

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

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



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

TITRE

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

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27/07/2022 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : Mme. Kadia KONE

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

Jury

Président : Pr. Boubacar MAIGA

Membre : Dr. Moussa TRAORE

Membre : Dr. Kadiatou N'DIAYE DIALLO

Co-directeur : Pr. Sory Ibrahim DIAWARA

Directeur de thèse : Pr. Kassoum KAYENTAO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE :

Je dédie ce travail :

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

A Mon Papa : ADAMA KONÉ

Mon super papa, mon héros de tous les temps, en aucun moment de ma vie je ne peux dire, ne pas avoir pu compter sur toi, car tu es toujours là pour les autres en particulier pour tes enfants.

Avoir un père comme toi est le rêve de n'importe quel enfant mais malheureusement ce n'est pas une chance qui est donné à tout le monde, raison pour laquelle je rends grâce à Allah de t'avoir eu comme papa et mentor mais surtout d'avoir bénéficié de ton éducation.

Cette éducation pleine d'amour qui m'a appris la dignité, l'honneur, le respect, l'altruisme, la combativité et la bonté du cœur dans n'importe quel contexte.

Te dire merci aujourd'hui serait un euphémisme car je ne pourrai jamais le faire correctement aux vues de tous tes sacrifices mais je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour te rendre fier de moi comme je le suis tant de toi mon papa chéri et ce travail en est le début.

Qu'Allah t'accorde une longue vie heureuse pleine de santé et de bonheur.

A Ma Maman : ZEÏNABOU SANGARÉ

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être.

Ce travail est le fruit de votre patience et de votre attention.

Vous représentez pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Vos prières et vos bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Qu'Allah, tout puissant te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant le chemin de tes enfants.

A mes frères et sœurs : Fatoumata, Awa, Martine, Zoumana, Siaka, Laya,

Vous êtes la prunelle de mes yeux, ma source d'inspiration et de motivation au quotidien.

Grace à vous je sais que j'aurai toujours des gens sur qui compter dans la vie.

Vous rendre fiers, faire votre bonheur est ce en quoi j'aspire car rien ne vaudra jamais la famille et je serai toujours là pour vous.

Je prie Dieu pour qu'il vous accorde une longue et pieuse vie ainsi que le bonheur absolu.

A mon époux Cissé BAKAINA,

Merci de me soutenir et de m'encourager à donner le meilleur de moi-même en toutes circonstances. Merci également pour tout l'amour que tu nous portes, nous ta famille. Avec toi, ce travail a été un peu plus aisé pour moi

Qu'Allah nous accorde une longue vie ensemble et nous aide à réaliser nos projets communs.

A ma petite princesse, Zeïnabou CISSÉ

Merci d'avoir rendu ma vie plus intéressante et je te promets d'être toujours là pour toi

Qu'Allah t'accorde santé, longévité, succès, bonheur et te fasse prospérer dans tout ce que tu entreprendras.

REMERCIEMENTS :

A ALLAH SOUBHANAHU WA TA'ALA.

Le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux de m'avoir permis de voir ce jour, d'avoir guidé mes pas, permettant ainsi l'aboutissement et la réussite de ce travail.

Al hamdoulah, puisses tu continuer à m'assister et à me guider sur le droit chemin en m'accordant ta grâce et tes biens faits.

A ma grande mère : Hawa DIALLO

L'aboutissement de ce travail est aussi grâce à toi et à tes encouragements.

Tu as été là à chaque étape en te réjouissant de chaque réussite et je t'en remercie du fond du cœur. Qu'Allah t'accorde la santé.

A tous mes Oncles

Merci pour votre soutien et votre amour, tout au long de mon parcours. Vos conseils et votre sens critique a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Je ne l'oublierai jamais et je ferai tout pour m'en montrer digne.

Qu'Allah vous préserve.

A toutes mes Tantes

En témoignage de ma reconnaissance pour vos conseils et encouragements.

A tous mes Tontons

Je vous remercie sincèrement pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mes neveux : Oumar BAH, Yaya BARRO, Adama BAH

Je vous porte énormément dans mon cœur, et je vous souhaite tout ce qu'il y'a de meilleurs.

A tous mes cousins et cousines

Merci pour votre aide et pour votre amabilité

A Dr KONÉ Moussa

Merci pour vos encouragements, soutiens et votre contribution à l'élaboration de ce travail.

A tous mes amis

Merci pour vos sages conseils et soutiens pour témoigner sincèrement toute mon amitié et toute ma sympathie.

A la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Merci pour ces moments passés ensemble qui ont largement contribué à mon épanouissement

A tous les enseignants de l'ESMU, LKFB à Bougouni et de la FMOS

Merci pour votre enseignement de qualité sans doute aboutit à cette œuvre.

A mes collègues internes du Csref de Bougouni

Puissions-nous rester solidaires quel que soient les difficultés de la vie.

A mes Aînés Docteurs du Csref de Bougouni

Je ne saurai vous remercier.

A tout le personnel du Csref de Bougouni

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Dr Moulaye BERTHE et toute l'équipe du CAT Stat.

Merci pour votre aide inestimable pour l'élaboration de ce travail.

Mes remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et dont j'ai oublié ici de mentionner le nom. Qu'Allah vous récompense tous !

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY, Pr Boubacar MAIGA.

- PhD en immunologie
- Maître de conférence en Immunologie
- Médecin chercheur au centre de recherche et traitement du paludisme (MRTC) de la FMOS
- Modérateur de PROMED- francophone pour les maladies infectieuses.
- Directeur technique du centre national de transfusion sanguine (CNTS)

Honorable Maître, nous vous remercions infiniment pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger et présider le jury de cette thèse et pour le grand intérêt que vous avez porté à ce travail.

L'amabilité, l'humilité et la spontanéité dont vous avez fait preuve en recevant cette thèse nous marqueront à jamais.

A NOTRE MAITRE ET JUGE, Dr Moussa TRAORÉ.

- Médecin généraliste au Csref de Bougouni,
- Référent diabète, dermatologie, point focal VIH, MTN au Csref de Bougouni
- Président du comité thérapeutique et médical de l'hôpital du district de Bougouni
- Président de l'ordre des médecins de Bougouni
- Responsable du box de consultation du Csref de Bougouni

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre disponibilité, votre accessibilité, votre rigueur, votre intérêt pour vos élèves et votre pédagogie, sont autant de qualité que vous incarnez.

Permettez-nous de vous témoigner notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE, Dr Diallo N'Diaye KADIATOU.

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

Chère maître, nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que vous nous avez réservé.

Votre disponibilité, votre simplicité et surtout vos qualités humaines font de vous un maître admirable et apprécié de tous.

Recevez cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR, Pr Sory Ibrahim DIAWARA.

- MD-MPH
- Médical doctor Master
- Médecin chercheur à la FMOS-USSTB

Chère maître, c'est avec plaisir que vous avez accepté de codiriger cette thèse.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre souci de bien faire font de vous un maître de qualité.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE, Pr Kassoum KAYENTAO

- MD, MSC, PhD en épidémiologie
- Maître de conférences / Maître de Recherche
- Titulaire d'un Master en Santé Publique, spécialité Bio-statistique ; coresponsable de l'unité paludisme et grossesse
- Enseignant chercheur au MRTC

Cher maître, votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, vos qualités de pédagogue et votre dévouement à l'égard des enfants font de vous un maître émérite, respecté de tous.

C'est une fierté pour nous de compter parmi vos élèves et un honneur de vous avoir comme directeur de thèse.

Recevez, cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

ABREVIATIONS :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

ANAM : Agence Nationale d'Assistance Médicale.

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi.

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

CDI : Centre Dentaire Infantile.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CMIE : Centres Médicaux Interentreprises.

HP : Hôpital Dermatologique

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine.

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

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

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

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

CSREF : Centre de Santé de Référence.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

EDS : Enquête démographique et de la Santé.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

EPST : Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique.

HTA : Hypertension Artérielle.

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale.

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

LNS : Laboratoire National de la Santé.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONU : Organisation des Nations Unies.

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

PMA : Paquet Minimum d'Activités.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social.

PSPHR : Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale.

RAMED : Régime d'Assistance Médicale.

SLIS : Système Locale d'Information Sanitaire.

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

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

Listes des figures :

Figure 1 : cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de POOLE et CARLTON (1986). 51

Figure 2 : CSCom du district sanitaire de Bougouni..... 60

Figure 3 : Répartition des patients en fonction du sexe..... 67

Figure 4 : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge 68

Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la religion 70

Figure 6 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction 72

Figure 7 : Temps d'attente du personnel soignant 74

Liste des tableaux :

Tableau I : Tendances de quelques indicateurs des services préventifs de la santé de la mère et de l'enfant	37
Tableau II : Tendances de quelques indicateurs d'utilisation des soins curatifs	38
Tableau III : attributs et dimensions de la qualité des soins ⁶	52
Tableau IV : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé (d'après penchansky / thomas, 1981) :.....	53
Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'ethnie	69
Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la profession	70
Tableau VII : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial	71
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du régime matrimonial	71
Tableau IX : Répartition des patients en fonction du type d'adhésion	72
Tableau X : Répartition des patients en fonction de la qualité d'accueil	73
Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations	75
Tableau XII : Répartition des patients en fonction des prescriptions et de la disponibilité des médicaments et examens complémentaires au Csref.	76
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des prescriptions et de la disponibilité des médicaments et examens complémentaires au Csref (suite)... ..	78
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au Csref de Bougouni.....	79
Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la satisfaction par rapport à la qualité du service AMO.....	79
Tableau XVI : Raison de la satisfaction par rapport à l'AMO	80
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des raisons d'insatisfaction par rapport à la qualité du service AMO.....	80
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction du coût de la consultation.	81
Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de la consultation	81
Tableau XX : Répartition des patients en fonction du coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus.	82

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus.....	82
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des ordonnances honorées	82
Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût moyen d'une ordonnance.	83
Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction du cout moyen d'une ordonnance.....	83
Tableau XXV : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût des examens complémentaires	84
Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction du nombre de recours à un traitement depuis les 6 derniers mois.....	85
Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de la raison du non recours à l'hôpital	86
Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction du moment du recours à l'hôpital.....	86
Tableau XXIX : Répartition des adhérents selon de respect des règles de l'AMO	87
Tableau XXX : Répartition des adhérents selon la fraude.....	87

Table des matières :

I. INTRODUCTION :	23
II. OBJECTIFS	27
2.1. Objectif général :	27
2.2. Objectifs spécifiques :	27
III. GÉNÉRALITÉS	29
3.1. Revue de la littérature	29
3.2. Généralités sur le Mali	29
3.3. Régime malien de sécurité sociale	38
3.4. Déterminants de l'utilisation des services de santé en Afrique	44
3.5. Modèles d'utilisation des services de santé	48
IV. METHODOLOGIE	55
2. Lieu d'étude :	62
3. Type d'étude :	63
4. Période d'étude	63
5. Population d'étude :	63
6. Les variables d'étude et recueil des informations :	63
6. Echantillonnage :	64
7. Critères d'inclusion :	65
8. Critères De non inclusion :	65
9. Traitement et analyse des données :	65
10. Considérations éthiques :	65
V. RESULTATS	67
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	89
1. Caractéristiques sociodémographiques	89
2. Statut des patients par rapport à l'AMO	90
3. Qualité perçue par les adhérents	90
4. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO	91
5. Coûts induits par la demande des soins	92
6. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO	93
7. Attitude des bénéficiaires face aux règles :	94

VII. CONCLUSION.....	96
VIII. RECOMMANDATIONS.....	97
IX. RÉFÉRENCES :	100

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

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

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

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

Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs, parmi lesquels, la distance géographique et l'accessibilité géographique, le sous-

financement des services de santé, le manque de qualité des soins, le faible pouvoir d'achat de la population [4].

