	Beaucoup	74	91,4
	Moyennement	2	2,5
	Pas du tout	5	6,2

En général la qualité des consultations était bonne. La majorité (63%) des patients a affirmé avoir eu un accès facile au médecin, une consultation confidentielle (48,1%), avoir été respecté (88,9%), avoir reçu des explications claires sur sa maladie (88,9%) et avoir été encouragés à la prise des traitements (91,4%).

➤ Disponibilité des médicaments et examens complémentaires

Tableau 18 : répartition des patients en fonction des prescriptions et de la disponibilité des médicaments et examens complémentaires à l'hôpital

Ordonnances et examens		Effectif	Pourcentage
Ordonnance après consultation	Oui	79	97,5
	Non	2	2,5
Raison de l'absence de l'ordonnance	Pas prescrit	1	50,0
	Ne sait pas	1	50,0
Prise en charge de tous les médicaments par l'AMO	Oui	46	56,8
	Non	35	43,2
Médicaments et appareils non pris en compte par l'AMO	Ne se rappelle pas	9	11,1
	Anti calcium	2	2,5
	Calciparine	1	1,2
	Erythropoïétine	1	1,2
	Exoforge	1	1,2
	Fer	3	3,7
	Ne sait pas	2	2,5
	Cathéter de dialyse	2	2,5
Examens complémentaires après consultation	Oui	75	92,6
	Non	6	7,4
Raison de l'absence d'examens complémentaires	Pas prescrit	4	66,7
	Examens déjà faits	2	33,3
Prise en charge de tous les examens par l'AMO	Oui	53	70,7
	Non	22	29,3
Examens complémentaires non pris en compte par l'AMO	Charge virale	8	36,4
	Ne se rappelle pas	4	18,2
	NFS ⁸	4	18,2
	Parathormone	2	9,1
Achat des médicaments et appareils prescrits à la pharmacie de l'hôpital	PSA ⁹	2	9,1
	Totalité obtenue	11	13,6
	Une partie	33	40,7
	Aucuns obtenus	24	29,6
	Ne sait pas	7	8,6
	Ne se rappelle pas	4	4,9

	Ne s'y est pas rendu	2	2,5
Réalisation des examens complémentaires prescrits au niveau de l'hôpital (n=75)	Totalité réalisée	16	19,8
	Une partie	35	43,2
	Aucun réalisé	16	19,8
	Ne sait pas	7	8,6
	Ne s'y est pas rendu	7	8,6

⁸ Numération Formule Sanguine

⁹ Prostatic Spésific Antigen

Il est à noter que pour l'appréciation de la qualité des ressources, nous nous sommes limités à l'appréciation de la disponibilité des médicaments, analyses de laboratoires et examens radiographiques pris en comptes par l'AMO au niveau du CHU **BSS Kati**, comme décrit dans la méthodologie.

Pour cela nous avons obtenu les listes des analyses biologiques, des examens radiologiques et des médicaments disponibles respectivement au laboratoire, au service de radiologie et à la pharmacie du CHU **BSS Kati** (confère annexes).

5.3. Satisfaction des bénéficiaires

Tableau 19 : Satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au CHU BSS Kati

Satisfaction de la qualité de PEC	Effectif	Pourcentage
Pas satisfait (e) du tout	6	7,4
Pas très satisfait (e)	9	11,1
Assez satisfait	15	18,5
Très satisfait (e)	51	63,0
Total	81	100,0

La plupart des patients (63%) a été très satisfaite de la qualité de la prise en charge au CHU BSS Kati.

Tableau 20 : Satisfaction par rapport à l'AMO

Satisfaction AMO	Effectif	Pourcentage
Pas satisfait (e) du tout	6	7,6
Pas très satisfait (e)	3	3,7
Assez satisfait	29	35,8
Très satisfait (e)	43	53,1
Total	81	100,0

Dans la majorité des cas (88,9%), les patients ont été satisfaits de l'AMO.

Tableau 21 : Raison de la satisfaction par rapport à l'AMO

Raison satisfaction AMO	Effectif	Pourcentage
Accès facile aux soins	74	91,4
Médicaments disponibles à vil prix	71	87,7

Presque la totalité de notre échantillon a été satisfaite de l'assurance maladie obligatoire. Dans 91,4% des cas pour la facilité d'accès aux soins et dans 87,7% des cas pour la disponibilité des médicaments à vil prix.

Tableau 22 : Répartition des patients en fonction des suggestions d'amélioration de l'AMO

Suggestions d'amélioration de l'AMO	Effectif	Pourcentage
Réduire les procédures	51	63,0
Réduire le temps d'attente aux caisses	34	42,0
Améliorer la qualité de l'accueil	21	25,9
Augmenter la liste des prestations couvertes	14	17,3
Améliorer la collaboration avec les pharmacies et laboratoires.	7	8,6
Bien former le personnel	4	4,9
Réduire le taux des cotisations	4	4,9
Augmenter les catégories d'ayants droit	3	3,7
Augmenter le nombre de guichets	2	2,5
Prendre en compte les évacuations sanitaires	2	2,5
Caisses AMO au niveau des services.	2	2,5
Propres structures sanitaires pour l'AMO	1	1,2
Augmenter le nombre de souches des reçus	1	1,2

Plusieurs suggestions ont été reçues de la part des patients. Les plus cités étaient : la réduction des procédures, la réduction du temps d'attentes aux caisses et l'amélioration de la qualité de l'accueil.

5.4. Coûts induits par la demande des soins

Tableau 23 : Répartition des patients en fonction du coût de la consultation

Coût de la consultation	Effectif	Pourcentage
Ne se rappelle pas	12	14,8
Ne sait pas	6	7,4
N'a rien payé	4	4,9
300 FCFA	2	2,5
450 FCFA	52	64,2
1 000 FCFA	5	6,2
Total	81	100,0

Les coûts de consultation variaient ; en effet 14,8% des patients ne s'en rappelaient pas et 4,9% n'avaient eu à rien payés. Près de 64,2% avait payés 450 FCFA ; 6,2% 1000 FCFA et 2 patients 300 FCFA.

Tableau 24 : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le montant de la consultation

Montant de la consultation	Effectif	Pourcentage
Elevé	3	3,7
Pas élevé	75	92,6
Ne sait pas	3	3,7
Total	81	100,0

Le montant de la consultation n'était pas élevé pour 92,6% des patients.

