

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FMOS

Année universitaire 2020-2021

THESE

Thèse N° : /

**DEFIS DE LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE DANS LES INSTITUTIONS
SANITAIRES : CAS DES CSREF DE LA COMMUNE V,
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO ET DE LA
COMMUNE DE KALABAN-CORO.**

Présentée et Soutenue publiquement le 23/ 12/2021 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Drissa TOGO

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

JURY

Président : Pr. Elimane MARIKO

Membre : Dr. Seydou DIARRA

Dr. Ali CISSE

Co-Directeur : Dr. Abdourahamane COULIBALY

Directeur : Pr. Samba DIOP

DEDICACES

✓ *À mon père Mamoudou Togo*

Cher père, tu m'as montré le chemin du travail, ton amour de l'éducation a toujours guidé mes pas, ta sagesse et ta culture d'une famille unie resteront à jamais dans nos mémoires. Ton amour particulier pour nous m'a illuminé le chemin du savoir.

Puisse ALLAH le Tout Puissant te gardé encore longtemps à nos côtés pour que tu puisses profiter du fruit de nos efforts.

Trouve à ce modeste travail un début de récompense à tes nombreux sacrifices. Je suis sûr que tes vœux seront exhaussés par le Tout Puissant et que tes conseils ne seront pas vains.

✓ *À ma mère Mariam Tessougé*

Extraordinaire maman, que de larmes versées ! Que de souffrances ! Que de prières élevées vers les cieux ! Que de sacrifices ! Tu peux sécher tes larmes et dire Amen car Dieu a exhaussé tes vœux. Maman tu as toujours su aimer, su pardonner et su partager dans la discrétion. Aucun mot ne saurait traduire notre profond amour pour toi. Maman, je t'aime, que le Tout Puissant ALLAH te garde aussi longtemps que possible pour nous, Amen

✓ *À me tante Kadidia Sagara*

Votre affection, vos encouragements et vos bénédictions m'ont apporté réconfort et consolation. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance, car vous avez été une mère pour moi que Dieu le Tout Puissant vous accorde une longue vie, Amen.

✓ *A ma chère et tendre épouse Dicko Togo*

Nous avons connu des hauts et des bas, mais cela n'a jamais entaché sur notre complicité. Merci pour ta présence dans ma vie, tes conseils, ton soutien et ta

disponibilité. Si j'ai pu tenir durant ces dernières années universitaires, c'est en grande partie grâce à toi. Tu as su m'accepter et me supporter telle que je suis.

Tu aurais souhaité d'être présente en ce jour tant attendu, mais les circonstances ne l'ont pas permis.

Que notre union soit bénie encore et encore avec beaucoup d'enfants. Trouve ici ma profonde gratitude. Je t'aime

✓ ***À mon oncle Adama Togo***

En ce moment solennel de ma vie, il me manque des mots pour vous exprimer ma reconnaissance et mon attachement. DIEU sait que vous avez été un père pour moi dans tous les sens du terme. Merci pour l'éducation que vous nous avez donnée. Recevez ainsi l'expression de toute ma gratitude.

✓ ***A Dr Thiero Daouda***

Vous avez été, vous êtes et vous resterez pour toujours un exemple pour moi. Merci pour vos conseils, votre disponibilité et aussi pour m'avoir soutenu et accompagné tout le long de mon cycle.

Recevez ici l'expression de toute ma gratitude.

✓ ***À mes oncles***

Sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières et vos encouragements, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

✓ ***À mes tantes***

Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail.

Soyez rassurées de ma sincère reconnaissance.

✓ ***À mon grand frère Amadou***

Ce travail est le tien. Il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent.

Merci pour ton soutien et ton accompagnement.

✓ *A mon frère et confident Ali Togo*

Faut savoir que toutes ces années de nostalgie et de distance n'enfreignent en rien à notre lien fraternel. Reçois ici mes sincères remerciements pour tout ce soutien.

✓ *A mon cousin Amadou Togo*

Tu es plus qu'un cousin mais un frère, merci pour ces années de courtoisie.

✓ *À mes cousins et cousines*

Merci pour l'estime et le respect que vous avez manifesté à mon égard.

REMERCIEMENTS

A ALLAH le Tout Puissant

L'Unique, le Parfait, le Sage, l'Omnipotent, le Miséricordieux par qui et pour qui nous sommes et à qui nous serons, de m'avoir donné la vie, la santé, et de m'avoir guidé sur le bon chemin. C'est par votre grâce que je suis arrivé à ce niveau aujourd'hui.

Au Prophète Mohamed Arasouloulah (Paix et Bénédiction sur Lui)

Tu es le Prophète le plus sollicité, recours te fera quand toute l'humanité sera face aux dures épreuves. Reçois ma reconnaissance, Prophète béni. Oui ma reconnaissance pour l'Islam.

Sauve-moi le jour où toutes les âmes seront affaiblies, gloire à Toi, Serviteur d'ALLAH et des autres créatures.

✓ *A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, et Faculté de Pharmacie, pour la qualité de l'enseignement.*

✓ *A mes maîtres*

Dr Thiero Daouda, Dr Abdramane Togo, Dr Abdourhamane Coulibaly.

J'ai beaucoup appris auprès de vous, soyez en remercier.

✓ *A mes aînés*

Dr Sissoko Aliou, Dr Oumar Guindo, Dr Hamidou Togola. Merci pour votre esprit d'équipe.

✓ *A mes collègues*

Konaté Badjigué, Dr Mahamadou Idrissma Maiga, Dr Mohamed Ilias Maiga, Dr Nouhoum Koné, Dr Lassina Keita, Dr Mamadou Gari, Dr Youssouf Samake, Dr Abass Konadji, DR Oumar Mariko, Dr Kone Youssouf

Certes le chemin a été long et difficile mais avec le courage nous sommes arrivés à bout. Je garderai de vous le souvenir de grands travailleurs. Que Dieu nous protège et nous donne courage, santé et bonheur. La vie estudiantine n'est que le début, restons toujours unis.

✓ *A mes amis les plus chers*

Amadou Maiga dit Papa, Sidi Maiga, Moussa Maiga, Douma Maiga, Mamoudou Diallo, Oumar Diallo, Hadji, Ousmane Samake, Tibou Tounkara.,
Comme on a l'habitude de le dire : « c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît les vrais amis ». Moi, je vous ai reconnu, car vous étiez toujours là pour me soutenir dans les moments durs. Sachez qu'en aucun instant, je n'ai regretté votre compagnie.

Merci pour votre affection et votre sincère fidélité. Que Dieu renforce davantage ce lien si sacré qui nous unit.

La rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement ; votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

Merci pour vos conseils et votre soutien. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr Elimane MARIKO

- Professeur honoraire de pharmacologie à la Faculté de Pharmacie et à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie ;
- Président de l'association des ressortissants de la commune rurale de Tomba ;
- Ancien chef de la cellule de coordination du VIH-SIDA du Ministère de la défense et des anciens combattants ;
- Ancien fonctionnaire des Nations Unies de la lutte contre le VIH-SIDA en République Démocratique du Congo ;
- Recteur de l'université scientifique libre de Bamako (USLB) ;
- Officier de l'ordre national du Mali.

Honorable Maître,

Vous nous honorer en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations. Vos qualités scientifiques et votre souci pour la culture de l'excellence auprès de vos apprenants font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter, cher maître nos sentiments de reconnaissance.

A notre maître et membre du jury

Dr Seydou DIARRA

- Anthropologue/Assistant, section d'anthropologie médicale/Santé à la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

Cher Maître,

De bon cœur, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail ; votre rigueur dans le travail, vos qualités scientifiques et votre talent impressionnent toujours.

Votre égalité d'humeur, votre bon sens, votre esprit critique et la qualité de vos jugements nous ont permis de comprendre que vous portez un grand intérêt à ce travail.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre considération.

A notre maître et membre du jury

Docteur Ali CISSE

- Inspecteur principal de sécurité sociale,
- Ancien Directeur technique du CSCOM de Koulouba point G (ASACOKOULOPOINT),
- Ancien Directeur technique du CSCOM de Boukassoumbougou (ASACOBOUL 1),
- Ancien Directeur technique du CSCOM de Sogoniko,
- Chef de service adjoint des prestations sanitaires à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi le jury de cette thèse. Vos qualités professionnelles et votre réflexion scientifique et la sympathie que vous témoignez à tous ceux qui vous sollicitent suscitent notre admiration. Permettez-nous de vous faire grande estime et notre haute considération

A notre maître et Co-directeur de thèse

Docteur Abdourahamane COULIBALY

- PhD, anthropologie. Diplômé de l'école des Hautes Etudes en sciences sociales de Marseille.
- Maitre-Assistant à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Cher maître,

Nous sommes très heureux de compter parmi vos élèves. Votre courtoisie, votre sympathie et votre grande disponibilité à transmettre votre savoir ne peuvent que nous rendre fiers d'avoir un maître comme vous. Recevez ici cher maître, nos sincères remerciements et l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- Professeur titulaire en anthropologie médicale et éthique en santé à la FMOS
- Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMOS
- Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique à la FMOS
- Membre du comité d'éthique à la FMOS et du Comité National d'Ethique pour les Sciences de la Santé et de la vie
- Responsable du réseau « chantier jeune » à la FMOS/ ISFRA-Université de Bamako/ laboratoire de démographie- Université Genève (Suisse)

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous garderons de vous un homme de science et un enseignant soucieux de la formation de ses étudiants. Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître respecté. Vos suggestions ont été pertinentes pour l'amélioration de ce travail.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre reconnaissance

LISTE DES ABREVIATIONS

AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	: Agence nationale d'assistance médicale
ARV	: Anti retro viro
ASACO	: Association de santé communautaire
BCEAO	: Banque centrale des états de l'Afrique de l'ouest
CANAM	: Caisse nationale d'assurance maladie
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CMSS	: Caisse malienne de sécurité sociale
CNAM	: Centre national d'appui à la lutte contre la maladie
CNH	: Carte nationale hospitalière
CNLD	: Centre national de lutte contre le diabète
CNTS	: Centre national de transfusion sanguine
CNS	: Centres nationaux de la santé
CROCEP	: Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS
CSCom	: Centre de santé communautaire
CSCR	: Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté
CSLP	: Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSRéf	: Centre de santé de référence
DER	: Direction d'étude et de recherche
DNS	: Direction nationale de santé
DPM	: Direction de la pharmacie et du médicament
EDSM	: Enquête démographique et de santé au Mali
EMOP	: Enquête modulaire et permanente
EPH	: Etablissement public hospitalier
EPST	: Etablissement public à caractère scientifique et technologique

FMOS	: Faculté de médecine et d'odontostomatologie
INPS	: Institut national de prévoyance sociale
INRSP	: Institut national de recherche en santé publique
INSAT	: Institut national de statistique
IOTA	: Institut d'ophtalmologie tropicale africaine
IRM	: Imagerie à résonance magnétique
OGD	: Organisme gestionnaire délégué
OIT	: Organisation internationale de travail
OMD	: Objectif du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PDDSS	: Programme de développement socio sanitaire
PIB	: Produit intérieur brut
PMA	: Paquet minimum d'activités
PSPHR	: Programme santé population et hydraulique rurale
PTF	: Partenaire technique et financier
OCDE	: Organisation de coopération et de développement économique
SSP	: Soins de santé primaires
UEMOA	: Union économique et monétaire ouest Africaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Récapitulation de l'effectif selon leur genre et volet.....	7
Tableau II : répartition des patients en fonction de l'âge.....	12
Tableau III : répartition des patients en fonction de l'ethnie	13
Tableau IV : répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale ..	14
Tableau V: répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction	15
Tableau VI : Répartition des patients en fonction du type d'adhésion	15
Tableau VII : répartition des patients en fonction de leur appréciation de l'accueil, de l'orientation et du délai d'attente au guichet.	16
Tableau VIII : classification des patients en fonction de la facilité d'accès au médecin et du déroulement de la consultation.	18
Tableau IX : ordonnance et disponibilité des médicaments AMO	19
Tableau X: examen complémentaire et leur disponibilité dans l'AMO	20
Tableau XI: disponibilité des médicaments et différents examens complémentaires dans les structures.	21
Tableau XII: répartition des patients en fonction du coût induit par les soins et services et leur appréciation	22
Tableau XIII : répartition des patients en fonction de la difficulté et l'aide reçu pour les soins et services	24
Tableau XIV: répartition des patients selon leur niveau de satisfaction.....	25
Tableau XV : répartition des patients selon leurs raisons de satisfaction et de non satisfaction.....	26
Tableau XVI : répartition des prestataires en fonction de leur spécialité.....	27
Tableau XVII : répartition des prestataires selon leur avis sur le comportement des bénéficiaires en attente de consultation	28
Tableau XVIII : répartition des prestataires selon leur avis sur le comportement des bénéficiaires dans la salle de consultation	29
Tableau XIX : répartition des prestataires en fonction de la présence ou absence d'histoire particulière lors de leur pratique quotidienne.	30

Tableau XX: répartition des avis des prestataires par rapport au support utilisé.	31
Tableau XXI : répartition des prestataires selon leur avis sur le temps de remplissage des supports de la prestation.	31
Tableau XXII : répartition des avis des prestataires par rapport à l'existence de difficultés dans le choix des médicaments.	32
Tableau XXIII : répartition des avis des prestataires par rapport à l'existence de difficultés dans le choix des examens complémentaires.....	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : représentation graphique des patients en fonction du sexe.	11
Figure 2 : représentation graphique des patients en fonction des religions.	14
Figure 3 : représentation graphique des prestataires en fonction du sexe.....	27

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	18
OBJECTIFS.....	20
Objectif général	20
Objectifs spécifiques	20
I.GENERALITES.....	21
1.1. Rappel de la situation géographique du Mali	21
1.2. Le système de santé du Mali.....	25
1.3. La gouvernance du système de santé.....	27
1.4. Organigramme du système de santé et les acteurs impliqués dans la prise en charge	29
1.5. Politique Nationale de Protection Sociale	29
1.6. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)	31
1.7. Les régimes et systèmes non contributifs de protection sociale au Mali ..	31
1.8. Gouvernance de l'AMO.....	34
II.METHODOLOGIE	39
2.1. Type d'étude	6
2.2. Période d'étude	6
2.3. Population d'étude	6
2.4. Critère de choix.....	6
2.5. Echantillonnage.....	7
2.6. Technique de collecte des données.....	7
2.7. Traitement et analyse des données.....	8
2.8. Aspects éthiques.....	9
2.9. Chronogramme des activités.....	10
III.RESULTATS	11
3.1. Caractéristique sociodémographique des patients	11
3.2. Les prestataires : leur profil sociodémographique et leur perception de l'AMO	27
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	45

4.1. Les limites et difficultés de l'étude.....	34
4.2. Caractéristiques socio démographiques des répondants.....	35
4.3. Statut des patients par rapport à l'AMO.	37
4.4. Qualité perçue des services par les adhérents.....	37
4.5. Disponibilité des médicaments et examens complémentaires.....	38
4.6. Coûts induits par la demande des soins	39
4.7. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO	40
4.8. Caractéristiques sociodémographiques des prestataires	41
CONCLUSION	43
RECOMMANDATIONS	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES	XVIII

INTRODUCTION

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

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

En dépit de ces importants efforts du gouvernement et des partenaires, la demande des services de santé, de façon générale, est restée faible. Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs dont ceux socioculturels, le sous financement des services de santé et le faible pouvoir d'achat de la population. [1] [3]

C'est dans ce cadre que le gouvernement du Mali a voté la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'Assurance Maladie Obligatoire, et le décret N° 09-552/P-RM du 12 octobre 2009, fixant les modalités d'application de cette loi. [4] [5]

L'Assurance Maladie Obligatoire a pour but de permettre la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille en charge et s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par les pouvoirs publics maliens pour rendre effectif le droit à la santé des populations tel que garanti par la constitution malienne et par de nombreux textes et traités auxquels le Mali a souscrit.

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

Dans d'autres, l'assurance maladie vise à protéger et à améliorer la santé grâce à une utilisation accrue des services de santé, notamment des services prioritaires. [6]

Afin de contribuer à sa consolidation et à l'amélioration de sa mise en œuvre, pour parvenir à la couverture maladie universelle, nous entreprenons la présente étude qui a pour objet de faire ressortir les défis liés à la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire dans les CSRéf de la commune V, commune VI du district de Bamako et le CSRef de Kalaban coro après neuf (09) années de mise en œuvre.