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

C'est dans ce cadre que, essentiellement basé sur la solidarité, et dans le but de palier aux inégalités économiques et sociales observées dans l'accès aux soins, le gouvernement du Mali a voté la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire, et le décret N° 09-552/P-RM du 12 octobre 2009, fixant les modalités d'application de cette loi instituant l'AMO [5].

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

Or depuis l'instauration du système AMO au Mali en Mai 2011, au vu des inégalités observées dans l'accessibilité aux soins, peu d'études ont été menées pour évaluer son efficacité et sa contribution à l'amélioration du recours aux soins des populations bénéficiaires.

Ainsi, trois questions de recherche fondamentales peuvent être posées à savoir :
Comment les bénéficiaires concernés ont-ils recours aux soins ?

Quel est le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport à la qualité de l'offre ?

La Couverture Maladie par l'AMO a-t-elle permis une réelle amélioration de l'accessibilité et la qualité de l'offre des soins ?

Notre étude se propose d'évaluer le recours aux soins des adhérents à l'AMO au CSRéf de Bougouni.

Hypothèses de recherche :

- La qualité de l'offre perçue par les patients explique l'utilisation des services de santé.
- L'adhésion à l'assurance maladie améliore le recours aux soins des patients

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Évaluer le recours aux soins des adhérents à l'AMO au CSRéf de Bougouni.

2.2. Objectifs spécifiques :

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

GENERALITES

III. GÉNÉRALITÉS

3.1. Revue de la littérature

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

3.2. Généralités sur le Mali

3.2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2. Situation économique et sociale

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

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

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

3.2.3. Politique nationale de la santé

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

Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako adoptée en 1987. Après avoir été mise en œuvre à travers : le PSPHR qui a expérimenté et accompagné le développement de l'approche sectorielle jusqu'en 1998 et le PDDSS 1998-2007 qui a définitivement consacré l'Approche Sectorielle par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les acteurs et actrices à travers des organes de pilotage et une

procédure financière préférentielle commune en lieu et place d'une multitude de procédures.

La Politique Sectorielle de Santé a été reconfirmée et consacrée par la loi n °02 R 049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé qui précise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ses principaux objectifs sont l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé. La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par l'élaboration de la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la Politique Nationale Genre (2010).

3.2.4. Politique nationale de protection sociale

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

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

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

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

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

3.2.5. Organisation du système de santé

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

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

- Le niveau opérationnel : le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- Le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- Le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre il définit les critères d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce à mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n° 95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et le

conseil régional délibèrent, sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales.

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

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

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

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

Le niveau intermédiaire regroupe 7 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro

(l'hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif.

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

- Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1086 en 2011). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.
- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 70 Centres de Santé de Référence (CS Réf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

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

Le secteur sanitaire privé :

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

grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

Les services de santé de l'armée :

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

Les services confessionnels de santé :

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

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

3.2.6. Demande des services de santé [5]

3.2.6.1. Utilisation des services préventifs

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

des centres de santé ou au cours des campagnes de vaccination) ; ceci pourrait expliquer leur grande utilisation.

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

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

* y compris les matrones et les accoucheuses traditionnelles recyclées et supervisées [5].

3.2.6.2. Utilisation des services curatifs

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

Tableau II : Tendances de quelques indicateurs d'utilisation des soins

	2008	2009	2010
Taux de fréquentation	29%	33%	32%
Taux d'hospitalisation dans les Hôpitaux	13%	13%	14%
Taux d'occupation des lits	56%	52%	54%

curatifs

Sources : SNIS de la DNS ; SIH de la CPS/Santé

3.3. Régime malien de sécurité sociale

3.3.1. Généralités sur le régime malien de sécurité sociale

3.3.1.1. Structure du régime de sécurité sociale [9]

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

Il assure aux intéressés une protection contre les risques :

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

3.3.1.2. Organisation administrative du régime [9]

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

L'INPS dispose de 7 directions régionales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao). Il existe actuellement 4 centres médicaux

interentreprises (CMIE), 2 centres de protection maternelle et infantile (PMI) et un centre dentaire infantile (CDI).

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

La gestion du régime AMO est assurée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public national à caractère administratif EPA. Certaines compétences

(Attestations de droits, paiement des prestataires de soins, recouvrement des cotisations) sont déléguées à l'INPS.

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

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

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

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

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

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

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

l'emploi (centralisation des informations et des offres d'emploi, formation professionnelle...).

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

3.3.2. Protection contre les risques de maladie-maternité

3.3.2.1. Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

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

Le régime de l'AMO concerne les fonctionnaires civils de l'État et des Collectivités territoriales, les militaires et les députés, les travailleurs au sens du code du Travail, les titulaires de pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires soit 17% de la population malienne totale. [4]

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

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

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

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

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

3.3.2.2. Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

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

Le RAMED est un régime qui concerne les indigents, c'est -à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale dont elle relève, soit environ 5% de la population malienne (600 000 personnes) [4]. Pour pouvoir bénéficier du RAMED, la personne doit s'immatriculer auprès de l'ANAM, disposer d'un certificat "d'indigent" délivré par la mairie du lieu d'habitation, ne pas être assujettie à l'AMO et être sans ressources.

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

Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 % (L'État contribue à

hauteur de 65% du montant total nécessaire au fonctionnement du RAMED et les Collectivités Territoriales pour 35%) [4].

3.3.3. Prestations familiales [9].

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

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

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

Incapacité temporaire

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

Incapacité permanente

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

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

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

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

Décès

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

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

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

Invalidité

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

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

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

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

remplacée par la pension de vieillesse d'un montant au moins égal à la pension d'invalidité.

Vieillesse

□ Pension

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

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

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

➤ Allocation vieillesse de solidarité

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

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

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes, les déterminants financiers (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les déterminants liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins,

relation soignant / soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les déterminants socioculturels [10].

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

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

3.4.1. Déterminants financiers

La question posée tourne autour des conséquences non seulement du paiement direct des soins par les usagers, mais aussi du coût des prestations et de la barrière financière éventuelle que représentent ses coûts pour les malades. Deux générations d'études peuvent être distinguées dans le cas de l'Afrique Sub-saharienne (Stierle et al. 1999 ; Cissé 2004) [2]. Pour la première génération d'études, la faible utilisation des services de santé est liée à l'impact du paiement direct de soins. Dans ces études, ce sont le rôle du prix des soins et du niveau de revenus des usagers qui sont mis en avant. Pour la deuxième génération d'études, l'impact négatif du paiement des soins par les usagers peut être atténué lorsque l'on prend en compte le véritable contenu de la prestation fournie.

- Effet négatif du prix/du recouvrement des coûts :

Si le recouvrement des coûts en général, et le prix des soins en particulier, ont un effet négatif sur l'utilisation des soins, ils seraient surtout discriminants en

fonction du niveau des revenus des patients et les pauvres supporteraient davantage les conséquences du paiement des soins que les plus riches (Ridde 2003) [2]. Une augmentation du prix des consultations ne seraient préjudiciables qu'aux groupes les plus vulnérables.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

qualité attendue par les usagers et qui conditionneraient l'utilisation des services de santé de premier niveau.

3.4.3. Autres déterminants [2].

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

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

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

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

3.5. Modèles d'utilisation des services de santé

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

Le modèle de Fournier et Haddad (1995 :295) est basé sur l'analyse des facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. Ce modèle stipule que contrairement à la relative homogénéité des systèmes « moderne » qui s'observe dans les pays occidentaux, l'utilisation des services de santé dans les pays en développement se caractérise par un enchevêtrement des

systèmes et de sous-systèmes médicaux, en outre, elle est diversifiée du fait de la pluralité de l'offre et de la relative indépendance des utilisateurs vis-à-vis des prestataires. Une importante mobilité des patients aux pays en développement qui est d'autant plus prononcée que les utilisateurs de services apparaissent très indépendants de leurs dispensateurs.

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

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

- Caractéristiques des sujets : qui comprend les caractéristiques socio-économiques telles que l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut familial, l'ethnie et la religion, ensuite les facteurs économiques comme le revenu et enfin d'autres facteurs qualifiés de socio psychologiques tels que l'interaction avec le degré d'acculturation et la réceptivité à l'innovation.
- Caractéristiques de la maladie et perceptions qu'en ont les patients : s'y retrouvent classées, les caractères chroniques et aigus et sévère ou modéré de la maladie, l'étiologie attribuée à celle-ci et les bénéfices attendus (en

termes d'amélioration de l'état de santé) de l'utilisation de telle ou telle ressources de santé.

- Caractéristiques des services offerts et les perceptions qu'en ont les patients : il s'agit des facteurs susceptibles d'encourager ou de rebuter des utilisateurs potentiels. On y retrouve l'accessibilité géographique, l'accessibilité des dispensateurs de services, l'attrait lié à la qualité, les coûts d'utilisation.

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

- L'émergence d'un besoin de santé à la suite d'un stimulus physiologique, psychologique ou fonctionnel.
- L'émergence d'un besoin de services dans lequel les individus (ou leur entourage) identifient le spectre des actions thérapeutiques potentiellement utilisables pour répondre au besoin de santé.
- Le choix du ou des prestataires, qui s'effectuera en considérant les avantages et les coûts qu'ils présentent.
- L'utilisation proprement dite est la dernière étape de ce processus et ses résultats réalimenteront d'éventuels processus ultérieurs.

Figure 1 : cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de POOLE et CARLTON (1986).