Tableau 25: Répartition des patients en fonction du coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus

Coût de l'hospitalisation / soins reçus	Effectif	Pourcentage
Ne se rappelle pas	6	7,4
N'a rien payé	2	2,5
Ne sait pas	1	1,2
N'en a pas bénéficié	41	50,6
[5 00 – 1 000]fcfa	17	21,0
[1 000 – 5 000]fcfa	5	6,2
[5 000 – 10 000]fcfa	3	3,7
[10 000 – 15 000] fcfa	2	2,5
>15 000 fcfa	4	4,9
Total	81	100,0

Dans 50,6% des cas les patients n'avaient pas bénéficié de l'hospitalisation ou des soins payants. Cependant pour ceux qui en avaient bénéficié, les dépenses se sont situées dans la majorité des cas entre 500 et 1 000 FCFA soit 21%.

Tableau 26 : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'hospitalisation / soins reçus

Opinion sur le coût de l'hospitalisation / soins reçus	Effectif	Pourcentage
Elevé	4	10,0
Pas élevé	28	70,0
Ne sait pas	8	30,0
Total	40	100,0

Parmi les 40 patients ayant bénéficié de l'hospitalisation et des soins à titre de l'assurance maladie, 70% ont considéré que les couts ne sont pas élevés.

Tableau 27 : Répartition des patients en fonction du cout moyen d'une ordonnance

Coût moyen des ordonnances	Effectif	Pourcentage
Ne se rappelle	21	25,9
Ne sait pas	6	7,4
[1 000 – 5 000[Fcfa	23	28,4
[5 000 – 10 000[Fcfa	26	32,1
[10 000 – 15 000] Fcfa	4	4,9
>15 000 Fcfa	1	1,2
Total	81	100,0

Le cout d'une ordonnance était situé en majorité entre 5 000 et 10 000 FCFA. Cependant, 25,9% des patients ne se rappelaient pas du cout moyen des ordonnances.

Tableau 28 : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'ordonnance

Opinion sur le coût de l'ordonnance	Effectif	Pourcentage
Elevé	11	13,6
Pas élevé	64	79,0
Ne sait pas	6	7,4
Total	81	100,0

La majorité des patients, soit 79%, avait considéré que le cout de leur ordonnance n'était pas élevé.

Tableau 29 : Répartition des patients en fonction du cout moyen des examens complémentaires

Cout moyen des examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Ne se rappelle pas	22	27,2
Ne sait pas	15	18,5
[1 000 – 5000]FCFA	19	23,4
[5 000 – 10 000]FCFA	11	13,6
[10 000 – 15000] FCFA	9	11,1
>15 000 FCFA	5	6,2
Total	81	100,0

Dans notre échantillon, moins de la moitié des patients (27,2%) ne se rappelait pas du cout des examens complémentaires effectués. Pour ceux qui se sont rappelés, le prix moyen se situait en majorité entre 1 000 et 5 000 FCFA.

Tableau 30 : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût des examens complémentaires

Opinion sur le coût des examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Elevé	31	38,3
Pas élevé	34	42,0
Ne sait pas	16	19,7
Total	81	100,0

Près de 42% de nos patients, avait considéré le cout de leurs examens complémentaires pas élevé.

➤ **Difficultés financières**

Tableau 31 : Répartition des difficultés financières en fonction du sexe

Sexe	Difficultés financières		Total (%)
	Oui	Non	
Masculin	9	38	47 (58,0)
Féminin	18	16	34 (42,0)
Total	27 (33,3)	54 (66,7)	81 (100,0)

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la présence des difficultés financières et le sexe, avec $P = 0,518 (<0,05)$

Tableau 32 : Répartition des difficultés financières en fonction de la profession

Profession	Difficultés financières		Total (%)
	Oui	Non	
Retraité	6	18	24 (29,6)
Salariés (publique et privé)	2	11	13 (16,1)
Ménagère	6	4	10 (12,3)
Enseignant (e)	2	7	9 (11,1)
Profession informelle	6	2	8 (9,9)
Agent de santé	2	5	7 (8,6)
Commerçant (e)	1	5	6 (7,4)
Paysan (e)	2	1	3 (3,7)
Elève	0	1	1 (1,2)
Total	27 (33,3)	54 (66,7)	81 (100,0)

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la présence des difficultés financières et la profession, avec $P = 0,538 (>0,05)$.

Tableau 33 : Répartition des difficultés financières en fonction de l'aide reçu

Aide reçu	Difficultés financières		Total (%)
	Oui	Non	
Parents proches	46	16	62 (76,5)
Aucune aide	8	11	19 (23,5)
Total	54 (66,7)	27 (33,3)	81 (100,0)

Il n'y a pas eu de relation statistiquement significative entre la présence de l'aide et la présence de difficulté financières $P=0,009$ ($P<0,05$)

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

Tableau 34 : Nombre de recours aux soins hospitaliers au cours des 6 derniers mois en fonction du sexe

Nombre de recours aux soins	Sexe		Total (%)
	Masculin	Féminin	
1 fois	3	4	7 (8,6)
2 fois	10	6	16 (19,8)
Au moins 3 fois	34	24	58 (71,6)
Total	47 (58,0)	34 (42,0)	81 (100,0)

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le nombre de recours aux soins hospitaliers et le sexe, $P=0,0078$ ($P<0,05$)

Tableau 35 : Nombre de recours aux soins hospitaliers depuis les 6 derniers mois en fonction du niveau d'instruction

Nombre de recours aux soins	Niveau d'instruction			Total (%)
	Aucun	Fondamental et secondaire	Supérieur	
1 fois	2	3	2	7 (8,6)
2 fois	3	6	7	16 (19,8)
Au moins 3 fois	12	24	22	58 (71,6)
Total	17	33	31	81 (100,0)

Nous n'avons pas retrouvé de relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le nombre de recours aux soins.

Tableau 36 : Répartition des patients en fonction du nombre de recours aux Tradi-thérapeutes depuis les 6 derniers mois

Nombre de recours aux médecins traditionnels	Effectif	Pourcentage
0 fois	57	70,4
1 fois	15	18,5
2 fois	6	7,4
3 fois	2	2,5
6 fois	1	1,2
Total	81	100,0

Dans notre échantillon, près de 70,4% des patients n'ont jamais eu recours aux Tradi-thérapeutes au cours des six derniers mois précédent l'enquête.

Tableau 37 : Répartition des patients en fonction du nombre de recours à la pharmacie par terre depuis les 6 derniers mois

Nombre de recours à la pharmacie par terre	Effectif	Pourcentage
0 fois	64	79
2 fois	10	12,3
3 fois	7	8,7
Total	81	100,0

Les pharmacies par terre ont été visitées par seulement 21% de notre échantillon, pendant les six mois précédant l'enquête.