En 2005, tous les états membres de l'OMS ont pris l'engagement de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Cet engagement était l'expression collective de la conviction que tous les êtres humains devraient avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin. [3]

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

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

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

Nous nous proposons à travers cette étude et au regard de cette perspective de passage à la couverture maladie universelle d'analyser les défis rencontrés par les acteurs de l'AMO dans les CSRéf après plusieurs années de mise en œuvre. A notre connaissance, aucune étude similaire n'a été réalisée sur ce sujet dans une approche mixte mêlant quantitatif et qualitatif. Dans notre cas l'accent a été mis sur le volet qualitatif que quantitatif pour faire ressortir certains défis.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les défis auxquels les prestataires et les bénéficiaires sont confrontés au niveau des trois (3) centres de santé de références

Objectifs spécifiques

1. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques des bénéficiaires
2. Apprécier la qualité d'accueil dans les trois centres
3. Identifier les motifs d'insatisfaction des bénéficiaires
4. Comprendre les préoccupations des prestataires pour la prestation AMO
5. Faire l'état des lieux de la disponibilité des services octroyés par l'AMO
6. Faire des propositions d'amélioration pour les prestataires et les bénéficiaires

I. GENERALITES

1.1. Rappel de la situation géographique du Mali

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

Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46,6% de la population sont âgés de moins de 15 ans.

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

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

Dans ce contexte difficile, le produit intérieur brut, en termes réels, a enregistré un recul de 1,2% en 2012, après une croissance de 2,7% un an plus tôt. [8]

Depuis plus d'une décennie, conscient de la nécessité d'améliorer les conditions de vie de la population, le Gouvernement du Mali a placé la lutte contre la pauvreté au cœur de sa politique de développement. Cette volonté s'est concrétisée par la mise en œuvre des différentes générations du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) ayant pour objets entre autres, le suivi et l'évaluation des stratégies mises en œuvre pour la réduction de la pauvreté.

L'Enquête Modulaire et Permanente auprès des ménages (EMOP) a pour objectif de recueillir un large éventail d'indicateurs socio-économiques nécessaires pour suivre et évaluer les progrès réalisés dans l'amélioration des conditions de vie des ménages. Plus précisément, l'EMOP a été conçue pour mettre à jour les indicateurs du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) arrimés à ceux des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ainsi qu'à ceux des programmes sectoriels mis en œuvre par le gouvernement du Mali.

La phase de collecte des données de cette édition s'est déroulée en quatre passages 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015. Les informations recueillies au cours de cette opération sont relatives à la démographie, à l'éducation, à la santé, à l'emploi, au logement, à la sécurité alimentaire, aux dépenses de consommation etc. Les résultats sont significatifs au niveau des sept régions (sans Kidal) et du District de Bamako ainsi qu'au niveau des deux milieux de résidence.

- **Niveau de la pauvreté**

L'incidence (taux) de la pauvreté c'est-à-dire la proportion de la population malienne qui n'arrive pas à dépenser 175 000 FCFA par tête nécessaire pour satisfaire ses besoins de base, est estimée à 46,9% en 2014.

Comme les années précédentes, la pauvreté est largement répandue en milieu rural, plus de la moitié d'entre eux sont pauvres (52,8%). Les ménages dirigés par les hommes contiennent plus de pauvres que ceux dirigés par les femmes (47,8% contre 29,0%).

L'effort d'investissement nécessaire pour éradiquer la pauvreté, mesuré par sa profondeur, c'est-à-dire le déficit collectif moyen des dépenses des pauvres par rapport à la ligne de pauvreté pour l'ensemble de la population est estimé à 187, 2 milliards de francs FCFA.

- **Possession de biens durables**

L'enquête montre qu'un ménage sur trois (32,0%) possède un téléviseur. C'est le milieu urbain qui explique en grande partie cette possession avec 66,2% contre 18,8% en milieu rural. Le pourcentage de ménages possédant un téléviseur a connu une augmentation significative entre 2006 et 2014, passant de 21,5% à 32,0%.

- **Résultats annuels de l'EMOP-2014/2015**

La possession du téléphone portable par les ménages a enregistré une progression significative entre 2006 et 2014, passant de 22,5% à 83,6%. Les proportions des ménages possédant ce moyen de communication sont estimées respectivement à 94,7% et 79,3% pour les milieux urbain et rural.

- **Accès aux services de base**

La proportion de ménages ayant accès à l'eau potable est passée de 68,9% à 78,6% entre 2001 et 2014.

En termes d'hygiène, l'enquête révèle une légère baisse dans l'utilisation de la nature comme moyen d'aisance en milieu rural entre 2006 et 2014. On passe ainsi de 11,3% à 10,8%.

L'enquête montre également que le bois reste la principale énergie utilisée par les ménages comme moyen de cuisson. La proportion des ménages ayant recours à ce combustible a connu une baisse passant de 83,8 % à 77,7% entre 2006 et 2014. Ce sont les ménages ruraux qui en sont les plus grands utilisateurs (88,8%) alors qu'en milieu urbain ce taux est de 49%.

L'analyse révèle un progrès significatif quant à l'accès à l'électricité en réseau. En effet, au Mali, le taux d'accès est passé de 20,1% en 2006 à 23,7% en 2009 et à 40,7% en 2014 [8]

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

L'assurance maladie obligatoire a pour but de permettre la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille à charge [6] et s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par les pouvoirs publics maliens pour

rendre effectif le droit à la santé des populations tel que garanti par la constitution malienne et par de nombreux textes et traités auxquels le Mali a souscrit. [4] [5] [9]

Le pays est découpé en huit régions administratives et le district de Bamako, la capitale. Le Mali s'est engagé dans la décentralisation depuis une vingtaine d'année ; ce processus a abouti à la création de plus de 760 collectivités territoriales à différents niveaux (communes, cercles, régions, district). Le décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences et ressources transférées de l'Etat aux collectivités territoriales (Commune et Cercle) indique le transfert des compétences suivantes au niveau commune : l'élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement sanitaire ; la signature de la convention d'assistance mutuelle avec les associations de santé communautaires (ASACO) ; l'allocation de subventions pour le financement des activités de santé selon les critères définis annuellement (contrat de performance); la mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels) ; la contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents de santé ; les subventions financières aux travaux de construction et à l'équipement des CSCom ; la lutte contre la vente illicite des médicaments ; le suivi et le contrôle de la gestion des ASACO ; la lutte contre les épidémies et catastrophes ; le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux médecins chefs des services de santé de cercles. Au niveau cercle les compétences transférées de l'Etat sont les suivantes :

- L'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement sanitaire (PDSC);
- Le recrutement du personnel ;
- La construction/réhabilitation et l'équipement des CSREF ;
- La mise en œuvre des politiques et des stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies ;
- La lutte contre la vente illicite des médicaments ;
- L'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments ;
- L'élaboration et la révision de la carte sanitaire ;
- L'allocation de subventions aux centres de santé de référence ;
- Le contrôle du respect des engagements des ASACO du cercle ;

Le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux directeurs régionaux de la santé.

1.2. Le système de santé du Mali

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

1.2.1. Les Centres de Santé Communautaire

Depuis la fin des années 1990, le Mali a procédé à la mise en place d'un nombre important de centres de santé communautaire. En 2009, on estimait que plus de 88% de la population malienne résidaient dans un rayon de moins de 15 km d'un CSCCom. Cette démarche de création de CSCCom entre dans le cadre de la politique du gouvernement de la République du Mali de rapprocher les services de santé des utilisateurs et d'en faciliter l'accessibilité au plus grand nombre de la population. Les CSCCom sont administrés par les associations de santé communautaire (ASACO) dont les membres sont les personnes physiques vivant dans l'aire de santé.

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

Cette équipe s'occupe des consultations et de la maternité. Le CSCCom dispose d'un dépôt de médicaments essentiels, d'une maternité et d'une Infirmerie.

1.2.2. Les Centres de Santé de Référence (CSRéf)

Ils constituent le 2^{ième} niveau de contact, ils reçoivent les références du CSCom. Actuellement le Mali dispose soixante (86) CSRéf répartis sur l'ensemble du territoire national. Chaque cercle administratif en dispose d'au moins un. Les CSRéf sont administrés par un Conseil de gestion dont les membres sont les représentants des pouvoirs publics, des usagers, des collectivités territoriales.

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

Les services disponibles sont la vaccination, la consultation curative, les médicaments essentiels, la planification familiale surtout les méthodes longue durée, la consultation pré et post natale, le suivi de la grossesse, les accouchements dystociques, la consultation spécialisée (dentaire, ophtalmologique), les interventions chirurgicales, la supervision et la formation du personnel des CSCom. [10]

1.2.3. Les Etablissements Hospitaliers :

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

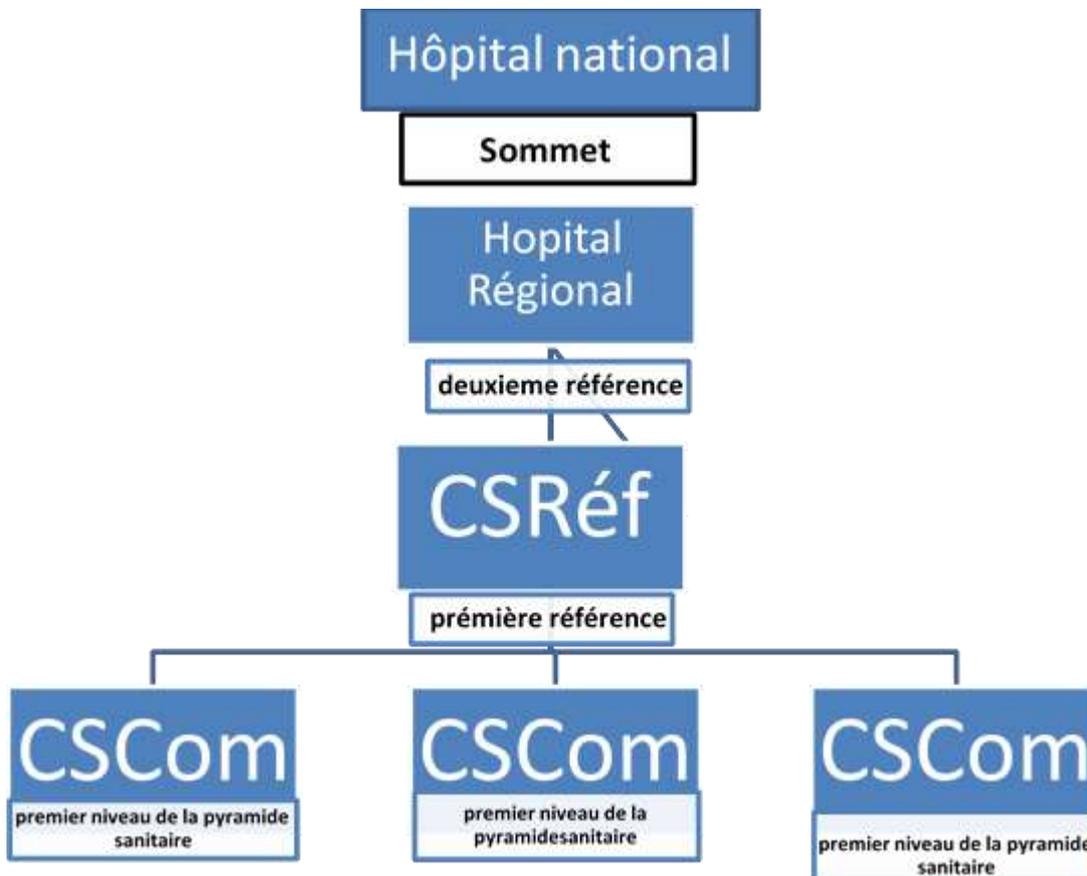
Les établissements publics hospitaliers rendent le service public hospitalier. Sous certaines conditions, les établissements hospitaliers privés peuvent participer à la réalisation de la mission du service public hospitalier. Dans ce cas, ils reçoivent des subventions publiques. Actuellement il existe treize (13) établissements hospitaliers dont douze publics et un privé qui participe d'ailleurs à la mission du service public.

Les établissements publics hospitaliers sont classés en deux catégories sur la pyramide sanitaire à savoir les hôpitaux dits régionaux qui sont implantés dans chacune des régions

administratives et les hôpitaux dits nationaux, structures de dernière référence, qui sont implantés dans la capitale et ses environs.

Les hôpitaux régionaux ont un plateau technique plus performant que celui des CSRéf dont ils reçoivent les patients référés. Les hôpitaux nationaux reçoivent les malades des hôpitaux régionaux ou des centres de santé de référence. Ils participent à la formation des agents de santé et fournissent plus de soins avec des spécialités diversifiées. Ils mènent également la recherche.

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



1.3. La gouvernance du système de santé

1.3.1. Les organes de gestion

Au plan législatif, il existe des cadres organisés pour faciliter le dialogue entre les parties prenantes. Ils sont spécifiés dans le Décret N° 01-115/P-RM du 27 février 2001 portant

création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du programme de développement social et sanitaire et la décision N°10-1359/MS-SG du 16 Août 2010 portant création des groupes thématiques du comité de pilotage. Ce sont :

Le Comité de suivi du PRODESS qui est présidé par le Ministre de la santé, avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers (PTF) et un représentant de la société civile.

Le Comité technique du PRODESS, présidé par le Secrétaire Général du ministre de la santé est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS.

Le Comité de pilotage également, présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé, regroupe les services techniques centraux des deux départements (santé et développement social) et les représentants des PTF, ainsi que les représentants de la société civile.

Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP) est présidé par le Gouverneur de chaque région. Il est chargé essentiellement d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution.

Au niveau du cercle, le Conseil de gestion est surtout chargé de l'adoption et de la validation des plans et programmes opérationnels des districts sanitaires. Il est présidé par le Président du Conseil de cercle et il est composé des autorités politiques et administratives locales, des médecins chefs, de la société civile (comprenant les représentants des différentes aires), les PTF locaux et les autres acteurs du PRODESS.

Au niveau périphérique, le Comité de gestion des associations de santé communautaire est chargé de l'élaboration et de l'adoption du plan de développement sanitaire local.

La mission conjointe de suivi : en cas de besoin, le comité de pilotage organise une mission par an pour évaluer et analyser la mise en œuvre du programme aux différents niveaux et fait rapport au comité technique. Dans les faits, tous les ans une équipe constituée de

représentants des deux Ministères, des PTF et de la société civile se rend au niveau central et dans deux régions pour suivre la mise en œuvre du PRODESS jusqu'au niveau CSCom [10].

1.4. Organigramme du système de santé et les acteurs impliqués dans la prise en charge

La politique sanitaire du Mali est développée par le Ministère de la santé, mais c'est les différentes directions nationales qui s'assurent de la mise en œuvre.

Les hôpitaux régionaux et autres structures décentralisées (CSRéf et CSCom régionaux) sont sous la direction nationale de la santé (DNS) qui met en œuvre les différents plans nationaux par pathologie (paludisme, SIDA etc...).

La politique du médicament est gérée par la direction de la pharmacie et du médicament (DPM).

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

- Sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) de certaines catégories de population ;
- Sur l'élargissement de la couverture par les mutuelles ;
- Sur un mécanisme de prépaiement dans le cadre de la référence ;
- Sur le développement des caisses de solidarité ;
- Sur le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents.

1.5. Politique Nationale de Protection Sociale

La Protection Sociale de façon générale est l'ensemble des mesures préconisées par l'Etat et les Collectivités pour assurer la prise en charge des risques sociaux de la population. Elle est désormais perçue au plan mondial et au Mali, comme une composante clé dans les stratégies de réduction de la pauvreté. En plus de la réduction de la vulnérabilité économique, sociale, alimentaire, nutritionnelle,... la protection sociale constitue également une voie pour promouvoir la productivité des ménages, en augmentant leur capacité d'achat des intrants et en soutenant le développement des enfants. Elle contribue à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté par le développement du capital humain. En 2002, le Mali a adopté une

Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale qui définit les orientations stratégiques nationales en la matière. Cette politique de protection sociale définit comme axes d'intervention, les champs de la sécurité sociale, de l'aide sociale et de l'action sociale. Cependant, de cette période à nos jours, il y a de nouveaux acteurs et enjeux dans le domaine de la protection sociale dans la sous-région et au Mali, particulièrement avec l'émergence de larges programmes de filets sociaux pour lutter contre les inégalités et les conditions de pauvreté dans divers Etats. Au Mali, la crise socio-politique de 2012 a favorisé l'arrivée de nouveaux acteurs, particulièrement dans le domaine des filets sociaux, pour renforcer la capacité de résilience des ménages affectés par la crise. Prenant en compte ces nouvelles problématiques émergentes dans ce domaine et dans la sous-région, le Gouvernement malien a engagé un processus de relecture du document de Politique Nationale de Protection Sociale pour l'adapter au contexte du moment. Elle prend en compte de nouvelles stratégies de protection sociale, le renforcement du mécanisme de financement et la mise en œuvre des programmes de filets sociaux, et la restructuration du mécanisme de coordination des acteurs de la protection sociale, du domaine aussi bien contributif que non contributif. Le Gouvernement a aussi décidé de prolonger la durée du Plan d'Actions National d'Extension de Protection Sociale (PAN-EPS 2011-2015) jusqu'à 2018 pour l'aligner au Programme de Développement Sanitaire et Sociale (PRODESS III 2014-2018) pour plus de cohérence et d'efficacité. C'est dans ce cadre que, du 11 au 15 juin 2014, les différents acteurs (Gouvernement, organisation du système des Nations Unies, ONG Nationales et Internationales, autres membres de la société civile,...) impliqués dans la définition et la mise en œuvre des politiques et programmes de protection sociale dans le pays, se sont réunis à KATIBOUGOU, dans la région de KOULIKORO, pour lancer les bases du processus de révision du document de Politique Nationale de Protection Sociale, de glissement du PAN-EPS jusqu'en 2018, et de la révision du document relatif au mécanisme de coordination des actions de protection sociale dans le pays. Compte tenu du caractère dynamique de la protection sociale, des mises à jour périodiques seront apportées au présent document de politique, à chaque fois que le gouvernement, à travers le ministère en charge de la protection sociale et ses partenaires en jugeront la nécessité.