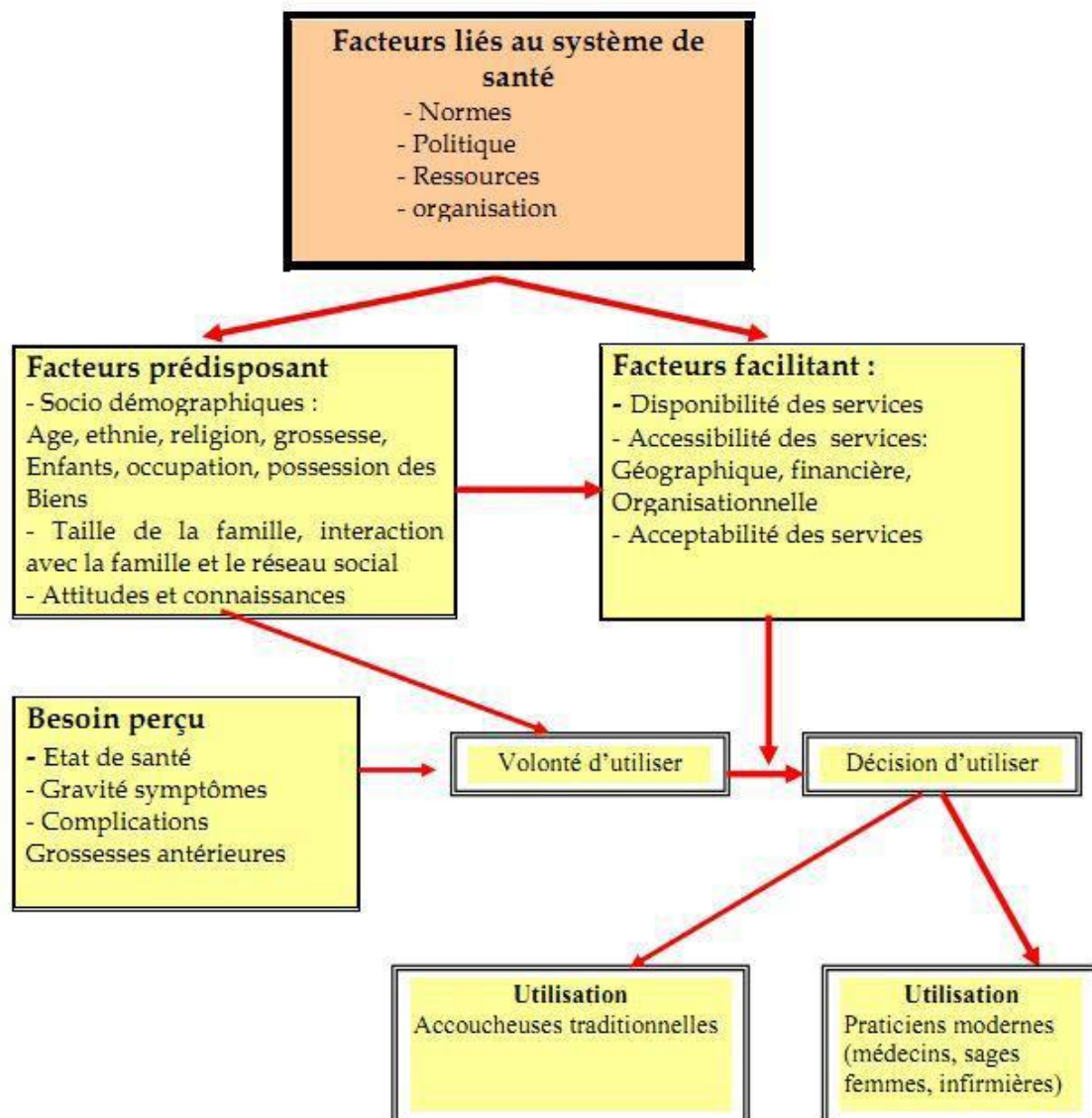


Tableau III : attributs et dimensions de la qualité des soins⁶
Ressources

Présence de médicaments de qualité
Disponibilité des médicaments
Locaux adéquats
Disponibilité « d'appareils »
Nombre de docteurs (en fait de personnels de santé)
Personnel qualifié pour traiter les hommes
Personnel qualifié pour traiter les femmes

Processus (aspects techniques)

Examen clinique convenablement exécuté
Utilisation appropriée
Diagnostic bien porté
Médicaments adéquats prescrits
Surveillance jusqu'à la guérison

Processus (aspects interpersonnels)

Accueil convenable
Marques de compassion (voire pitié)
Respect du patient en tant que personne
Temps consacré suffisant
Explication pour éviter que la maladie ne se reproduise
Honnêteté dans les comportements professionnels et extra professionnels

Résultats

Efficacité des soins
Guérison rapide

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

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

Dimension	Acceptabilité	Disponibilité	Accessibilité	Qualité des soins	Accès financier
Facteurs potentiels influant sur l'accès aux services de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Processus de prise de décision au niveau ménage, - Perception en ce qui concerne les maladies, les prestataires, les médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Paquet de service définit, - Stock de médicaments, vaccins, - Personnel de santé techniquement compétent, - Infrastructure, - Diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> - Distance des centres de santé, - Horaires ; routes et transport ; - Système de références et service, ambulance 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil, - intimité donnée aux patients, - Accès à l'eau, l'électricité, l'hygiène, - maintien, - nettoyage 	<ul style="list-style-type: none"> - Coûts directs et indirects ; - Mode de paiement ; - Ressources et capitaux du ménage (argent, réseaux sociaux, épargne, crédit etc.)

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

L'étude a eu lieu dans le chef-lieu de la région de Bougouni.

1.1 Historique :

Organisation du système de santé au Mali :

Selon, la Direction Nationale de la Santé Publique, le système sanitaire au Mali est constitué d'une pyramide à 3 niveaux : I, II, III,

- Niveau national,
- Niveau régional (appui),
- Niveau opérationnel (districts, Cscm).

1.2 Présentation de la région de Bougouni :

1.2.1 Aperçu général de la région de Bougouni :

Étymologiquement, Bougouni signifie : « petite hutte ». Cette appellation est héritée d'une hutte qui servait de lazaret lors des épidémies de variole, dont fut victime la famille de l'ancêtre des peulhs Diakité de la localité, feu Médian Diakité ; qui s'était installé auprès des premiers occupants qui étaient les Coulibaly. Ces derniers avaient semble-t-il pris cette mesure d'isolement.

Le site du lazaret s'étant révélé propice aux activités pastorales et de chasse, la famille Diakité s'installa définitivement au lazaret et prospéra tout en entretenant des rapports avec les voisins, notamment les liens de mariage. Les différents contacts entre les Diakité et leurs voisins d'une part et d'autre part avec les caravaniers de la route de cola vers le sud de la Côte d'Ivoire et vers le nord du Sénégal, se faisant sous le vocable de « à la petite hutte, Bougouni ». A la longue, Bougouni donna naissance à un village qui conserva le nom de Bougouni. Sous l'occupation coloniale et en raison de sa position stratégique entre les troupes de Samory Touré, celles de Babemba Traoré du KénéDougou

au sud et le front de pénétration française du nord, le village bénéficia du statut de chef-lieu de cercle en 1893.

Ils dévient la capitale du canton « BaniMonotiè », littéralement entre le Bani (Affluent du fleuve Niger) et le Mono (Marigot), sous le mandat des peulhs Diakité, à travers le chef de canton Sakoro Mery DIAKITE.

1.2.2 Aspects géographiques :

Situation géographique :

Situé entre le « Bani » et le « Mono » Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 160 km et

Sikasso à 210 km. Il est limité :

- Au nord par les cercles de Kati et Dioïla, (région de Koulikoro),
- Au sud par la république de Côte d'Ivoire,
- Au sud-est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso,
- À l'ouest par le cercle de Yanfolila,

La ville est située dans un bas-fond et a une superficie de 20028km².

Climat et végétation :

Le climat est de type soudanien comprenant une saison sèche et une saison des pluies.

La savane arboreuse constitue l'essentiel de la végétation. Les essences dominantes sont : le karité, le néré, le caïlcédrat, le baobab, le kapokier, et le fromager.

Hydrographie :

Le réseau hydrographique est fourni par le « Bani » un affluent du fleuve Niger et le « Mono », un marigot.

Voies de communication :

Elles sont constituées pour l'essentiel de :

- Axe Bamako-Bougouni,
- Axe Bougouni-Sikasso-Côte d'Ivoire,
- Axe Bougouni-Yanfolila-Guinée (Conakry),
- Axe Bougouni-Kolondiéba-Côte d'Ivoire,

Les moyens de locomotion au regard de la population sont insuffisants mais se sont améliorés ces deux dernières années.

Le service des postes est opérationnel. Après Bamako, Bougouni est le premier cercle du Mali à être doté de téléphone fixe depuis 1984 et la téléphonie mobile (Orange Mali et Malitel en 2004).

La ville compte quatre (4) stations Radio FM (Banimonotié, Bédiana, Kafokan et Arc- en- ciel).

La ville de Bougouni dispose d'une piste d'atterrissage d'avion non fonctionnelle.

Population :

La population générale du cercle est 535119 habitants en 2013 selon le recensement administratif de 1998 actualisé, soit une densité de 18 habitants au km². Cette densité est légèrement supérieure à celle du niveau national qui est d'environ 10 habitants au km².

De plus en plus, le cercle attire de nombreux immigrants venant des différentes régions du Mali et des pays voisins à cause des exploitations d'or. L'émigration se fait aussi sentir ces dernières années avec un retour massif des originaire du cercle ou d'autres localités du pays à cause des évènements de la Côte D'Ivoire.

Religion :

Trois (3) religions dominent le cercle : l'islam, le christianisme et l'animisme.

Economie-finance :

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale.

Des ONG telles que "Save the Children", "l'HELVETAS", "l'AID-MALI", opèrent dans la zone dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la décentralisation, la foresterie, l'hydraulique villageoise.

Industrie et commerce :

Le géant du coton au Mali, la compagnie malienne du développement textile (CMDT) y possède deux (2) unités importantes. L'usine de traitement de noix de karité de Zantiébougou et celle de la mine d'or de Morila ont contribué à la diminution du chômage dans le cercle.

L'installation de la BNDA, et des caisses d'épargne (Kafojiginew, CAECE JIGIS&Mε) et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce.

Education :

La première école de Bougouni a été créée en 1903. Actuellement le cercle compte deux centres d'animation pédagogique (CAP).

1.3 Le Csréf de Bougouni :

Le Dispensaire de Bougouni a été créé en 1949, achevé et inauguré la même année par le Médecin Colonel Vernier qui fut le premier Médecin. Il fut érigé en Csréf en 1996.

Configuration du Csréf :

Situé au centre de la ville de Bougouni au bord droit de la route bitumée allant du quartier de Massablacoura à la préfecture.

L'accessibilité entre le Csréf et certains Cskom est difficile à cause de l'état des routes.

Données sanitaires :

Le district sanitaire de Bougouni est composé d'un centre de santé de référence et quarante-cinq (45) centres de santé communautaires fonctionnels.

A côté de ces structures, il existe :

- Un centre confessionnel à Banantoumou
- Deux infirmeries de la CMDT (Bougouni et Koumantou)
- Les infirmeries du lycée et de l'IFM de Bougouni
- Quatre cabinets de soins (dont 3 à Bougouni et un à Babilena)
- Seize cabinets médicaux (dont 8 dans la ville de Bougouni et 8 en dehors de la ville)
- Une infirmerie de la maison central d'arrêt et de correction
- Quatorze officines privées à Bougouni

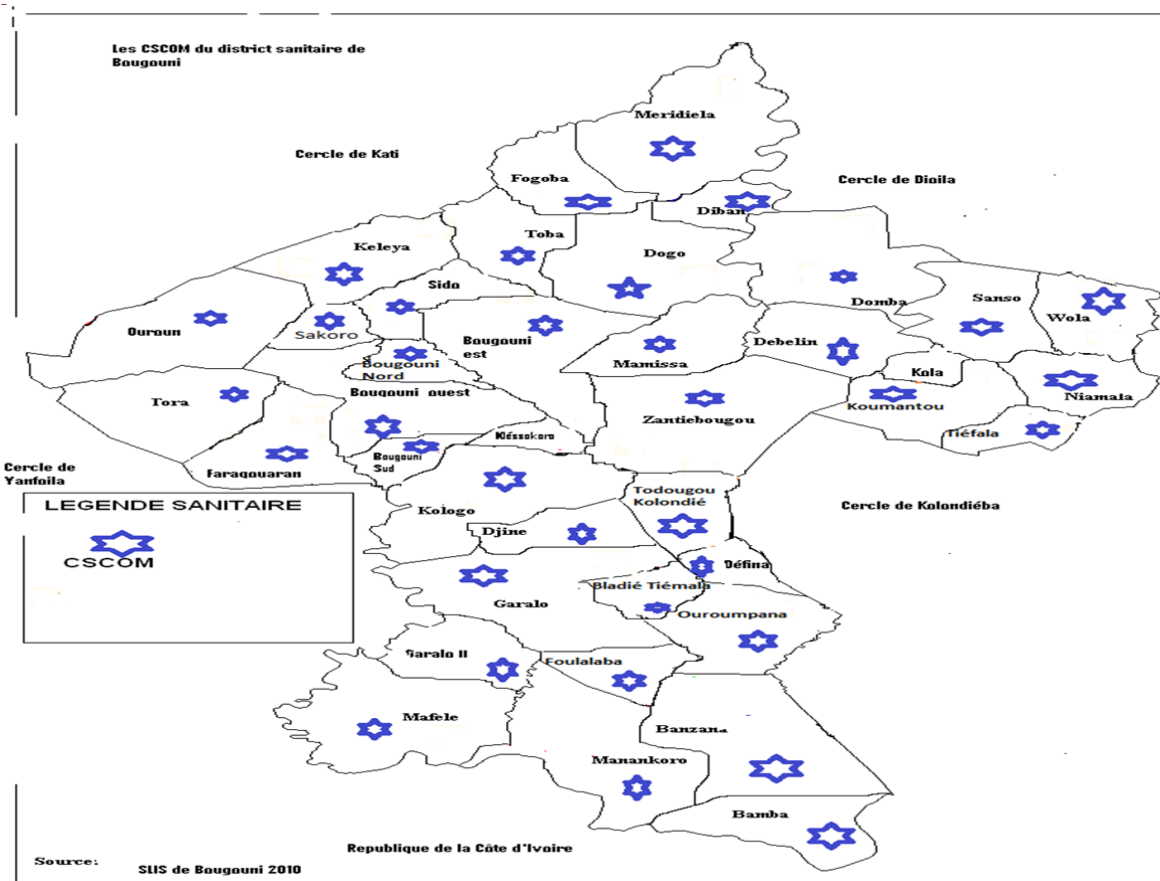


Figure 2 : CSCOM du district sanitaire de Bougouni.