Tableau 38 : Premier recours en cas de maladie en fonction du sexe

Premier recours	Genre des adhérents		Total (%)
	Masculin	Féminin	
Auto médication	14	4	18
Médecins traditionnels	6	7	13
Hôpital	27	23	50 (61,7%)
Total	47 (58,0)	34 (42,0)	81 (100,0)

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le premier recours et le sexe, avec $P= 0,189$.

Tableau 39 : Répartition des patients en fonction de la raison du non recours à l'hôpital

Raison du non recours à l'hôpital	Effectif (n= 55)	Pourcentage
Pas assez d'argent	12	21,8
Moins contraignant	26	47,2
Conception de la gravité	17	31

La principale raison du non recours des patients de notre échantillon à l'hôpital a été le caractère moins contraignant.

Tableau 40 : Répartition des patients en fonction du moment du recours à l'hôpital

Moment du recours à l'hôpital	Effectif	Pourcentage
Dès l'apparition des premiers signes de la maladie	45	55,6
A la persistance des symptômes	16	19,8
A l'aggravation de l'état de santé	20	24,6
Total	81	100,0

Dans notre échantillon, pour 55,6% des patients le recours à l'hôpital est envisagé dès l'apparition des premiers signes. Par contre 19,8% des patients l'ont envisagée à la persistance des symptômes.

Tableau 41 : Répartition des adhérents selon le degré de respect des règles

Degré de respect des règles	Effectif	Pourcentage
Adhérents ayant violé les règles de l'AMO	30	37
Adhérents ayant respectés les règles de l'AMO	51	63
Total	81	100,0

Dans notre 37% des adhérents n'ont pas respectés les règles

Tableau 42 : Répartition des adhérents selon le type de fraude

Type de fraude	Effectif	Pourcentage
Adhérents ayant aidé un non adhérents à payer ses médicaments	20	66,7
Adhérents ayant aidé un non adhérents a payé ces examens complémentaires	10	33,3
Total	30	100,0

Sur les 30 patients n'ayant pas respectés les règles, 66,7% ont aidés un non adhérent à payer ses médicaments

Tableau 43 : Répartition des adhérents selon la manière de fraude

Manière de fraude	Effectif	Pourcentage
En complicité avec un agent de santé traitant	18	60
En complicité avec un agent de l'AMO	8	26,7
Autre	4	13,3
Total	30	100,0

La majorité des fraudeurs l'ont fait en complicité avec un agent de santé

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Caractéristiques sociodémographiques

Pour l'ensemble de l'échantillon, le sexe masculin a été le plus représenté, soit 58% des patients, avec un sexe ratio de 1,38. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, bien que minoritaire dans la population générale, les hommes sont généralement les chefs de ménage, et ainsi il est plus facile pour eux de prendre la décision de se rendre à l'hôpital que les femmes.

La tranche d'âge 65 ans et plus a été la plus représentée avec 29,6%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est une tranche d'âge qui présente généralement des pathologies chroniques telles que le Diabète et l'HTA.

Aussi, nous avons trouvé une moyenne d'âge à 53,12 ans avec un minimum à 16 ans et un maximum à 77 ans.

Nous avons rencontré plusieurs ethnies différentes avec une majorité des bambaras, soit 30,9% de notre échantillon, suivi des malinké 13,6% et des peulhs 12,3%. Ce qui est comparable à la répartition nationale selon l'EDSM V [14].

Les retraités ont représenté 29,6% de notre échantillon. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que nous avons trouvé une forte proportion des patients dans la tranche d'âge 65 ans et plus, tranche d'âge dans laquelle l'on est le plus souvent déjà en retraite, avec une forte demande de soins, lié à l'effet de l'âge.

Notre étude révèle que 81,5% de nos patients étaient mariés ; avec un régime polygamique dans 71,2% des cas. Cela trouverait son explication dans le fait que, étant marié, donc stable, l'on est plus en même de se préoccuper de son état de santé, tenant compte aussi des encouragements du partenaire à recouvrer la santé.

Les niveaux d'instructions secondaire et supérieur étaient les plus représentés dans notre échantillon avec respectivement 29,6% et 25,9% des cas chacun.

6.2. Statut des patients par rapport à l'AMO.

A peu près 35 patients bénéficiaient de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint (13,6%), d'un parent (6,2%) ou d'un enfant (23,4%), soit 43% de l'échantillon. Ils avaient ainsi le statut d'ayants droit. Les bénéficiaires principaux (ouvrants droit) ont été plus représentés avec 56,8% des cas. Tandis que **KASSAMBARA M** au Mali trouve 40% des ouvrants droit.

6.3. Qualité perçue par les adhérents

En ce qui concernait la qualité de l'accueil, plus de la moitié des patients a déclaré être bien accueilli à l'entrée (76,5%), être orienté (85,2%), n'avoir pas été privilégié (58%) et avoir été installé assez confortablement pendant le temps d'attente du médecin (60,5%). Concernant l'accueil, **SISSOKO F** [15] au Mali trouve 80% comme taux de satisfaction chez les adhérents à la garantie santé de la MUTEK. Ce qui est comparable à notre étude. Par contre, **Alloh D et al** 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 46,9% des patients considéraient qu'elle était acceptable. Nous avons trouvé une durée moyenne d'attente de 1 heure 45 minutes, avec un maximum à 6 heures 30 minutes d'attente. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, les patients arrivent en grand nombre assez tôt et sont obligés de beaucoup patienter pour être consultés.

Le plan stratégique de l'hôpital de **KIBUYE** de 2013 [16] 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.

En ce qui concerne la qualité des consultations, la majorité des patients a affirmé qu'il était facile d'avoir accès au médecin (63%). La confidentialité ; le respect du patient et de son intimité physique ont été beaucoup respectées (48,1%, 88,9%, 82,7% respectivement). Il accordait beaucoup d'attention à la

maladie (92,6%) notamment par les discussions qui comprenaient beaucoup de questions (70,4%) et qui obtenaient beaucoup de réponses dans 70,4% des cas. Par ailleurs les patients recevaient beaucoup d'encouragement dans la prise de traitement.

Cependant, malgré l'excellente qualité des consultations, 11,1% des patients ont affirmés avoir eu des incompréhensions qui étaient basées dans 3,7% des cas sur l'origine de leur maladie, dans 3,7% sur la gravité de leur maladie et dans 6,2% sur la possibilité de guérison. **Kadidiatou K [19]** dans son étude trouve un taux d'incompréhension à 11,6%, qui est comparable à celui de notre étude.

6.4. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Il découle de notre étude que 81,5% des patients ont été satisfait de leur prise en charge générale au CHU BSS de Kati un taux de satisfaction qui est comparable à ceux de **KASSAMBARA M** qui trouve un taux de satisfaction à 94%.