1.6. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)

La CANAM est un établissement public à caractère administratif, créée par la loi N°09-016 du 29 juin 2009. Elle est dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Sa mission c'est la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Les attributions de la CANAM sont :

L'encaissement des cotisations du régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;

L'immatriculation des employeurs et des assurés, et la mise à jour des droits des bénéficiaires.

L'allocation aux Organismes Gestionnaires Délégués (l'INPS et la CMSS) des dotations de gestion couvrant leurs dépenses techniques et de gestion courante ;

La passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur déroulement ;

L'appui aux Organismes Gestionnaires Délégués (OGD) et le contrôle de leurs activités ;

Le contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire ;

L'établissement des statistiques de l'Assurance Maladie Obligatoire; la consolidation des comptes des Organismes Gestionnaires Délégués.

Dans son fonctionnement, la CANAM délègue une partie de ses attributions à l'INPS et la CMSS en tant qu'Organismes Gestionnaires Délégués. En vertu d'un accord signé entre la CANAM et chacune de ces deux institutions, ces dernières se voient alors déléguées certaines tâches, notamment la pré-immatriculation et le recouvrement des cotisations de l'AMO auprès de leurs affiliés respectifs.

1.7. Les régimes et systèmes non contributifs de protection sociale au Mali

Les programmes et régimes non contributifs de protection sociale comprennent notamment :

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

- Les programmes des filets sociaux et de transferts monétaires mis en œuvre dans le pays ;
- Les différents régimes de gratuités et les subventions définies par l'Etat Malien.

1.7.1. Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) a été créé par la loi N°09/030 du 27 juillet 2009 au profit des personnes et leurs ayants droits qui ne sont pas couvertes par le système d'assurance et qui sont indigentes. Ce régime est géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM), créée en vertu du décret-loi N°09/554 du 12 Octobre 2009.

▪ Les bénéficiaires du RAMED

Les bénéficiaires du RAMED sont les personnes reconnues comme indigentes par les autorités compétentes, ainsi que leurs dépendants. Les personnes considérées comme ayant droit à charge :

- Les conjoints ;
- Les enfants âgés de moins de 14 ans ;
- Les enfants âgés de 14 à 21 ans s'ils poursuivent des études ;
- Les enfants handicapés, quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

▪ Sont aussi admis de droit au bénéfice du RAMED :

Les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, ou des établissements de rééducation et des enfants abandonnés ou des adultes sans famille hébergeant dans un établissement public ou privé à but non lucratif ;

Les pensionnaires des établissements pénitentiaires ;

-Les personnes sans domicile fixe.

Pour pouvoir bénéficier du RAMED, la personne doit s'immatriculer auprès de l'ANAM, disposer d'un certificat d'indigence délivré par la mairie du lieu d'habitation, ne pas être assujettie à l'AMO et être sans ressources.

▪ Les prestations couvertes par le RAMED :

Le panier de soins du RAMED couvre notamment les soins ambulatoires ; les soins hospitaliers ; les produits pharmaceutiques ; les prestations de maternité. Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 %.

▪ Financement :

Les ressources du RAMED sont constituées essentiellement par les contributions annuelles de l'Etat et des collectivités territoriales. Les taux de contribution sont de 65% pour l'Etat et de 35% pour les collectivités territoriales.

L'assurance maladie obligatoire AMO : une réforme pour renforcer la demande des services de santé.

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

- **Législation**

Les textes relatifs à la législation sont :

La loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire ;

Le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités d'application de la loi instituant l'AMO ;

La loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ;

Le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire ;

Le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil d'administration de la CANAM

1.7.2. Le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a été créé par la loi N°09-015 du 26 Juin 2009, pour permettre la couverture des soins de santé inhérent à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leurs familles à charge. La CANAM est l'organisme de gestion de l'AMO.

- **Les assujettis de l'AMO**

Sont assujettis à l'Assurance Maladie Obligatoire, les travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code de travail, c'est à dire ceux assurés à l'INPS, les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires, les députés, c'est-à-dire ceux affiliés à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale. Les titulaires des pensions des secteurs public et privé,

les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pension militaire, les employeurs du secteur public et privé sont aussi éligibles au régime.

- **Les bénéficiaires de l'AMO**

En vertu de la loi portant création de l'AMO, ses bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leurs familles à charge. Sont considérés comme membres de la famille à charge de l'assuré, le(s) conjoints, les enfants et les ascendants directs. Il importe de noter que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire est une réforme fondamentale en matière de protection sociale au Mali. Il s'agit de mettre en place ou améliorer au profit de tous les travailleurs les mesures visant à :

Garantir la sécurité du revenu : revenu minimum, revenu de remplacement en cas d'interruption ou de réduction des revenus (suite à une maladie, maternité, accident du travail, chômage, invalidité, vieillesse, décès du chef de famille) et ;

Garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable. La mise en place de l'assurance maladie procède du souci des plus hautes autorités d'étendre les champs d'application matériel et personnel de la protection sociale. Elle est une avancée de taille pour l'aboutissement des nombreuses concertations et dialogues tripartites Gouvernement, Patronat et Organisations syndicales menées depuis une dizaine d'années dans ce cadre. Les personnes assurées et les bénéficiaires sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence. En effet, l'assurance maladie regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics.

1.8. Gouvernance de l'AMO

La gestion de l'assurance maladie a été confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public à caractère administratif créé à cet effet. Elle est chargée, entre autres, de l'encaissement des cotisations du régime de l'assurance maladie obligatoire, de l'immatriculation des employeurs et des assurés, de l'allocation aux organismes gestionnaires délégués que sont l'Institut National de Prévoyance Sociale et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale des dotations de gestion, de la passation de conventions avec les prestataires de soins de santé et le suivi de leur déroulement.

Les organes d'administration et de gestion de la CANAM sont le Conseil d'Administration, la Direction Générale et le Comité de Gestion.

Conformément aux dispositions du Décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, le conseil d'administration est composé de 18 membres dont les sièges sont répartis ainsi qu'il suit :

Au titre des pouvoirs publics

- Un représentant du Ministre chargé de la Protection Sociale ;
- Un représentant du Ministre chargé des Finances ;
- Un représentant du Ministre chargé de la Fonction Publique ;
- Un représentant du Ministre chargé de la Santé ;
- Un représentant du Ministre chargé de la Défense.

Au titre des usagers de l'établissement :

- Cinq représentants des employeurs ;
- Quatre représentants des travailleurs ;
- Deux représentants des pensionnés ;
- Un représentant des députés.

Au titre du personnel de l'établissement

Un représentant du personnel de la Caisse.

La présidence du Conseil d'Administration est assurée alternativement par le représentant des organisations syndicales des employeurs et le représentant des organisations syndicales des travailleurs. Le contrôle du dispositif est assuré :

Au niveau interne, à travers

- Le contrôle des opérations d'immatriculation et de liquidation ;
- Le contrôle médical ;
- L'audit et le contrôle de gestion.

Au niveau externe, à travers :

- L'Inspection des Affaires Sociales ;
- Le Contrôle Général des Services Publics ;

– Le Bureau du Vérificateur Général ; - la CIPRES.

1.8.1. Mise en commun des ressources

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

Les cotisations assises sur les traitements des fonctionnaires civils et militaires, les salaires des travailleurs et les indemnités des députés ;

Les cotisations assises sur les pensions et allocations de retraite ;

Les subventions de l'Etat ;

Les revenus des placements et investissements ;

Les dons, legs et libéralités de toute nature ;

Les produits d'aliénation des biens meubles et immeubles ;

Les revenus du patrimoine ;

Les recettes diverses ;

Toutes autres ressources attribuées par un texte législatif et réglementaire.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit :

3,06 % à la charge des personnels salariés en activité ;

4,48 % à la charge de l'Etat ou de la collectivité territoriale en qualité d'employeur;

3,50% à la charge des employeurs du secteur privé. Ce taux intègre les 2 % versés par les employeurs au titre de la branche servie par l'INPS avant l'instauration de l'AMO ;

0,75 % à la charge des pensionnés ;

6,56 % à la charge des assurés volontaires.

1.8.2. Prestations

Les prestations prises en charge sont :

Les soins préventifs et curatifs ;

Les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;

Les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;

Les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;

Les analyses de biologie médicale ;

La radiologie et l'imagerie médicale

Les médicaments ;

Les soins bucco-dentaires.

Les prestations exclues sont :

Les interventions de chirurgie esthétique ;

Les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;

La lunetterie ;

Les prothèses dentaires ;

Toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et les médicaments établie par les Ministres chargés de la Santé et de la protection sociale.

Les prestations de l'AMO sont accessibles uniquement auprès d'un réseau de prestataires de santé conventionnés par la CANAM. Les conventions sont conclues de manière sectorielle entre la CANAM et les prestataires suivants :

Les officines de pharmacies ;

Les structures sanitaires publiques, communautaires et privées ;

Les dentistes ;

Les médecins libéraux ;

Les laboratoires d'analyses médicales ;

Les professions infirmières, de sages-femmes et autres spécialités paramédicales.

La situation des structures conventionnées à la date du 25 novembre 2013 se présente comme suit :

96 établissements publics hospitaliers à Bamako, Kati et dans chacune des capitales régionales ;

4 établissements publics de recherche et de traitement (INRSP, CNTS, CNAM, CRLD) ;

1 hôpital privé « Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg » ;

61 CSRéf dans les Districts sanitaires du pays ;

962 CSCom sur l'étendue du territoire ;

320 officines de pharmacie dont 153 à Bamako et 167 en dehors de la capitale ;

9 laboratoires d'analyses médicales privés dont 8 à Bamako et 1 à Kayes.

Parallèlement, les négociations se poursuivent avec les autres structures privées en vue de la signature de conventions.

Du 1er Mai 2011 (date de début des prestations de l'AMO) au mois de Juillet 2011, le nombre de bénéficiaires des prestations est de 2442. Ce nombre est passé à 361391 au 25 Novembre 2013.

La prise en charge se fait par le système du tiers payant qui est un mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire ; celui-ci paye un ticket modérateur au centre de santé qui l'a reçu. Le niveau de prise en charge est de :

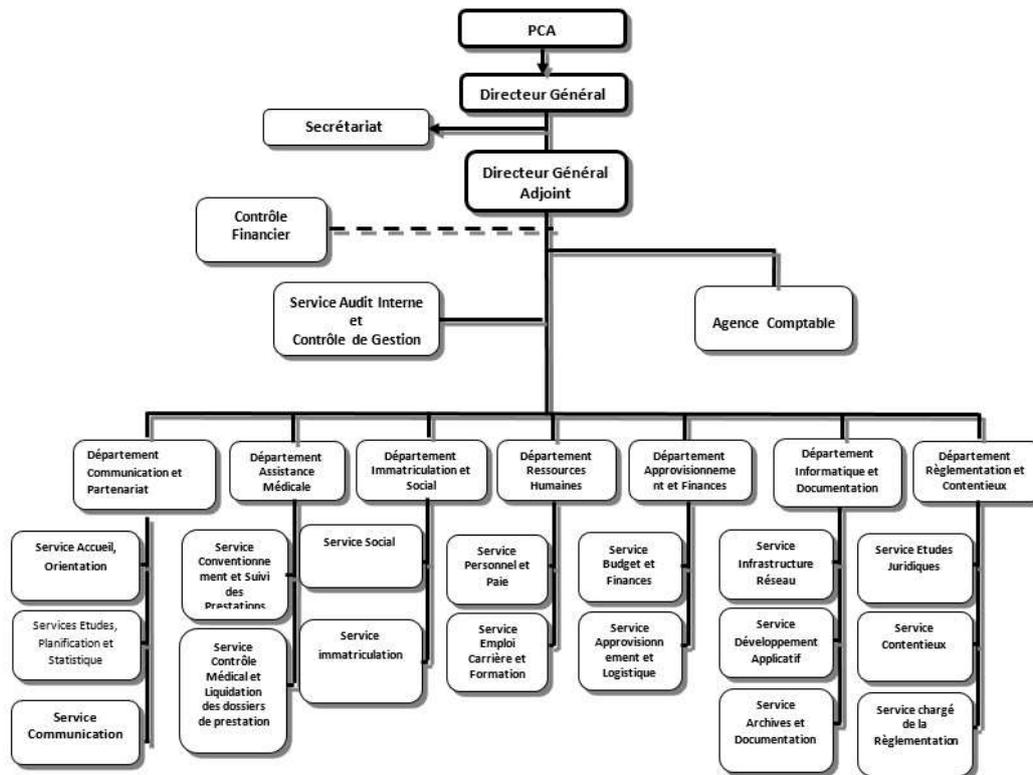
- 80% des frais de soins pour l'hospitalisation (tous les soins effectués lorsque que le bénéficiaire est hospitalisé) ;
- 70% des frais de soins en ambulatoire (tous les soins effectués hors hospitalisation).

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

II. METHODOLOGIE

Description des trois structures de santé et de l'ANAM :

Organigramme-canam



MONOGRAPHIE HISTORIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au (Quartier- Mali) qui est parmi les huit quartiers de la Commune V du District de Bamako.

La Commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41km², elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire et la Commune de Kalabancoro, à l'Est par la Commune VI et le Niger. Elle est composée de huit quartiers : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou Quartier Mali, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalabancoura et Daoudabougou.

En 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (avec appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V ; En regroupement avec le service Social de la Commune V)

Création avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Ceci dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako.

Dans le cadre de la Politique Sectorielle de Santé et de Population ; et conformément au plan de Développement Socio Sanitaire des Communes (PDSC).

C'est dans ce cadre que la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée pour treize (13) Aires de Santé c'est-à-dire la création de 11 CSCom (Centre de Santé Communautaire) et 1 Centre de Santé Professionnel dans la Commune V sur les 13 Aires de Santé 11 CSCom sont fonctionnels et le Centre de Santé a été restructuré. 2 CSCom sont en voie d'ouverture.

Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; En 1993 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisé et ceci a été couronné de succès surtout avec le Bloc Opératoire équipé et c'est ainsi que le centre a été nommé Centre Pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres Communes et le Centre de Santé de la Commune V est devenu Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Actuellement le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) compte des unités et des sections.

Les unités :

- 1- Gynéco-Obstétrique ;
- 2- Ophtalmologie ;
- 3- Odontostomatologie;
- 4- Médecine ;
- 5- Pédiatrie ;
- 6- Comptabilité ;
- 7- Laboratoire / Pharmacie ;
- 8- Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil aux ; Personnes vivant avec le VIH ;

- 9- Rhumatologie ;
- 10- Cardiologie ;
- 11- Gastroentérologie ;
- 12- Chirurgie ;
- 13- Endocrinologie ;
- 14- Dermatologie.