La description des unités :

L'unité de gynéco-obstétrique :

Elle comporte 7 salles d'hospitalisation avec 22 lits.

Le personnel est composé de : un médecin spécialiste en gynéco-obstétrique et un médecin généraliste, dix sages-femmes, quatre infirmières obstétriciennes, et un manoeuvre

Activités principales : la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPON), prise en charge de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME/VIH), accouchement, le planning familial (PF), école des mères(EM) et le suivi des malades hospitalisés

L'unité de chirurgie : Le service de chirurgie est composé de trois médecins dont deux médecins spécialistes (un chirurgien et un urologue) et un médecin généraliste, deux techniciens supérieur de santé, un aide de bloc infirmier

assistant, un infirmier assistant en anesthésie-réanimation, quatre techniciens de santé, un aide-soignant, et dispose de neuf salles d'hospitalisation avec trente-quatre lits.

Les activités principales sont les interventions chirurgicales, la consultation des malades, le suivi des malades opérés, la prise en charge des accidents de voie publique, des morsures de serpent, des cas de brûlures, des abcès et plaies chroniques.

La chirurgie a deux blocs opératoires, une salle de réanimation.

L'unité de médecine interne : Elle est constituée de cinq salles d'hospitalisation avec 18 lits, le personnel est composé d'un médecin spécialiste en santé communautaire, deux médecins généralistes, une technicienne supérieure de santé et 3 techniciens de santé.

L'unité de pédiatrie : est constituée de 3 salles d'hospitalisations avec 10 lits et une salle de néonatalogie. Le personnel est composé d'un médecin spécialiste, 1 médecin généraliste, deux techniciennes de santé, deux assistants et une aide-soignante.

L'unité d'odontostomatologie : Comprend un médecin spécialiste en odontostomatologie qui a pour activité principale les consultations et la prise en charge des affections bucco-dentaires.

L'unité ORL : Comprend un assistant médical spécialiste en ORL.

L'unité d'ophtalmologie : dispose d'un médecin spécialiste et de deux techniciens de santé spécialisé avec activité principales les consultations et soins oculaires.

L'unité de Radiologie : composé d'un médecin généraliste et d'un assistant en imagerie.

Le personnel du centre de santé de référence : Il est composé de :

1 médecin spécialiste en gynéco obstétrique et médecin chef,

1 gynéco-obstétricien,

7 médecins spécialistes

5 médecins généralistes répartis entre les unités,

4 assistants médicaux en santé publique ;

1 assistant médical en santé mentale ;

1 médecin spécialiste en odontostomatologie

1 assistant médical aide de bloc ;

1 assistant médical en anesthésie Réanimation ;

1 assistant médical en ophtalmologie ;

2 assistants médicaux en biologie moléculaire ;

2 techniciens supérieurs de santé au laboratoire ;

2 techniciens supérieurs de santé en hygiène assainissement ;

10 sages-femmes ;

4 infirmières obstétriciennes ;

7 aides-soignantes ;

5 chauffeurs ;

2 comptables ;

1 secrétaire ;

3 manœuvres ;

Cependant un besoin en techniciens et spécialistes se pose pour faire face aux réalités du cercle : en radiologie, pédiatrie, ORL, dermatologie et en traumatologie.

Au niveau du centre de référence sont réalisées les activités de deuxième niveau.

2. Lieu d'étude :

Centre de Santé de Référence de Bougouni. Les raisons de ce choix sont liées au fait que cette structure est la plus visitée par les adhérents de l'AMO à Bougouni.

3. Type d'étude :

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

4. Période d'étude

Janvier 2021 au Mois de Mai 2021

5. Population d'étude :

Les patients présents au CSRéf de Bougouni, adhérents à l'AMO.

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

Recueil des informations

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

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

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

Variables étudiées

- Variable dépendante : la variable dépendante de cette étude est le recours aux soins (demande des soins).
- Variables indépendantes : les variables indépendantes étudiées ont été relatives à l'accueil, l'accès au médecin, la relation soignant-soigné, les explications prodiguées par le médecin sur la maladie, la disponibilité des médicaments, des examens de laboratoires et les

explorations fonctionnelles, les couts induits par la demande des soins, la satisfaction des bénéficiaires, leur itinéraire thérapeutique.

- Les variables proxy : l'âge, le sexe, la nationalité, l'ethnie, la religion, la profession, le statut matrimonial, et le niveau d'instruction.

6. Echantillonnage :

4.6.1. Technique d'échantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire simple.

4.6.2. Taille de l'échantillon :

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

n= taille de l'échantillon

Zα= écart réduit correspondant au risque α consenti, ici Zα= 2,58 pour un risque d'erreur de 1%.

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

$$P = \frac{\text{Nombre d'assurés à l'AMO à Bougouni}}{\text{Population de Bougouni}} = \frac{5545}{535119} = 0,011$$

q= complément de p (q= 1-p). = 1- 0,011 =0,989

i= précision = 3%.

Ainsi la taille minimum de notre échantillon :

$$n = (2,58)^2 \frac{0,011 \times 0,989}{(0,03)^2} = 80,46$$

7. Critères d'inclusion :

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

8. Critères De non inclusion :

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

9. Traitement et analyse des données :

La saisie des données et l'analyse statistique ont été faites à l'aide du logiciel SPSS Statistics version 19, la saisie du texte a été faite sur le logiciel Microsoft Word 2016. Pour les tests statistiques, nous avons utilisé un seuil de signification $p < 0,05$.

10. Considérations éthiques :

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

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

RESULTATS

V. RESULTATS

5.1. Données sociodémographiques

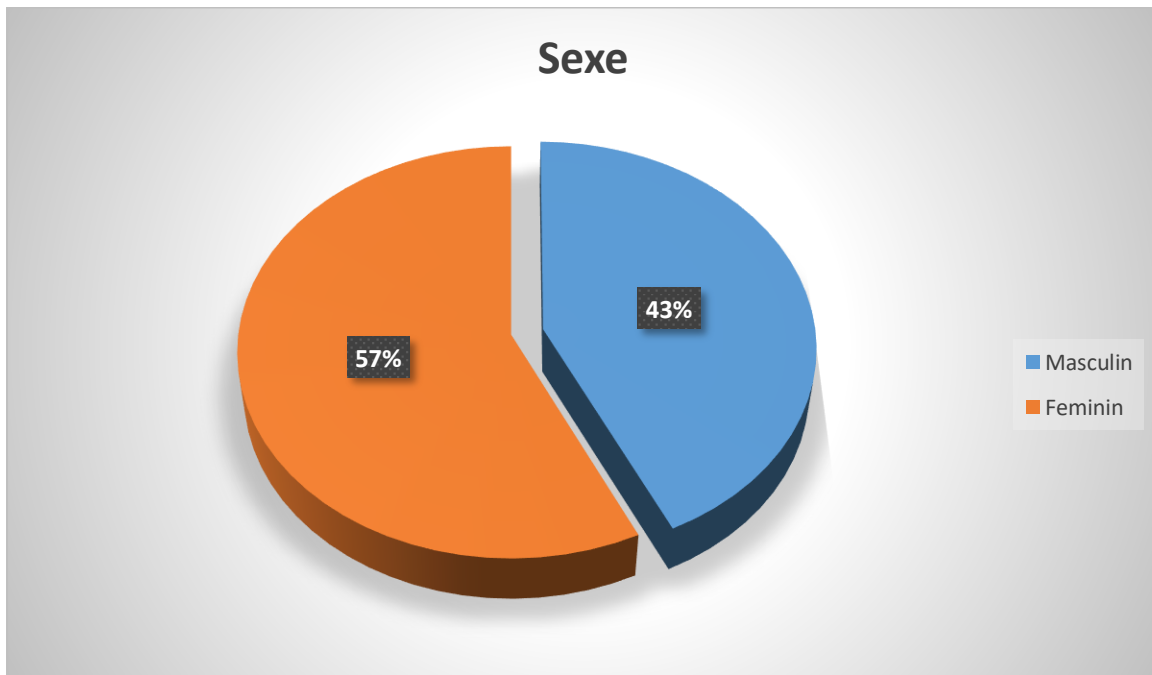


Figure 3 : Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe féminin a été le plus représenté avec 57,1% (121/212) avec un sex-ratio de 1,33.

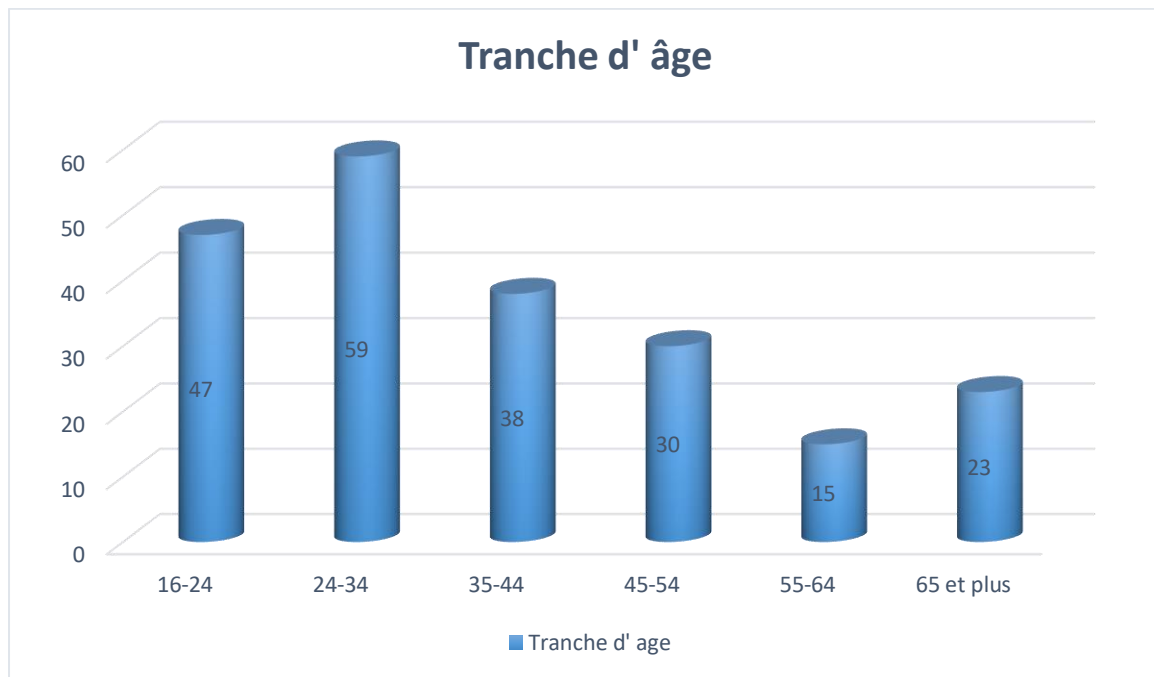


Figure 4 : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

La tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée avec un taux de 27,8%.