Aussi ; 88,9% des patients ont été très satisfait de l'assurance maladie. **KASSAMBARA M** trouve 73%(très satisfait) et 21% (assez satisfait)

Les deux principales raisons de la satisfaction par rapport à l'AMO ont été la facilitation de l'accès aux soins (91,4%) et la disponibilité des médicaments à un prix abordable grâce à l'AMO (87,7%).

Néanmoins, plusieurs suggestions d'amélioration de l'AMO ont été faites avec comme principales : La réduction des procédures (63%), la réduction du temps d'attente au niveau des caisses (42%).

6.5. Coûts induits par la demande des soins.

Dans notre étude 72,9% des patients connaissaient le prix de la consultation avec l'AMO et seulement 3,7% trouvait le prix élevé. Toutefois, Dans 50,6% des cas les patients n'avaient pas bénéficié de l'hospitalisation ou des soins payants. Cependant pour ceux qui en avaient bénéficié, les dépenses se sont

situées dans la majorité des cas soit 21% entre 5 00 et 1 000 FCFA. Ainsi plus de la moitié soit 70% considérait le coût de l'hospitalisation pas élevé.

Dans notre étude le coût moyen des ordonnances variait ; ainsi 32,1% des patients avait dépensés entre 5000 et 10000 FCFA, 28,4% entre 1000 et 5000 FCFA et 25,9% ne s'en rappelait pas et 79% des patients ont considérés leurs dépenses en médicaments pas élevée. Sissoko F. [15] dans son étude n'as pas trouvé de couts d'ordonnance supérieur à 5000 FCFA.

Concernant les examens complémentaires, les patients ne s'en rappelaient que dans 27,2% des cas mais ont néanmoins affirmé considérer les dépenses liées aux examens complémentaires pas élevée dans 42% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de Sissoko F [15] qui trouve le cout des examens situé entre 1000FCFA et 3000FCFA dans 52,7% des cas.

Selon l'EDSM V [14], toutes ces dépenses en santé sont inférieures à la moyenne.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que pour les adhérents à l'AMO, les dépenses de santé sont prises en charge à 70% en ambulatoire et à 80% en hospitalisation. Ce qui contribue à réduire considérablement les dépenses des patients, qui ne paient que le ticket modérateur. Cela expliquerait aussi le fait que 66,7% des patients de notre échantillon n'aient pas rencontré des difficultés financières au cours de leurs dépenses en santé.

Notre étude n'a pas montré de relation statistiquement significative entre la présence des difficultés financières et le sexe d'une part, et la profession d'autre part avec respectivement une p valeur égale à 0,518 et 0,538, toutes supérieures à 0,05.

Malgré l'absence de difficultés financières pour la majorité des patients, 66,7% d'entre eux ont reçu de l'aide financière d'un proche parent. Cela

trouverai sont explication sur le fait que la famille et solidarité sont les principales valeurs de la vie sociale au Mali.

6.6. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO

Au cours de notre étude, nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le nombre de recours aux soins hospitaliers et le sexe d'une part, et le nombre de recours aux soins hospitaliers et le niveau d'instruction d'autre part.

Près de 70,4% de nos patients n'ont pas eu recours à un médecin traditionnel des six mois précédant notre enquête.

Seulement 21% de l'échantillon a eu recours à une pharmacie par terre dans les six mois précédant l'enquête.

Cependant en général les patients avaient la bonne attitude face à la maladie, qui est de se rendre à l'hôpital en premier recours (61,7%). Néanmoins nous avons retrouvé une proportion considérable des patients qui ont eu recours en première intention à l'automédication (22,2%). Ce qui est quand même inférieur aux statistiques nationales (58%) selon l'EDSM V [14]. Notre résultat est également inférieur à ceux trouvés par **Yabga Bertin T. [23]** en Côte d'ivoire, **El Omari S. [24]** aux Philippines et **Commeyras C et Ndo JR [12]** au Cameroun, qui trouvent respectivement 27%, 38% et 36,7% d'automédication dans leurs études.

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

Le non recours à l'hôpital en première intention a pour raisons : le caractère moins contraignant par rapport aux autres types de recours avec 47,2%, le manque d'argent avec 21,8% et la conception de la gravité de la maladie avec 31%. Au Cameroun, **Commeyras C et Ndo JR [12]** trouvent comme

principale raison du non recours à l'hôpital en première intention la barrière financière avec 62,7% des cas, suivi de la qualité des services dans 21,1% des cas. Ce qui s'explique par le fait qu'à peine 1% de la population camerounaise bénéficie d'une couverture du risque maladie [25].

Mushagalusa Salongo [11] en République Démocratique du Congo trouve le déterminant financier comme raison du non recours à l'hôpital en première intention dans 24% des cas, la conception moins grave de la maladie dans 20% des cas et les contraintes liées à la demande des soins hospitaliers dans 18% des cas. **Aude Nikiéma, Clémentine Rossier et Valéry Ridde [26]** au Burkina Faso trouvent parmi les raisons du non recours aux soins, l'accès financier avec 51,3%.

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

Le recours à l'hôpital n'a été envisagé qu'à la persistance des symptômes dans 19,8% des cas, taux est nettement inférieur à celui trouvé par **Commeyras C et Ndo JR [12]**, 50,5%.

6.7. Attitude des bénéficiaires face aux règles :

Dans notre échantillon 37% n'ont pas respecté les règles de l'AMO ce qui n'est pas comparable à l'étude de **Kassambara M et Ymele NC** qui n'avaient pas inclus cette partie dans leur étude. Certains patients ayant violé les règles ont aidé soit un proche, un ami, un parent à payer leurs ordonnances (66.7%) ; soit à payer leurs examens complémentaires (33.3%) cela veut dire que la fraude reste à bannir dans l'assurance maladie obligatoire.

Dans notre étude 60% des patients ont violé les règles en complicité avec un agent de santé contre 26.7% avec un agent de l'AMO. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali on demande trop de services à un parent, un ami, un proche travaillant dans un service quelconque.

6.8. Limites et difficultés de l'étude

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

Notre travail avait plus spécifiquement pour but d'apprécier la qualité de l'offre, la satisfaction des bénéficiaires, les couts induits par la demande des soins et l'itinéraire thérapeutique des bénéficiaires face à la maladie.