Sections :

- 1- Bloc Opérateur (Anesthésie) ;
- 2- Hospitalisation Bloc Opérateur ;
- 3- Imagerie Médicale ;
- 4- Médecine Générale ;
- 5- Pharmacie ;
- 6- Laboratoire ;
- 7- Ressources Humaines ;
- 8- Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9- Brigade d'Hygiène ;
- 10- Néonatalogie ;
- 11- Pédiatrie Générale ;
- 12- Oto rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13- Tuberculose ;
- 14- Lèpre ;
- 15- Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16- Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17- Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18- Nutrition ;
- 19- Suites de Couches ;
- 20- Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21- Gynécologie ;
- 22- Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23- Ophtalmologie ;
- 24- Odontostomatologie ;
- 25- Planification Familiale (PF) ;

26- One Stop Center.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est dirigé par un Médecin-Chef et compte un effectif de plus de 500 dont plus 200 affectés dans les CSCom. Le Personnel se compose de :

- Médecins (Gynécologue-obstétricien, Stomatologue, Ophtalmologue Epidémiologiste, Pédiatre, Urologue, Rhumatologue Endocrinologue, ORL, Généraliste, Dermatologue, Cardiologue, Pharmacien et Gastroenterologue)
- Assistants Médicaux (Anesthésie réanimation, Ophtalmologie Odontostomatologie, Santé Publique, Imagerie Médicale, Laboratoire Sage-femme, ORL, Sage-femme, Infirmier d'Etat et Management des services de Santé).
- Techniciens Supérieurs de Santé Spécialisés (Sage-femme d'Etat, Infirmier d'Etat, Technicien Supérieur de Labo et Technicien Supérieur d'Hygiène et Assainissement)
- Techniciens de Santé (Infirmières Obstétriciennes, Infirmiers de Santé Publique et Techniciens de Labo)
- Aides-soignants
- Matrones
- Fille de Salle
- Administration : (Gestionnaires, Comptables, Secrétaires, Agents de Saisie, Standardistes, Informaticien, Adjoint d'Administration, Secrétaire d'administration, Chauffeurs, Manœuvres, Planton, Agent chargé d'incinération et Gardiens.)

Les travailleurs sont classés en 7 Catégories qui sont :

- Les fonctionnaires de l'Etat
- Les contractuels de l'Etat
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales
- Les contractuels sur les Ressources PPTE
- Les Agents relevant de la Mairie du District de Bamako
- Les Agents relèvent de la Mairie de la Commune V du District de Bamako.
- Les Contractuels sur fonds mondial.
- Les Contractuels payés sur le fonds du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a bénéficié du prix Ciwara d'excellence décerné par CICM.

Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activité gynéco Obstétrique.

En 1999 le Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion Féminine de la Famille et de l'Enfant. /.

Les Organes de gestion sont :

- Le conseil de gestion dont le Maire est le Président
- Le comité de gestion

MONOGRAPHIE DE LA COMMUNE VI

PRESENTATION DE LA COMMUNE

La maternité de sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve NIGER. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CSRéf) en 1999.

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
 - la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et
 - la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.
- construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

DONNEES GEOGRAPHIQUES

Superficie (densité/km²)

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km², pour une population estimée à 620 360 habitants en 2009, avec un taux d'accroissement 9.4.

Limites

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati et à l'Ouest par la Commune V.

Relief :

Le relief est accidenté :

- dans la partie Est de Banankabougou par Outa-Koulouni, culminant à 405 m,
- par Taman koulouno avec 386 m à l'ouest de la patte d'Oie de Yirimadio
- par Kandoura koulou , magnambougou koulou et Moussokor kountji fara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de dianeguela- sokorodji
- par Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite EST de la commune
- par Tién- koulou culminant à 500 m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune

SITUATION SANITAIRE

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de Référence ,un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

A- Couverture géographique

Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au Csréf

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom /csréf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè	4
ASACROYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODI A	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7
ASACOHICY	2019	Cité des logements sociaux	8

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15km)

Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires Niamakoro(ASACONIA et ANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé(Sokorodji –Dianéguéla).

La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSComs.

B. Ressources humaines :

Au niveau du CSREF. il y a les différentes catégories de personnel à savoir :

- Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;
- Les contractuels de la Mairie du District de Bamako;
- Les contractuels du CSREF ;
- Les contractuels de la Mairie CVI.

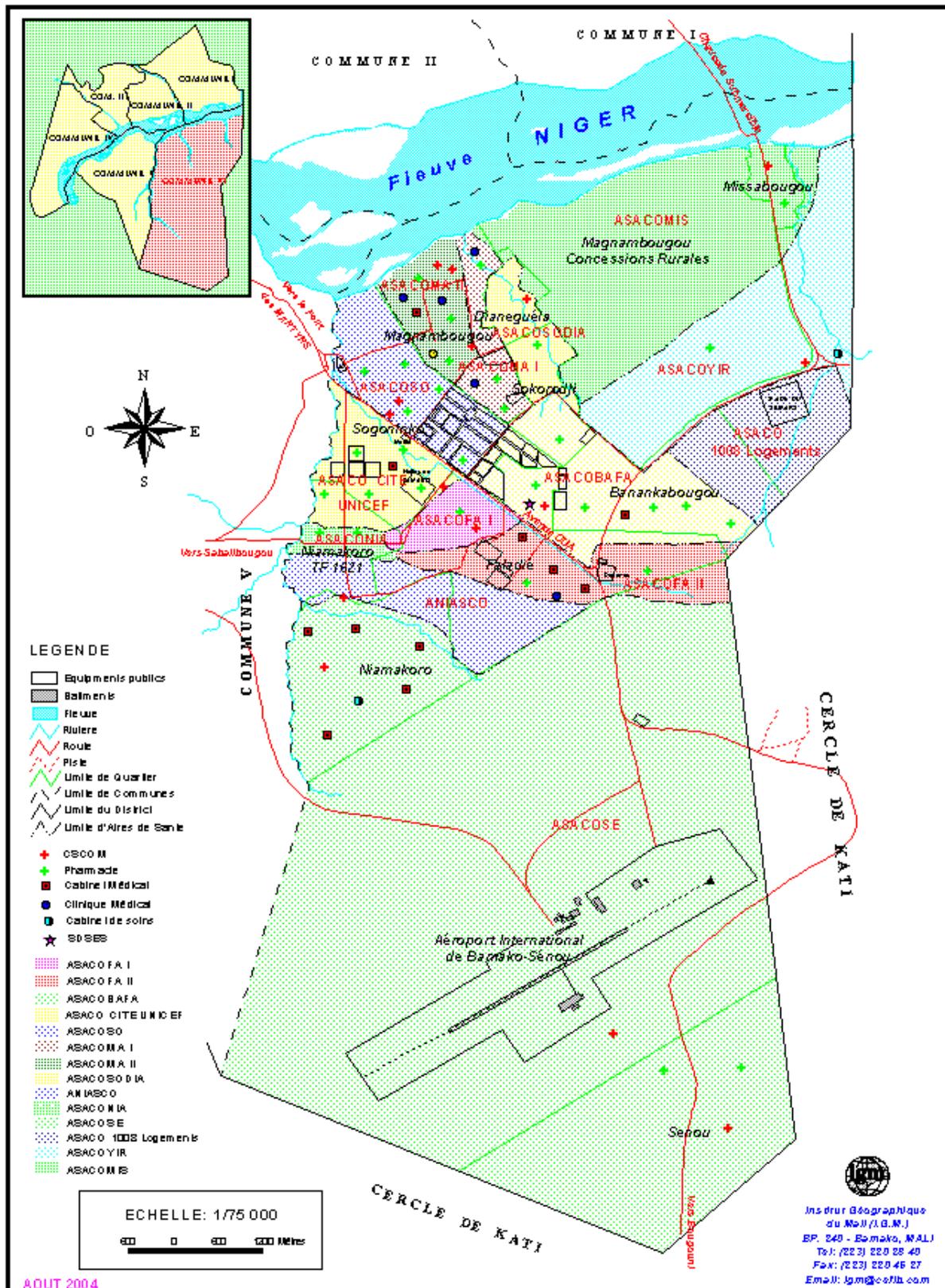
La Situation des autres structures privées en commune VI

Nom de la structure	QUARTIERS	Aire de rattachement
BASE 101 CABINET BATOMA TOURE SAMA ANNEXE CABINET DOUNOUYA	SENOU	ASACOSE
MIPROMA 2M PLUS CLINIQUE DE LA COTE CLINIQUE DE LA SOLIDARITE CLINIQUE MANGNA CITE CABINET ZANGA CABINET AWA CABINET SACKO HAMIDOU	MAGNABOUGOU	

CABINET MADIA		ASACOMA
CMIE FALADIE CABINET LES PALMIERS CABINET JEAN DU FOUR CABINET DALY TOURE CABINET DENTAIRE CABINET BINKY CABINET KENEYA	FALADIE	ASACOFA
CENTRE JEUNE CLINIQUE MAMY CABINET GARE ROUTIERE	SOKONIKO	ASACOSO
CABINET MAMA CABINET DJIGUIYA CABINET SIAWAN CABINET SAMA CABINET ESPOIR	NIAMAKORO	

CABINET COMBATTANT		ASACONIA
CABINET AVICENNE		ANIASCO
CABINET JASMINE		
CLINIQUE MALLET KEITA		
CABINET SONI ALIBER		
CABINET DOUTEMBOUGOU	BANANBOUGOU	ASACOBABA
CABINET BALA KONI	YIRIMADIO	ASACOYIR

CARTE SANITAIRE DE LA COMMUNE VI



SITUATION ACTUELLE DU PERSONNEL CSREF CVI

Corps	Nombre	Formation diplomante
Médecins	52	
Médecins gynécologues	5	
Médecin Chirurgien	3	
Chirurgien-dentiste	1	
Anesthésie - Réa	2	
Endocrinologue	1	
Radiologue	1	
Dermatologue	1	
Pharmacien	1	
Médecin Pédiatre	3	
ORL	1	
Ophtalmologie	1	
Médecin Santé Publique	3	
Médecins Généralistes	25	4 en formation
Assistants Médicaux	33	
ORL	4	
SIS	2	

Anesthésie - Réanimateur	5	
Bloc opératoire	3	
Formation des Formateurs	0	
Odontostomatologie	4	
Ophthalmologie	5	
Gestion Ressources Humaines	2	
Médecine Interne	1	
Laboratoire	1	
Ingénieur Sanitaire	2	
AUTRES CATGORIE A	5	
GRH	1	
Gestion Entreprise	1	
Inspecteur du trésor	1	
Inspecteur des finances	1	
Informatique de gestion	1	
Techniciens Supérieurs de Santé	81	
Sages-femmes	48	
IDE	16	
Hygiène assainissement	3	
Laboratoire	7	
Techniciens de Santé	52	

Infirmières Obstétriciennes	25	5 en Formation
Infirmiers de santé Publique	30	2 en formation
Laboratoire	0	1 en Formation
Technicien d'hygiène	1	
Agent Technique de Santé	3	
Agents d'Hygiène	9	
Aides-Soignantes et matrones	12	
Secrétariat	9	
Attaché d'administration	3	
Adjoint administration	5	
Agents de saisie	2	
Comptabilité	12	
Inspecteur des finances	2	
Contrôleur des services économiques	1	
Contrôleur de Finances	5	
Aides comptables	6	
Documentaliste	1	
Administrateur de l'Action Sociale	2	
Plantons	1	

Chauffeurs	6	
Manœuvres	20	
Gardiens	2	
Lingères	1	
Personnel de l'USAC	10	
Médecin	3	
Pharmacien	1	
Assistants Médicaux	1	
Administrateur	2	
Conseillers	3	
TOTAL PERSONNEL	305	

Bamako, le 31 Décembre 2021

PRESENTATION DU DISTRICT SANITAIRE

Le district sanitaire de Kalaban – Coro qui est situé en zone périurbaine, traversé de part en part par le district de Bamako est constitué en grande partie de quartiers et de villages regroupés en son temps autour de l'ancien canton du Bolé.

C'est pourquoi il existe entre eux des liens sociologiques très solides.

Ainsi ; le district sanitaire de kalaba-coro, du fait de sa proximité au district de Bamako et la viabilisation de certaines localités, la localisation du campus universitaire de Kabala, le Centre sportif d'élites « Ben Cherif », le projet d'adduction d'eau de Kabala, les logements sociaux (etc.) enregistre chaque année un accroissement considérable de la population. Il connaît donc une forte affluence d'une « population flottante ».

1.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

1.1.1. Caractéristiques géographiques :

Le district sanitaire de Kalaban-Coro couvre une superficie de 2 425 km². Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger et limité:

- Au Nord par le district sanitaire de Kati (Sangarébourgou et Moribabougou)
- Au Sud par le district sanitaire d'Ouéléssébougou ;
- A l'Est par le cercle de Koulikoro ;
- A l'Ouest par le fleuve Niger.
- Il est traversé du Nord au sud par le district de Bamako (Communes V et VI);

Le district sanitaire de Kalaban – Coro compte 5 communes (Baguinéda, Kalaban Coro, Mountougoula, N'Gouraba et Sanankoroba) toutes rurales qui regroupent 104 villages.

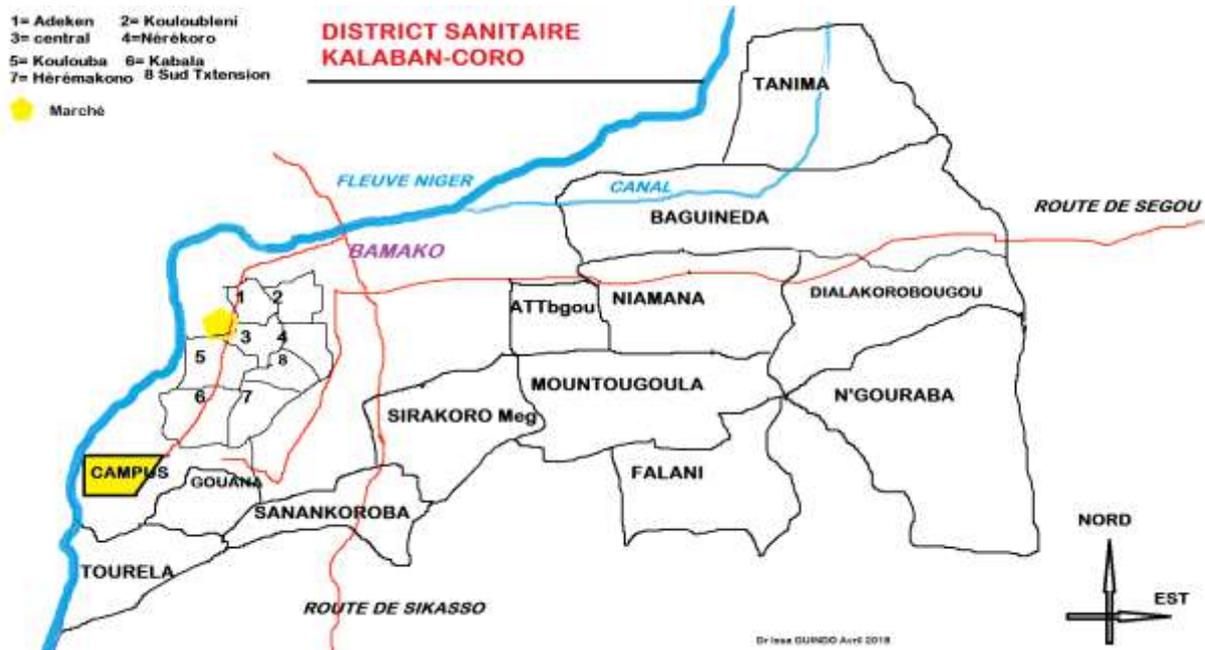


Figure I: Carte sanitaire du district sanitaire de Kalaban-Co

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive de type transversale.

2.1. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 15 juillet au 17 Aout 2020

2.2. Population d'étude

Notre étude à concerne les patients adhérents à l'AMO reçus en consultation médicale dans les centres de santé de référence de la Commune V, Commune VI du District de Bamako et de la commune de Kalaban Coro (KATI), et les prestataires des structures concernées

2.3. Critère de choix

Pour le choix des centres, il a largement été motivé par le taux de fréquentation de ces structures avec une zone de couverture étendue.

Pour Le cas spécifique de la commune V, c'est là où nous avons passé beaucoup de temps pour notre stage de rotation, ce qui suppose une connaissance du centre et une familiarité avec le personnel.

2.3.1. Critère d'inclusion

Parmi les sujets sélectionnés, les seuls retenus sont les patients adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire consultant dans lesdits centres consentants de participer à l'étude, et les prestataires AMO de ces différents centres qui ont donné leur accord pour participer à l'étude.

2.3.2. Critère d'exclusion

N'ont pas été concernés, les sujets non adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire, les prestataires n'ayant pas le code de prestation AMO et/ou les patients non consentants à l'étude.

2.4. Echantillonnage

Sans tri préalable et, afin d'obtenir un échantillon représentable de la population, nous avons essayé de balayer toutes les plages horaires des consultations (le matin, l'après-midi, le soir, la nuit).

Tableau I: Récapitulation de l'effectif selon leur genre et volet

Variables	Qualitatif	Quantitatif	Total
Homme	09	06	15
Femme	06	09	15
Total	15	15	30

Le nombre de sujets nécessaires à cette étude a été estimé à 30, il est à noter que la totalité de notre échantillon était du district de Bamako et la commune de Kalaban Coro cercle de Kati.