La moyenne d'âge était de 38,79 +/-16,57 ans avec des extrêmes de 16 et 81 ans.

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

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	105	49,5
Tamasheq	1	0,5
Peulh	58	27,4
Sarakolé	4	1,9
Dogon	4	1,9
Malinké	12	5,7
Senoufo	13	6,1
Sonrhäï	8	3,8
Bobo	6	2,8
Toucouleur	1	0,5
Total	212	100,0

L'échantillon était composé exclusivement de Maliens. Nous avons retrouvé 49,5% de bambaras, 27,4% de peulhs et 6,1% de senoufo.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Retraité	19	9,0
Salariés (fonctionnaire)	38	17,8
Ménagère	32	15,1
Enseignant (e)	31	14,6
Profession informelle	18	8,5
Agent de santé	8	3,9
Commerçant (e)	16	7,5
Paysan (e)	1	0,5
Etudiant/Elève	49	23,1
Total	212	100,0

Les salariés constituaient 17,8% de notre échantillon et les retraités 9%.

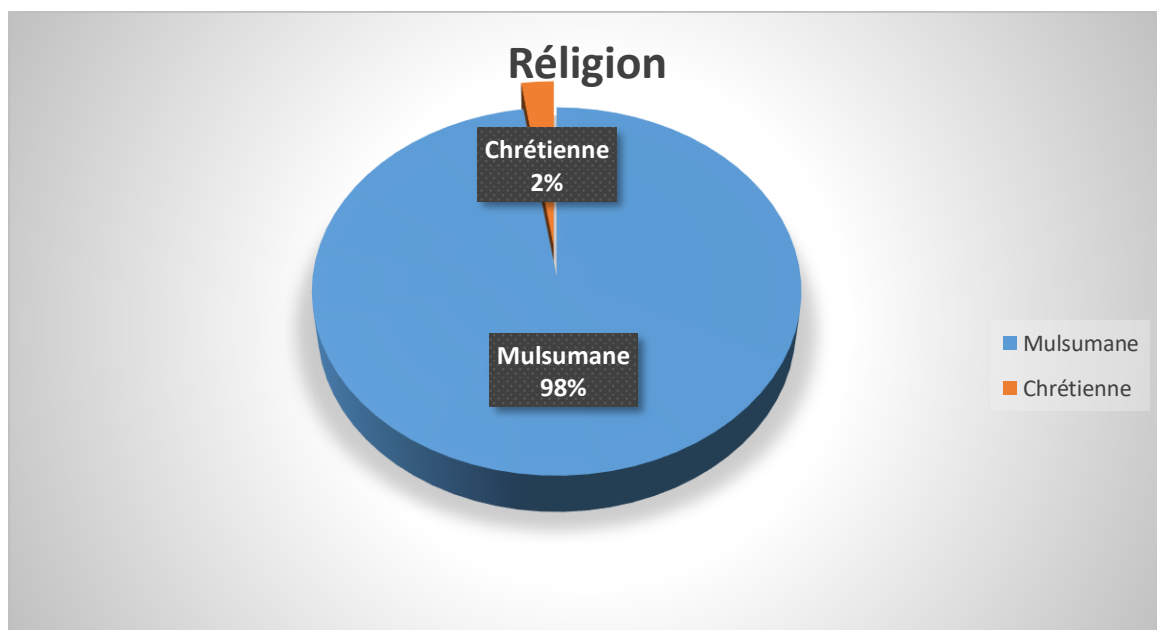


Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la religion

La quasi-totalité 98% (207/212) des patients de notre étude étaient de religion musulmane.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	178	84,0
Veuf (veuve)	2	0,9
Célibataire	32	15,1
Total	212	100,0

Les mariés ont été les plus représentés avec 84%.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage
Polygamie	171	95,0
Monogamie	9	5,0
Total	180	100,0

La quasi-totalité (95%) des patients de notre étude étaient polygames.

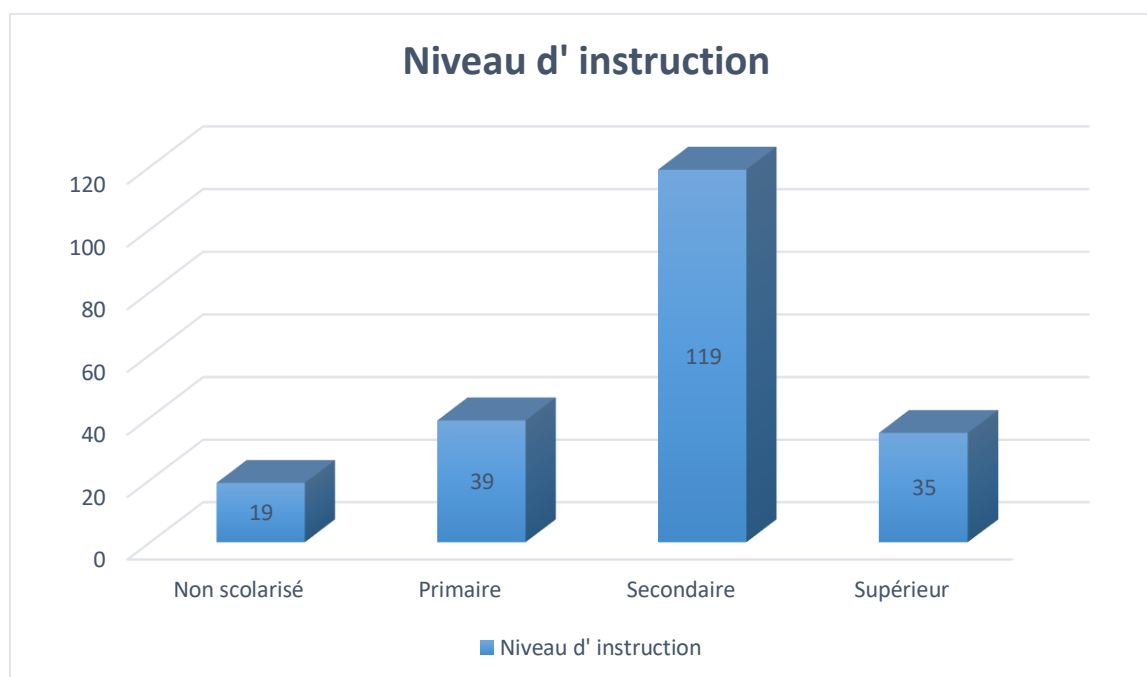


Figure 6 : Répartition des patients selon le niveau d' instruction

Seul 9% de nos patients n'avaient aucun niveau d'étude. Les niveaux secondaire et supérieur ont été les plus représentés avec respectivement 56,1% et 16,5% des cas chacun.

5.2. Statut des patients par rapport à l'AMO

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

Type d'adhésion	Effectif	Pourcentage
Ouvrants droit	89	42,0
Ayants droit		
Par mon enfant	8	3,8
Par mon (ma) conjoint (e)	83	39,2
Par mon parent	32	15,1
Total	212	100,0

Près de la majorité des patients de notre étude soit 42% étaient les ouvrants droits à l'AMO et les conjoints avec 39,2% étaient les principaux bénéficiaires.

5.3. Qualité perçue

□ Accueil

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

Qualité de l'accueil	Effectif	Pourcentage	
Courtoisie à l'entrée du Csref	Beaucoup	187	88,2
	Moyennement	22	10,4
	Un peu	3	1,4
Installation pendant l'attente du Médecin	Très confortablement	126	59,4
	Assez confortablement	75	35,4
	Assez inconfortablement	8	3,8
	Très inconfortablement	3	1,4
Orientation	Oui	182	85,8
	Non	30	14,2
Privilège	Oui	48	22,6
	Non	164	77,4

Plus de la moitié des patients (88,2%) trouvaient qu'il y'avait beaucoup de courtoisie à l'entrée du Csref ; pour 85,8% des patients, l'orientation a été effective. Entre autres on note une forte proportion des patients s'étant senti confortablement installé pendant l'attente du médecin (59,4%) et 77,4% d'entre eux n'avait pas de privilège.

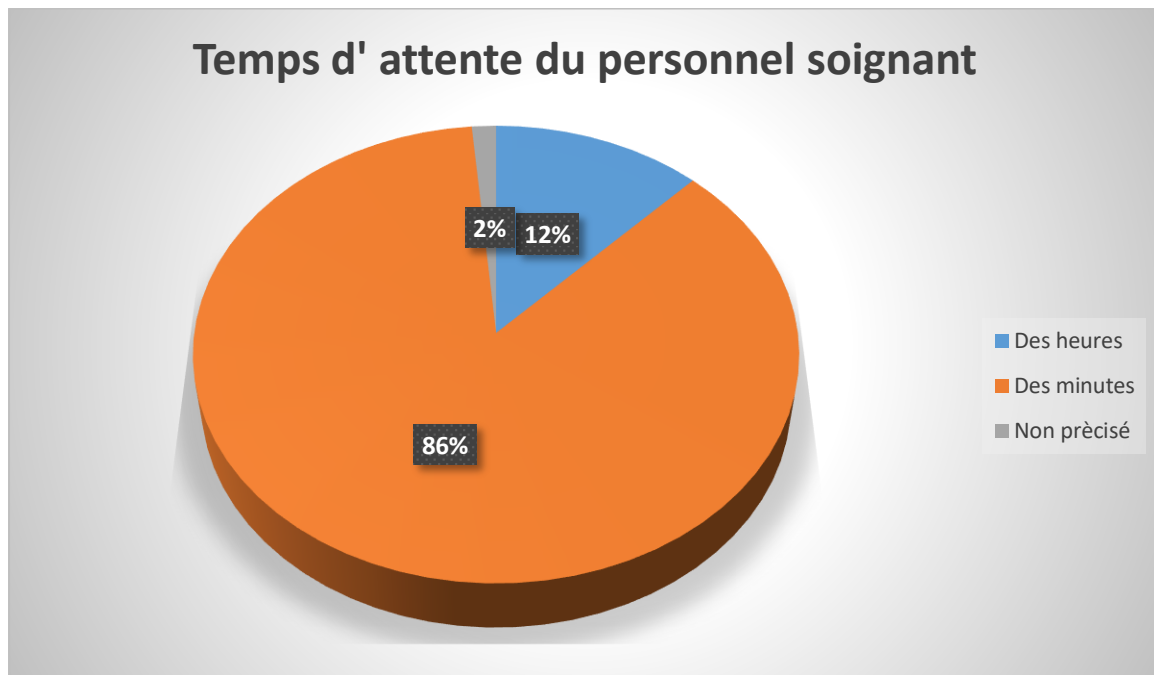


Figure 7 : Temps d'attente du personnel soignant

Plus de la majorité des patients de notre étude ont attendu plusieurs minutes avant d'être reçu par le personnel soignant contrairement à 12,3% de nos patients qui ont attendu plusieurs heures

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

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

Qualité des consultations		Effectif	Pourcentage
Facilité d'accès au médecin	Oui	204	96,2
	Non	8	3,8
Confidentialité de la consultation	Beaucoup	204	96,2
	Moyennement	8	3,8
Réponses aux questions posées	Beaucoup	202	95,3
	Moyennement	10	4,7
Respect du patient	Beaucoup	184	86,8
	Moyennement	26	12,3
	Pas du tout	2	0,9
	Beaucoup	166	78,3
Attention portée sur la maladie	Moyennement	42	19,8
	Un peu	4	1,9
	Beaucoup	174	82,1
	Moyennement	35	16,5
Respect de l'intimité physique	Un peu	3	1,4
	Non	15	7,1
Explications données sur la maladie	Oui mais pas clair	6	2,8
	Oui et clairement	191	90,1
	Origine	7	3,3
	gravité	1	0,5
Nature d'incompréhension	Si guérison possible	1	0,5
	Durée du traitement	3	1,4
	Aucune	200	94,3
	Beaucoup	199	93,9
Encouragement à la prise des traitements	Moyennement	12	5,7
	Pas du tout	1	0,5

En général la qualité des consultations était bonne. La majorité (96,2%) des patients a affirmé avoir eu un accès facile au médecin, une consultation confidentielle (96,2%), avoir été respecté (86,8%), avoir reçu des explications claires sur sa maladie (90,1%) et avoir été encouragés à la prise des traitements (93,9%).