Nous nous sommes confrontés à certaines limites et/ou difficultés, qui étaient principalement :

- Refus de certains patients à se soumettre au questionnaire, pour certains par manque de temps, par crainte du Covid19 et pour d'autre lié au simple fait de la fatigue car ayant déjà assez attendu au niveau des services.
- Certains patients n'ont pas été recrutés directement au sortir des consultations et ont été interrogés sur des consultations antérieures, avec une possibilité de biais de mémoire.
- Par rapport aux montants des différentes dépenses effectués (consultations, médicaments, analyses...), certains patients n'ont pas pu estimer le coût des dépenses, dû au fait qu'étant malade et alité, c'est généralement leurs accompagnants qui se rendaient au niveau des guichets.
- Concernant l'itinéraire thérapeutique des patients face à la maladie, une possibilité de biais d'information (biais de prévarication) pourrait être notée, dû au fait que les patients n'ont pas été observés directement, mais nous nous sommes basés sur leurs déclarations qui ont pu être modifiées par le simple fait que le questionnaire était soumis par un agent de la santé.

CONCLUSION

7. CONCLUSION

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

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

Dans l'ensemble les patients ont donné une bonne appréciation à la qualité des prestations (accueil, consultations...) au CHU BSS de Kati. Cependant la longue durée de l'attente est encore un obstacle à la facilitation du recours aux soins des adhérents, ainsi que l'indisponibilité de la majorité des prescriptions (médicaments et examens complémentaires) au niveau de la structure.

La majorité des patients ont respectés les règles de l'AMO(63%)

RECOMMANDATIONS

8. RECOMMANDATIONS.

Au terme de cette étude sur l'évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU BSS de Kati, nous formulons les recommandations suivantes :

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

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

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

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

8.3. Par rapport à l'indisponibilité de la plupart des prescriptions (médicaments et examens complémentaires) au niveau de l'hôpital

- Elargir la liste des médicaments pris en charge par l'AMO
- Envisager une convention entre l'hôpital et l'AMO en vue de mettre à la disponibilité des adhérents les différents médicaments pris en charge au niveau de l'hôpital, y compris les spécialités.
- Augmenter le nombre de vaccin pris en charge par l'AMO

- Augmenter la gamme et la fiabilité des examens complémentaires au niveau de l'hôpital.

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

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

8.5. Par rapport aux suggestions d'amélioration de l'AMO :

- Réduire les procédures
- 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.
- Elargir la liste des prestations couvertes.
- Envisager la prise en charge des évacuations sanitaires++++++

8.6. Par rapport à la fraude :

- Sensibiliser les adhérents à respecter les règles.
- Sensibiliser les agents de santé à ne pas recopier les ordonnances d'autrui
- Sensibiliser les agents de l'AMO à ne pas livrer des ordonnances AMO sans les bénéficiaires
- Pérenniser l'utilisation des cartes AMO biométriques qui jouent un rôle important dans la lutte contre la fraude.

RÉFÉRENCES

9. RÉFÉRENCES :

- 1 **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
- 2 **YMELE NANA CEDRIC : THESE**
Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance Maladie obligatoire au **CHU POINT G** thèse de doctorat Médecine FMOS 2015(147 pages).15M 223.pdf
- 3 **SISSOKO Fodé.**
Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie sante dans le centre de santé de la MUTEC. Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS, 2010 ; 108 p.
- 4 **SANOOGO Moussa.**
La vente illicite des médicaments à Bamako : conséquences sur l'économie et la santé publique. *L'émergent*. Décembre 2014, 006, p.21-23.
- 5 **KANTA Kadidiatou.**
Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de kolokani). Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS, 2007 ; 154 p.
- 6 **AUDIBERT M., ROODENBEKE E.**
Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, Analyse de situation et perspectives, Région Afrique, département du développement Humain, Avril 2005,88 p
- 7 **MINISTERE DE LA SANTE.**
Plan décennal de développement Sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023. Version validée, 2014, 97 p.
- 8 **TOURÉ L., RIDDE V., QUEUILLE L.**
Evaluation des besoins de plaidoyer en appui à la couverture universelle santé. In Burkina Faso, Mali, and Sénégal. Rapport Mali version définitive. Janvier 2014, 44 p.
- 9 **MINISTERE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES.**
Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali. Rapport final, octobre 2011, 55 p.
- 10 **GUY CARRIN, CHRIS JAMES.**
L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance. In Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LETOURMY. *L'Assurance maladie en Afrique francophone Améliore l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington : BANQUE MONDIALE, 2006, 456 p.

11 MALIACTU (2013).

L'AMO, Un Important Jalon : Pour La Couverture Maladie Universelle. Publié le 18 octobre 2013. Disponible à l'adresse : <<http://maliactu.net/lamo-un-important-jalon-pour-la-couverturemaladie-universelle/>>

12 DIDIER GOBBERS.

L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. *Rubriques international*. Mars 2002.

13 AUDIBERT M., ROODENBEKE E., A PAVY- LETOURMY et al.

Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en termes d'offre de soins est- elle une réponse, communication présentée au développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon ; Décembre 2004.

14 SALONGO PACIFIQUE M.

Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de kadutu, province du Sud Kivu- RD Congo, Diplôme d'étude spéciale en économie de la santé, Mémoire : Université de Kinshasa, faculté de médecine, Décembre 2005 ; 81P.

15 Christophe COMMEYRAS, Jean Rolin NDO.

Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun, 2003,46 p

16 FOURNIER P. et HADDAD S.

Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en Développement, pp.289-325, in Hubert GERARD et Victor PICHE : la sociologie des populations, Montréal, AUPELF-UREF, 1995, pp. 289.

17 Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International.

Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International, 2014.

18 HOPITAL DE KIBUYE.

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

19 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.

20 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 Organisation. *Health systems financing : The path to universal coverage*. 2010, 45p.

21 MINISTERE DE LA SANTE.

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

22 TAPE Yabga Bernardin.

Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire. Mémoire de maîtrise : Economie. Laval : faculté des études supérieures de l'université de Laval, 2007 ; 81 p.

23 Nkoa F.C., Ongolo-Zogo P.

Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun, 2012, 206 p

24 Aude Nikiéma, Clémentine Rossier, Valéry Ridde.

Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain : le cas de la périphérie nord de Ouagadougou, 2010, 36 p

ANNEXES

ANNEXE 1**FICHE D'ENQUETE**

Date de l'enquête :

Numéro de l'équipe / __/__/

Numéro de la fiche d'enquête / __/__/__/

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour, je me nomme _____ je suis

_____. Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de fin de cycle en Médecine dont le thème est intitulé : « Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU BSS Kati », j'aimerais avoir votre accord pour vous soumettre à ce questionnaire qui me permettra de collecter des informations sur la façon dont vous avez recours aux soins. L'entretien prendra 10 à 15 minutes. Nous vous rassurons que ces informations seront strictement confidentielles et l'anonymat sera conservé. Les noms ne figureront sur aucun rapport et ne serviront qu'à se retrouver dans les fiches. Ces informations nous aideront non seulement à mener à bien notre travail, mais les résultats qui en ressortiront pourraient servir à améliorer et ou à perfectionner le système de santé dont vous et d'autres personnes seront bénéficiaires.