2.5. Technique de collecte des données

C'est une étude transversale mixte ayant pour objectif de déterminer les défis de la gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire « AMO » à l'égard des soins et des services. L'étude s'est intéressée aux défis du point de vue des prestataires et des bénéficiaires. Nous avons effectué la collecte des données par biais des entretiens de face à face avec les usagers et d'un questionnaire. Les entretiens semi directifs ont pour but de recueillir les perceptions des différents acteurs sur

le sujet tandis que le questionnaire nous a aidés à collecter les données sur les caractéristiques socio démographiques des répondants. À la différence de la méthode quantitative, elle permet d'analyser et de comprendre des phénomènes, comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante des données, mais d'obtenir des données à fond (qualité).

✓ **Recueil des données**

Nous avons recruté les patients qui se sont présentés aux consultations dans les différents services au fur et à mesure du déroulement des consultations, et les prestataires sur rendez-vous pour ne pas perturber le temps de consultation.

Le consentement éclairé verbal a été obtenu pour chaque répondant après explication du but de l'étude d'anonymat. Les répondants ont eu l'occasion de décliner l'invitation ou y mettre fin quand ils le voulaient. Les entretiens ont eu lieu à l'extérieur du périmètre de consultation pour les bénéficiaires et dans la salle de consultation pour les prestataires avec un enregistrement à l'aide du dictaphone ; la confidentialité des renseignements recueillis a été garantie. Pour les variables étudiées voire annexe.

2.6. Traitement et analyse des données

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

2.6.1. Le volet quantitatif

Les données quantitatives ont été obtenues à partir de l'administration du questionnaire destiné aux prestataires, bénéficiaires. Elles ont été analysées de façon statistique à partir d'un logiciel adapté épi info 7. Et enfin, nous avons présenté les différents résultats issus du traitement général à partir du logiciel Word 2013.

2.6.2. Le volet qualitatif

Les analyses ont été effectuées sur la base de la transcription des entretiens approfondis avec enregistrement préalable. Nous avons procédé à une analyse de contenus qui nous a permis de faire une lecture systématique des transcriptions, d'identifier les idées les plus pertinentes pour notre sujet. Nous avons ainsi obtenu un ensemble de thèmes et sous thèmes qui ont été analysés par la suite après codage de tout le corpus recueilli.

2.7. Aspects éthiques

Avant le début de notre étude, les autorisations nécessaires ont été recherchées auprès des responsables des différentes structures de santé à travers le dépôt de la demande d'autorisation d'enquête du DER de sante publique et a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Pour cette étude, nous avons garanti la confidentialité par l'anonymat des participants en épargnant les nom et prénom et en faisant un interrogatoire individuel dans un espace convenable à l'entretien. La participation était libre et volontaire après obtention d'un consentement verbal et éclairé.

2.8. Chronogramme des activités

Période / Tâches	Mars 2020	Avril-Mai	Juin	Juillet-Aout	Septembre-Octobre	Novembre-Décembre	Janvier-Avril 2021	Mai-Juin	Juillet-Aout	Sept-Octo	Nov	Dec
Elaboration du protocole de recherche												
Elaboration du Questionnaire												
Recherche des autorisations de recherche												
Collecte et saisie des données												
Analyse des données												
Rédaction de la thèse												
Première correction												
Deuxième correction												
Troisième correction												
Quatrième correction												
Soutenance												

III. RESULTATS

3.1. Caractéristique sociodémographique des patients

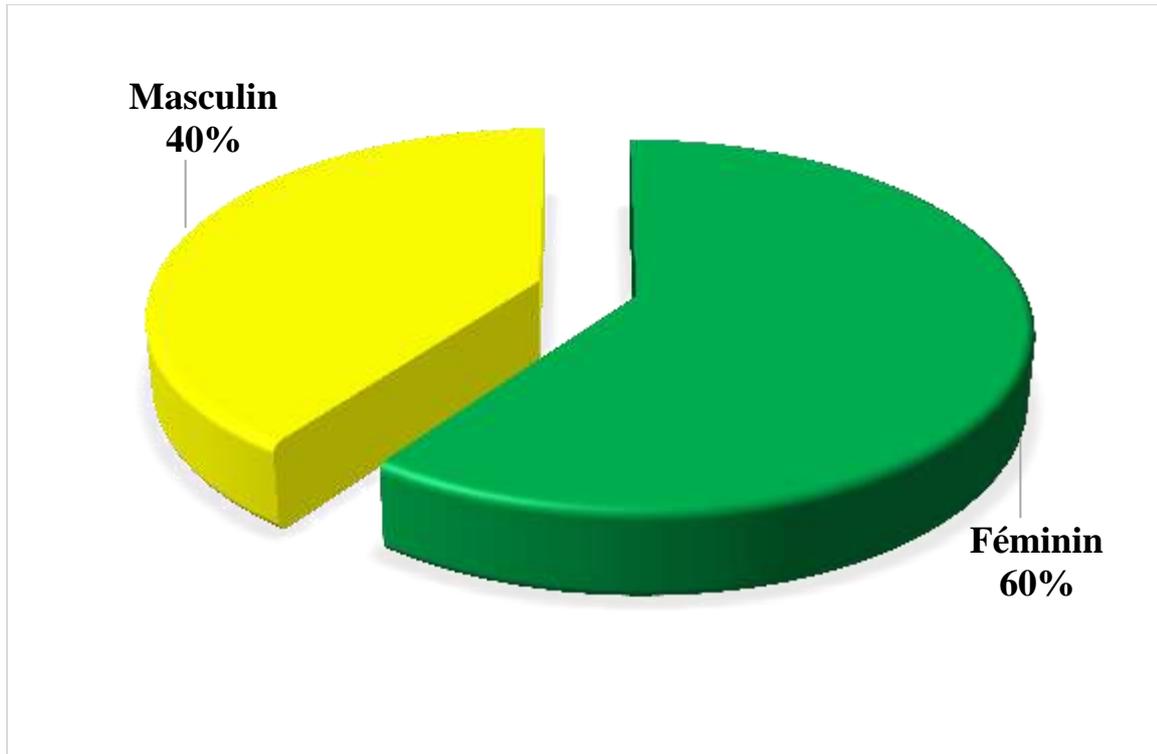


Figure 1 : représentation graphique des patients en fonction du sexe.

Le sexe féminin est prédominant dans notre série avec un effectif de 09, soit 60%. Le sexe ratio est 1,5 en faveur des femmes cette situation peut s'expliquer par le fait qu'elles sont couvertes par l'AMO de leur conjoint, compte tenu de leur rang social, elles ont plus de temps à s'occuper de la santé de la famille.

Tableau II : répartition des patients en fonction de l'âge

AGE	Fréquence	Pourcentage
19	1	6,67%
26	1	6,67%
29	1	6,67%
31	2	13,33%
34	1	6,67%
52	1	6,67%
54	2	13,33%
55	1	6,67%
58	1	6,67%
60	1	6,67%
62	1	6,67%
63	2	13,33%
Total	15	100,00%

Dans notre série, la tranche d'âge de 50ans et plus a représenté plus de 60% de l'échantillon, l'âge a une influence positive sur l'adhésion à l'AMO parce que les personnes âgées sont plus vulnérables aux pathologies chroniques donc ont plus besoin d'une assurance maladie.

Tableau III : répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnies	Fréquence	Pourcentage
Bambara	7	46,66%
Kakolo	1	6,66%
Kassoké	1	6,66%
Malinke	2	13,33%
Mianka	1	6,66%
Senoufo	1	6,66%
Sonrhäi	1	6,66%
Maures	1	6,66%
Total	15	100.00%

L'échantillon est composé exclusivement de maliens (100%). Sur 15 patients, on a retrouvé 09 bambara, 02 malinké, soit respectivement 46,66% et 13,33%.

Cette répartition est conforme à la norme nationale. Nous avons retrouvé 08 ethnies, ce qui montre la représentativité de l'échantillon. Et l'ethnie a une influence positive sur l'AMO ; soit parce que les bambaras sont les plus nombreux au Mali où ils sont plus dans les fonctions que les autres ethnies.

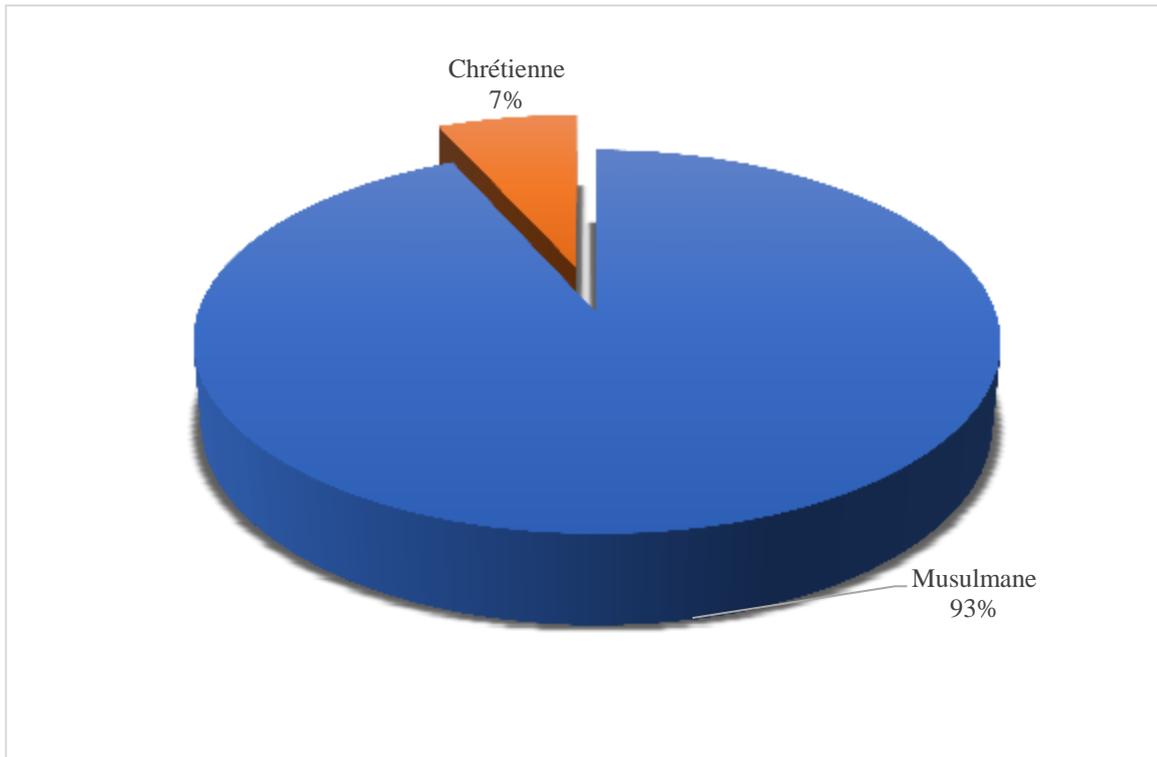


Figure 2 : représentation graphique des patients en fonction des religions.

Sur un total de 15 patients, nous avons 14 patients de religion musulmane soit 93,33%, cela est conforme trouve son explication dans la tendance religieuse du Mali qui est à 90% de religion musulmane, donc les musulmans sont majoritaires sur l'échantillon proposé.

Tableau IV : répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marie(e)	15	100,00%
Total	15	100,00%

Dans notre série, tous les patients étaient mariés (100%), donc le mariage influence de façon positive l'adhésion à l'AMO puisque quand on est en couple, on est sous la couverture AMO de son conjoint. Cela peut être dû au fait qu'étant en couple, on se soucie beaucoup de sa santé.

Tableau V: répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Aucun	2	13,33%
Fondamentale 1er cycle	1	6,67%
Fondamentale 2eme cycle	6	40,00%
Secondaire	4	26,67%
Supérieur	2	13,33%
Total	15	100,00%

Les non instruits représentent seulement 13,33%, alors que les scolarisés représentent 86,67% avec niveau d'étude fondamentale 2eme cycle et niveau d'étude secondaire respectivement 40% et 26,67%.

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

Par quel biais bénéficiez-vous de l'AMO ?	Fréquence	Pourcentage
Moi même	7	46,67%
Mon (ma) conjoint(e)	7	46,67%
Mon enfant	1	6,66%
Total	15	100,00%

Sur 15 patients de notre série, 08 patients bénéficiaient de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'une conjointe ou d'un enfant, 07 étaient assujettis à l'AMO. Soit respectivement 53,33% et 46,67%.

Tableau VII : répartition des patients en fonction de leur appréciation de l'accueil, de l'orientation et du délai d'attente au guichet.

Avez-vous été bien accueilli au centre ?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	13	86,67%
Moyennement	1	6,67%
Un peu	1	6,67%
Total	15	100,00%
Avez-vous été orientés à l'entrée ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	11	73,33%
Non	4	26,67%
Total	15	100,00%
Délai d'attente en salle de consultation	Fréquence	Pourcentage
05 à 20 minutes	8	53,33%
1H et plus	6	40,00%
De 20 -60 minutes	1	6,67%
Total	15	100,00%
Comment vous trouvez ce temps	Fréquence	Pourcentage
Court	6	40,00%
Long	9	60,00%
Total	15	100,00%
Avez-vous été privilégiés ?	Fréquence	Pourcentage
Non	15	100,00%
Total	15	100,00%
Vous étiez assis dans le confort ?	Fréquence	Pourcentage
Assez confortable	1	20,00%
Très inconfortable	1	20,00%
Très confortable	3	60,00%
Total	5	100,00%
Autres	Fréquence	Pourcentage
Je ne suis pas assis	1	10,00%
Pas assez de chaise	3	30,00%
Pas de chaises	6	60,00%
Total	10	100,00%

Sur un échantillon de 15 patients, 13 déclarent avoir été bien accueillis soit 87,67% ; 11 biens orientés soit 73,33%.

« Les personnels sont bien accueillants et je n'ai pas mis assez de temps au guichet et j'ai été bien orienté » (S.Y, 52 ans, ingénieur)

Par contre le temps d'attente minimal au guichet a été de 20minutes pour 08 patients soit 53,33%, et le temps d'attente maximal est 01Heure et plus pour 06 patients soit 40% avec une moyenne de 40minutes.

Concernant l'appréciation du temps d'attente, **06** patients, soit **40%** trouvent ce temps acceptable, par contre **09** patients soit **60%** de nos patients trouvent ce temps trop long.

Pendant l'attente au guichet, **06** patients soit **40%** de nos malades déclarent n'avoir pas trouvé de places pour s'asseoir, seulement **03** malades soit **20%** « ont dit satisfait de l'attente ».

Certains patients n'ont pas eu de place pour s'asseoir à l'accueil, d'autres ont mis plus de **01h** devant la salle de consultation d'où la raison de leur insatisfaction ; par contre d'autres se sont sentis bien accueillis et vite pris en charge.

« Je suis là depuis huit (08h) heures c'est à 10h que j'ai pu voir le médecin avec de nombreux va et vient » (M.P, 31 ans, ménagère)

Ailleurs, nous n'avons pas trouvé de distinction dans l'accueil concernant les assurés AMO et leurs ayants droit.

Tableau VIII : classification des patients en fonction de la facilité d'accès au médecin et du déroulement de la consultation.

Ça été facile de voir le médecin ?	Fréquence	Pourcentage
OUI	8	53,33%
NON	7	46,67%
Total	15	100,00%
La consultation a été confidentielle ?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	14	93,33%
Ne sait pas	1	6,67%
Total	15	100,00%
Vos questions ont été répondues clairement ?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	14	93,33%
Non	1	06,67%
TOTAL	15	100,00%
Vous avez senti du respect ?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	15	100,00%
Total	15	100,00%
On a beaucoup prêté attention à votre maladie ?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	15	100,00%
Total	15	100,00%

Plus de la moitié de notre échantillon, soit **53,33%** n'a pas eu de difficulté à avoir accès au médecin, **93,33%** trouvent que la consultation a été confidentielle et avoir été bien satisfaits de la réponse donnée pour leurs questions posées. Et la totalité de nos patients (**100%**) déclare avoir été bien respectée et avoir prêté attention à leur maladie.

« La consultation a été un à un dans une salle après l'interrogatoire, l'examen physique s'est fait derrière un paravent ; Le médecin m'a posé une série de

questions et j'ai tout répondu en lui reposant les miennes tout s'est passé dans la confidentialité » (S.L, 52 ans, enseignant à la retraite)

Tableau IX : ordonnance et disponibilité des médicaments AMO

Avez-vous reçu une ordonnance ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	15	100,00%
Total	15	100,00%
Les médicaments ou appareillages étaient tous dans l'AMO	Fréquence	Pourcentage
Oui	11	73,33%
Non	4	26,67%
Total	15	100,00%
Quels médicaments ou appareillages n'étaient pas dans l'AMO ?	Fréquence	Pourcentage
Glucophage500	1	33,33%
Je ne sais pas le nom	1	33,33%
Verre correcteur	1	33,33%
Total	3	100,00%

La totalité de notre échantillon (**100%**) ont reçu une ordonnance lors de la consultation, mais seulement **04** patients soit **26,67%** ont déclaré ne pas avoir reçu tout leur produit dans l'AMO.

« J'ai un problème de la vision et qu'on m'a prescrite un verre correcteur mais que l'AMO n'assure pas » (N.K, 31 ans, ménagère)

Tableau X: examen complémentaire et leur disponibilité dans l'AMO

Avez-vous reçu des examens complémentaires ?	Fréquence	Pourcentage
1=Oui	10	66,67%
2=Non	5	33,33%
Total	15	100,00%
Pourquoi n'avez-vous pas reçu des examens complémentaires ?	Fréquence	Pourcentage
2=J'avais déjà fait tous les examens nécessaires	3	60,00%
3=Ne sait pas	2	40,00%
Total	5	100,00%
Les examens complémentaires étaient tous effectués à l'AMO ?	Fréquence	Pourcentage
1=Oui	9	90,00%
2=Non	1	10,00%
Total	10	100,00%
Quels examens complémentaires n'étaient pas effectués à l'AMO ?	Fréquence	Percent
Je ne sais pas	1	100,00%
Total	1	100,00%

Sur un effectif de **15** ; **10** patients ont reçu des examens complémentaires soit **66,67%** de l'échantillon, dû au fait que 03 avaient déjà fait une consultation antérieure et avaient déjà réalisé le bilan nécessaire, seulement 01 ne sait pas pourquoi il n'a pas reçu d'examen. Parmi les patients ayant reçu des ordonnances seulement un seul examen n'était pas faisable à AMO

« *Hypertendue connue depuis 06 ans est venue au rendez de son médecin pour son suivi* » (K.C, 54 ans, vendeuse)

Tableau XI: disponibilité des médicaments et différents examens complémentaires dans les structures.

Les médicaments ou appareillages étaient tous disponibles au centre ?	Fréquence	Pourcentage
J'ai obtenu la totalité au niveau du centre	3	20,00%
Non je n'ai obtenu que quelques-uns au niveau du centre	7	46,67%
Non je n'ai obtenu aucun au niveau du centre	4	26,67%
Ne sais pas	1	6,67%
Total	15	100,00%
Les examens complémentaires étaient tous disponibles ?	Fréquence	Pourcentage
Oui j'ai pu réaliser tous	5	35,71%
Non je n'ai eu que quelques-uns	3	21,43%
Non je n'ai obtenu aucun	2	14,29%
Ne sais pas	4	28,57%
Total	14	100,00%

Concernant la disponibilité des médicaments et des examens complémentaires, seulement **03** patients soit **20%** et **05** patients soit **35,71%** ont trouvé respectivement la totalité des produits et analyses prescrits dans leur centre respectif.

« *Beaucoup de médicaments qu'on nous prescrits ne sont pas à l'AMO* » (N.B, 55 ans, infirmier à la retraite souffrant de rhumatisme articulaire).

Tableau XII: répartition des patients en fonction du coût induit par les soins et services et leur appréciation

Combien avez-vous payé pour la consultation ?	Fréquence	Pourcentage
300	14	93,33%
450	1	6,67%
Total	15	100,00%
Vous considérez ce montant élevé ?	Fréquence	Percent
1=Oui	1	6,67%
2=Non	14	93,33%
Total	15	100,00%
Combien avez-vous payé pour les médicaments ?	Fréquence	Pourcentage
10000	2	13,33%
14500	1	6,67%
15000	1	6,67%
3000	1	6,67%
5000	3	20,00%
7800	1	6,67%
je ne sais pas	1	6,67%
Oublier	5	33,33%
Total	15	100,00%
Vous considérez ce montant élevé ?	Fréquence	Pourcentage
1=Oui	1	6,67%
2=Non	10	66,67%
3=Ne sais pas	4	26,67%
Total	15	100,00%
Combien avez-vous payé pour les examens complémentaires ?	Fréquence	Percent
1000	1	10,00%
1500	1	10,00%
2000	1	10,00%
2400	1	10,00%
Oublier	6	60,00%
Total	10	100,00%

Vous considérez ce montant élevé ?	Fréquence	Percent
1=Oui	1	6,67%
2=Non	4	26,67%
3=Ne sais pas	10	66,67%
Total	15	100,00%

Le coût induit pour la consultation dans la majorité des cas c'est à **300F** par ticket.

Soit **93,33%** de la taille de notre échantillon, et ce même nombre juge que ce prix est acceptable par rapport à la consultation normale.

Dans notre enquête, le montant payé pour les ordonnances était compris entre **3000F-15000F** avec une moyenne de **8365F** ; et **66,67%** trouvent que ce prix est abordable, **6,67%** dit que le prix est élevé parce que n'a pas pu payer leurs ordonnances ; mais il est à noter qu'une faible proportion de l'échantillon ne se rappelle plus du prix exact facturé.

« Je suis assurée par mon mari depuis 05ans et chaque fois c'est mon mari qui se charge de payer les médicaments après la consultation ; donc je ne sais pas souvent combien coûtent mes ordonnances » (S.N, ménagère, **34** ans)

Le montant payé pour les analyses n'a pas dépassé **2400F** pour les **40%** et **26%** trouve que ce prix n'est pas élevé contre **66,67%** qui n'ont pas donné leur point de vue. En effet, **60%** de l'échantillon dit qu'ils ne se rappellent plus du montant payé.

Tableau XIII : répartition des patients en fonction de la difficulté et l'aide reçu pour les soins et services.

Avez-vous eu des difficultés pour payer les frais ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	1	6,67%
Non	14	93,33%
Total	15	100,00%
Avez-vous reçu de l'aide pour payer les frais ?	Fréquence	Pourcentage
Oui j'ai reçu de l'aide	1	6,67%
Non je n'ai reçu aucune aide	14	93,33%
Total	15	100,00%

Presque la totalité de notre échantillon n'a pas eu de difficultés ni d'aide pour payer les frais des soins et services, soit **93,33%** de l'effectif parce que le coût des services AMO était abordable mais **6,67%** a reçu d'aide pour les ordonnances.

« *Dit que le coût des soins et services est abordable pas besoin d'aide* » (D.P, 58 ans ménagère)

Tableau XIV: répartition des patients selon leur niveau de satisfaction

Etes-vous satisfait de l'accueil	Fréquence	Percentage
?		
Je ne suis pas satisfait du tout	1	6,67%
Je ne suis pas très satisfait	2	13,34%
Je suis assez satisfait	7	46,67%
Je suis très satisfait	5	33,33%
Total	15	100,00%
Etes-vous satisfait de l'AMO	Fréquence	Percent
?		
Je ne suis pas satisfait du tout	2	13,33%
Je suis assez satisfait	1	6,67%
Je suis très satisfait	12	80,00%
Total	15	100,00%

Notre étude révèle un niveau très satisfaisant des patients à **80%** pour l'AMO contre **33,33%** pour l'accueil au guichet et **13,33%** ne sont pas du tout satisfait.

« *La raison de ma satisfaction était due au fait que AMO facilite l'accès aux soins et médicaments mais les personnels du guichet sont souvent négligents ; je veux que l'AMO forme bien ses agents à respecter les clients* » (A.K. 60 ans fonctionnaire à la retraite).

Tableau XV : répartition des patients selon leurs raisons de satisfaction et de non satisfaction

Pourquoi êtes-vous satisfait ?	Fréquence	Pourcentage
Médicaments à vil prix	14	93,33%
Soins facile	1	6,67%
Total	15	100,00%
Pourquoi vous n'êtes pas satisfaits ?	Fréquence	Percent
Trop de procédures à suivre	2	18,18%
Temps d'attente trop long	5	45,45%
Coût pas assez pris en charge	1	9,09%
Personnels pas accueillants	2	18,18%
Indisponibilité des médicaments	1	9,09%
Total	11	100,00%

La raison de la satisfaction des malades a été le coût abordable des soins et services, mais par ailleurs **18,18%** déclarent qu'il y a trop de protocole à suivre, **18,18%** affirment que les personnels AMO ne sont pas accueillants, **18,18%** rapportent que le coût n'est pas assez pris en charge et indisponibilité des produits prescrits dans **09,09%**, et **45,45%** trouvent que le temps d'attente est trop long, et en ce qui concerne le coût des soins et services, **93,33%** n'ont pas trouvé de difficultés concernant le coût des services.

« Mon enfant souffre de la drépanocytose et si ce n'est pas grâce à l'AMO, le coût des soins allait nous poser de problèmes. Dieu merci AMO gère tout à vil prix » (Madame. C, 54 ans, ménagère)

3.2. Les prestataires : leur profil sociodémographique et leur perception de l'AMO

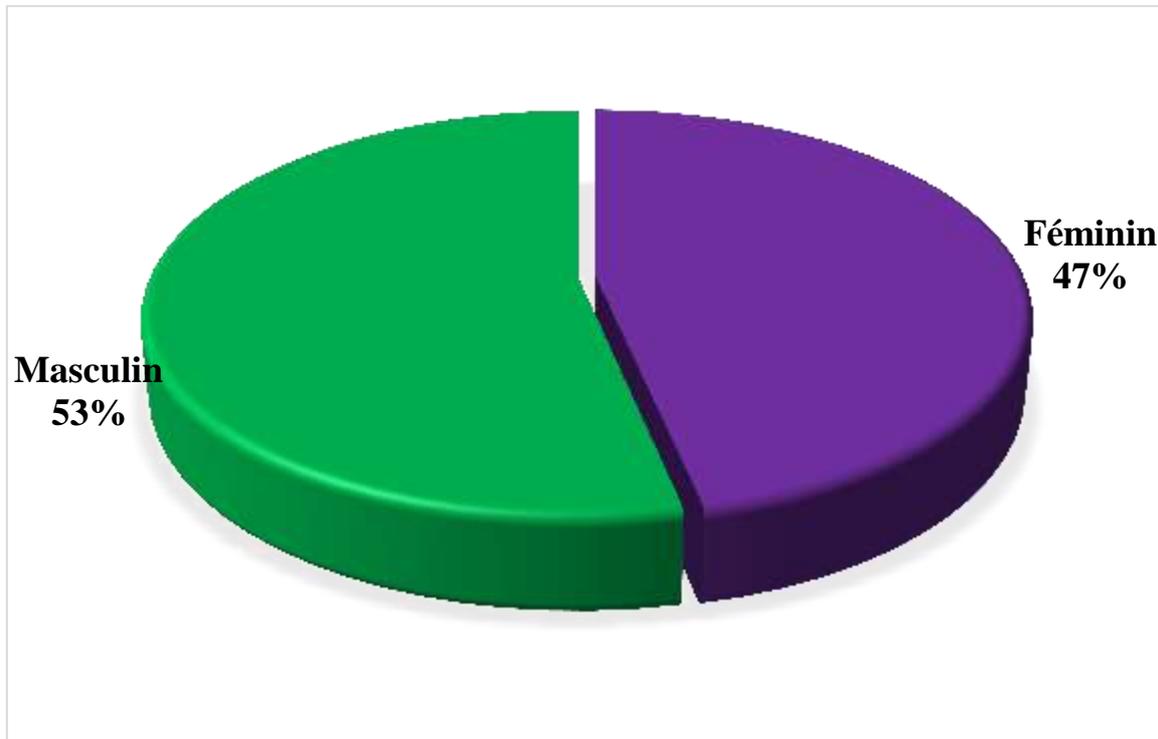


Figure 3 : représentation graphique des prestataires en fonction du sexe.

On a retrouvé plus de prestataires de sexe masculin que de prestataires de sexe féminin soit **53,33%** contre **46,67%** ; cela peut être dû au fait que les hommes sont très nombreux que les femmes dans le domaine de la médecine en général.

Tableau XVI : répartition des prestataires en fonction de leur spécialité

Spécialité	Fréquence	Pourcentage
Généraliste	5	33,33%
Gynécologue	1	6,67%
Infirmier	2	13,33%
Interne	2	13,33%
Pédiatre	2	13,33%
Sagefemme	3	20,00%
Total	15	100,00%

Les spécialités les plus représentées étaient : généralistes (**33,33%**) suivis des sages-femmes (**20%**). cela trouve son explication au niveau du seul fait que le CSRéf représente le deuxième niveau de la pyramide sanitaire où les généralistes et sages-femmes sont généralement nombreux.

Tableau XVII : répartition des prestataires selon leur avis sur le comportement des bénéficiaires en attente de consultation

Que pensez-vous du comportement des bénéficiaires à l'accueil ?	Fréquence	Pourcentage
Acceptable	9	64,29%
Insupportable	5	35,71%
Total	14	100,00%
Autres	Fréquence	Pourcentage
Variable d'une personne a une autre	1	100,00%
Total	1	100,00%

Les **64,29%** de nos prestataires trouvent acceptable le comportement des bénéficiaires.

La plupart d'entre eux demandent des faveurs et ne veulent pas suivre le rang.

« On a énormément de problèmes concernant l'AMO avec les personnes âgées. D'autres n'ont pas la carte de priorité et veulent que leur consultation soit vite faite par contre une minorité se plaint parfois de la fermeture de leur droit c'est à dire AMO a interrompu leur accès aux services jusqu'à la régularisation de la condition » (D.K, médecin généraliste)

Tableau XVIII : répartition des prestataires selon leur avis sur le comportement des bénéficiaires dans la salle de consultation.

Certains bénéficiaires sont-ils plus difficiles que d'autres ?	Fréquence	Pourcentage
Non	2	13,33%
Oui	13	86,67%
Total	15	100,00%
Qui sont les plus difficiles ?	Fréquence	Pourcentage
Adultes	3	23,08%
Personnes âgées	10	76,92%
Total	13	100,00%
Pourquoi sont-ils difficiles ?	Fréquence	Pourcentage
Ne suivent pas le rang	5	38,46%
Sont pressés	8	61,54%
Total	13	100,00%

Dans notre série, **13** prestataires soit **86,76%** affirment que les bénéficiaires sont très incompréhensibles pendant la prestation, et pour **76,92%** d'entre eux ce sont les personnes âgées qui sont souvent en cause.

La raison de leur manque de courtoisie est due au fait qu'ils ne veulent pas suivre le rang mais veulent une faveur ; sont pressés d'après **61,54%**, cela trouve son explication dans le fait qu'en tant que personnes âgées, il y a une fragilisation de la santé et supportent moins les longues durées d'attente.

« Si l'AMO peut revoir le cas des personnes âgées et invalides en accordant un statut particulier à leur égard pour éviter le long temps d'attente et de nombreux va et vient » (D.M. médecin généraliste)

Tableau XIX : répartition des prestataires en fonction de la présence ou absence d'histoire particulière lors de leur pratique quotidienne.

Pouvez-vous raconter une histoire ?	Fréquence	Pourcentage
Non	4	26,67%
Oui	11	73,33%
Total	15	100,00%

11 prestataires sur 15, soit 73,33% déclarent avoir rencontré des situations qui attirent l'attention lors de leur consultation avec les bénéficiaires AMO, c'est-à-dire les bénéficiaires racontent des vécus sur la façon dont les services sont attribués aux usagés ne motivent pas beaucoup les bénéficiaires.

Tableau XX : répartition des avis des prestataires sur les procédures de l'AMO dans la prescription d'ordonnance et d'examen complémentaire

Que pensez-vous les procédures pour les ordonnances ?	Fréquence	Pourcentage
Bonne	2	13,33%
Mauvaise	7	46,67%
Passable	6	40,00%
Total	15	100,00%
Que pensez-vous des procédures pour les examens complémentaires ?	Fréquence	Pourcentage
Bonne	7	46,67%
Mauvaise	4	26,67%
Passable	4	26,67%
Total	15	100,00%

46,67% de notre échantillon trouve que les procédures des ordonnances sont mauvaises par contre ce taux est estimé à **26,67%** pour les examens complémentaires.

« Les bénéficiaires font beaucoup de va et vient au guichet si l'AMO pouvait utiliser les logiciels pour informatiser tout le circuit des supports, comme ça chaque prestataire aura à sa disposition les fiches dans les bureaux pour faire gagner du temps aux prestataires et aux bénéficiaires AMO » (D.T, médecin pédiatre)

Tableau XX: répartition des avis des prestataires par rapport au support utilisé.

Que pensez-vous des supports utilisés ?	Fréquence	Pourcentage
Insuffisants	5	33,33%
Suffisants	10	66,67%
Total	15	100,00%

66,67% des prestataires trouvent que le support utilisé pour la prestation est suffisant, par contre le support est jugé insuffisant par **05** prestataires, soit **33,33%**. Trop de signatures à faire et pas assez d'espace pour les posologies.

Tableau XXI : répartition des prestataires selon leur avis sur le temps de remplissage des supports de la prestation.