➔ **Disponibilité des médicaments et examens complémentaires**

Tableau XII : Répartition des patients en fonction des prescriptions et de la disponibilité des médicaments et examens complémentaires au Csref.

Ordonnances et examens		Effectif	Pourcentage
Ordonnance après consultation	Oui	208	98,1
	Non	4	1,9
Raison de l'absence de l'ordonnance	Pas prescrit	1	25,0
	Déjà en possession des médicaments nécessaires	3	75,0
Prise en charge de tous les médicaments par l'AMO	Oui	207	99,5
	Non	1	0,5
Examens complémentaires après consultation	Boncipro 500mg	1	100,0
Raison de l'absence d'examens complémentaires	Oui	139	65,6
	Non	73	34,4
Prise en charge de tous les examens par l'AMO	Pas prescrit	33	45,2
	Examens déjà faits	40	54,8
Examens complémentaires Non pris en compte par l'AMO	Oui	139	65,57
	Non	73	34,43
Achat des médicaments et appareils prescrits à la pharmacie du Csref	Aucun	0	100,0
Réalisation des examens complémentaires prescrits au niveau du Csref (n=139)	Totalité obtenue	136	65,4
	Une partie	15	7,2
	Aucuns obtenus	57	27,4
	Totalité réalisée	138	99,3
	Une partie	1	0,7

Il est à noter que pour l'appréciation de la qualité des ressources, nous nous sommes limités à l'appréciation de la disponibilité des médicaments, examens biologiques et examens radiographiques pris en comptes par l'AMO au niveau du Centre de santé de référence de Bougouni, comme décrit dans la méthodologie.

Pour cela nous avons obtenu les listes des analyses biologiques, des examens radiologiques et des médicaments disponibles respectivement au laboratoire, au service de radiologie et à la pharmacie du Centre de santé de référence de Bougouni (confère annexes).

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des prescriptions et de la disponibilité des médicaments et examens complémentaires au Csref (suite).

Médicaments prescrits non disponibles à la pharmacie du Csref	Effectif	Pourcentage
Stérimar	2	4,1
Salbutamol	2	4,1
effergalغان cp	2	4,1
Lumefantrine comprimé	2	4,1
Glucovance	5	10,3
Trabar	3	6,2
Aspégic 100mg	4	8,4
Tracedol	2	4,1
Spasfon	3	6,2
Ferrodenk	2	4,1
Polygynax	4	8,4
Gynomax	4	8,4
Ceftriaxone 1g	4	8,4
Autres	9	18,7
Total	48	100,0

Aspégic 100mg, Gynomax, Ceftriaxone et polygynax ont été les médicaments fréquemment indisponibles à la pharmacie du Csref.

Autres : Flagyl :2,08% ;Artefan :2,08% ;Boncipro 500mg :2,08% ; Rapiclav :2,08% ;Cytéal :2,08%

Otipax goutte :2,08% ;Curam :2,08% ;Alvityl :2,08% ;Blokium :2,08%

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au Csref de Bougouni.

Satisfaction de la qualité de PEC	Effectif	Pourcentage
Pas satisfait (e) du tout	3	1,4
Pas très satisfait (e)	4	1,9
Assez satisfait	119	56,1
Très satisfait	86	40,6
Total	212	100,0

Dans la majorité des cas (56,1%), les patients étaient assez satisfaits de la qualité de la prise en charge contrairement à 1,4% de nos patients qui n'étaient pas satisfait du tout à cause de la durée d'attente.

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la satisfaction par rapport à la qualité du service AMO.

Satisfaction AMO	Effectif	Pourcentage
Pas satisfait (e) du tout	15	7,1
Pas très satisfait (e)	13	6,1
Assez satisfait	59	27,8
Très satisfait (e)	125	59,0
Total	212	100,0

Dans la majorité des cas (59%), les patients étaient satisfaits de l'AMO contrairement à 7.1% de nos patients qui étaient totalement insatisfait.

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

Raison satisfaction AMO	Effectif	Pourcentage
Accès facile aux soins	66	35,7
Médicaments disponibles à vil prix	45	24,3
Les 2 raisons	74	40
Total	185	100

Presque la totalité de notre échantillon a été satisfaite de l'assurance maladie obligatoire. Dans 35,7% des cas pour la facilité d'accès aux soins et dans 24,3% des cas pour la disponibilité des médicaments à prix accessible.

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des raisons d'insatisfaction par rapport à la qualité du service AMO.

Raisons	Effectif	Pourcentage
Trop de procédure à suivre	4	15,4
Temps d'attente trop long	2	7,7
Cotisations très élevées	1	3,8
Indisponibilité de certains médicaments/Examens couverts	3	11,5
Personnel pas accueillant	1	3,8
Plus de 2 raisons susmentionnées	15	57,7
Total	26	100,0

Plusieurs raisons ont été évoquées de la part des patients. Les plus citées étaient : le temps d'attente trop long, la qualité de l'accueil et le coût élevé de la cotisation.

5.4. Coûts induits par la demande des soins

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

Coût de la consultation	Effectif	Pourcentage
J'ai payé	211	99,5
Je n'ai rien payé	1	0,5
Total	212	100,0

Le coût moyen de la consultation était de 439,34+/-38,63 FCFA avec un minimum de 350 FCFA et un maximum de 450FCFA ; en effet 92,5% des patients avaient payé 450 FCFA et 7,1% 300 FCFA.

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de la consultation

Montant de la consultation	Effectif	Pourcentage
Pas élevé	211	99,5
Ne sait pas	1	0,5
Total	212	100,0

Le montant de la consultation n'était pas élevé pour 99,5% des patients.

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

Coût de l'hospitalisation / soins reçus	Effectif	Pourcentage
J'ai payé	100	47,2
Je n'ai rien payé	25	11,8
N'en a pas bénéficié	87	41,0
Total	212	100,0

Le coût moyen de l'hospitalisation était de 1390+/-851 FCFA avec un minimum de 1000 FCFA et un maximum de 7000FCFA ; en effet 34,9% des patients avaient payé 1000 FCFA et 8,5% 2000 FCFA.

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus.

Opinion sur le coût de l'hospitalisation ou autres soins	Effectif	Pourcentage
Pas élevé	100	100,0

Le montant de l'hospitalisation ou autres soins reçus n'était pas élevé pour l'ensemble des patients ayant payés.

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des ordonnances honorées

Coût moyen des ordonnances	Effectif	Pourcentage
J'ai payé	204	96,2
Je n'ai rien payé	4	1,9
Je ne sais pas	4	1,9
Total	212	100,0

Le coût moyen des ordonnances était de 5443,51+/-2454,29 FCFA avec un minimum de 600 FCFA et un maximum de 13800FCFA.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût moyen d'une ordonnance.

L'opinion sur le cout moyen des ordonnances	Effectif	Pourcentage
Pas élevé	200	98,0
Elevé	4	2,0
Total	204	100,0

Le coût moyen des ordonnances n'était pas élevé pour la majorité des patients (98%).

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

Coût des examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
J'ai payé	140	66,0
Je n'ai rien payé	24	11,3
Je ne sais pas	48	22,6
Total	212	100,0

Le coût moyen des examens complémentaires était de 1783+/-676 FCFA avec un minimum de 340 FCFA et un maximum de 6000FCFA.

66% des patients avaient payé les frais de réalisation des examens complémentaires.

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

Opinion sur le coût des examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Pas élevé	139	99,3
Elevé	1	0,7
Total	140	100,0

Le coût des examens complémentaires n'était pas élevé pour la majorité des patients (99,3%).

Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction du nombre de recours à un traitement depuis les 6 derniers mois

Nombre de recours à un traitement depuis les 6 derniers mois	Effectif	Pourcentage
Nombre de recours aux médecins traditionnels		
0 fois	43	37,4
Refus de répondre	58	50,4
Je ne sais pas	12	10,44
4 fois	2	1,76
Total	115	100,0
Nombre de recours à la pharmacie par terre		
0 fois	45	38,8
Refus de répondre	58	50
Je ne sais pas	7	6,03
3 fois	6	5,17
Total	116	100,0

Dans notre échantillon, près de 38% des patients n'ont jamais eu recours aux Tradi-thérapeutes au cours des six derniers mois précédent l'enquête.

Les pharmacies par terre ont été visitées par seulement 5,17% des patients de notre étude, pendant les six mois précédent l'enquête.

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

Raison du non recours à l'hôpital	Effectif (n= 212)	Pourcentage
Pas assez d'argent	1	100,0
Total	1	100,0

La principale raison du non recours à l'hôpital du seul patient de notre échantillon a été la précarité.

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

Moment du recours à l'hôpital	Effectif	Pourcentage
Dès l'apparition des premiers signes de la maladie	204	96,2
A la persistance des symptômes	7	3,3
A l'aggravation de l'état de santé	1	0,5
Total	212	100,0

Dans notre échantillon, pour 96,2% des patients le recours à l'hôpital est envisagé dès l'apparition des premiers signes. Par contre 3,3% des patients l'ont envisagée à la persistance des symptômes.

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

Degré de respect des règles de l'AMO	Effectif	Pourcentage
Adhérents ayant violé les règles de l'AMO	1	0,5
l'AMO	211	99,5
Total	212	100,0

Tableau XXX : Répartition des adhérents selon la fraude

	Effectif	Pourcentage
Type de fraude		
Adhérents ayant aidé un non adhérent à payer ses médicaments	1	100
Manière de la fraude		
En complicité avec un agent de santé traitant	1	100

L'adhérent en question a fraudé en complicité avec un agent de santé.

Presque la totalité des patients (99,5%) de notre étude ont respecté les règles.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Caractéristiques sociodémographiques

Pour l'ensemble de l'échantillon, le sexe féminin a été le plus représenté, soit 57,1% des patients, avec un sexe ratio de 1,33. Notre résultats diffèrent de celui de **A. DAGNIOKO [25]** chez qui le sexe masculin était prédominant soit 58% avec un sexe ratio de 1,38. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence du lieu d'étude et de la taille de l'échantillon.

La tranche d'âge 25-34 ans a été la plus représentée avec 27,8%.

Aussi, nous avons trouvé une moyenne d'âge à 38,79 ans avec un minimum à 16 ans et un maximum à 81 ans. **A. DAGNIOKO [25]** avait trouvé une moyenne d'âge à 53,12 ans avec un minimum à 16 ans et un maximum à 77 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence du lieu d'étude et de la taille de l'échantillon.

Nous avons rencontré plusieurs ethnies différentes avec une majorité des bambaras, soit 49,5% de notre échantillon, suivi des peulhs 27,4% et des sénoufo 6,1%. Ce qui est comparable à la répartition nationale selon **l'EDSM V [14]**.