Nous tenons à préciser que la participation à cette étude est volontaire et vous pouvez à n'importe quel moment de l'enquête mettre un terme à votre participation, vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou demander plus d'amples informations si l'un des termes échappe à votre compréhension.

Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

Oui Non **SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ENQUETE :****Q1/ Nom et prénoms :**

.....

Q2/ sexe ? (Ne pas poser la question)

1= /___/ Masculin

2= /___/ Féminin

Q3/ Quel âge avez-vous ?

1= /___/___/ans (passer à la question Q5)

3= /___/ refus de répondre

(passer à la question Q5)

2= /___/ ne sait pas (passer à la question Q4)

Q4/ Quel est votre âge, environ ?

1= /___/ entre 16 et 24 ans

4= /___/ entre 45 et 54 ans

2= /___/ entre 25 et 34 ans

5= /___/ entre 55 et 64 ans

3= /___/ entre 35 et 44 ans

6= /___/ 65 ans et plus

Q5/ Quelle est votre nationalité ? _____

Q6/ Quelle est votre ethnie ?

1 = /___/ Bambara

2= /___/ Peulh

3= /___/ Sarakolé

4= /___/ dogon

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q7/ Quelle est votre religion ?

1= /___/ Musulmane

3= /___/ Autres (à préciser) : _____

2= /___/ Chrétienne

Q8/ Quelle est votre profession ?

1= /___/ Paysan (e)

2= /___/ Commerçant (e)

3= /___/ Etudiant (e)

4= /___/ Fonctionnaire

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q9/ Quel est votre statut matrimonial ?

1= /___/ Célibataire.

3= /___/ Divorcé (e)

2= /___/ Marié (e)

4= /___/ Veuf (veuve)

Q10/ Quel est votre régime matrimonial ?

1= /___/ Polygamie

2= /___/ Monogamie

Q11/ Quel est votre niveau d'instruction ?

1= /___/ Aucun

4= /___/ secondaire

2= /___/ Fondamental 1^{er} cycle

5= /___/ Supérieure

3= /___/ Fondamental 2^{ème} cycle

6= /___/ école coranique traditionnelle

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

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

1= /___/ Moi-même

3= /___/ Mon parent

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

4= /___/ Mon enfant

SECTION 3 : QUALITE PERCUE PAR LES ADHERENTS

ACCUEIL

Q13/Pourquoi êtes-vous venu à l'hôpital (motif de consultation) ?

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

- 1= /___/ Beaucoup
 2= /___/ Moyennement
 3= /___/ Un peu
 4= /___/ pas du tout
 5= /___/ ne sait pas

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

- 1= /___/ Oui
 2= /___/ Non

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

- 1= /___/ heures /___/ minutes.
 2= /___/ ne sait pas.

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

- 1= /___/ Long
 2= /___/ Acceptable
 3= /___/ Court
 4= /___/ Autres (à préciser) : _____

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

- 1= /___/ Oui
 2= /___/ Non

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

- 1= /___/ Très confortablement
 2= /___/ Assez confortablement
 3= /___/ Assez inconfortablement
 4= /___/ Très inconfortablement.
 5= /___/ Autres (à préciser) : _____

ACCES AU MEDECIN, RELATION SOIGNANT-SOIGNE ET EXPLICATIONS**RECUS SUR LA MALADIE.****Q19/ Vous a-t-il été facile de rencontrer le Médecin ?**

- 1= /___/ Oui
 2= /___/ Non

Pourquoi ? _____

Q20/ Votre consultation a été confidentielle ?

- 1= /___/ Beaucoup
 2= /___/ Moyennement
 3= /___/ Un peu
 4= /___/ Pas du tout
 5= /___/ Ne sait pas

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

- 1= /___/ Beaucoup
 2= /___/ Moyennement
 3= /___/ Un peu
 4= /___/ Pas du tout
 5= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Non

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

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

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

1= /___/ l'origine de ma maladie

2= /___/ la gravité de ma maladie

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

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

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

1= /___/ Beaucoup

2= /___/ Moyennement

3= /___/ Un peu

4= /___/ Pas du tout

5= /___/ Ne sait pas

SECTION 4 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES**Q27/ Avez-vous reçu une ordonnance ?**

1= /___/ Oui (passer à la question Q29)

2= /___/ Non (passer à la question Q28)

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

1= /___/ l'agent de santé ne m'en a pas prescrit

4 /___/ Autres (à préciser) _____

2= /___/ j'avais déjà en ma possession les médicaments nécessaires

3=

/___/ Ne sait pas

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

1= /___/ oui

2 /___/ non

Q29.1/ Quels médicaments ou appareillages n'étaient pas pris en compte par l'AMO ?

Q30/ Avez-vous reçu des examens complémentaires ?

1= /___/ Oui (passer à la question Q32)
(passer à la question Q31)

2= /___/ Non

Q31 / Pourquoi n'avez-vous pas reçu d'examens complémentaires ?

1= /___/ l'agent de santé ne m'en a pas prescrit

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ j'avais déjà fait tous les examens nécessaires

4 /___/ Autres (à préciser) : _____

Q32 / Les examens complémentaires prescrits étaient-ils tous pris en compte par l'AMO ?

1= /___/ oui

2 /___/ non

Q32.1/ Quels examens complémentaires n'étaient pas pris en compte par l'AMO ?

Q33/ les médicaments ou appareillages prescrits étaient-ils tous disponible au niveau de la pharmacie de l'hôpital ?

1= /___/ Oui j'ai obtenu la totalité au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

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

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

4= /___/ Ne sait pas.

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

Q34/ les examens complémentaires prescrits étaient-ils tous disponible au niveau de l'hôpital ?

1= /___/ Oui j'ai pu réaliser la totalité des examens au niveau de l'hôpital.

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

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

4= /___/ Ne sait pas.

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q34.1/ lesquels des examens complémentaires prescrits n'étaient pas disponible au niveau de l'hôpital ?

SECTION 5 : COUTS INDUITS PAR LA DEMANDE DES SOINS

Q35/ Combien avez-vous payé pour la consultation ?