Que pensez-vous de la durée de remplissage des supports ?	Fréquence	Pourcentage
Acceptable	6	40,00%
Long	6	40,00%
Trop long	3	20,00%
Total	15	100,00%

Le temps de remplissage est jugé long par **40%**, alors que ce même pourcentage trouve que ce temps est acceptable. Une ordonnance AMO prend plus de temps qu'une ordonnance ordinaire.

« les ordonnanciers AMO ont trop de protocole beaucoup de parties à cacheter, et en cas d'erreur ou la prescription dépassant dix (10) produits tel que les perfusions et le relais la personne sera obligée de prendre une autre ordonnance ;ça nous prend trop de temps » (O.D., sage-femme)

Tableau XXII : répartition des avis des prestataires par rapport à l'existence de difficultés dans le choix des médicaments.

Y a-t- il des difficultés dans le choix des médicaments ?	Fréquence	Pourcentage
Non	3	20,00%
Oui	12	80,00%
Total	15	100,00%

Dans notre étude, **80%** des prestataires déclarent trouver des difficultés dans le choix de produits dans leur pratique quotidienne pour les ordonnances AMO.

Dans la majorité des cas, cette difficulté porte sur les spécialités récentes.il n'y a pas une liste actualisée des médicaments AMO dans les salles de consultations et une mise à jour de la liste des produits doit être faite.

Tableau XXIII : répartition des avis des prestataires par rapport à l'existence de difficultés dans le choix des examens complémentaires.

Y a-t-il des difficultés dans le choix des examens complémentaires ?	Fréquence	Pourcentage
Non	14	93,33%
Oui	1	6,67%
Total	15	100,00%

Les difficultés sont rapportées dans le choix des examens complémentaires par **6,67% des** répondants. Par ailleurs **93,33%** n'ont pas trouvé de difficultés dans le choix des analyses qui sont dans l'AMO pour la plupart.

« AMO couvre un large éventail d'examens complémentaires mais il sera encore très bénéfique si les examens comme l'IRM » (T.S., médecin gynécologue)

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.

4.1. Les limites et difficultés de l'étude

Notre travail s'est inscrit dans le cadre d'une étude transversale descriptive sur les défis de la gestion de l'AMO dans trois centres de références: deux(02) du district de Bamako et la commune de kalaban Coro (cercle de Kati). Il s'agissait d'apprécier la qualité de l'offre, la satisfaction des prestataires et des bénéficiaires, les coûts induits par la demande des soins et l'itinéraire thérapeutique des bénéficiaires face à la maladie, et d'apprécier également l'éventail des produits et des examens complémentaires du côté des prestataires.

En raison du temps, des ressources limitées et le caractère mixte de notre étude, la taille de notre échantillon a été limitée à 30 sujets, mais qui est néanmoins représentative des affiliés à l'AMO à Bamako selon ce type d'étude. Il s'agit des services suivants : le CSRéf CV, CSRéf CVI et CSRéf de Kalabancoro.

L'étude intéressait tous les services des différents centres, mais nous avons plus choisi les patients dans certains services plus que dans d'autres, pour la simple raison que ces services sont beaucoup fréquentés

Nous avons procédé à la collecte des données à l'aide une fiche d'enquête, un interrogatoire direct et un enregistrement au dictaphone lors des entretiens individuels. Au cours du choix et des entretiens, nous avons été confrontés à certaines difficultés :

Refus de certains patients de se soumettre au questionnaire par manque de temps, et la fatigue pour d'autres.

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

Une possibilité de biais 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, c'est-à-dire nous-mêmes.

Pour les prestataires les difficultés que nous avons rencontrées concernent l'intervalle de temps qui nous a été accordé. Cet intervalle était généralement de courte durée du fait de nombreuses occupations des répondants.

Une autre difficulté à laquelle nous avons été confrontés au cours de cette étude a été le manque de document typique de référence et de comparaison dans certaines structures, le sujet n'ayant pas encore été traité dans ces structures.

4.2. Caractéristiques socio démographiques des répondants

Au cours de notre étude, les informations sociodémographiques, ont été recueillies conformément à nos critères d'inclusion, et ont concerné : le sexe, l'âge, ethnie, la profession, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et la religion.

4.2.1. Le sexe

Dans notre étude, le sexe féminin été le plus représenté, soit 60% des patients, avec un sexe ratio de 1,5. Ce qui confirme la norme nationale qui montre que les hommes sont légèrement sous représentés dans la population par rapport aux femmes avec un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes selon l'EDSM VI [7]. Cela pourrait s'expliquer par le fait les hommes étant chef de famille passent plus de temps au travail. Ce sont les femmes qui s'occupent très souvent des enfants et leurs maladies.

4.2.2. L'Age

De même la tranche d'âge de 50 ans et plus a été la plus représentée avec 60%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est une tranche d'âge qui présente généralement des pathologies chroniques, et ont tendance à délaissé

les soins de premier niveau pour recourir aux soins plus spécialisés au deuxième niveau de la pyramide sanitaire ou en milieu hospitalier.

Aussi, nous avons trouvé une moyenne d'âge à 43 ans avec un minimum à 19 ans et un maximum à 63 ans.

4.2.3. Ethnie

Dans notre échantillon, nous avons rencontré 08 ethnies différentes avec une nette prédominance des bambaras, soit **46,6%** de notre échantillon, suivi des malinké (**13,34%**). Ce qui est comparable à la répartition nationale selon l'EDSM VI [7].

4.2.4. La profession

Les ménagères ont représenté **33,35%** de l'échantillon, suivi des fonctionnaires **28,68%**. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont le plus souvent sous la couverture AMO de leur conjoint et s'occupent généralement des enfants pendant que le mari est au travail. Il y a également le caractère obligatoire de l'AMO pour les fonctionnaires

4.2.5. Situation matrimoniale des répondants

En ce qui concerne le statut matrimonial, les mariés ont représenté **100%** de l'échantillon. Cela trouverait son explication dans le fait que, étant marié, donc stable, l'on est plus responsable à se préoccuper de son état de santé. Une autre raison est l'encouragement du partenaire à recouvrer la santé, mais aussi à la taille de notre échantillon qui n'est pas trop élevée.

4.2.6. Le niveau d'instruction

Les niveaux d'instruction fondamental 2eme cycle et secondaire étaient les plus représentés dans notre échantillon avec respectivement **40%** et **26,67%**. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'étant à un certain niveau d'instruction, ils sont plus en mesure de comprendre l'importance de recourir aux soins en cas de maladie.

4.2.7. La religion

Les musulmans étaient majoritaires dans notre série avec une représentativité de **93,33%** contre **6,67%** de chrétiens.

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

Dans notre échantillon, nous avons rencontré **46,67%** des patients directement affiliés contre **53,33%** des patients bénéficiant de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant

4.4. Qualité perçue des services par les adhérents

En ce qui concerne l'accueil, la majorité des patients a déclaré avoir été bien reçue à l'entrée (**86,67%**), orientée (**73,33%**), n'avoir pas été privilégiée (**100%**) et n'avoir pas été installée assez confortablement pendant l'attente du médecin (**60%**). Concernant l'accueil, **YMELENANA CEDRIC** [11] au Mali trouve respectivement **81%**, **76%**, **78,6%** ; **SISSOKO F.** [12] trouve **80%** comme taux de satisfaction chez les adhérents AMO. Ce qui est comparable à notre étude. Le plan stratégique de l'**HOPITAL** de **KIBUYE** de mai 2013 [13] au Rwanda rapporte **100%** comme taux de satisfaction par rapport à l'accueil. Ce qui est supérieur à nos résultats. Cette différence peut s'expliquer par le fait que **96,15%** de la population Rwandaise bénéficie d'une assurance maladie publique [13]. Par contre, **Alloh D** et **all** en 2011 [14] en Côte d'ivoire trouvent un taux de satisfaction par rapport à l'accueil se situant entre **45,6%** et **59,6%**. Ce taux inférieur à nos résultats.

Cependant, la majorité des patients (**60%**) s'est plaint de la longue durée d'attente. Nous avons trouvé une durée moyenne d'attente de 30 minutes, avec un maximum d'1heure 40 minutes d'attente. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, la plupart des répondants sont des personnes âgées qui ne veulent pas trop attendre, qui veulent être privilégiés. Au Mali, **KADIDIATOU K.** [15] trouve dans son étude une durée d'attente ne dépassant pas les 30 minutes et **90,6%** des patients ont trouvé ce délai acceptable. Ce qui est contraire à nos résultats. Cette

différence s'expliquerait par le fait que notre étude a été réalisée dans un Centre de santé de référence, qui est un centre de deuxième niveau de la pyramide sanitaire et a donc un niveau de fréquentation pas assez élevé par rapport au CHU.

En ce qui concerne l'accès au médecin, la relation soignante soigné et les explications reçues sur la maladie, malgré la longue attente signalée plus haut, la majorité des patients a affirmé qu'il était facile d'avoir accès au médecin (**46,67%** contre **53,33%**).

Lorsque les patients rencontraient les soignants, les consultations se passaient dans de meilleures conditions (confidentialité, réponse aux questions, attention portée sur la maladie, respect de l'intimité physique). Il n'y a pas eu d'incompréhension pendant le déroulement de la consultation contrairement à ce qui a été rapporté par **YMELLE NANA CEDRIC** [11], qui a estimé à **6,1%** les cas d'incompréhensions sur l'origine de leur maladie, dans **2%** sur la gravité de leur maladie et dans **5,1%** sur la possibilité de guérison. **KADIDIATOU K.** [15] dans son étude trouve un taux d'incompréhension à **11,6%**, qui est comparable à celui de notre étude. Ceci peut s'expliquer par la taille de notre échantillon, et le fait que dans les CHU, vu l'affluence et le niveau du plateau technique, les procédures sont différentes

4.5. Disponibilité des médicaments et examens complémentaires.

Au cours de notre étude, nous avons constaté que dans la majorité des cas (**100%**), une ordonnance et des examens complémentaires (**63,67%**) étaient délivrés à la fin de la consultation. **SISSOKO F.** [12] et **YMELLE NANA** [11] trouvent respectivement dans leur étude **74,4%** et **95%** des patients ayant reçu des examens complémentaires après leur consultation.

De même pour la majeure partie des patients, la totalité des médicaments et des examens complémentaires prescrits était pris en charge par l'AMO avec

respectivement **73,33%** et **90%**. Cependant, certains médicaments coûteux et analyses n'étaient pas pris en compte par l'AMO.

L'étude nous a également montré que la majorité des patients (**26,67%**) n'a obtenu aucun des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie du CSRef. Pour le reste, ils en ont obtenu en partie (**20%**) ou ne se sont pas rendus à la pharmacie du CSRef (**06,67%**). Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce sont généralement les spécialités qui sont prescrites sur les ordonnances, la pharmacie des centres de références ne disposant en majorité que de médicaments génériques.

Nous avons retrouvé seulement **35,71%** des patients qui ont réalisés la totalité des examens complémentaires au niveau du CSRef, contre **21,43%** des patients qui ont réalisé juste une partie des examens et **14,29%** des patients n'ayant réalisé aucun examen au niveau du CSRef. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une liste restreinte d'analyses est disponible au niveau du CSRef, et aussi par le fait que les patients sont généralement redirigés par le personnel vers des centres d'analyses spécialisés pour une grande fiabilité des résultats.

4.6. Coûts induits par la demande des soins

Dans notre échantillon, **93,33%** des patients ont payé **300f** pour la consultation contre **06,67%** à **450f**. Par ailleurs, **93,33%** des patients ont considéré ce montant pas élevé.

Cependant, aucun patient n'avait bénéficié de l'hospitalisation dans notre étude. Le coût des ordonnances s'élevait entre **3.000 FCFA** et **15.000 FCFA** dans **19,4%** des cas (avec une moyenne de **8.365 FCFA**) et **66,67%** des patients ont considéré leurs dépenses en médicaments pas élevée. **SISSOKO F.** [12] dans son étude n'a pas trouvé de coûts d'ordonnance supérieur à **5000F CFA**. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans son étude, ce sont les DCI qui étaient les plus prescrits (90% des cas). Tandis que **COMMEYRAS C.** et **NDO**

J.R., [16] au Cameroun, trouvent une dépense moyenne en médicament entre **3411FCFA** et **6563 FCFA**.

De même, le coût des analyses et des explorations fonctionnelles n'a pas dépassé **2400FCFA** pour 40%. La majorité, des patients soit **60%** ne se rappelaient pas du coût des examens complémentaires mais ont néanmoins affirmé qu'il considère la dépense en examens complémentaires pas élevée. Nos résultats sont comparables à ceux de **SISSOKO F.** [12] qui trouve le coût des examens situé entre **1000FCFA** et **3000FCFA** dans **52,7%** des cas.

Toutes ces dépenses moyennes en santé par individu sont nettement inférieures aux moyennes nationales selon l'**EDSM VI** [7].

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 **93,33%** des patients de notre échantillon n'aient pas rencontré des difficultés financières au cours de leurs dépenses en santé. Malgré l'absence de difficultés financières pour la majorité des patients, **06,67%** d'entre eux ont reçu de l'aide financière d'un proche parent. Cela trouverait son explication sur le fait que la famille et la solidarité sont les principales valeurs de la vie sociale au Mali.

4.7. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Notre étude nous a montré que **80%** des patients ont été très satisfaits de leur prise en charge générale par l'AMO dans les différentes structures, avec un taux de satisfaction à 93,33%, ce qui est comparable à ceux de **SISSOKO F.** [12] et de l'**HOPITAL** de **KIBUYE** au Rwanda [13], qui trouvent respectivement un taux de satisfaction à **80%** et à **90%** et **MYELE NANACEDRIC** [11] au Mali trouve **93,9%**.

Les principales raisons de la satisfaction par rapport à l'AMO ont été la facilitation des prix de consultation et la disponibilité des médicaments à vils prix grâce à l'AMO (**93,33%**).

4.8. Caractéristiques sociodémographiques des prestataires

Nous avons retrouvé dans notre enquête plus de prestataires de sexe masculin que féminin, **53,33%** contre **46,67%** soit un ratio de **1,14** en faveur des hommes. Dans les données de sa thèse en cours, **KONATE B** [17], a trouvé **53,33%** de femme et **46,67%** d'homme et un ratio **1,14** en faveur des femmes. Cette différence s'explique par le fait que son étude s'est tenue dans les cscom où les femmes sont largement représentées. Les spécialités les plus représentées étaient : généraliste (**33,33%**), sage-femme (**20%**). Cela trouve son explication dans le seul fait que le CSréf représente le deuxième niveau de la pyramide sanitaire où les généralistes et sages-femmes sont très nombreux. **KONATE B** [17] au Mali trouve dans étude **53,33%** généraliste contre **26,67%** Sage-femme ce qui est comparable à notre étude.

Concernant le point de vue des prestataires sur le comportement des bénéficiaires

Notre étude a révélé que, **64,29%** de nos prestataires trouvent un comportement acceptable chez les bénéficiaires. **KONATE B** [17], trouve un résultat comparable à la nôtre dans son enquête soit **73,33%**.

Dans la majorité de cas, ce sont personnes âgées et ils viennent très pressées.

Parlant de leur expérience quotidienne, **73,33%** prestataires ont vécu une histoire qui a attiré leur attention. Cette histoire dans la majorité des cas concernait soit la fermeture des droits du bénéficiaire ou la question d'empreinte des malades alités. **KONATE B** [17], trouvé **66,67%**.

En ce qui concerne l'opinion des prestataires sur les procédures de livraison du support, les procédures est jugée mauvaise dans **46,67%** pour les ordonnances et

26,67% pour les examens complémentaires. Par contre le support et le temps de remplissage sont jugés acceptable respectivement dans **66,67%** et **40%** des cas. **KONATE B** [17], juge bonne la procédure à **53,33%**, pour support et temps respectivement **60%** et **66,67%**. Cette différence peut s'expliquer par le fait dans les CSCom il n'y a pas assez de protocole pour avoir accès a la prestation comme dans les CSRéf.

Concernant le choix de médicaments et d'examens complémentaires, **80%** des prestataires se plaignent d'avoir des difficultés dans le choix des médicaments, mais **93,33%** déclarent que leurs analyses essentielles été ont disponibles dans l'AMO. **KONATE B** [17] trouve une difficulté dans le choix des médicaments à **60%** contre **33,33%** pour les analyses. Cela s'explique par le fait que c'est seulement les médicaments génériques qui sont prescrits dans les CSCom et une large gamme de spécialités est mise sur le marché chaque jour et enfin les prestataires n'ont pas une liste actualisée des médicaments dans les salles de consultation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION.

CONCLUSION

A l'issu de notre étude il ressort que le sexe féminin était majoritairement représenté avec un sexe ratio de 1,5. La tranche d'âge 50 ans et plus est la plus retrouvée. Le niveau d'étude fondamentale 2eme cycle était majoritaire.

Ailleurs la majorité des patients bénéficiaient de l'AMO par l'intermédiaire d'un ouvrant droit, et 07 étaient assujettis à l'AMO. Plus de la moitié avait déclaré avoir été bien accueillis et que le temps d'attente minimal au guichet était de 20 minutes sans difficulté à avoir accès au médecin. Il était très satisfaisant dans la majorité des cas.

Par contre les prestataires préconisent une actualisation de la liste de médicaments et une amélioration du support de prescriptions

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude sur les défis de la gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire dans les CSRéf, nous formulons les recommandations suivantes :

A la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

- Mettre à la disposition des prestataires, des équipements et leur maintenance pour une meilleure prise en charge ;
- Tenir périodiquement des systèmes de suivi-supervision interne des activités de l'AMO ;
- Augmenter le nombre de guichets AMO afin de réduire le temps d'attente des usagers ;
- Mettre à la disposition des prestataires, la liste actualisée des médicaments pris en charge par l'AMO pour faciliter leur prescription ;
- Améliorer la qualité de l'accueil et de la communication des prestataires avec les usagers en organisant des ateliers de formation en leur faveur ;
- Assurer la disponibilité et tous les consommables de l'AMO ;

Aux Assurés

- S'informer davantage sur les modalités de changement opéré au sein de la CANAM.

Aux prestataires

- Avoir une liste actualisée des médicaments ;
- Ajuster les prescriptions en fonction des médicaments disponibles dans les centres ;

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation internationale du Travail (OIT). Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 195 disponible sur : www.ilo.org/global/lang--fr/index.htm. Consulté le 12/07/2021.
- [2] Organisation internationale du Travail (OIT). Convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale (Entrée en vigueur: 27 avr. 1955) Adoption: Genève, 35ème session CIT (28 juin 1952) - Statut: Instrument à jour (Conventions Techniques). Disponible sur www.ilo.org/ilc/ILCSessions/lang--fr/index.htm . Consulter le 12/07/2021.
- [3] Ministère de Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées. Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali. Bamako, MDSSPA. 2011 44P. Disponible sur www.who.in./MDSSPA Mali Etat des lieux couverture universelle, consulté le 15/07/2021. .
- [4] Diaspor Action. Entre satisfaction et contestations, l'AMO trace son chemin. Disponible sur www.diasporaction.com/index. Consulté le 15/07/2021.
- [5] Gouvernement de la République du Mali. Assurance Maladie Obligatoire toujours des réticences-Primature . Disponible sur www.primature.gov.ml/index.php?...assurance-maladie-obligatoire, consulté le 17/08/2020 .
- [6] République du Mali Primature. Assurance Maladie Obligatoire : le nouveau contrat social . Disponible sur www.primature.gov.ml/index.php?option=com_content&task, consulté le 15/07/2021.
- [7] Institut Nationale de la Statistique (INSTAT). Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VI) 2018; p2. Disponible sur <file:///C:/Users/HP/Documents/FR358.pdf>, consulté le 06/05/2021.

- [8] Institut Nationale de la Statistique (INSTAT). Consommation pauvreté bien-être des ménages avril2014-mars 2015 ; p13-14. Disponible sur file:///C:/Users/HP/Documents/ranuel14_eq.pdf, consulté le 30/05/2021 .
- [9] Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLESISS). Régime Malien de Sécurité Sociale/ Assurance Maladie Obligatoire (AMO), disponible sur cleiss.fr/docs/régimes/regime_mali.html, consulté le 09/07/2021 .
- [10] DIAKITE B., DIARRA K., KEITA M. Conseiller scientifique, Brunet-JAILLY J, Les comptes nationaux de la santé du Mali 1999-2004, version finale 7 mars 2007, 92 pages .
- [11] YMELE NANA C. Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire au CHU Point G, thèse de doctorat en médecine 2015.
- [12] SISSOKO F. Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie sante dans le centre de santé de la MUTEC. Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS 2010 ; 108 p.
- [13] HOPITAL DE KIBUYE. Plan stratégique de l'hôpital de kibuye juin 2012 – juillet 2018, Rwanda, mai 2013, 68 p.
- [14] 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.
- [15] KANTA K. Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani). Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS 2007 ; 154 p.
- [16] COMMEYRAS C, NDOJ R. Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun, 2003.

ANNEXES

MINISTRE DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

REPUBLIQUE DU MALI

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Bamako, le 13 DEC. 2021

*Le Directeur Général de la Caisse
Nationale d'Assurance Maladie*

N° 1079 MSDS/CANAM-DOCQS 04

Mesdames et Messieurs les responsables
des structures de santé conventionnées

Objet : liste des médicaments

Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir la liste des médicaments et dispositifs médicaux admis à la prise en charge de l'AMO dans le secteur pharmaceutique privé, édition Août 2021, annexée à l'Arrête N°2021-4622/MSDS-SG du 08 novembre 2021.

En effet, la CANAM a procédé à la révision de la liste des médicaments et dispositifs médicaux admis à la prise en charge de l'AMO dans le secteur pharmaceutique privé conformément aux dispositions du Décret N°10-577/P-RM du 26 Octobre 2010 fixant les délais et les modalités de conclusion des conventions entre les prestataires de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Aussi, je vous rappelle que la prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux, indiqués par la mention « AP », sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux sont soumis à l'accord préalable.

Par conséquent, j'invite :

- les prescripteurs à renseigner le formulaire de demande d'accord préalable et de le faire valider par la CANAM pour toute prescription de ces médicaments et dispositifs médicaux ;
- les pharmaciens à exiger le formulaire de demande d'accord préalable, dûment rempli par le médecin traitant et validé par la CANAM avant toute dispensation de ces médicaments et dispositifs médicaux.

Le formulaire de demande d'accord préalable doit être joint à la feuille de soins déposée pour le paiement. **Cette feuille de soins ne doit comporter que le seul médicament ou dispositif médical soumis à l'accord préalable.**

Le Directeur Général



Médecin Général de Brigade Bouhacar DEMBELE

Officier de l'Ordre National

Pièces jointes :

- Arrête N°2021-4622/MSDS-SG du 08 novembre 2021 ;
- la liste des médicaments et dispositifs médicaux admis à la prise en charge de l'AMO dans le secteur pharmaceutique privé édition Août 2021
- Formulaire de demande d'accord préalable ;
- Guide d'utilisation ;
- Liste des médicaments et dispositifs médicaux soumis à l'accord préalable.

Ampliations :

- MSDS.....1
- DOCQS.....1/Pour suivi
- INPS.....1
- CMSS.....1
- Bureaux régionaux.....1
- CNOP.....1
- CNOM.....1
- Archives.....1

Avenue du Mali, Quartier ACI 2000, Immeuble Salia DAOU(CANAM) BAMAKO- République du Mali
Tél : (223) 44 90 19 87/ 80 00 55 50 Téléc Fax : BP :

Fiche d'enquête

ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE

Date de l'enquête: /__/_/ __/_/ /2/0/2/0/

Numéro de l'équipe /_0/_1_/

Numéro de la fiche d'enquête /_0/_1_/

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour, je me nomme DRISSA TOGO, étudiant en médecine.

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de fin de cycle en Médecine dont le

Thème est intitulé : «défis de la gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO). »Au centre de santé de référence de la commune VI (CSRef CVI), j'aimerais avoir votre accord pour vous soumettre à ce questionnaire qui me permettra de collecter des informations sur les défis de la gestion de l'AMO. 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 ethnie ?

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

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q6/ Quelle est votre religion ?

1= /___/ Musulmane

3= /___/ Autres (à

préciser) : _____

2= /___/ Chrétienne

Q7/ Quelle est votre profession ?

1= /___/ Paysan (e)

2= /___/ Commerçant (e)

3= /___/ Etudiant

(e)

4= /___/ Fonctionnaire

5=

/___/ Autres (à préciser)

: _____ **Q8/**

Quel est votre statut matrimonial ?

1= /___/ Célibataire.

3= /___/ Divorcé (e)

2= /___/ Marié (e)

4= /___/ Veuf

(veuve)

Q9/ 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

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

1= /___/ Moi-même
parent

3= /___/ Mon

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

4= /___/

Mon enfant **SECTION 3 : QUALITE PERCUE PAR LES ADHERENTS**

ACCUEIL

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

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ pas du tout

2= /___/ Moyennement
sait pas

5= /___/ ne

3= /___/ Un peu

Q13 Avez-vous été orientés à l'entrée ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

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

Q15/ Comment trouvez-vous ce temps d'attente ?

1= /___/ Long

3= /___/ Court

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

Q16/Vous avez été privilégié par rapport aux autres patients ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

1= /___/ Très confortablement

4= /___/ Très inconfortablement.

2= /___/ Assez confortablement

5= /___/ Autres (à préciser) :

3= /___/ Assez inconfortablement

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

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

Pourquoi ? _____

Q19/ Votre consultation a été confidentielle ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q20/ toutes vos questions ont été clairement repondues ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q22/ 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

Q23/ vous avez été respectés par rapport à votre intimité physique ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q24/ votre maladie vous a été bien expliquée?

1= /___/ Non

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

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

Q25/ Que n'avez-vous pas compris ?

1= /___/ l'origine de ma maladie

3= /___/ Si ma maladie peut guérir sans

conséquences pour ma santé 2= /___/ la gravité de ma maladie

4= /___/ comment et/ou

pendant combien de temps je dois prendre mes médicaments

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

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

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.

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

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

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) : _____

Q38/ lesquels des examens complémentaires prescrits n'étaient pas disponible au niveau de l'hôpital ?

SECTION 5 : COUTS INDUITS PAR LA DEMANDE DES SOINS

Q39/ Combien avez-vous payé pour la consultation ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA 3= /___/ Ne sait pas 5= /___/ n'en a pas bénéficié

2= /___/ je n'ai rien payé 4= /___/ Autres (à préciser)

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

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

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

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA 3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé 4= /___/ Autres (à préciser)

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

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

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

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA 3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé 4= /___/ Autres (à préciser)

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

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

Q47/ Avez-vous eu des difficultés à payer les frais encourus lors de cette visite au CHU Point G ?

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

Q48/ Avez-vous reçu de l'aide pour payer les frais encourus lors de cette visite au CHU Point G ?

1= /___/ Oui j'ai reçu les prestations a 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, enfants...) 4= /___/ Autres types d'aide (à préciser) :

5= /___/ Non je n'ai reçu aucune

aide. 6= /___/ Ne sait pas.

SECTION 6 : SATISFACTION DES BENEFICIAIRES

ANNEXE 2 : FICHE D'ENQUETE

Date de l'enquête: /__/_/ __/_/ __/_/ 2/0/2/0/

Numéro de l'équipe /_0/_1_/

Numéro de la fiche d'enquête /_0/_2_/

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour, je me nomme DRISSA TOGO, étudiant en médecine.
Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de fin de cycle en Médecine dont le
Thème est intitulé : «défis de la gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO). »Au centre
de santé de référence de la commune VI (CSRef CVI),), j'aimerais avoir votre accord pour
vous soumettre à ce questionnaire qui me permettra de collecter des informations sur les défis
de la gestion de l'AMO. 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 aiderons 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'enquête

Q1 : Nom : _____ et Prénom : _____

Q2 : Sexe (ne poser pas de question)

1= /___/ Masculin

2= /___/ Féminin

Q3 : quel est votre spécialité

1= /___/ Médecin Généraliste

2= /___/ spécialiste (à

préciser).....

3= /___/ Infirmier (e)

4= /___/ Sagefemme

5= /___/ autres (à préciser)

Section 2 : Accueil

A- Attitude des bénéficiaires

Q4 : que pensez-vous du comportement des bénéficiaires à l'accueil

1= /___/ bon

2= /___/ Insupportable

3= /___/

autres (à préciser)

Q5 : Certains bénéficiaire sont-ils plus difficiles que d'autres

1= /___/ OUI

2= /___/ NON

Q6 : qui sont les plus difficiles ?

1= /___/ les adultes

les personnes âgées 2 /___/

Q7 : Pourquoi sont-ils difficiles

1= /___/ ne courtois pas

2= /___/ ne suit pas le rang

3= /___/ Pressé

B- Historique de l'accueil

Q8 : Pouvez-vous me raconter une histoire qui à particulièrement attirer votre attention

1= /___/ OUI (Si OUI passer à Q9)

2= /___/ NON

Q9 : Laquelle histoire

.....

Section 3 : Prestation des ordonnances d'examen complémentaires

Q10 : Que pensez-vous de la procédure de l'AMO pour les prescription d'ordonnance ?

1= /___/ bon

2= /___/ Passable

3= /___/ Mauvais

.....

Q11 : que pensez-vous de la procédure de l'AMO pour les prescription d'examen complémentaire ?

1= / ___/bon 2=/_____/ Passable 3=/_____/ Mauvais

Q12 : que pensez-vous des supports utilisés ?

1= /_____/ Suffisant 2= /_____/ Non Suffisant

Q13 : que pensez-vous de la durée de remplissage de ces supports ?

1= /_____/ trop long 2= /_____/ long 3= /_____/ acceptable

Section 4 : Disponibilités de médicament / d'examen complémentaire

Q14 : Ya-t-il des difficultés dans les choix des médicaments

1= /_____/ OUI (Passer à Q16) 2= /_____/NON

Q15 : quels médicaments ne sont pas pris en charge par l'AMO

.....

Q16 : ya-t-il des difficultés dans le choix d'examen complémentaire

1=/ ____/ Oui (Passe à Q 18) 2=/_____/NON

Q17 : quelle est la liste d'examen complémentaire non prise en charge

.....

ANNEXE 3 : FICHE D'ENQUETE

Date de l'enquête: /__/_/ /__/_/ / 2 / 0 / 2 / 0 /

Numéro de l'équipe /_0_/_1_/_/

Numéro de la fiche d'enquête /_0_/_3_/_/

Bonjour, je me nomme DRISSA TOGO, étudiant en médecine.

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de fin de cycle en Médecine dont le

Thème est intitulé : «défis de la gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO). »Au centre de santé de référence de la commune VI (CSRef CVI), j'aimerais avoir votre accord pour vous soumettre à ce questionnaire qui me permettra de collecter des informations sur les défis de la gestion de l'AMO. 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 : Accueil

1) Que pensez-vous du Comportement des bénéficiaires à l'accueil ?

.....

2) Certains bénéficiaires sont-ils plus difficiles que d'autres ?

.....

3) Si oui, qui sont les bénéficiaires les plus difficiles ?

.....

4) Pourquoi dites-vous qu'ils sont difficiles ?

.....

5) Pouvez-vous me raconter une histoire qui a particulièrement attiré votre attention ?

.....

Section 2 : Prescription des ordonnances/Examens complémentaires

6) Que pensez-vous des procédures de l'AMO pour les prescriptions d'ordonnance ?

.....

7) Que pensez-vous des procédures de l'AMO pour les prescriptions Les examens complémentaires ?

.....
8) Que pensez-vous des supports utilisés ?

.....
9) Que pensez-vous de la durée de remplissage de ces supports ?

.....
10) Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes le plus souvent confrontés ?
.....

Section 3 : Collaboration avec le service AMO

11) Pouvez-vous nous expliquer la façon dont vous travaillez avec le service AMO ?
.....

12) Y-a-t-il des difficultés liées à cette collaboration ?
.....

13) Si oui, lesquelles ?
.....

14) Que peut-on faire à votre avis pour l'améliorer ?
.....

Section 4 : Contribution de l'AMO dans l'amélioration du système Sanitaire.

15) Pouvez-vous nous expliquer comment AMO contribue à l'amélioration du système de santé ?
.....

16) Quelles sont les difficultés liées à cette contribution ?
.....

17) Que peut-on faire pour réduire ces difficultés ?
.....

Section 5 : Satisfaction avec le service AMO

18) Comment pouvez-vous exprimer votre satisfaction ?
.....

19) Y a-t-il des éléments à améliorer ?
.....

ANNEXE 4 : FICHE D'ENQUETE

Date de l'enquête: / __ / __ / __ / __ / 2 / 0 / 2 / 0 /

Numéro de l'équipe / __ 0 __ 1 __ /

8) Que pensez-vous de la disponibilité des produits prescrits sur l'ordonnance dans les officines ?

.....
SECTION 3 : Collaboration avec le service AMO

9) L'AMO que vous utilisez sert-elle pour d'autres personnes ?

.....

10) Ya-t-il des difficultés liées a cette situation ?

.....

11) Quelles sont les autres difficultés liées a votre avis ?

.....

12) Que peut-on faire pour les améliorer ?

.....

Section 4 : Satisfaction avec le service AMO

13) Que pensez-vous de la façon dont fonctionnent ces guichets AMO ?

.....

14) Devrait on procéder autrement à votre avis ?

.....

15) Quelle appréciation faites-vous de la façon dont l'AMO est gérée dans la salle de consultation (procédures, durée, etc.)?.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, 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 !!!