Les salariés ont représenté 17,8 % de notre échantillon. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que nous avons trouvé une forte proportion des patients dans la tranche d'âge 25-34 ans, tranche d'âge dans laquelle l'on est le plus souvent en activité. Cependant dans l'étude de **A. DAGNIOKO [25]**, les retraités ont représenté 29,6%. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'il a trouvé une forte proportion des patients dans la tranche d'âge 65 ans et plus, tranche d'âge dans laquelle l'on est le plus souvent déjà en retraite, avec une forte demande de soins, lié à l'effet de l'âge.

Notre étude révèle que 84% de nos patients étaient mariés au régime polygamique dans 95% des cas. Cela trouverait son explication dans le fait que, étant marié, donc stable, l'on est plus en même de se préoccuper de son état de santé, tenant compte aussi des encouragements du partenaire à recouvrer la santé.

Les niveaux d'instructions secondaire et supérieur étaient les plus représentés dans notre échantillon avec respectivement 56,1% et 16,5% des cas chacun.

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

A peu près 123 patients bénéficiaient de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint (39,2%), d'un parent (15,1%) ou d'un enfant (3,8%), soit 56% de l'échantillon. Ils avaient ainsi le statut d'ayants droit. Les bénéficiaires principaux (ouvriers droit) ont représenté 42% des cas. Cette étude est proche de celle de **KASSAMBARA M** au Mali avec 40% de patients directement affiliés et contraire à celle de **A. DAGNIOKO [25]** au Mali avec 56,2% patients directement affiliés.

3. Qualité perçue par les adhérents

En ce qui concernait la qualité de l'accueil, plus de la moitié des patients a déclaré être bien reçu à l'entrée (88,2%), être orienté (85,8%), n'avoir pas été privilégié (58%) et avoir été installé assez confortablement pendant l'attente du médecin (77,4%). Concernant l'accueil, **SISSOKO F [15]** au Mali trouve 80% comme taux de satisfaction chez les adhérents à la garantie santé de la MUTEK également **A. DAGNIOKO [25]** au Mali trouve 76,5% comme taux de satisfaction chez les adhérents à l'AMO. Ce qui est comparable à notre étude. Par contre, **Alloh D et all en 2011 [18]** en Côte d'Ivoire trouvent un taux de satisfaction par rapport à l'accueil se situant entre 45,6% et 59,6%, taux inférieur à nos résultats.

Par rapport à la durée de l'attente 59,4 % des patients considèrent qu'elle était acceptable. Nous avons trouvé une durée moyenne d'attente de 1 heures 30 minutes, avec un maximum à 5 heures 20 minutes d'attente. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, les patients arrivent en grand nombre assez tôt et sont obligés de beaucoup patienter pour être consultés.

Le plan stratégique de l'hôpital de **KIBUYE de 2013 [16]** au Rwanda montre une durée moyenne d'attente avant la consultation de 2 h16 minute. Ce qui est supérieur à nos résultats. **A. DAGNIOKO [25]** au Mali trouve 46,9% des patients

qui ont trouvé la durée d'attente acceptable. **KASSAMBARA M** au Mali trouve 48% des patients qui ont trouvé la durée d'attente trop longue.

En ce qui concerne la qualité des consultations, la majorité des patients a affirmé qu'il était facile d'avoir accès au médecin (96,2%). La confidentialité et le respect du patient et de son intimité physique était beaucoup respectée (96,2%, 86,8%, 82,1% respectivement). Il accordait beaucoup d'attention à la maladie (78,3%) notamment par les discussions qui comprenaient beaucoup de questions (95,3%) et qui obtenaient beaucoup de réponses dans 95,3% des cas. Par ailleurs les patients recevaient beaucoup d'encouragement dans la prise de traitement.

Cependant, malgré l'excellente qualité des consultations, 5,7% des patients ont affirmés avoir eu des incompréhensions qui étaient basées dans 3,3% des cas sur l'origine de leur maladie, dans 1,4% sur le traitement et dans 0,5% sur la possibilité de guérison. **Kadidiatou K [19]** et **A. DAGNIOKO [25]** dans leurs études trouvent un taux d'incompréhension à 11,6% et 11,1% respectivement, qui est comparable à celui de notre étude.

4. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Il découle de notre étude que 96,7% des patients ont été satisfait de leur prise en charge générale au CSRéf de Bougouni, un taux de satisfaction qui est comparable à ceux de **KASSAMBARA M** et **A. DAGNIOKO [25]** qui trouvent un taux de satisfaction respectivement à 94% et 81,5%.

Aussi ; 59% des patients ont été très satisfait de l'assurance maladie et 27,8% assez satisfait. **KASSAMBARA M** trouve 73% (très satisfait) et 21% (assez satisfait)

Les deux principales raisons de la satisfaction par rapport à l'AMO ont été la facilitation de l'accès aux soins (75,7%) et la disponibilité des médicaments à vils prix grâce à l'AMO (64,3%).

Néanmoins, plusieurs suggestions d'amélioration de l'AMO ont été faites avec comme principales : La réduction des procédures (15,4%), la réduction du temps d'attente au niveau des caisses (7,7%).

5. Coûts induits par la demande des soins.

Près de 99,5% des patients connaissaient le prix de la consultation avec l'AMO et 99,5% trouvait que le prix n'était pas élevé. Toutefois, Dans 51,4% des cas les patients n'avaient pas bénéficié de l'hospitalisation ou des soins payants. Cependant pour ceux qui en avaient bénéficié, le coût moyen de l'hospitalisation était de 1390+/-851 FCFA avec un minimum de 1000 FCFA et un maximum de 7000FCFA ; en effet 34,9% des patients avaient payé 1000 FCFA et 8,5% 2000 FCFA. Ainsi la majorité des patients ont payé le cout d'hospitalisation soit 47,2%.

Dans notre étude Le coût moyen des ordonnances était de 5443,51+/-2454,29 FCFA avec un minimum de 600 FCFA et un maximum de 13800FCFA. et 79% des patients ont considérés leurs dépenses en médicaments pas élevée. Sissoko F. [15] dans son étude n'as pas trouvé de couts d'ordonnance supérieur à 5000 FCFA.

Concernant les examens complémentaires, Le coût moyen des examens complémentaires était de 1783+/-676 FCFA avec un minimum de 340 FCFA et un maximum de 6000FCFA. 66% des patients avaient payé les frais de réalisation des examens complémentaires mais ont néanmoins affirmé considérer la dépense en examens complémentaires pas élevée dans 98% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de Sissoko F [15] qui trouve le cout des examens situé entre 1000 FCFA et 3000 FCFA dans la majorité des cas.

Selon l'EDSM V [14], toutes ces dépenses en santé sont inférieures à la moyenne. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que pour les adhérents à l'AMO, les dépenses de santé sont prises en charge à 70% en ambulatoire et à 80% en hospitalisation. Ce qui contribue à réduire considérablement les dépenses des

patients, qui ne paient que le ticket modérateur. Cela expliquerait aussi le fait que la majorité des patients de notre échantillon n'aient pas rencontré des difficultés financières au cours de leurs dépenses en santé.

6. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO

Près de 37,4% de nos patients n'ont pas eu recours à un médecin traditionnel des six mois précédant notre enquête.

Seulement 5,17% de l'échantillon a eu recours à une pharmacie par terre dans les six mois précédant l'enquête.

Cependant en général les patients avaient la bonne attitude face à la maladie, qui est de se rendre à l'hôpital en premier recours (96,2%). Néanmoins nous avons retrouvé une proportion considérable des patients qui ont eu recours en première intention à l'automédication (1,76%). Ce qui est quand même inférieur aux statistiques nationales (58%) selon l'EDSM V [14]. Notre résultat est également inférieur à ceux trouvés par **Yabga Bertin T. [23]** en Côte d'Ivoire, **El Omari S. [24]** aux Philippines et **Commeyras C et Ndo JR [12]** au Cameroun, qui trouvent respectivement 27%, 38% et 36,7% d'automédication dans leurs études.

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

Le non recours à l'hôpital en première recours a pour raisons : le caractère contraignant par rapport aux autres types de recours, le manque d'argent avec et la conception de la gravité de la maladie. Au Cameroun, **Commeyras C et Ndo JR [12]** trouvent comme principale raison du non recours à l'hôpital en première intention la barrière financière avec 62,7% des cas, suivi de la qualité des services dans 21,1% des cas. Ce qui s'explique par le fait qu'à peine 1% de la population camerounaise bénéficie d'une couverture du risque maladie [25]. **Mushagalusa Salongo [11]** en République Démocratique du Congo trouve le déterminant financier comme raison du non recours à l'hôpital en première

intention dans 24% des cas, la conception moins grave de la maladie dans 20% des cas et les contraintes liées à la demande des soins hospitaliers dans 18% des cas. **Aude Nikiéma, Clémentine Rossier et Valéry Ridde [26]** au Burkina Faso trouvent parmi les raisons du non recours aux soins, l'accès financier avec 51,3%.

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

Le recours à l'hôpital n'a été envisagé qu'à la persistance des symptômes dans 3,3% des cas, taux est nettement inférieur à celui trouvé par **Commeyras C et Ndo JR [12]**, 50,5%.

7. Attitude des bénéficiaires face aux règles :

Dans notre échantillon 99,5% ont respecté les règles de l'AMO ce qui n'est pas comparable à l'étude de A. **DAGNIOKO [25]** chez qui 63% n'ont pas respecté les règles de l'AMO. Certains patients ayant violé les règles ont aidé soit un proche, un ami, un parent à payer leurs ordonnances (0,5%) ; cela veut dire que la fraude reste à bannir dans l'assurance maladie obligatoire.

Dans notre étude 0,5% des patients ont violé les règles en complicité avec un agent de santé. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali on demande trop de services à un parent, un ami, un proche travaillant dans un service quelconque.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

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

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

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

VIII. RECOMMANDATIONS.

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

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

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

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

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

8.3. Par rapport à l'indisponibilité de la plupart des examens complémentaires au niveau de l'hôpital

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

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

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

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

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

8.6. Par rapport à la fraude :

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

RÉFÉRENCES

IX. RÉFÉRENCES :

1 DANIOKO A : THESE

Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU BSS Kati (113 pages).20M 272 PDF ;2020

2 KASSAMBARA M : THESE

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

3 YMELE NANA CEDRIC : THESE

Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance Maladie obligatoire au **CHU POINT G** (147 pages).15M 223.pdf

4 SISSOKO Fodé.

Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie sante dans le centre de santé de la MUTEK. Thèse de doctorat : Médecine.

Bamako : FMPOS, 2010 ; 108 p.

5 SANOGO Moussa.

La vente illicite des médicaments à Bamako : conséquences sur l'économie et la santé publique. *L'émergent*. Décembre 2014, 006, p.21-23.

6 KANTA Kadidiatou.

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de kolokani). Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS, 2007 ; 154 p.

7 AUDIBERT M., ROODENBEKE E.

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, Analyse de situation et perspectives, Région Afrique, département du développement Humain, Avril 2005,88 p

8 MINISTERE DE LA SANTE.

Plan décennal de développement Sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023. Version validée, 2014, 97 p.

9 TOURÉ L., RIDDE V., QUEUILLE L.

Evaluation des besoins de plaidoyer en appui à la couverture universelle santé. In Burkina Faso, Mali, and Sénégal. Rapport Mali version définitive. Janvier 2014, 44 p.

10 MINISTERE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES.

Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali. Rapport final, octobre 2011, 55 p.

11 GUY CARRIN, CHRIS JAMES.

L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance. In Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain

LETOURMY. *L'Assurance maladie en Afrique francophone Améliore l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington : BANQUE MONDIALE, 2006, 456 p.