1= / ___ / j'ai payé _____ FCFA
 2= / ___ / je n'ai rien payé
 3= / ___ / Ne sait pas
 4= / ___ / Autres (à préciser)

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

1= / ___ / Oui
 2= / ___ / Non
 3= / ___ / Ne sait pas

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

1= / ___ / j'ai payé _____ FCFA
 2= / ___ / je n'ai rien payé
 3= / ___ / Ne sait pas
 4= / ___ / Autres (à préciser)
 5= / ___ / n'en a pas bénéficié

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

1= / ___ / Oui
 2= / ___ / Non
 3= / ___ / Ne sait pas

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

1= / ___ / j'ai payé _____ FCFA
 2= / ___ / je n'ai rien payé
 3= / ___ / Ne sait pas
 4= / ___ / Autres (à préciser)

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

1= / ___ / Oui
 2= / ___ / Non
 3= / ___ / Ne sait pas

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

1= / ___ / j'ai payé _____ FCFA
 2= / ___ / je n'ai rien payé
 3= / ___ / Ne sait pas
 4= / ___ / Autres (à préciser)

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

1= / ___ / Oui
 2= / ___ / Non
 3= / ___ / Ne sait pas

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

1= / ___ / Oui
 2= / ___ / Non
 3= / ___ / Ne sait pas

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

1= / ___ / Oui j'ai reçu les prestations à crédit et je pourrai payer plus tard
 2= / ___ / Oui on m'a permis d'obtenir certains services gratuits
 3= / ___ / Oui j'ai reçu de l'aide des parents proches (frères, sœurs, père, mère, enfant...)

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

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

SECTION 6 : SATISFACTION DES BENEFICIAIRES

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

1= / ___ / Je ne suis pas satisfait (e) du tout 3= / ___ / Je suis assez satisfait (e)
2= / ___ / Je ne suis pas très satisfait (e) 4= / ___ / Je suis très satisfait (e)

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

1= / ___ / Je ne suis pas satisfait (e) du tout 3= / ___ / Je suis assez satisfait (e)
2= / ___ / Je ne suis pas très satisfait (e) 4= / ___ / Je suis très satisfait (e)

Q 42.1 pourquoi êtes-vous satisfait(e)

1= / ___ / médicaments accessibles à vil prix 2= / ___ / permet d'accéder facilement aux soins
3= / ___ / autres (à préciser) : _____

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

1= / ___ / Trop de procédures à suivre 6= / ___ / Pas assez de prestations couvertes
2= / ___ / Temps d'attente trop long. 7= / ___ / pas assez d'ayant droit couverts
3= / ___ / couts pas assez pris en charge 8= / ___ / personnel pas accueillant
4= / ___ / Cotisations très élevées 9= / ___ / Autres (à préciser) : _____
5= / ___ / indisponibilité des médicaments et analyses couverts

SECTION 7 : ATTITUDES DES BENEFICIAIRES FACE A LA MALADIE

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

1= / ___ / _____ nombre de fois 2= / ___ / Ne sait pas/ ne se souvient pas

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

1= / ___ / _____ nombre de fois 3= / ___ / Refuse de répondre.
2= / ___ / Ne sait pas/ ne se souvient pas

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

1= / ___ / _____ nombre de fois 3= / ___ / refuse de répondre
2= / ___ / Ne sait pas/ ne se souvient pas

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

1= / ___ / Auto médication 3= / ___ / Hôpital
2= / ___ / Médecins traditionnels 4= / ___ / Autres (à préciser) : _____

Q47/ Pourquoi ? (Si autres qu'hôpital)

1= / ___ / Pas assez d'argent

2= / ___ / mêmes résultats obtenus qu'en se rendent à l'hôpital

3= / ___ / plus efficace que l'hôpital

4= / ___ / Moins contraignant que l'hôpital

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

Q48/ Quand vous rendez-vous à l'hôpital ?

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

2= / ___ / A la persistance des symptômes

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

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

SECTION 8 : ATTITUDE DES ADHERENTS FACE AUX REGLES DE L'AMO :**Q49/ Avez-vous une fois aidé un non adhérent avec votre AMO ?**

1= / ___ / Oui

2= / ___ / Non

Q50 / Comment avez-vous l'aidé ?

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

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

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

Q51/ Comment aviez-vous procédé ?

1= / ___ / A travers un agent de santé

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

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

ANNEXE 2 : LISTE DES EXAMENS DE LABORATOIRE

Liste des examens réalisables au CHU BSS Kati :

HEMATOLOGIE :

- Hémogramme : NFS (numération formule sanguine)
- Groupe sanguin-Rhésus
- Hématocrite

Biochimie sanguine :

- Glycémie
- Créatinémie
- Transaminases(ASAT/ALAT)

- Protéines totales
- Protéinurie de 24h
- Test de grossesse
- CRP

Immuno-sérologie :

- Sérologie VIH

Marqueurs :

- FPSA
- Bhcg

Parasitologie :

- Goutte Epaisse
- Selles/ POK

ANNEXE 2 : LISTE DES MEDICAMENTS DISPONIBLES A LA PHARMACIE DE L'HOPITAL

LISTE DES 40 MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES PRIORITAIRES POUR LES HOPITAUX A VOCATION GENERALE :

1. Amoxicilline – gélule – 500 MG
2. Sérum salé iso 500 ML – injectable – 0,9%
3. Sérum glucosé iso 500 ML – injectable – 5%
4. Cotimoxazole – comprimé – 400 + 80 MG
5. Ciprofloxacine – comprimé – 500 MG
6. Ibuprofène – comprimé – 400 MG
7. Métronidazole 0,5 ML – injectable – 5MG/ML
8. Métronidazole – comprimé – 250 MG
9. Paracétamol – comprimé – 500 MG
10. Gentamycine – injectable – 80 MG
11. Sels de QUININE 2ML – injectable – 200MG
12. sels de QUININE 4 ML – injectable – 400 MG
13. cimétidine – comprimé – 400 MG, 200 MG, Maalox, Oméprazole.
14. Ringer
15. Amoxicilline – injectable – 1 G (rupture)
16. Hydroxyde d'aluminium – comprimé – 500 MG
17. Kétamine
18. Atropine sulfate 1 ML – injectable – 0,5 MG/ML
19. Diazépam (valium) – injectable – 10 MG
20. Vit B COMPLEXE – comprimé
21. Aspégic 1G – injectable (rupture)
22. Lidocaïne – injectable 2%
23. Furosémide – comprimé
24. Dexaméthazone – injectable 4 MG
25. Fentanyl – injectable
26. Vit B COMPLEXE – injectable – 10 ML
27. Chloroquine – comprimé – 100 MG
28. Acide acétyl salicylique – comprimé – 500 MG

29. Fer sulfate – comprimé – 200 MG
30. Furosemide – injectable – 20 MG/ML
31. Alcool 90° solution externe Fl de 90 ML
32. Cathéter 20G
33. Compresse 40X40 cm
34. Gants N°71/2
35. Perfuseur
36. Poche à sang 500 ML (rupture)
37. Polyvidone iodé 10% solution externe
38. Sonde naso gastrique adulte
39. Sonde urinaire 2 voies
40. Transfuseur

AUTRES MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES DISPONIBLES

1. Artéméther + luméfantrine
2. Acide ascorbique
3. Amoxicilline injectable
4. Amoxicilline suspension 250MG
5. Aiguille à PL 18, 20, 24
6. Aminophylline injectable
7. Bande ordinaire
8. Benzatine pénicilline 2,4 ; 1,2 (rupture)
9. Ceftriaxone injectable (rupture)
10. Carbocystéine 5%
11. Captopril comprimé
12. Cotimoxazole 960 MG
13. Cathéter 22 G, 18 G
14. Ciprofloxacine perfusion
15. Clamp ombilical
16. Coton hydrophile
17. Diclofénac collyre
18. Dépo - provera
19. Doxycycline 100 MG Comprimé

20. Eau oxygénée (rupture)
21. Eau distillée (rupture)
22. Erythromycine
23. Fil absorbable 3.0, 2.0, 1.4
24. Gant 8
25. Gentamycine collyre
26. Hydroxyde d'aluminium sirop
27. Insulatard
28. Lame de bistouri
29. Métronidazole comprimé Gynéco
30. Métoclopramide
31. Novalgin comprimé, injectable
32. Nifédipine 20 MG
33. Nystatine comprimé (rupture)
34. Noradrénaline (rupture)
35. Oméprazole injectable (rupture)
36. Oméprazole gélule
37. Poche à urine
38. Paracétamol injectable
39. Sparadrap
40. Seringue 10 cc
41. Seringue à insuline
42. Seringue de gavage 50 cc (rupture)
43. Sérum glucosé 10%

ANNEXE 4 : LISTE DES EXPLORATIONS FONCTIONNELLES DISPONIBLES A L'HOPITAL.

1. Abdomen sans préparation
2. Avant-bras F/P + Bras F/P
3. Bassin F
4. Bassin F/P
5. Cervicale F/P
6. Cervicale F/P $\frac{3}{4}$
7. Cheville F/P

8. Coude F/P
9. Crâne F/P
10. Dorsale F/P
11. Dorso lombaire F/P
12. Lombaire F/P
13. Lombaire F/P + $\frac{3}{4}$
14. Epaule F/P
15. Fémur F/P
16. Genou F/P
17. Jambe F/P
18. Lombaire F/P
19. Main F/P
20. Pied F/P
21. Poignet F/P
22. Sinus F/P
23. Thorax face
24. Thorax F/P
25. UCR
26. TOGD
27. Lavement baryté
28. Urographie intraveineuse
29. Hystérosalpingographie
30. Scanner
31. Echographie
32. Echo doppler
33. Scintigraphie
34. T3
35. T4
36. TSH.

ANNEXE 5 : FICHE SIGNALETIQUE**Noms : DANIOGO****Prénom : Amadou****Adresse e-mail : amadoudaniogo203@gmail.com****Contact :70524991****Année universitaire : 2019-2020.****Ville de soutenance : Bamako.****Pays : Mali****Titre de la thèse : Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU BSS Kati.****Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.****Secteurs d'intérêt : Santé publique/ Economie de la santé.****RESUME**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par échantillonnage aléatoire simple, portée sur 81 patients adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU BSS Kati. Elle visait l'évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU BSS Kati, vu l'instauration récente de ce type de couverture maladie au Mali.

Il s'est avéré que la qualité de l'accueil et des consultations était un acquis du point de vue des patients, malgré la longue attente qui a été signalée par une grande partie des patients (46.9%).

Les adhérents ont été satisfaits de leur prise en charge générale au CHU BSS Kati 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 hospitalière.

Pour la majorité des patients, l'assurance maladie leur a permis d'avoir un accès facile aux soins (91.4%) et aux médicaments (87.7%), ce qui a été réconforté par la proportion importante des adhérents de notre échantillon ayant eu au moins trois recours aux soins en six mois (71.6%)

La majorité des adhérents a eu un bon comportement face à la maladie, qui est le recours à l'hôpital en première intention. Cependant on a noté une proportion conséquente d'automédication en premier recours (21%), lié en général à son caractère moins contraignant. Une réduction des procédures et une sensibilisation des patients sur les biens faits du recours rapide à l'hôpital seraient donc nécessaires pour lever les barrières à l'accès aux soins.

Mots clés : recours aux soins, Assurance maladie obligatoire, CHU BSS Kati.

IDENTIFICATION SHEET**Name:** DANIOGO**First name:** Amadou**Email address:** amadoudaniogo203@gmail.com**Academic Year:** 2019-2020**Phone :**70524991**Town of graduation:** Bamako**Country:** Mali**Title of thesis:** Health care evaluation for members of the health care insurance at the teaching hospital of BSS Kati**Place of deposit:** Faculty of health science's library**Sector of interest:** Public Health/ health's economy**SUMMARY**

It was a transversal descriptive study made on a simple shuffle of a sample made of 81 patients at the teaching hospital of BSS Kati, who are adherents of health care insurance. The goal was to study the health care of patients having health care insurance at the teaching hospital of BSS Kati because of the recent instauration of this type of insurance.

It was noted that medical consultations and welcoming qualities were considered as an asset for most patients despite the long duration of their waiting, reported by most of them (46.9%).

Most members were satisfied of the health care insurance and the care at the teaching hospital of BSS Kati. However, some suggestions were made, mostly about the duration of the procedures and the amelioration of the welcoming qualities at the pay-box.

The health average spending was less than the national mean, however, some specialized drugs and medical tests were unavailable since they were not covered by the health care insurance, some of the drugs prescript were not available at the hospital's pharmacy.

For most patients, health care insurance have facilitated health care (87.7%) and drugs access (91.4%), which has been confirmed by the important proportions of members who have beneficiate of at least 3 health care the last 6 months (71.6%).

The majority of members behave well in case of disease since most of them went directly to hospital in first intention. We have noted a high proportion of auto medication in first intention (21%) due to the fact that it is less constraining. A reduction of procedures and a sensitization of patients to go directly in hospital in first intention are 2 necessary aspects to improve to facilitate a better access of health care.

Key words: Health care, Health insurance, Teaching hospital of BSS Kati

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'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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 !