12 MALIACTU (2013).

L'AMO, Un Important Jalon : Pour La Couverture Maladie Universelle. Publié le

18 octobre 2013. [Consulté le 28.01.2014]. Disponible à

l'adresse : <<http://maliactu.net/lamo-un-important-jalon-pour-la-couverturemaladie-universelle/>>

13 DIDIER GOBBERS.

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

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

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

15 SALONGO PACIFIQUE M.

Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de kadutu, province du Sud Kivu- RD Congo, Diplôme d'étude

spéciale en économie de la santé, Mémoire : Université de Kinshasa, faculté de médecine, Décembre 2005 ; 81P.

16 Christophe COMMEYRAS, Jean Rolin NDO.

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

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

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

18 HOPITAL DE KIBUYE.

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

19 Alloh D., Aka N., Manou B. et all.

Evaluation de la satisfaction des patients d'hospitalisation de jour de rééducation à Abidjan. *Médecine d'Afrique noire*. Février 2011, 5802, p.63-68.

20 Laurent MUSANGO, Aboubacar INOUA.

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

21 MINISTERE DE LA SANTE.

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

22 TAPE Yabga Bernardin.

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

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

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

24 Aude Nikiéma, Clémentine Rossier, Valéry Ridde.

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

25 A. DIAGNOKO

Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU BSS de Kati : Mali -2020-99p

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE

Date de l'enquête :

Numéro de l'équipe / __ / __ /

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

CONSENTEMENT ECLAIRE

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

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

Acceptez-vous de participer à l'enquête ? Oui Non

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ENQUETE :

Q1/ Nom et prénoms :

.....

Q2/ sexe ? (Ne pas poser la question)

1= /___/ Masculin

2= /___/ Féminin

Q3/ Quel âge avez-vous ?

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

3= /___/ refus de répondre

(passer à la question Q5)

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

Q4/ Quel est votre âge, environ ?

1= /___/ entre 16 et 24 ans

4= /___/ entre 45 et 54 ans

2= /___/ entre 25 et 34 ans

5= /___/ entre 55 et 64 ans

3= /___/ entre 35 et 44 ans

6= /___/ 65 ans et plus

Q5/ Quelle est votre nationalité ? _____

Q6/ Quelle est votre ethnie ?

1 = /___/ Bambara

2= /___/ Peulh

3= /___/ Sarakolé

4= /___/ dogon

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q7/ Quelle est votre religion ?

1= /___/ Musulmane

3= /___/ Autres (à préciser) : _____

2= /___/ Chrétienne

Q8/ Quelle est votre profession ?

1= /___/ Paysan (e)

2= /___/ Commerçant (e)

3= /___/ Etudiant (e)

4= /___/ Fonctionnaire

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q9/ Quel est votre statut matrimonial ?

1= /___/ Célibataire.

3= /___/ Divorcé (e)

2= /___/ Marié (e)

4= /___/ Veuf (veuve)

Q10/ Quel est votre régime matrimonial ?

1= /___/ Polygamie

2= /___/ Monogamie

Q11/ Quel est votre niveau d'instruction ?

1= /___/ Aucun

4= /___/ secondaire

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

5= /___/ Supérieure

3= /___/ Fondamental 2^{ème} cycle

6= /___/ école coranique traditionnelle

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

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

1= /___/ Moi-même

3= /___/ Mon parent

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

4= /___/ Mon enfant

SECTION 3 : QUALITE PERCUE PAR LES ADHERENTS

ACCUEIL

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

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

1= /___/ heures /___/ minutes.

2= /___/ ne sait pas.

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

1= /___/ Long

3= /___/ Court

2= /___/ Acceptable

4= /___/ Autres (à préciser) : _____

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

1= /___/ Très confortablement

4= /___/ Très inconfortablement.

2= /___/ Assez confortablement

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

3= /___/ Assez inconfortablement

ACCES AU MEDECIN, RELATION SOIGNANT-SOIGNE ET EXPLICATIONS

RECUS SUR LA MALADIE.

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

Pourquoi ? _____

Q20/ Votre consultation a été confidentielle ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Non

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

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

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

1= /___/ l'origine de ma maladie

2= /___/ la gravité de ma maladie

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

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

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

1= /___/ Beaucoup

2= /___/ Moyennement

3= /___/ Un peu

4= /___/ Pas du tout

5= /___/ Ne sait pas

SECTION 4 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q27/ Avez-vous reçu une ordonnance ?

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

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

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

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

4 /___/ Autres (à préciser)

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

3=

/___/ Ne sait pas

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

1= /___/ oui

2 /___/ non

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

Q30/ Avez-vous reçu des examens complémentaires ?

1= /___/ Oui (passer à la question Q32) 2= /___/ Non (passer à la question Q31)

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

1= /___/ l'agent de santé ne m'en a pas prescrit 3= /___/ Ne sait pas

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

4 /___/ Autres (à préciser) : _____

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

1= /___/ oui 2 /___/ non

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

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

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

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

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

4= /___/ Ne sait pas.

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

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

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

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

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

4= /___/ Ne sait pas.

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

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

SECTION 5 : COUTS INDUITS PAR LA DEMANDE DES SOINS

Q35/ Combien avez-vous payé pour la consultation ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1= /___/ Oui j'ai reçu les prestations à crédit et je pourrai payer plus tard
2= /___/ Oui on m'a permis d'obtenir certains services gratuits

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

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

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

SECTION 6 : SATISFACTION DES BENEFICIAIRES

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

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

3= /___/ Je suis assez satisfait (e)

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

4= /___/ Je suis très satisfait (e)

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

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

3= /___/ Je suis assez satisfait (e)

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

4= /___/ Je suis très satisfait (e)

Q 42.1 pourquoi êtes-vous satisfait(e)

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

3= /___/ autres (à préciser) : _____

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

1= /___/ Trop de procédures à suivre

6= /___/ Pas assez de prestations couvertes

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

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

3= /___/ couts pas assez pris en charge

8= /___/ personnel pas accueillant

4= /___/ Cotisations très élevées 9= /___/ Autres (à préciser) : _____

5= /___/ indisponibilité des médicaments et analyses couverts

SECTION 7 : ATTITUDES DES BENEFICIAIRES FACE A LA MALADIE

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

1= /___/ _____ nombre de fois

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

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

1= /___/ _____ nombre de fois

3= /___/ Refuse de répondre.

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

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

1= /___/ _____ nombre de fois

3= /___/ refuse de répondre

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

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

1= /___/ Auto médication

3= /___/ Hôpital

2= /___/ Médecins traditionnels

4= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q47/ Pourquoi ? (Si autres qu'hôpital)

1= / ___ / Pas assez d'argent

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

3= / ___ / plus efficace que l'hôpital

4= / ___ / Moins contraignant que l'hôpital

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

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

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

2= / ___ / A la persistance des symptômes

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

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

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

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

1= / ___ / Oui

2= / ___ / Non

Q50 / Comment avez-vous l'aidé ?

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

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

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

Q51/ Comment aviez-vous procédé ?

1= / ___ / A travers un agent de santé

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

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

ANNEXE 3 :

FICHE SIGNALETIQUE

Noms : kONE

Prénom : Kadia

Adresse e-mail : kadiakone488@yahoo.com

Contact : 78152177

Année universitaire : 2020-2021.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays : Mali

Titre de la thèse : Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CSRéf de Bougouni

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.
Secteurs d'intérêt : Santé publique/ Économie de la santé.

RESUME

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par échantillonnage aléatoire simple, portée sur 212 patients adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CSRéf de Bougouni. Elle visait l'évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CSRéf de Bougouni, vu l'instauration récente de ce type de couverture maladie au Mali. Le sexe féminin a été le plus représenté avec 57,1% (121/212) avec un sex-ratio de 1,33.

La tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée avec un taux de 27,8%.

La moyenne d'âge était de 38,79 +/-16,57 ans avec des extrêmes de 16 et 81 ans. Les salariés constituaient 17,8% de notre échantillon et les retraités 9%.

Près de la majorité des patients de notre étude soit 42% étaient les ouvriers et les conjoints avec 39,2% étaient les principaux bénéficiaires.

Plus de la moitié des patients (88,2%) trouvaient qu'il y'avait beaucoup de courtoisie à l'entrée du Csref ; pour 85,8% des patients, l'orientation a été effective. Entre autres on note une forte proportion des patients s'étant senti confortablement installé pendant l'attente du médecin (59,4%) et 77,4% d'entre eux n'avait pas de privilège.

Plus de la majorité des patients de notre étude ont attendu plusieurs minutes avant d'être reçu par le personnel soignant contrairement à 12,3% de nos patients qui ont attendu plusieurs heures.

En général la qualité des consultations était bonne. La majorité (96,2%) des patients a affirmé avoir eu un accès facile au médecin, une consultation confidentielle (96,2%), avoir été respecté (86,8%), avoir reçu des explications claires sur sa maladie (90,1%) et avoir été encouragés à la prise des traitements (93,9%).

Dans la majorité des cas (56,1%), les patients étaient assez satisfaits de la qualité de la prise en charge contrairement à 1,4% de nos patients qui n'étaient pas satisfait du tout à cause de la durée d'attente.

Dans la majorité des cas (59%), les patients étaient satisfaits de l'AMO contrairement à 7.1% de nos patients qui étaient totalement insatisfait.

Presque la totalité de notre échantillon a été satisfaite de l'assurance maladie obligatoire. Dans 35,7% des cas pour la facilité d'accès aux soins et dans 24,3% des cas pour la disponibilité des médicaments à prix accessible.

Mots clés : recours aux soins, Assurance maladie obligatoire, CSRéf de Bougouni

DATA SHEET

Names: kONE

First name: Kadia

Email address: kadiakone488@yahoo.com

Contact: 78152177

Academic year: 2020-2021.

Defense city: Bamako.

Country: Mali

Title of the thesis: Evaluation of the use of care by members of the compulsory health insurance at the CSRéf of Bougouni

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology.

Sectors of interest: Public health/Health economics.

This was a descriptive cross-sectional study by simple random sampling, involving 212 patients who were members of compulsory health insurance at the CSRéf of Bougouni. It aimed to assess the use of care by members of compulsory health insurance at the CSRéf of Bougouni, given the recent introduction of this type of health coverage in Mali. The female sex was the most represented with 57.1% (121/212) with a sex ratio of 1.33.

The age group of 25 to 34 years was the most represented with a rate of 27.8%.

The average age was 38.79 +/-16.57 years with extremes of 16 and 81 years.

Employees made up 17.8% of our sample and retirees 9%.

Nearly the majority of patients in our study, 42%, were eligible for AMO and spouses with 39.2% were the main beneficiaries.

More than half of the patients (88.2%) found that there was a lot of courtesy when entering the Csref; for 85.8% of the patients, the orientation was effective. Among

other things, we note a high proportion of patients who felt comfortable while waiting for the doctor (59.4%) and 77.4% of them had no privilege.

More than the majority of patients in our study waited several minutes before being seen by the nursing staff, unlike 12.3% of our patients who waited several hours.

In general the quality of the consultations was good. The majority (96.2%) of patients claimed to have had easy access to the doctor, a confidential consultation (96.2%), to have been respected (86.8%), to have received clear explanations of their illness (90.1%) and having been encouraged to take the treatments (93.9%). In the majority of cases (56.1%), patients were quite satisfied with the quality of care, unlike 1.4% of our patients who were not satisfied at all because of the waiting time.

In the majority of cases (59%), patients were satisfied with the AMO unlike 7.1% of our patients who were totally dissatisfied.

Almost all of our sample were satisfied with compulsory health insurance. In 35.7% of cases for the ease of access to care and in 24.3% of cases for the availability of drugs at affordable prices.

Keywords: recourse to care, Compulsory health insurance, CSRéf of Bougouni

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure