

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



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

FMOS

Année universitaire 2020 -2021

THEME

Thèse N° :..... /

**DEFIS DE LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE
AMO DANS LES INSTITUTIONS SANITAIRES : CAS DES CSCOM DE
FALADIE, DE YIRIMADIO ET DE MISSABOUGOU DU DISTRICT DE
BAMAKO**

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

Par :

M. Badjigue KONATE

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

JURY

Président : Pr. Elimane MARIKO

Membre : Dr. Seydou DIARRA,

Dr. Ali CISSE

Co-Directeur Dr. Abdourahamane COULIBALY

Directeur : Pr. Samba DIOP

DEDICACES

✓ À mon père feu Souleymane Konate

Cher père, tu m'as montré le chemin du travail, ton amour de l'éducation a toujours guidé mes pas, ta sagesse et ta culture d'une famille unie resteront à jamais dans nos mémoires. Ton amour particulier pour nous m'a illuminé le chemin du savoir, tu aurais dû être là pour ce grand jour tant entendu mais Dieu a décidé autrement. Trouve à ce modeste travail un début de récompense à tes nombreux sacrifices. Je suis sûr que tes vœux seront exhaussés par le Tout Puissant et que tes conseils ne seront pas vains.

Nous prions toujours pour le repos éternel de ton âme.

✓ À ma mère Salimata Doumbia

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

✓ À ma tante Mariam Doumbia

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

✓ À ma chère et confidente épouse Karitio Konate

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

j'ai pu tenir durant ces dernières années universitaires, c'est en grande partie grâce à toi. Tu as su m'accepter et me supporter telle que je suis. Que notre union soit bénie encore et encore avec beaucoup de bonheurs. Trouve ici ma profonde gratitude. Je t'aime

✓ **À mes petites princesses Awa et Rafiatou Konate**

Votre venue au monde a été la meilleure chose qui puisse nous arriver dans la vie et votre présence ne fait que rayonné notre vie de tous les jours. Maman et moi vous aimons d'un amour inconditionnel princesses.

✓ **À mon oncle feu Kalilou Konate**

En ce moment solennel de ma vie, il me manque des mots pour vous exprimer ma reconnaissance et mon attachement. DIEU sait que vous avez été un père pour moi dans tous les sens du terme .Merci pour l'éducation que vous nous avez donnée. Recevez ainsi l'expression de toute ma gratitude. Que Dieu le Tout Puissant t'accepte dans son paradis, Amen.

✓ **À Dr feu Aguibou Sylla**

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

Recevez ici l'expression de toute ma gratitude. Dors en paix Docteur.

✓ **À mes oncles**

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

✓ **À mes tantes**

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

Soyez rassurées de ma sincère reconnaissance.

✓ **À mon grand frère Birama Konate**

Frère incroyable, ce travail est le tien. Il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent. Tes efforts et tes sacrifices pour la famille ne seront jamais vains. Merci pour ton soutien et ton accompagnement inconditionnel.

✓ **À mes petits frères Adama, Abou, Diakaridia et Mamadou Konate**

Votre amour fraternel et votre soutien inconditionnel m'ont accompagné durant ce temps. Reçois ici mes sincères remerciements pour tout ce soutien et cette fraternité.

✓ **À mon cousin Nouhoum Traoré**

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

✓ **À mes cousins et cousines**

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

REMERCIEMENTS

✓ A ALLAH le Tout Puissant

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

✓ Au Prophète Mohamed Arasoulouh (Paix et Bénédiction sur Lui)

Tu es le Prophète le plus sollicité, recours Te ferra quand toute l'humanité sera face aux dures épreuves. Reçois ma reconnaissance, Prophète béni. Oui ma reconnaissance pour l'Islam. Sauve-moi le jour où toutes les âmes seront affaiblies, gloire à Toi, Serviteur d'ALLAH et des autres créatures.

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

✓ A mes maîtres

Dr feu Aguibou Sylla, Dr Oumar Bagayogo, Dr Abdramane Togo, Dr Abdourhamane Coulibaly.

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

✓ A mes aînés

Dr Sissoko Aliou, Dr Oumar Guindo, Dr Karim Togola, Dr Seydou N Traoré, Dr Younoussa Diabaté, Dr Diakaridia Sangaré, Dr Sidiki Sangré et Dr Fatoumata Dembélé. Merci pour votre soutien

.

✓ *A mes collègues*

Togo Drissa, Dr Mahamadou Idrissou Maiga, Dr Mohamed Ilias Maiga, Dr Nouhoum Koné, Dr Lassina Keita, Dr Mamadou Gari, Dr Yamadou Keita, Dr Sissoko Adama, Dr Youssouf Koné

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

✓ *A mes amis les plus chers*

Mory, Drissa, Ousmane, Hamidou et Aboudou Konate, Dr Sangaré Sidiki, Mamadou Coulibaly. Comme on a l'habitude de le dire : « c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît les vrais amis ». Moi, je vous ai reconnu, car vous étiez toujours là pour me soutenir dans les moments durs. Sachez qu'en aucun instant, je n'ai regretté votre compagnie.

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

✓ *Au Pr. Samba Diop*

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

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

✓ *A ma Logeuse Awa Sogodogo et la Famille Sangaré*

Maman ou Mme Sangaré, toi qui m'a adopté comme ton propre enfant et tu m'as donné tout (amour, tendresse et protection). Auprès de toi je n'ai manqué de rien et je me suis senti chez moi pour toujours.

Que Dieu le Tout Puissant te garde aussi longtemps pour nous. Amen

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr Elimane MARIKO

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

Honorable Maître,

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

Veillez accepter, cher maître nos sentiments de reconnaissance.

A notre maître et membre du jury

Dr Seydou DIARRA

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

Cher Maître,

De bon cœur, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail ; votre rigueur dans le travail, vos qualités scientifiques et votre talent impressionnent toujours. Votre égalité d'humeur, votre bon sens, votre esprit critique et la qualité de vos jugements nous ont permis de comprendre que vous portez un grand intérêt à ce travail.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre considération.

A notre maître et membre du jury

Docteur Ali CISSE

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

Cher maître,

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

A notre maître et Co-directeur de thèse

Docteur Abdourahamane COULIBALY

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

Cher maître,

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

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

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

Cher maître,

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

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

SIGLES ET ABREVIATIONS

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

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

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Récapitulatif des échantillons par cscom et profils d'agents de santé....	26
Tableau II: répartition des patients en fonction de l'âge.....	32
Tableau III: répartition des patients en fonction de leur ethnie	33
Tableau IV: répartition des patients en fonction de leur religion	33
Tableau V: répartition des patients en fonction de leur profession.....	34
Tableau VI: répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction.....	36
Tableau VII: répartition des patients en fonction de l'accueil, de l'orientation et le délai d'attente au guichet.....	38
Tableau VIII: répartition des patients selon les conditions d'accès au médecin et le déroulement de la consultation.....	39
Tableau IX: Répartition des patients en fonction de disponibilité des médicaments et des examens complémentaires.	42
Tableau X: répartition des patients selon le montant payé pour la consultation, l'ordonnance, l'examen complémentaire et leur appréciation	43
Tableau XI: répartition des patients selon leur niveau de satisfaction, et les raisons	48
Tableau XII: répartition des prestataires selon leur spécialité	49
Tableau XIII: répartition des prestataires selon leur appréciation sur les bénéficiaires à l'accueil	52
Tableau XIV: répartition des prestataires selon les situations spécifiques vécues ..	54
Tableau XV: répartition des prestataires selon leur point de vue sur les procédures d'ordonnance, d'examen et les supports utilisés.....	55

Tableau XVI: répartition des prestataires selon les difficultés perçues dans le choix
des médicaments et examens.....56

LISTES DES FIGURES

Figure 1: représentation graphique des patients en fonction du sexe	31
Figure 2: représentation graphique des patients en fonction de leur statut matrimonial.....	35
Figure 3: représentation graphique des patients en fonction de leur type d'adhésion	37
Figure 4: représentation graphique des patients selon les difficultés perçues pour payer les frais de soins et services.....	46
Figure 5: représentation graphique des patients selon l'aide reçue pour payer les frais de soins et services.	47
Figure 6 : représentation graphique des prestataires en fonction du sexe.....	50
Figure 7: représentation graphique des prestataires selon leur point de vue sur le comportement des bénéficiaires à l'accueil	51
Figure 8: représentation graphique des prestataires selon l'histoire vécue.....	53

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	6
Objectif général	6
Objectifs spécifiques	6
I. GENERALITES	7
1.1. Rappel sur la situation géographique du Mali.....	7
1.2. Le système de santé du Mali	8
1.3. La gouvernance du système de santé	11
1.4. Politique Nationale de Protection Sociale	14
1.5. L'assurance maladie obligatoire AMO	15
II. METHODOLOGIE	23
2.1. Type d'étude	23
2.2. Période d'étude	23
2.3. Population d'étude :.....	23
2.4. Techniques et outils d'enquêtes.....	27
2.5. Recueil des données :	27
2.6. Traitement et analyse des données	28
2.7. Aspects éthiques	28
2.8. Chronogramme des activités	30
III. RESULTATS	31
IV. COMMENTAIRES et DISCUSSION	57
CONCLUSION	66
RECOMMANDATIONS.....	67
REFERENCE	68
ANNXES	XVIII

INTRODUCTION

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

Cette politique a été matérialisée par l'élaboration d'un premier plan décennal d'où ont été issus deux plans quinquennaux dont la mise en œuvre a abouti à la construction et / ou la revitalisation des établissements de santé existants, au renforcement des équipements et à la dotation des dits établissements en personnel qualifié. [3]En dépit de ces importants efforts du gouvernement et des partenaires, la demande des services de santé, de façon générale, est restée faible. Les raisons de cette faible demande de santé tiennent à plusieurs facteurs dont ceux socioculturels, le sous financement des services de santé et le faible pouvoir d'achat de la population. [1],[4]. Depuis plus d'une décennie, conscient de la nécessité d'améliorer les conditions de vie de la population, le Gouvernement du Mali a placé la lutte contre la pauvreté au cœur de sa politique de développement. Cette volonté s'est concrétisée par la mise en œuvre des différentes générations du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) ayant pour objets entre autres, le suivi et l'évaluation des stratégies mises en œuvre pour la réduction de la pauvreté. L'Enquête Modulaire et Permanente auprès des ménages (EMOP) a pour objectif de recueillir un large éventail d'indicateurs socio-économiques nécessaires pour suivre et évaluer les progrès réalisés dans l'amélioration des conditions de vie des ménages. Plus précisément, l'EMOP a été conçue pour mettre à jour les indicateurs du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) arrimés à ceux des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ainsi qu'à ceux des programmes sectoriels mis en œuvre pour le gouvernement du Mali. La phase de collecte des données de cette édition s'est déroulée en quatre passages

du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015. Les informations recueillies au cours de cette opération sont relatives à la démographie, à l'éducation, à la santé, à l'emploi, au logement, à la sécurité alimentaire, aux dépenses de consommation etc. Les résultats sont significatifs au niveau des sept régions (sans Kidal) et du District de Bamako ainsi qu'au niveau des deux milieux de résidence. Les principaux résultats obtenus à partir de ces informations sont présentés dans les rapports de passage. Le présent rapport, [5]focalisé sur l'analyse de la pauvreté, résulte de l'exploitation des données consolidées des dépenses de consommation des différents passages.

✓ Niveau de la pauvreté

L'incidence (taux) de la pauvreté c'est-à-dire la proportion de la population malienne qui n'arrive pas à dépenser 175 000 FCFA par tête nécessaire pour satisfaire ses besoins de base, est estimée à 46,9% en 2014. Comme les années précédentes, la pauvreté est largement répandue en milieu rural, plus de la moitié d'entre eux sont pauvres (52,8%). Les ménages dirigés par les hommes contiennent plus de pauvres que ceux dirigés par les femmes (47,8% contre 29,0%). L'effort d'investissement nécessaire pour éradiquer la pauvreté, mesuré par sa profondeur, c'est-à-dire le déficit collectif moyen des dépenses des pauvres par rapport à la ligne de pauvreté pour l'ensemble de la population est estimé à 187,2 milliards de francs FCFA.

✓ Possession de biens durables

L'enquête montre qu'un ménage sur trois (32,0%) possède un téléviseur. C'est le milieu urbain qui explique en grande partie cette possession avec 66,2% contre 18,8% en milieu rural. Le pourcentage de ménages possédant un téléviseur a connu une augmentation significative entre 2006 et 2014, passant de 21,5% à 32,0%. La possession du téléphone portable par les ménages a enregistré une progression significative entre 2006 et 2014, passant de 22,5% à 83,6%. Les proportions des

ménages possédant ce moyen de communication sont estimées respectivement à 94,7% et 79,3% pour les milieux urbain et rural.

✓ **Accès aux services de base**

La proportion de ménages ayant accès à l'eau potable est passée de 68,9% à 78,6% entre 2001 et 2014. En termes d'hygiène, l'enquête révèle une légère baisse dans l'utilisation de la nature comme moyen d'aisance en milieu rural entre 2006 et 2014. On passe ainsi de 11,3% à 10,8%. L'enquête montre également que le bois reste la principale énergie utilisée par les ménages comme moyen de cuisson. La proportion des ménages ayant recours à ce combustible a connu une baisse passant de 83,8 % à 77,7% entre 2006 et 2014. Ce sont les ménages ruraux qui en sont les plus grands utilisateurs (88,8%) alors qu'en milieu urbain ce taux est de 49%. L'analyse révèle un progrès significatif quant à l'accès à l'électricité en réseau. En effet, au Mali, le taux d'accès est passé de 20,1% en 2006 à 23,7% en 2009 et à 40,7% en 2014. [5] C'est dans ce cadre que le gouvernement du Mali a voté la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire, et le décret N° 09-552/P-RM du 12 octobre 2009, fixant les modalités d'application de cette loi. [6],[7] L'assurance maladie obligatoire a pour but de permettre la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille à charge [7] et s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par les pouvoirs publics maliens pour rendre effectif le droit à la santé des populations tel que garanti par la constitution malienne et par de nombreux textes et traités auxquels le Mali a souscrit. [4],[8],[9] . Dans certains pays, il s'agit ainsi de réduire le risque de voir une partie de la population sombrer dans la pauvreté du fait du niveau élevé des dépenses directes pour les soins de santé. Dans d'autres, l'assurance maladie vise à protéger et à améliorer la santé grâce à une utilisation accrue des services de santé, notamment des services prioritaires. [10] Afin de

contribuer à sa consolidation et à l'amélioration de sa mise en œuvre, pour parvenir à la couverture maladie universelle, nous entreprenons la présente étude qui a pour objet de faire ressortir les défis liés à la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans les cscom de Faladie, Yirimadio et Missabougou du district de bamako plus de neuf (9) années après son démarrage. En 2005, tous les états membres de l'OMS ont pris l'engagement de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Cet engagement était l'expression collective de la conviction que tous les êtres humains devraient avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin. [11] Pour y parvenir, les états ont déployé chacun selon leur contexte socioéconomique des mécanismes pour réduire les couts des soins de santé afin de permettre à leurs populations d'accéder aux soins de santé. Ainsi, le Mali, après des progrès réels en matière d'accessibilité géographique, développe depuis quelques années des mécanismes de protection sociale dans le but de réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé, d'où un certain nombre de réformes (gratuités, mutuelle, prise en charge des indigents, etc.) tendant à jeter les bases d'une couverture maladie universelle. C'est ainsi que le régime d'assurance maladie a été institué. Cependant, l'assurance maladie à ses débuts, a rencontré des difficultés majeures comme les oppositions de certaines catégories socioprofessionnelles avec leur retrait, les lenteurs d'enregistrement ou d'immatriculation, l'insuffisance de communication et de coordination, le retard dans la signature des conventions avec les formations sanitaires et les officines pharmaceutiques, la lenteur dans la remise des cartes aux membres. Nous nous proposons à travers cette étude et au regard de cette perspective de passage à la couverture maladie universelle d'analyser la situation actuelle de l'assurance maladie obligatoire après plusieurs années de mise en œuvre ainsi que les défis auxquels elle doit faire face. A notre connaissance, aucune étude similaire n'a été

réalisée sur ce sujet dans une approche mixte mêlant quantitatif et qualitatif dont nous avons mis l'accent sur l'approche qualitative.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les défis de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans les centres de santé périphériques du système de santé.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer les caractéristiques sociodémographique, culturelle et économique des bénéficiaires
2. Identifier les motifs d'insatisfaction des bénéficiaires
3. Apprécier la qualité de l'accueil des assurés AMO dans les trois (3) centres enquêtés
4. Comprendre les préoccupations des prestataires pour la prestation AMO
5. Faire l'état des lieux de la disponibilité des services octroyés par l'AMO
6. Proposer des points à améliorer pour les prestataires
7. Proposer des points à améliorer pour les bénéficiaires

I. GENERALITES

1.1. Rappel sur la situation géographique du Mali

Situé au cœur de l'Afrique Occidentale, le Mali est un pays vaste de 1.246.814 Km² et sa population est estimée à 20.933.072 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 3,36% selon la dernière Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM VI) en 2018. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (74,5%). Le taux d'urbanisation est de 22,5%. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46,6% de la population sont âgés de moins de 15 ans ^[12]. Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2009), la population résidente du Mali s'élevait à 14.528.662 habitants en avril 2009 dont 51% de femmes et 49% d'hommes ; la densité est d'environ 11,7 habitants au kilomètre carré. Le pays est découpé en huit régions administratives et le district de Bamako, la capitale. Le Mali s'est engagé dans la décentralisation depuis une vingtaine d'années ; ce processus a abouti à la création de plus de 760 collectivités territoriales à différents niveaux (communes, cercles, régions, district). Le décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences et ressources transférées de l'Etat aux collectivités territoriales (Commune et Cercle) indique le transfert des compétences suivantes au niveau commune : l'élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement sanitaire ; la signature de la convention d'assistance mutuelle avec les associations de santé communautaires (ASACO) ; l'allocation de subventions pour le financement des activités de santé selon les critères définis annuellement (contrat de performance); la mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels) ; la contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents de santé ; les subventions financières aux travaux de construction et à l'équipement des CSCom ; la lutte contre la vente illicite des médicaments ; le

suivi et le contrôle de la gestion des ASACO ; la lutte contre les épidémies et catastrophes ; le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux médecins chefs des services de santé de cercles. Au niveau cercle les compétences transférées de l'Etat sont les suivantes :

- l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement sanitaire (PDSC);
- le recrutement du personnel;
- la construction/réhabilitation et l'équipement des CSREF;
- la mise en œuvre des politiques et des stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies ;
- la lutte contre la vente illicite des médicaments;
- l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments;
- l'élaboration et la révision de la carte sanitaire;
- l'allocation de subventions aux centres de santé de référence;
- le contrôle du respect des engagements des ASACO du cercle;
- le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux directeurs régionaux de la santé.

1.2. Le système de santé du Mali

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

1.2.1. Les Centres de Santé Communautaire

Depuis la fin des années 1990, le Mali a procédé à la mise en place d'un nombre important de centre de santé communautaire. En 2009, on estimait que plus de 88% de la population malienne résidaient dans un rayon de moins de 15 km d'un CSCom. Cette démarche de création de CSCom entre dans le cadre de la politique du gouvernement de la République du Mali de rapprocher les services de santé des utilisateurs et d'en faciliter l'accessibilité au plus grand nombre de la population. Les CSCom sont administrés par les associations de santé communautaire (ASACO) dont les membres sont les personnes physiques vivant dans l'aire de santé. Le CSCom constitue l'entité sanitaire périphérique la plus proche des populations. C'est la base de la pyramide où s'exécutent les programmes de façon intégrée et où s'applique la médecine dans ses aspects curatif, préventif et promotionnel. Les services disponibles sont la vaccination, la consultation curative, les médicaments essentiels, la planification familiale, la consultation pré et post natale, l'accouchement eutocique ou simple, les soins infirmiers, les conseils sur la nutrition, l'hygiène, etc. En général, l'équipe technique du CSCom est composée d'un médecin, d'une sage-femme, d'un infirmier. Cette équipe s'occupe des consultations et de la maternité. Le CSCom dispose d'un dépôt de médicaments essentiels, d'une maternité et d'une infirmerie[12]

1.2.2. Les Centres de Santé de Référence (CSRéf)

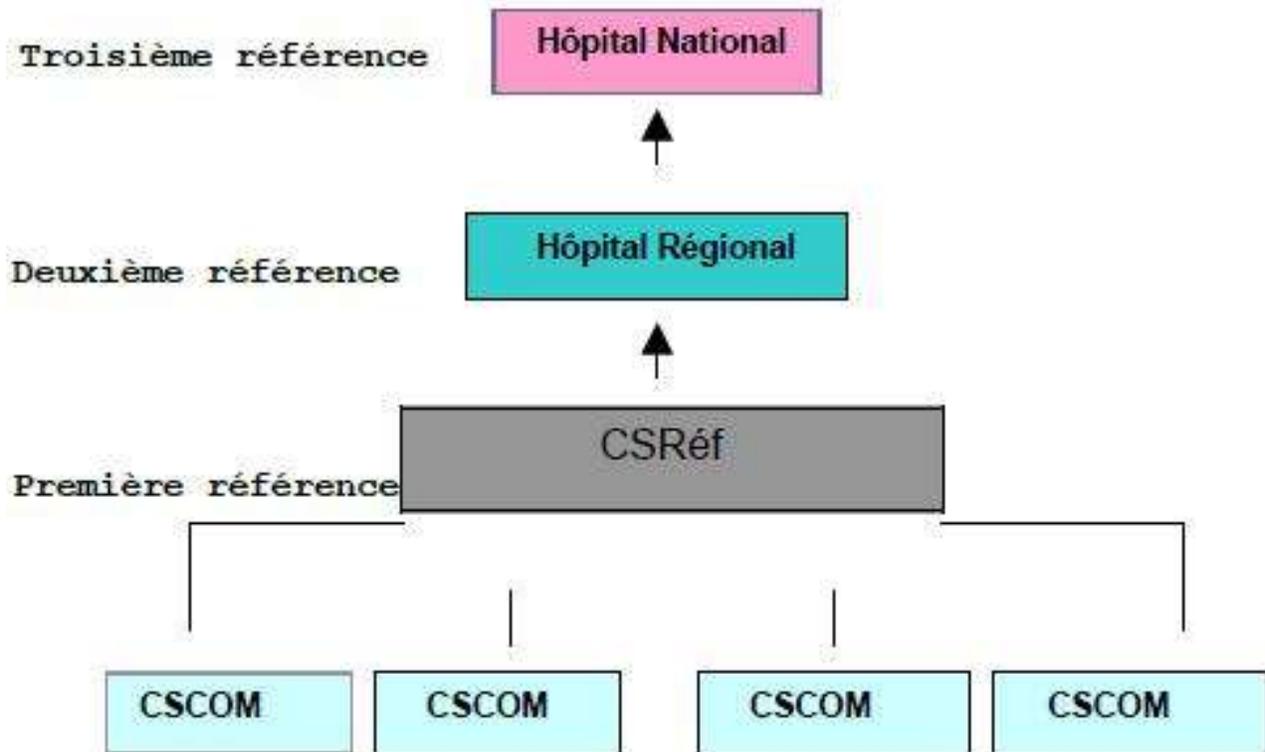
Ils constituent le 2^{ième} niveau de contact, ils reçoivent les références du CSCom. Actuellement le Mali dispose soixante (60) CSRéf répartis sur l'ensemble du territoire national. Chaque cercle administratif en dispose d'au moins un. Les CSRéf sont administrés par un Conseil de gestion dont les membres sont les représentants des pouvoirs publics, des usagers, des collectivités territoriales. Le Président de la collectivité territoriale de ressort (conseil de cercle ou commune du

district de Bamako) ou son représentant est membre de droit du Conseil de gestion du CSRéf. Le plateau technique du CSRéf est naturellement plus étoffé que celui du CSCom. L'on y dispense des services de médecine générale et spécialisée selon les cas. Les services disponibles sont la vaccination, la consultation curative, les médicaments essentiels, la planification familiale surtout les méthodes longue durée, la consultation pré et post natale, le suivi de la grossesse, les accouchements dystociques, la consultation spécialisée (dentaire, ophtalmologique), les interventions chirurgicales, la supervision et la formation du personnel des CSCom. [12]

1.2.3. Les Etablissements Hospitaliers

La réforme hospitalière de 2002, a consacré l'autonomie des hôpitaux qui sont depuis lors, dotés de la personnalité morale. La loi dite hospitalière qui est la cheville ouvrière de la réforme, distingue deux types d'hôpitaux : les établissements publics hospitaliers, les établissements hospitaliers privés. Les établissements publics hospitaliers rendent le service public hospitalier. Sous certaines conditions, les établissements hospitaliers privés peuvent participer à la réalisation de la mission du service public hospitalier. Dans ce cas, ils reçoivent des subventions publiques. Actuellement il existe treize (13) établissements hospitaliers dont douze publics et un privé qui participe d'ailleurs à la mission du service public. Les établissements publics hospitaliers sont classés en deux catégories sur la pyramide sanitaire à savoir les hôpitaux dits régionaux qui sont implantés dans chacune des régions administratives et les hôpitaux dits nationaux, structures de dernière référence, qui sont implantés dans la capitale et ses environs. Les hôpitaux régionaux ont un plateau technique plus performant que celui des CSRéf dont ils reçoivent les patients référés. Les hôpitaux nationaux reçoivent les malades des hôpitaux régionaux ou des centres de santé de référence. Ils participent à la

formation des agents de santé et fournissent plus de soins avec des spécialités diversifiées. Ils mènent également la recherche[12]. Quant au réseau de la médecine traditionnelle, il comprend les tradithérapeutes, les herboristes, les associations ou groupements de tradithérapeutes. La médecine traditionnelle travaille en collaboration avec le secteur privé, le secteur public et communautaire.



1.3. La gouvernance du système de santé

1.3.1. Les organes existants

Au plan législatif, il existe des cadres organisés pour faciliter le dialogue entre les parties prenantes. Ils sont spécifiés dans le Décret N° 01-115/P-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du programme de développement social et sanitaire et la décision N°10-1359/MS-SG du 16 Août 2010 portant création des groupes thématiques du comité de pilotage. Ce sont :

- Le Comité de suivi du PRODESS qui est présidé par le Ministre de la santé, avec comme vice-président un représentant des partenaires techniques et financiers (PTF) et un représentant de la société civile.
- Le Comité technique du PRODESS, présidé par le Secrétaire Général du ministre de la santé est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS.
- Le Comité de pilotage également, présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé, regroupe les services techniques centraux des deux départements (santé et développement social) et les représentants des PTF, ainsi que les représentants de la société civile.
- Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP) est présidé par le Gouverneur de chaque région. Il est chargé essentiellement d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution.
- Au niveau du cercle, le Conseil de gestion est surtout chargé de l'adoption et de la validation des plans et programmes opérationnels des districts sanitaires. Il est présidé par le Président du Conseil de cercle et il est composé des autorités politiques et administratives locales, des médecins chefs, de la société civile (comprenant les représentants des différentes aires), les PTF locaux et les autres acteurs du PRODESS.
- Au niveau périphérique, le Comité de gestion des associations de santé communautaire est chargé de l'élaboration et de l'adoption du plan de développement sanitaire local.
- La mission conjointe de suivi : en cas de besoin, le comité de pilotage organise une mission par an pour évaluer et analyser la mise en œuvre du programme aux

différents niveaux et fait rapport au comité technique. Dans les faits, tous les ans une équipe constituée de représentants des deux Ministères, des PTF et de la société civile se rend au niveau central et dans deux régions pour suivre la mise en œuvre du PRODESS jusqu'au niveau CSCom [12].

1.3.2. Organigramme du système de santé et acteurs impliqués dans la mise en œuvre

La politique sanitaire du Mali est développée par le Ministère de la santé et mise en œuvre par le cabinet ou par les différentes directions nationales. Les hôpitaux régionaux et autres structures décentralisées sont sous la direction nationale de la santé (DNS) qui met en œuvre les différents plans nationaux par pathologie (paludisme, SIDA etc...). La politique du médicament est gérée par la direction de la pharmacie et du médicament (DPM). Décentralisation (1992) : rôle croissant des différentes directions régionales du Ministère de la santé (DRS) et implication des maires de communes dans la gestion des centres de santé de référence (CSREF). "Le CROCEPS (conseils régionaux d'orientation, de conception et d'exécution des programmes sociaux sanitaires) " est un organe créé pour permettre de réunir toutes les autorités régionales (de santé et administratives) et de produire un programme d'action de santé pour le national[13]. Les régimes d'assurance sociale visent à réduire la vulnérabilité notamment des pauvres vis à vis de la maladie et donc à améliorer leur accessibilité financière aux soins. Le choix fait par le pays porte "sur" :

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

1.4. Politique Nationale de Protection Sociale

La Protection Sociale de façon générale est l'ensemble des mesures préconisées par l'Etat et les Collectivités pour assurer la prise en charge des risques sociaux de la population. Elle est désormais perçue au plan mondial et au Mali, comme une composante clé dans les stratégies de réduction de la pauvreté. En plus de la réduction de la vulnérabilité économique, sociale, alimentaire, nutritionnelle,...la protection sociale constitue également une voie pour promouvoir la productivité des ménages, en augmentant leur capacité d'achat des intrants et en soutenant le développement des enfants. Elle contribue à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté par le développement du capital humain. En 2002, le Mali a adopté une Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale qui définit les orientations stratégiques nationales en la matière. Cette politique de protection sociale définit comme axes d'intervention, les champs de la sécurité sociale, de l'aide sociale et de l'action sociale. Cependant, de cette période à nos jours, il y a de nouveaux acteurs et enjeux dans le domaine de la protection sociale dans la sous-région et au Mali, particulièrement avec l'émergence de larges programmes de filets sociaux pour lutter contre les inégalités et les conditions de pauvreté dans divers Etats. Au Mali, la crise socio-politique de 2012 a favorisé l'arrivée de nouveaux acteurs, particulièrement dans le domaine des filets sociaux, pour renforcer la capacité de résilience des ménages affectés par la crise. Prenant en compte ces nouvelles problématiques émergentes dans ce domaine et dans la sous-région, le Gouvernement malien a engagé un processus de relecture du document de Politique Nationale de Protection Sociale pour l'adapter au contexte du moment. Elle prend en compte de nouvelles stratégies de protection sociale, le renforcement du mécanisme de financement et la mise en œuvre des programmes de filets sociaux, et la restructuration du mécanisme de coordination des acteurs de la protection sociale, du domaine aussi bien contributif que non contributif. Le Gouvernement a

aussi décidé de prolonger la durée du Plan d'Actions National d'Extension de Protection Sociale (PAN-EPS 2011-2015) jusqu'à 2018 pour l'aligner au Programme de Développement Sanitaire et Sociale (PRODESS III 2014-2018) pour plus de cohérence et d'efficacité. C'est dans ce cadre que, du 11 au 15 juin 2014, les différents acteurs (Gouvernement, organisation du système des Nations Unies, ONG Nationales et Internationales, autres membres de la société civile,...) impliqués dans la définition et la mise en œuvre des politiques et programmes de protection sociale dans le pays, se sont réunis à KATIBOUGOU, dans la région de KOULIKORO, pour lancer les bases du processus de révision du document de Politique Nationale de Protection Sociale, de glissement du PAN-EPS jusqu'en 2018, et de la révision du document relatif au mécanisme de coordination des actions de protection sociale dans le pays. Compte tenu du caractère dynamique de la protection sociale, des mises à jour périodiques seront apportées au présent document de politique, à chaque fois que le gouvernement, à travers le ministère en charge de la protection sociale et ses partenaires en jugeront la nécessité. [14]

1.5. L'assurance maladie obligatoire AMO

1.5.1. Définition

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

1.5.2. Législation

Les textes relatifs à l'AMO sont :

- la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire ;
- le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités d'application de la loi instituant l'AMO ;
- la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;

- le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ;
- le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil d'administration de la CANAM,

Il importe de noter que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire est une réforme fondamentale en matière de protection sociale au Mali. Il s'agit de mettre en place ou améliorer au profit de tous les travailleurs les mesures visant à :

- garantir la sécurité du revenu : revenu minimum, revenu de remplacement en cas d'interruption ou de réduction des revenus (suite à une maladie, maternité, accident du travail, chômage, invalidité, vieillesse, décès du chef de famille) et ;
- garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable.

La mise en place de l'assurance maladie procède du souci des plus hautes autorités d'étendre les champs d'application matériel et personnel de la protection sociale. Elle est une avancée de taille pour l'aboutissement des nombreuses concertations et dialogues tripartites Gouvernement, Patronat et Organisations syndicales menées depuis une dizaine d'années dans ce cadre. Les personnes assurées et les bénéficiaires sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence. En effet, l'assurance maladie regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics. Elle est fondée sur l'affiliation obligatoire et s'écarte des pièges de l'assurance maladie sur la base d'une libre adhésion. D'abord, elle évite que certains groupes de la population cible, comme les plus pauvres et les plus vulnérables, ne soient exclus

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

1.5.3. Gouvernance du système de l'AMO

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

✓ Au titre des pouvoirs publics

- un représentant du Ministre chargé de la Protection Sociale ;
- un représentant du Ministre chargé des Finances ;

- un représentant du Ministre chargé de la Fonction Publique ;
- un représentant du Ministre chargé de la Santé ;
- un représentant du Ministre chargé de la Défenses.
- ✓ **Au titre du personnel de l'établissement**
 - un représentant du personnel de la Caisse.

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

✓ **Au niveau interne, à travers**

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

✓ **Au niveau externe, à travers**

- l'Inspection des Affaires Sociales ;
- le Contrôle Général des Services Publics ;
- le Bureau du Vérificateur Général ;
- la CIPRES.

1.5.4. Adhésion à l'AMO

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

Les personnes assujetties à l'AMO sont :

- les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires et les députés ;
- les travailleurs au sens du Code du Travail ;

- les titulaires de pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires ;
- les employeurs des secteurs public et privé ;
- les organismes gérant des régimes publics de pension.

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

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

1.5.5. Mise en commun des ressources

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

- les cotisations assises sur les traitements des fonctionnaires civils et militaires, les salaires des travailleurs et les indemnités des députés ;
- les cotisations assises sur les pensions et allocations de retraite ;
- les subventions de l'Etat ;
- les revenus des placements et investissements ;

- les dons, legs et libéralités de toute nature ;
- les produits d'aliénation des biens meubles et immeubles ;
- les revenus du patrimoine ;
- les recettes diverses ;
- toutes autres ressources attribuées par un texte législatif et réglementaire.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit :

- 3,06 % à la charge des personnels salariés en activité ;
- 4,48 % à la charge de l'Etat ou de la collectivité territoriale en qualité d'employeur ;
- 3,50% à la charge des employeurs du secteur privé. Ce taux intègre les 2 % versés par les employeurs au titre de la branche servie par l'INPS avant l'instauration de l'AMO ;
- 0,75 % à la charge des pensionnés ;
- 6,56 % à la charge des assurés volontaires.

1.5.6. Prestations

Les prestations prises en charge sont :

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

Les prestations exclues sont :

- Les interventions de chirurgie esthétique ;
- les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;
- la lunetterie ;

- les prothèses dentaires ;
- toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et les médicaments établie par les Ministres chargés de la Santé et de la protection sociale.

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

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

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

- 96 établissements publics hospitaliers à Bamako, Kati et dans chacune des capitales régionales ;
- 4 établissements publics de recherche et de traitement (INRSP, CNTS, CNAM, CNLD);
- 1 hôpital privé « Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg »;
- 61 CSRéf dans les Districts sanitaires du pays ;
- 962 CSCom sur l'étendue du territoire ;
- 320 officines de pharmacie dont 153 à Bamako et 167 en dehors de la capitale ;
- 9 laboratoires d'analyses médicales privés dont 8 à Bamako et 1 à Kayes.

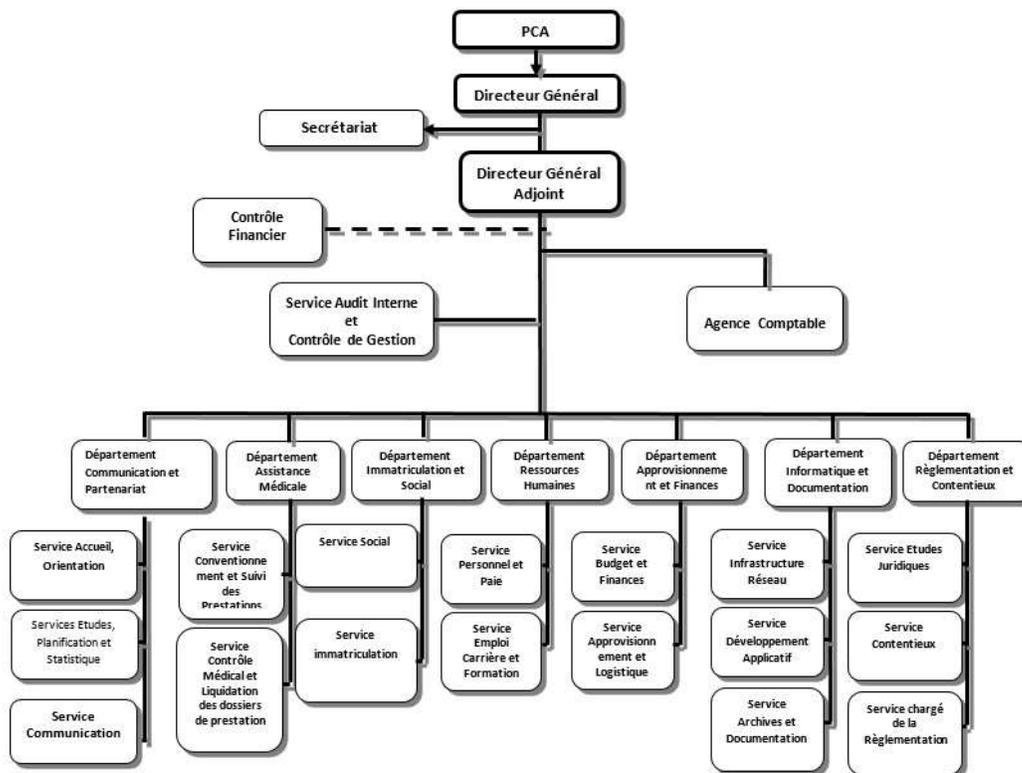
Parallèlement, les négociations se poursuivent avec les autres structures privées en vue de la signature de conventions. Du 1er Mai 2011 (date de début des prestations de l'AMO) au mois de Juillet 2011, le nombre de bénéficiaires des prestations est

de 2442. Ce nombre est passé à 361391 au 25 Novembre 2013. La prise en charge se fait par le système du tiers payant qui est un mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire; celui-ci paye un ticket modérateur au centre de santé qui l'a reçu. Le niveau de prise en charge est de :

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

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

Organigramme-canam



II. METHODOLOGIE

2.1. Type d'étude

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

2.2. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 13 juillet au 13 Aout 2020

2.3. Population d'étude :

Notre étude a concerné les patients adhérents à l'AMO reçu en consultation médicale dans les centres de santé communautaire de Faladie, de Yirimadio et de Missabougou du District de Bamako (MALI), et les prestataires des structures concernées.

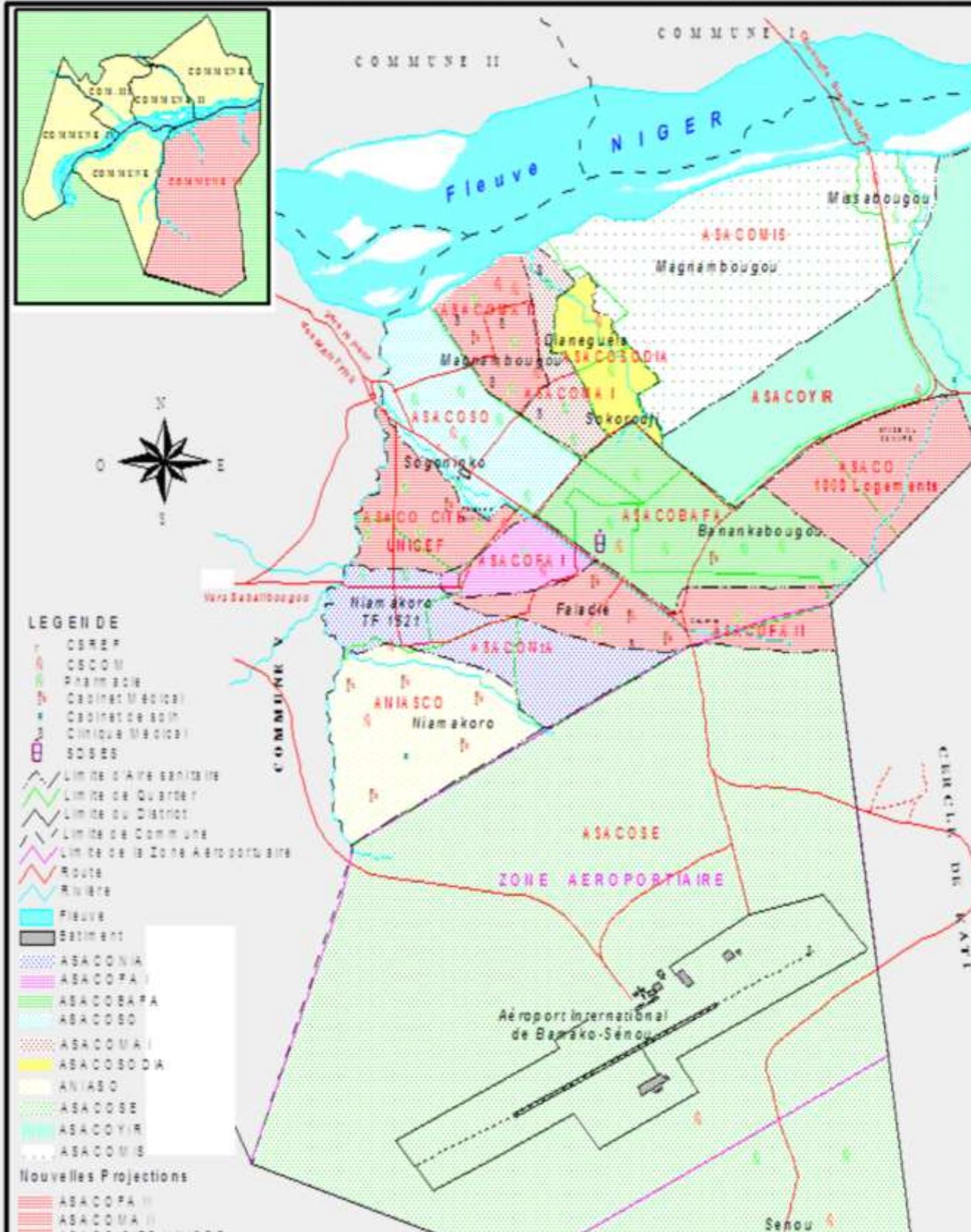
- ✓ L'ASACOFA est une association de santé communautaire créée en juin 1994 par la population de Faladiè. Cette association s'est dotée d'un CSCOM afin de rapprocher les soins de la population et à moindre coût avec des médicaments à dénomination commune internationale (D.C.I.). Il est situé en commune VI et limité par l'ASACOBABA à l'Est, l'ASACOSO au Nord et l'ASACONIA à l'Ouest. Le centre se trouve à proximité du CAP de Faladiè non loin des Halles de Bamako. Les unités sont : une maternité, un dispensaire, un laboratoire d'analyse médicale, une pharmacie, un service de comptabilité, une unité de malnutrition et des salles d'observations.
- ✓ Le CSCOM de l'ASACROYIR a été créé en 1997 par ordonnance n° 383/MATS-DNAT et est inscrit au journal officiel. L'ASACROYIR est l'un des 11 CSCOM de la commune VI .Son aire de santé est limitée au nord par l'aire de santé de Missabougou, à l'est et au sud par le cercle de Kati, à l'ouest par l'aire de santé de l'ASACOBABA de Banankabougou- Faladié.
- ✓ L'Association de santé communautaire de Missabougou dénommée ASACOMIS a été créé le 15 avril 2002 sous le N° 0362/MATCL-DNI; elle

est l'une des 11 ASACO de la commune VI. Elle est située à cent mètres de la route du 3^{eme} pont près du marché du Missabougou. Son aire de santé est limitée par: À l'est par le cercle de Kati (région de Koulikoro), à l'ouest par l'ASACO de Magnambougou, au nord par l'ASACO de Sotuba et au sud par l'ASACO de Yirimadio.

LES ORGANES DE L ASACO sont constitués de:

- L'Assemblée Générale
- Le conseil d'Administration
- Le comité de Gestion
- Le comité de surveillance

CARTE SANITAIRE DE LA COMMUNE VI



Critère d'inclusion

Parmi les sujets sélectionnés, seuls les patients adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire consultant dans lesdits centres consentant à participer à l'étude et tous prestataires AMO sans distinction de service ni de genre.

✓ Critère d'exclusion

Exclus de notre étude, les sujets non adhérents à l'assurance maladie obligatoire, les patients non consentants à l'étude et les non prestataires AMO dans les dites structures.

✓ Echantillonnage

Au total dans notre étude, la méthode d'échantillonnage par commodité ou méthode non probabiliste a été utilisée pour les différentes cibles :

- pour les bénéficiaires, afin de déterminer les défis de la mise en œuvre de l'AMO.
- pour les prestataires, il s'agissait de ceux évoluant au sein des services de consultation, d'infirmierie et de maternité.

Tableau I: Récapitulatif des échantillons par cscom et profils d'agents de santé

Echantillons par CScom		Profils d'agents de santé				Total
			Hommes	Femmes		
		Médecins généralistes	Sages-femmes	Infirmiers d'états	Internes	
ASACOYIR	Bénéficiaires		01	04	00	05
	Prestataires	04	01	00	00	05
ASACOMIS	Bénéficiaires		02	03	00	05
	Prestataires	02	02	01	00	05

ASACOFA	Bénéficiaires		01	04	00	05
	Prestataires	02	01	01	01	05
Total		08	08	13	01	30

2.4. Techniques et outils d'enquêtes

L'étude a été basée sur les entretiens semi-directifs et l'enquête par questionnaire. Les informations ont été recueillies à travers une double perspective : le point de vue des prestataires et des bénéficiaires.

Deux outils de collecte des données ont été utilisés notamment un guide d'entretien semi-directif contenant un ensemble de questions sur les attitudes et pratiques autour de l'AMO et un questionnaire où étaient répertoriés diverses informations sur les caractéristiques socio démographiques des répondants notamment l'âge, le sexe, l'ethnie, la religion, la profession, le niveau d'instruction...

2.5. Recueil des données :

Nous avons recruté les patients qui se sont présentés aux consultations dans les différents services au fur et à mesure du déroulement des consultations et les prestataires AMO selon leur disponibilité. Sans tri préalable et, afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population, nous avons essayé de balayer toutes les plages horaires des consultations (le matin, l'après-midi, le soir, la nuit, les jours fériés et les weekends. Le consentement éclairé verbal a été obtenu pour chaque répondant après explication du but de l'étude et l'annonce des garanties de l'anonymat. Les répondants ont eu l'occasion de décliner l'invitation ou mettre fin à l'entretien quand ils le voulaient. Les entretiens ont eu lieu à l'extérieur du périmètre de consultation pour les bénéficiaires et dans la salle de consultation pour les prestataires avec un enregistrement au dictaphone. Les cscoms ont été visités à tour de rôle. Au niveau de chaque structure le médecin était contacté en premier

lieu et c'est lui qui nous introduisait auprès des autres membres du personnel et il nous présentait également au personnel de l'AMO.

2.6. Traitement et analyse des données

Les données de l'enquête de terrain ont été traitées et analysées du double point de vue quantitatives pour quantifier certaines perceptions et pratiques et qualitatives pour recueillir les perceptions et pratiques des différents profils de répondants.

✓ Volet quantitatif

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

✓ Volet qualitatif

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

2.7. Aspects éthiques

Avant le début de notre étude, les autorisations nécessaires ont été recherchées auprès des responsables des différentes structures de santé à travers le dépôt de la demande d'autorisation d'enquête du DER de sante publique et a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie. Plusieurs mesures ont été prises pour garantir l'anonymat et la confidentialité. Ces mesures ont consisté notamment à expliquer systématiquement aux participants le but de

l'étude et les résultats attendus avant de recueillir leur consentement éclairé sur la base de ces différentes informations. Il a été porté à la connaissance de chaque répondant que leurs noms ni leurs prénoms ne figureront sur les enregistrements audio, les transcriptions et dans la thèse rédigée.

2.8. Chronogramme des activités

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

III. RESULTATS

3.1. Caractéristiques socio démographiques des patients

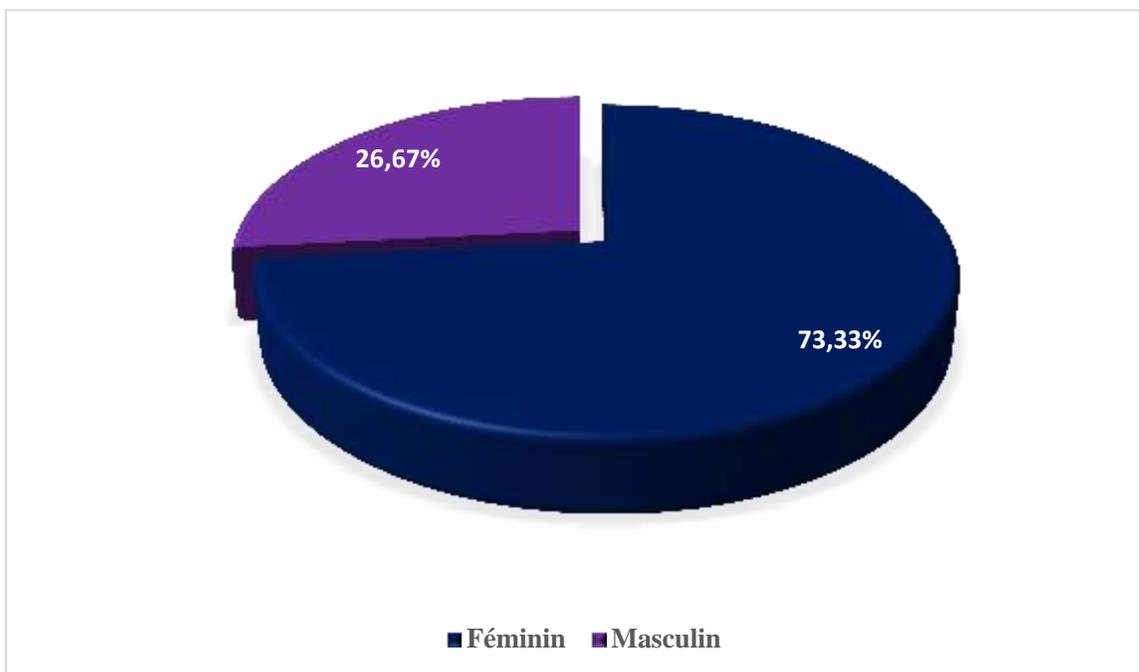


Figure 1: représentation graphique des patients en fonction du sexe

Dans notre série le sexe féminin a été prédominant avec un effectif de 11, soit 73,33%. Nous avons un sexe ratio de 2,75 en faveur des femmes.

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

Age	Fréquence	Pourcentage
17	1	6,7%
20	1	6,67%
25	1	6,67%
27	1	6,67%
30	1	6,67%
31	1	6,67%
32	1	6,67%
38	2	13,33%
50	2	13,33%
51	1	6,67%
52	2	13,33%
59	1	6,67%
Total	15	100,00%

Nous avons un intervalle d'âge compris **entre 17 et 59ans** avec une moyenne de **43ans**. Cela s'explique par le fait que le recours aux soins est fréquent dans cette tranche d'âge pour un ensemble de pathologies qui les concernent

Tableau III: répartition des patients en fonction de leur ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	6	40,00%
Peulh	2	13,34%
Diawando	1	6,66%
Malinké	2	13,34%
Mianka	2	13,34%
Sonrhäi	2	13,34%
Total	15	100,00%

Les bambaras étaient les plus représentés dans notre étude avec un taux de 40,00% suivi des peulh, malinké, mianka, sonrhäi respectivement 13,34% pour chacun. L'échantillon était composé exclusivement de malien.

Tableau IV: répartition des patients en fonction de leur religion

Religion	Effectifs	Pourcentage
Musulmane	15	100%
Chrétienne	0	0%
Total	15	100%

La totalité de l'échantillon était de religion musulmane, soit 100%. Cela est conforme à la tendance religieuse du pays qui est à 90% de religion musulmane.

Tableau V: répartition des patients en fonction de leur profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	2	13,33%
Etudiant	2	13,33%
Fonctionnaire	5	33,33%
Ménagère	4	26,67%
Contractuel	1	6,67%
Footballeur	1	6,67%
Total	15	100,00%

Les fonctionnaires étaient les plus représentés suivis des ménagères avec un taux respectivement de **33,33%** et **26,67%** dans notre série.

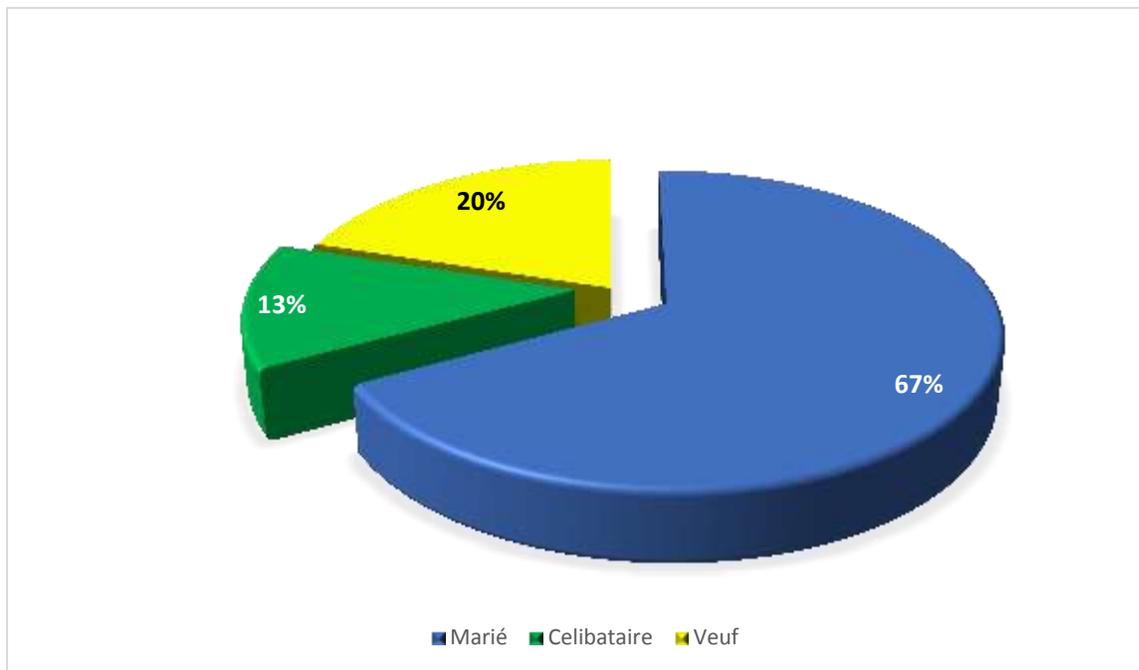


Figure 2: représentation graphique des patients en fonction de leur statut matrimonial

Dans notre série, les mariés étaient la couche la plus dominante avec un effectif de 10, soit un taux de 67% de l'échantillon.

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

Niveau D'instruction	Fréquence	Pourcentage
Aucun	1	6,67%
Ecole Coranique	1	6,67%
Fondamentale 1er Cycle	3	20,00%
Fondamentale 2eme Cycle	1	6,67%
Secondaire	7	46,67%
Supérieur	2	13,33%
Total	15	100,00%

Le niveau d'inscription secondaire a été le plus influent de notre étude avec un taux de 46% suivi du niveau d'étude fondamentale 2eme cycle et niveau d'étude supérieure qui ont été estimés respectivement à 20,00% et 13,33%. Cela peut s'expliquer par le taux élevé des inscriptions d'AMO de ces couches dans notre étude.

3.2. Caractéristiques des patients par rapport au type d'adhésion

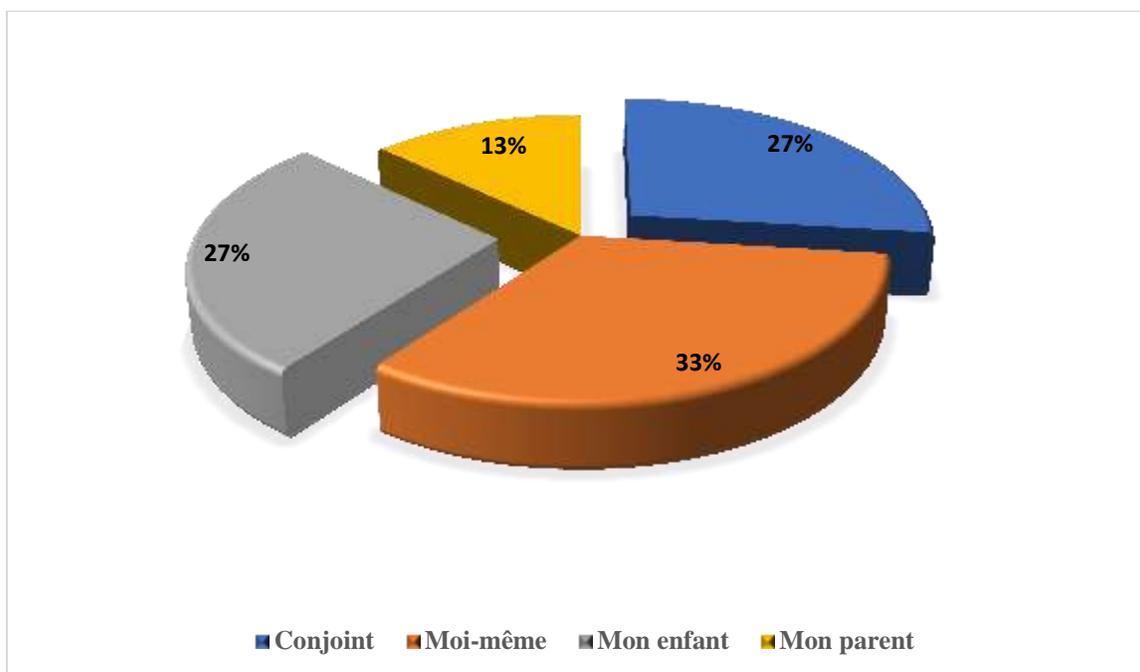


Figure 3: représentation graphique des patients en fonction de leur type d'adhésion

Sur **100%** de notre série, **67%** des patients bénéficiaient de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant ; c'est ce que révèle cette figure. Les bénéficiaires principaux (directement inscrits à l'AMO) ont été minoritairement représentés avec **33%** des cas.

3.3. Perception de la qualité du service par les adhérents

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

vous avez été reçu avec courtoisie?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	14	93,33%
Moyennement	1	6,67%
Total	15	100,00%
avez-vous été orientée?	Fréquence	Pourcentage
Non	1	6,67%
Oui	14	93,33%
Total	15	100,00%
vous avez fait combien de temps en attente de consultation?	Fréquence	Pourcentage
10minutes	3	20,00%
15minutes	2	13,33%
1heure	2	13,33%
20minutes	2	13,33%
30minutes	3	20,00%
40minutes	1	6,67%
5minutes	2	13,33%
Total	15	100,00%
comment avez-vous trouvez ce temps?	Fréquence	Pourcentage
Acceptable	5	33,33%
Court	6	40,00%
Long	4	26,67%
Total	15	100,00%

Sur un total de 15 patients, 14 jugent avoir été reçus avec courtoisie soit **93,33%** ; ce même pourcentage déclare avoir été bien orienté.

« Les personnels sont bien accueillants et explicites. »(A D, 52ans gestionnaire)

Par contre, la moyenne du temps d'attente pour la consultation est de 40minutes, le minimal a été 5minutes pour 2 patients soit 13,33% et le maximal a été d'1heure pour ce même effectif et pourcentage. « Il y'avait pas trop de rang devant la salle de consultation. » (A D, 32ans ménagère)

Parlant de l'appréciation du temps d'attente, 6 patients (soit 40,00%) l'ont jugé bon ou court ; 5 patients, soit 33,33% le trouvent acceptable et 4 patients, soit 26,67% déclarent ce temps long. « Nous n'avons pas mis du temps pour avoir nos services. » (A S, 27ans football aire)

Tableau VIII: répartition des patients selon les conditions d'accès au médecin et le déroulement de la consultation

Avez-Vous Eté Privilégié?	Fréquence	Pourcentage
Non	13	86,67%
Oui	2	13,33%
Total	15	100,00%
Vous Etiez Assis Comment?	Fréquence	Pourcentage
Assez Confortable	14	93,33%
Assez Inconfortable	1	6,67%
Total	15	100,00%
Il Vous A Eté Facile De Voir Le Médecin?	Fréquence	Pourcentage
Non	1	6,67%
Oui	14	93,33%
Total	15	100,00%
Pourquoi?	Fréquence	Pourcentage
Pas De Rang	14	93,33%
Trop De Rang	1	6,67%
Total	15	100,00%
Votre Consultation A Eté Confidentielle?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	15	100,00%
Total	15	100,00%

Toutes Vos Questions Ont Eté Répondues?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	15	100,00%
Total	15	100,00%

On A Suffisamment Prêté Attention A Votre Maladie?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	14	93,33%
Moyennement	1	6,67%
Total	15	100,00%

Vous Avez Eté Respecté Par Rapport A Votre Intimité?	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	15	100,00%
Total	15	100,00%

Votre Maladie Vous A Eté Bien Expliquée?	Fréquence	Pourcentage
Non	1	6,67%
Oui Et J'ai Clairement Compris	11	73,33%
Oui Mais Je N'ai Pas Bien Compris	3	20,00%
Total	15	100,00%

On Vous A Encouragé A Suivre Le Traitement	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	15	100,00%
Total	15	100,00%

Nous n'avons pas trouvé de distinction significative dans l'accueil des assurés AMO et des non assurés car 13 patients disent ne pas avoir été privilégiés, soit **86,67%** des cas. « Nous avons été reçus de la même manière que les autres patients ». (M S, 30ans, commerçante)

Presque la totalité de notre série, 14 patients soit **93,33%** estiment avoir bénéficié d'une place assise de façon assez confortable. Ce même nombre et pourcentage affirme avoir un accès facile au médecin parce qu'il n'y avait pas de rang. « Nous étions assis sur des bancs métalliques et le médecin ne nous a pas fait trainer. » (S B, 50ans fonctionnaire)

Par contre la totalité de notre échantillon, soit **100%** confirme avoir bénéficié d'une consultation confidentielle. Ils ont été par ailleurs satisfaits de la réponse donnée à leur question et 14 patients (soit **93,33%**) disent qu'une attention particulière a été accordée à leur maladie. « La réponse à nos question a été à la hauteur de nos souhaits. » (M S, 51ans ménagère)

Par ailleurs, la garantie du respect de l'intimité, l'encouragement du patient à suivre le traitement a été une attitude fréquente dans notre étude, soit 100%. En ce qui concerne l'explication de la maladie, 11 patients soit **73,33%** disent avoir clairement compris les explications données par les soignants.

3.4. Disponibilité des médicaments et des examens complémentaires dans l'AMO

Tableau IX: Répartition des patients en fonction de disponibilité des médicaments et des examens complémentaires.

Avez-Vous Reçu Une Ordonnance ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	15	100,00%
Total	15	100,00%
Les Médicaments Etaient Tous Dans L'amo	Fréquence	Pourcentage
Non	1	6,67%
Oui	14	93,33%
Total	15	100,00%
Avez-Vous Reçu Des Examens Complémentaires?	Fréquence	Pourcentage
Non	5	33,33%
Oui	10	66,67%
Total	15	100,00%
Pourquoi Vous N'avez Pas Reçu D'examens	Fréquence	Pourcentage
J'avais Déjà Réalisé	5	100,00%
Total	5	100,00%
Les Examens Complémentaires Etaient Tous Dans L'amo?	Fréquence	Pourcentage
Oui	10	100,00%
Total	10	100,00%

Les résultats de l'étude montrent que la totalité de l'échantillon avait reçu l'ordonnance contre 10 patients (66,67%) qui avaient reçu l'examen

complémentaire. 14 patients (93,33%) confirment avoir leur produit dans l'AMO contre les 10 patients (100%) dont les examens étaient pris en compte par l'AMO.

« Nous n'avons pas eu des difficultés à avoir nos produits et services dans l'AMO. » (S M, 52ans commerçante) A noter que 5/10 patients avaient déjà réalisé leur examen complémentaire. « Nous sommes venus au rendez-vous que le médecin nous a demandé. » (A M, 38ans, fonctionnaire)

3.5. Coût induit par la demande de soins et services

Tableau X: répartition des patients selon le montant payé pour la consultation, l'ordonnance, l'examen complémentaire et leur appréciation

Combien Avez-Vous Payée Pour La Consultation?	Fréquence	Pourcentage
300	15	100,00%
Total	15	100,00%
Vous Considérez Ce Montant Elevé?	Fréquence	Pourcentage
Ne Sais Pas	1	6,67%
Non	13	86,67%
Oui	1	6,67%
Total	15	100,00%
Combien Avez-Vous Payée Pour Les Médicaments?	Fréquence	Pourcentage
1100	1	7,14%
12350	1	7,14%
20000	1	7,14%
2220	1	7,14%
3000	1	7,14%

3030	1	7,14%
3150	1	7,14%
3270	1	7,14%
5000	3	21,43%
6000	1	7,14%
7000	1	7,14%
Oublie	1	7,14%
Total	14	100,00%

Vous Considérez Ce Montant Elevé?	Fréquence	Pourcentage
Ne Sais Pas	3	20,00%
Non	11	73,33%
Oui	1	6,67%
Total	15	100,00%

Combien Avez-Vous Payée Pour Les Examens?	Fréquence	Pourcentage
1000	2	20,00%
1100	2	20,00%
2000	1	10,00%
20000	1	10,00%
Ne Sait Pas	2	20,00%
Oublier	2	20,00%
Total	10	100,00%

Vous Considérez Ce Montant Elevé?	Fréquence	Pourcentage
Ne Sais Pas	3	30,00%
Non	7	70,00%
Total	10	100,00%

Les résultats obtenus dans cette étude montrent que le cout de consultation est unique dans les 03 centres, soit 300 FCFA. 100% et 86,67% jugent ce prix « bon ». « Parce que nous avons à faire avec le premier niveau de pyramide sanitaire. » (X K, 38ans, fonctionnaire)

Le montant minimum pour les médicaments a été de 1100F et le maximum a été de 20000F. Nous avons trouvé un montant moyen de 5435F par ordonnance. Par conséquent une grande proportion (**73,33%**) déclare que ces prix sont bons. « Parce que les DCI sont exigés dans les cscoms à cause du faible pouvoir d'achat de la communauté. » (H C, 50ans, aide-soignante)

A noter que le prix des examens n'a pas dépassé 20000F mais une proportion assez élevée (**40%**) a oublié ou ne sait pas leur prix facturé.

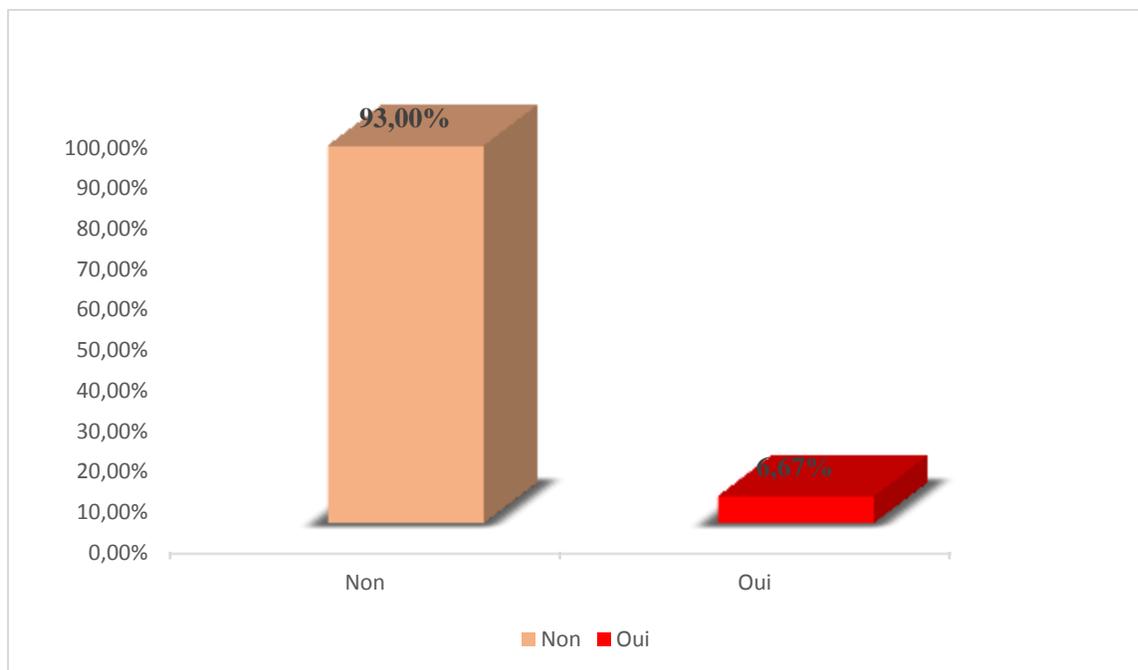


Figure 4: représentation graphique des patients selon les difficultés perçues pour payer les frais de soins et services

Pratiquement les 14 patients soit **93,33%** n'ont pas eu de difficultés à payer les frais de soins et services. « Car les frais de soins et services ne sont pas chères au cscm. » (K C, 17ans, élève)

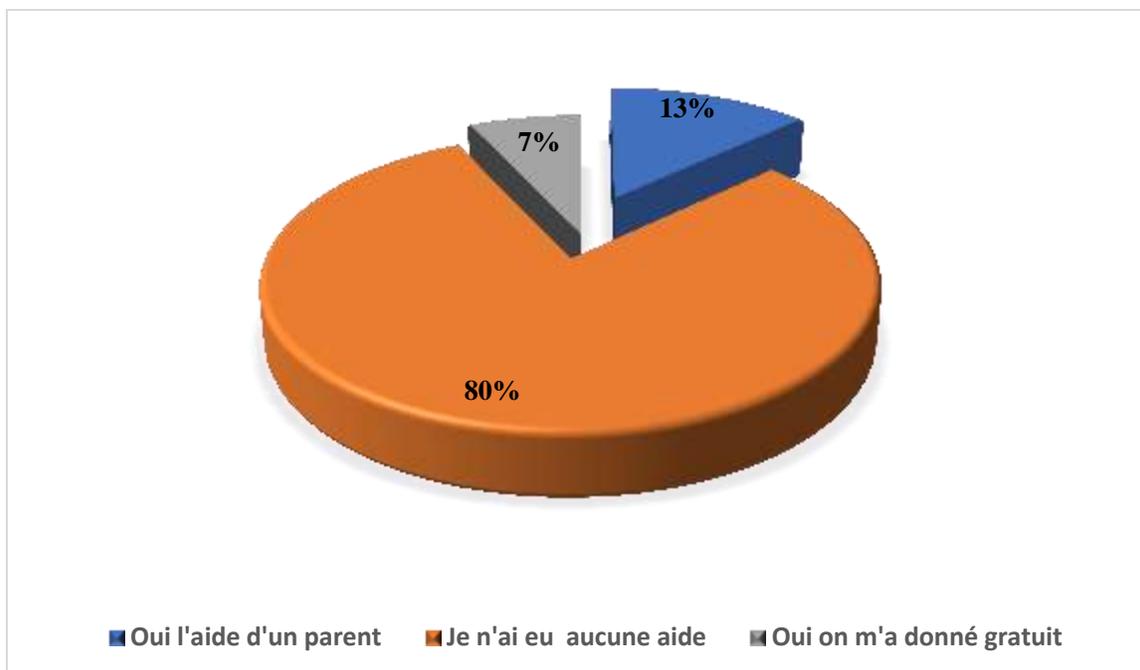


Figure 5: représentation graphique des patients selon l'aide reçue pour payer les frais de soins et services.

Notre étude a montré que ceux qui n'ont eu aucune aide pour payer les frais ont été beaucoup représentés avec un taux estimé à **80%** de l'échantillon. Néanmoins, **13%** confirment avoir obtenu l'aide d'un parent. « Les produits et services sont à la portée de la communauté en général et toujours l'esprit de solidarité au Mali qui règne. » (M K, 31ans, agent Ozone mali)

3.6. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Tableau XI: répartition des patients selon leur niveau de satisfaction, et les raisons

Êtes-Vous Eté Satisfait De L'accueil Et L'orientation?	Fréquence	Pourcentage
Je Suis Assez Satisfait	7	46,67%
Je Suis Très Satisfait	8	53,33%
Total	15	100,00%
Pourquoi Vous Etes Satisfait?	Fréquence	Pourcentage
Coûts Assez Pris En Charge	2	20,00%
Assez De Prestations Couvertes	2	20,00%
Personnels Accueillants	5	50,00%
Pas Trop De Procédures A Suivre	1	10,00%
Total	10	100,00%
Êtes-Vous Satisfait De L'amo?	Fréquence	Pourcentage
Je Ne Suis Pas Très Satisfait	1	6,67%
Je Suis Assez Satisfait	9	60,00%
Je Suis Très Satisfait	5	33,33%
Total	15	100,00%
Pourquoi Vous Etes Satisfait?	Fréquence	Pourcentage
Accès Facile Aux Soins	1	7,14%
Médicaments Accessibles A Vil Prix	13	92,86%
Total	14	100,00%

Plus de la moitié de notre série estimée à 8 patients (**53,33%**) révèle un niveau très satisfaisant de l'accueil, l'orientation au centre ; contre 5 patients (**33,33%**) qui révèle un niveau satisfaisant des agents de l'AMO et **50,00%** trouvent que les personnels soignants sont accueillants ; contre **92,86%** qui trouvent que les médicaments sont accessibles à vil prix ; d'où leur sentiment de satisfaction. « Les personnels soignants nous reçoivent avec beaucoup de sympathies mais les agents de l'AMO nous négligent. » (Y K, 28ans, ménagère)

3.7. Caractéristiques socio démographiques des prestataires

Tableau XII: répartition des prestataires selon leur spécialité

Spécialité	Fréquence	Pourcentage
Généraliste	8	53,33%
Infirmier	2	13,33%
Sage-femme	4	26,67%
Interne	1	6,67%
Total	15	100,00%

Dans notre étude, nous avons trouvé 8 prestataires généralistes (**53,33%**) contre **26,67%** de sages-femmes.

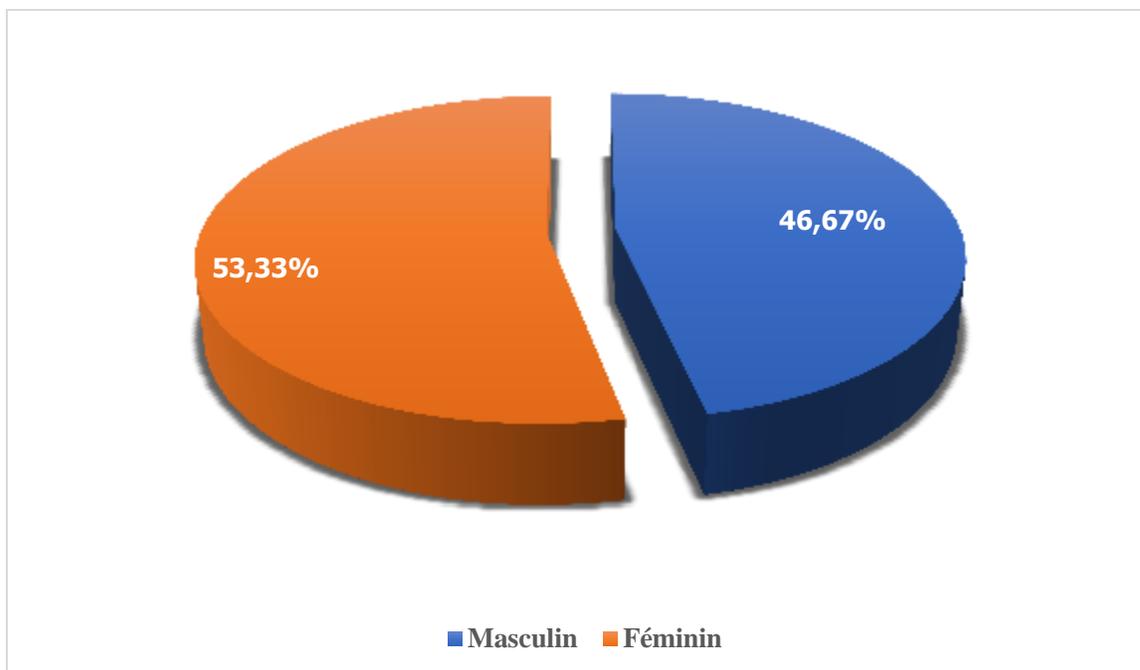


Figure 6 : représentation graphique des prestataires en fonction du sexe

Nous avons une légère domination du sexe féminin, soit 8 prestataires (**53,33%** des cas) contre 7 prestataires du sexe masculin, soit 46,67%. Le sexe ratio est de **1,14** en faveur des femmes.

3.8. Ce que disent les prestataires des bénéficiaires

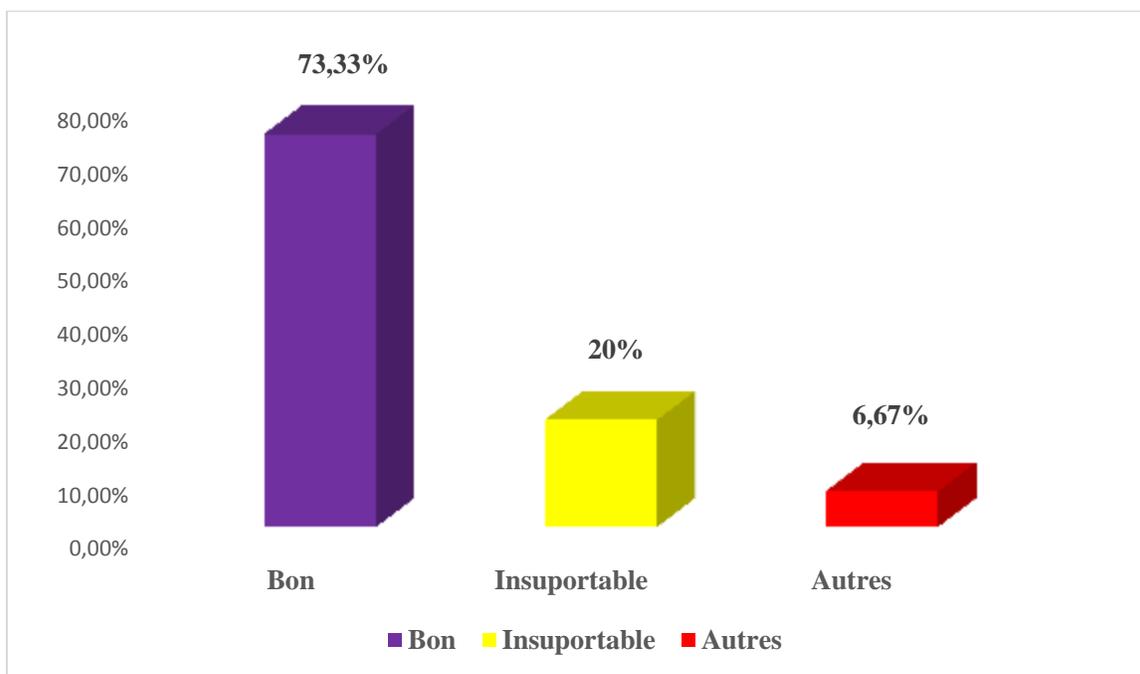


Figure 7: représentation graphique des prestataires selon leur point de vue sur le comportement des bénéficiaires à l'accueil

A noter que 11 prestataires soit 73,33% jugent le comportement des bénéficiaires bon contrairement à 20,00%, qui les jugent insupportable. « Un bon nombre de prestataires trouvent que les bénéficiaires sont sympas à l'opposé de ceux qui, dont leurs ennemies se sont des soignants. » (I C, médecin généraliste)

Tableau XIII: répartition des prestataires selon leur appréciation sur les bénéficiaires à l'accueil

Certains bénéficiaires sont-ils difficiles ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	15	100,00%
Total	15	100,00%
Qui sont les plus difficiles ?	Fréquence	Pourcentage
Les adultes	5	33,33%
Les personnes âgées	10	66,67%
Total	15	100,00%
Pourquoi ils sont difficiles ?	Fréquence	Pourcentage
N'est pas courtois	1	6,67%
Ne suivent pas le rang	1	6,67%
Sont pressés	13	86,67%
Total	15	100,00%

La totalité de notre échantillon, soit 100%, a confirmé que certains bénéficiaires sont plus difficiles que d'autres ; 66,67% sont des personnes âgées et 86,67% sont pressés. « Puisque les personnes âgées ne font plus le rang et avec l'état de la maladie, qui les poussent à être impatientes. » (D A, médecin généraliste)

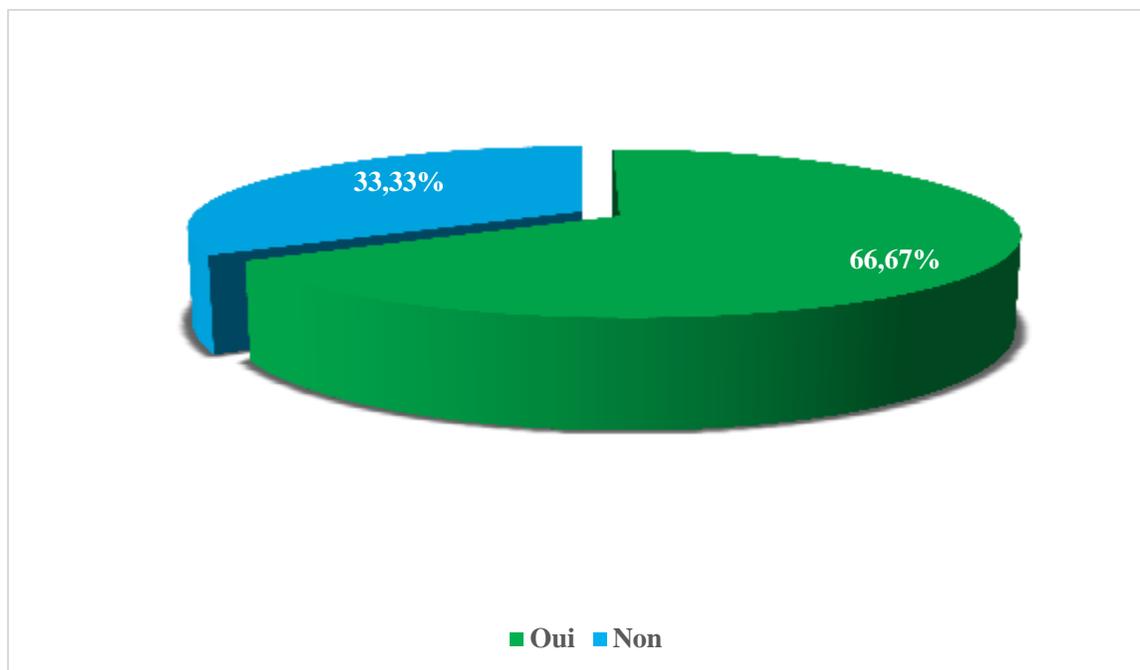


Figure 8: représentation graphique des prestataires selon l’histoire vécue

Nous avons colligé un effectif de **10** prestataires qui ont vécu une histoire au cours de leur parcours soit **66,67%**. Par contre, **5** prestataires, soit **33,33%** ont déclaré qu’ils n’ont pas d’histoire à nous raconter. « Les patients et les accompagnants sont pratiquement en état d’alerte à cause de la maladie et leur faible pouvoir d’achat. » (C K, médecin généraliste)

Tableau XIV: répartition des prestataires selon les situations spécifiques vécues

Laquelle?	Fréquence	Pourcentage
A Cause De La Connexion, Une Femme Avait Renoncée A Son Droit Et Fait La Consultation Ordinaire.	1	10,00%
Agent AMO Refuse D'aller Prendre L'empreinte D'un Malade Alité Cela Crée Un Scandale	2	20,00%
Avec La Fermeture Du Guichet AMO Au Cscm Un Monsieur Est Venu Se Plaindre Partout	2	20,00%
Le Bénéficiaire Etait Venu Pour Son Ordonnance Et Dès Qu'on Lui A Dit Que Son Droit Est Fermé, Ça Eté Catastrophique	1	10,00%
Un Bénéficiaire A Failli Frapper Le Soignant A Cause Du Bilan Non Pris En Charge 100% Par AMO	1	10,00%
Un Monsieur Tellement Pressé Ne Cherche Rien A Comprendre Et Fait Le Scandale.	1	10,00%
Un Vieux Est Venu Hurler Au Centre Car Il Pense Qu'on Trouve Tout Avec AMO.	1	10,00%
Une Personne Agée De 68 Ans Vient A 6h36mn Et Ne Trouve Pas L'agent AMO Sur Place, Crée Un Scandale	1	10,00%
Total	10	100,00%

Les histoires les plus remarquables dans notre série ont été « un agent de l'AMO refuse d'aller prendre l'empreinte d'un malade alité cela crée un scandale. » Et « avec la fermeture du guichet AMO au CSCom un monsieur est venu se plaindre

partout. » Ces histoires correspondent respectivement chacune à un taux de **20,00%** des cas. «Les accompagnants, les patients ne font pas la différence entre les agents au centre et les taches qui les incombent. » (S J, sage-femme)

3.9. Perception de l'AMO par les prestataires

Tableau XV: répartition des prestataires selon leur point de vue sur les procédures d'ordonnance, d'examen et les supports utilisés

que pensez-vous de la procédure pour les ordonnances?	Fréquence	Pourcentage
Bon	8	53,33%
Passable	7	46,67%
Total	15	100,00%
que pensez-vous de la procédure pour les examens	Fréquence	Pourcentage
Bon	8	53,33%
Passable	7	46,67%
Total	15	100,00%
que pensez-vous du support utilisé?	Fréquence	Pourcentage
Insuffisant	6	40,00%
Suffisant	9	60,00%
Total	15	100,00%
que pensez-vous du temps de remplissage du support?	Fréquence	Pourcentage
Acceptable	10	66,67%
Long	3	20,00%
trop long	2	13,33%
Total	15	100,00%

Plus de la moitié de notre échantillon de 8 prestataires (**53,33%**) déclare que la procédure pour les ordonnances et examens est bonne contrairement à 7 prestataires (**46,67%**) qui la jugent acceptable. « Malgré le début difficile, l'AMO évolue de jour en jour son système de fonctionnement mais les défis restent toujours à relever. » (P C, médecin généraliste)

Par contre, 9 prestataires, soit **60,00%**, trouvent que les supports utilisés sont suffisants et 10 prestataires (soit **66,67%**), disent que le temps de remplissage de ces supports est acceptable. « Au jour d'aujourd'hui, les plaignants ont largement diminué en faveur des supports utilisés et la durée d'utilisation de ces supports est en train d'être perfectionnée. » (O B, sage-femme)

Tableau XVI: répartition des prestataires selon les difficultés perçues dans le choix des médicaments et examens

Ya-t-il des difficultés dans le choix des médicaments?		
	Fréquence	Pourcentage
Non	6	40,00%
Oui	9	60,00%
Total	15	100,00%
y'a-t-il des difficultés dans le choix des examens ?		
	Fréquence	Pourcentage
Non	10	66,67%
Oui	5	33,33%
Total	15	100,00%

Dans notre série, **60,00%** des prestataires confirment avoir eu des difficultés dans le choix des médicaments contre **33,33%** pour les examens au cours de leur prescription. « La révision des listes de médicaments et d'examens est souvent tardive. » (A S, infirmier d'état)

IV. COMMENTAIRES et DISCUSSION

4.1. Les limites et difficultés de l'étude

L'étude concernait tous les services des différents centres, mais nous avons plus recruté les patients dans certains services que dans d'autres. Cette situation est liée au fait que ces services sont beaucoup fréquentés. Au cours du recrutement et des entretiens, nous avons été confrontés à certaines difficultés :

- Refus de certains patients à se soumettre au questionnaire par manque de temps, pour certains et pour d'autres, c'est une situation liée au simple fait de la fatigue car ayant déjà assez attendu longuement au niveau des services.
- Par rapport aux montants des différentes dépenses effectuées (consultations, médicaments, analyses...), certains patients n'ont pas pu estimer le coût des dépenses, dû au fait qu'ils ont oublié.
- Pour les prestataires les difficultés que nous avons rencontrées, c'est le temps limité qui nous a été accordé dû à leur charge de travail au service.

4.2. Données socio démographiques des patients

Au cours de notre étude, les informations socio démographiques ont été recueillies conformément à nos critères d'inclusion. Ces données étaient les suivantes : le sexe, l'ethnie, la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et la religion.

4.2.1. Sexe

Les résultats représentés par la Figure1, montrent que parmi les 15 patients enquêtés accours de cette étude, 11 sont de sexe féminin, soit **73,33%** avec un sexe ratio de 2,75 en faveur du sexe féminin. Nos données concordent avec celles retrouvées dans EDSM V, qui montrent que parmi les 55 836 personnes enquêtées au cours de l'enquête, 27571 sont de sexe masculin et 28264 de sexe féminin, soit un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes. Les hommes sont donc

légèrement sous-représentés dans la population par rapport aux femmes. Aussi les femmes fréquentent beaucoup plus les structures sanitaires que les hommes compte tenu de leur rang social, de leur occupation et de leur disponibilité dans les foyers.

4.2.2. L'ethnie et la religion

L'analyse des résultats de notre étude montre que c'est l'ethnie bambara qui prédomine avec **40%**, suivie des peulhs, malinkés, Miangas et sonrhais avec respectivement **13,33%** pour chacun des cas. Cela pourrait s'expliquer par la domination de la langue bambara au Mali surtout en milieu urbain car les bambaras font partis des ethnies prédominantes au Mali. [15]Quant à la religion, nous avons trouvé que **100%** de nos répondants sont de confession musulmane dans notre série. Ce résultat est conforme à la tendance religieuse du Mali qui est à plus de 90% de religion musulmane.

4.2.3. Profession

Notre série était plus représentée par les fonctionnaires avec **33,33%** suivis des ménagères avec **26,67%** des cas. Cela montre que malgré les refus des fonctionnaires d'adhérer à l'AMO au début de la mise en œuvre de cette politique, cette couche reste la plus nombreuse parmi les bénéficiaires d'AMO et les ménagères sont pratiquement sous leurs couvertures.

4.2.4. Niveau d'instruction

Les niveaux d'instruction secondaire, fondamental 2eme cycle et supérieur étaient les plus représentés dans notre échantillon avec respectivement 46%, 20% et 13,33% des cas. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'étant instruits jusqu'à un certain niveau, ils sont d'avantage à mesure de comprendre l'importance de recourir aux soins en cas de maladie et sont donc plus conscients de l'importance d'adhérer à une assurance. C'est ce qui réveille dans notre étude.

4.2.5. Statut matrimonial

L'analyse du statut matrimonial de nos patients nous a montré que plus des 2/3 sont marié (es), soit un effectif de 10 (**67%**). Ce groupe est suivi des veufs (ves) avec un effectif de 3, soit **20%** et enfin on retrouve quelques célibataires (2 patients, soit **13%**). Cela trouverait son explication dans le fait que, étant marié, l'on doit se préoccuper de son état de santé à cause de la responsabilité qui nous incombe en tenant compte aussi des encouragements du partenaire à rechercher les soins pour recouvrer la santé.

4.3. Les formes d'adhésion à l'AMO

Dans notre échantillon, nous avons rencontré **33%** des patients qui étaient directement affiliés contre **67%** des patients bénéficiant de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant. Cela peut être expliqué par le fait que, le pourcentage des affiliés directs à l'AMO est nettement inférieur à ceux des affiliés indirects.

4.4. Qualité perçue des services par les adhérents

En ce qui concerne l'accueil, la presque totalité des patients a déclaré être reçu à l'entrée avec courtoisie (93,33%), être orienté (93,33%), n'avoir pas été privilégié (86,67%) et avoir été installé assez confortablement pendant l'attente du médecin (93,33%). Concernant l'accueil, SISSOKO F. [16] au Mali trouve 80% comme taux de satisfaction chez les adhérents à la garantie santé de la MUTEK et TOGO D. [9] a trouvé 87,67% comme taux de satisfaction après des services de l'AMO dans les csref. Ces chiffres sont comparables aux nôtres dans cette étude. Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE de mai 2013 [17] au Rwanda rapporte 100% comme taux de satisfaction par rapport à l'accueil. Ce qui est légèrement supérieur à nos résultats. Cette différence peut s'expliquer par le fait que 96,15% de la population Rwandaise bénéficie d'une assurance maladie publique. 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. Cependant, plus de 2/3 des patients (73,33%) se sont réjouis de la courte durée d'attente. Nous avons trouvé une durée moyenne d'attente de 40 minutes, avec un minimum de 5mn et un maximum d'heure d'attente. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, vu le nombre souvent bas de patients devant le bureau de consultation, certains patients se rendaient très tôt au niveau des consultations pour être consultés en premier. Il faut aussi souligner le fait que les consultations débutent généralement un peu plus tard par rapport à l'heure prévue, ce qui contribue également à augmenter le temps d'attente (1 heure). Au Mali, KANTE K. [19] a trouvé dans son étude une durée d'attente ne dépassant pas les 30 minutes et 90,6% des patients trouvant ce délai acceptable. Ce qui est contraire à nos résultats. Cette différence s'expliquerait par le fait que notre étude a été réalisée dans des cscoms, qui sont des centres de premier niveau et ont donc un niveau de fréquentation plus ou moins élevé. TOGO D. [9] a trouvé dans son étude une durée d'attente ne dépassant pas les 1h40 minutes et 40% des patients trouve ce temps acceptable. Ce qui est inférieur à notre résultat. Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE de 2013 [17] au Rwanda montre une durée moyenne d'attente avant la consultation de 2 h16 minute. Ce qui est contraire à nos résultats. En ce qui concerne l'accès au médecin, la relation soignante soigné et les explications reçues sur la maladie, avec la courte attente signalée précédemment, la quasi-totalité des patients a affirmé qu'il était facile d'avoir accès au médecin parce qu'il n'y avait pas de rang (93,33%). Lorsqu'ils le rencontraient, les consultations se passaient dans de meilleures conditions (confidentialité, réponse aux questions, attention porté sur la maladie, respect de l'intimité physique) avec 93,33% à 100% des cas. Cependant, malgré l'excellente qualité des consultations (93,33%), 26,67% des patients ont affirmé avoir eu des incompréhensions qui étaient basées sur l'origine de leur

maladie. KANTE K. [19] et TOGO D. [9] dans leur étude trouvent un taux d'incompréhension à 11,6% et 6,67%, qui sont inférieurs à celui de notre étude. A l'hôpital de KIBUYE au Rwanda en 2013 [17], 33% des patients ont déclaré une relation soignant-soigné insuffisante, lié au temps limite consacré à chaque consultation.

4.5. Disponibilité des médicaments et examens complémentaires

Au cours de l'étude, une ordonnance a été délivrée pour chaque enquêté et des examens complémentaires (66,67%) étaient délivrés à la fin de la consultation. **SISSOKO F.** [16] et **TOGO D.** [9] trouvent dans leur étude 74, 4% et 100% des patients ayant reçu des examens complémentaires après leur consultation. Ces proportions sont comparables aux nôtres. De même pour la majeure partie des patients, la totalité des médicaments et des examens complémentaires prescrits était pris en charge par l'AMO avec respectivement 93,33% et 100%. Cependant, certains médicaments n'étaient pas pris en compte par l'AMO. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce sont généralement les spécialités qui sont prescrites sur les ordonnances et certaines spécialités ne sont pas dans l'AMO, car il y a toujours de nouveaux produits qui font leurs apparitions dans le marché.

4.6. Coûts induits par la demande des soins

Dans notre échantillon, 100% des patients avaient une connaissance exacte du prix de la consultation avec l'AMO. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le prix de la consultation est unique au niveau des cscm. Par ailleurs, 86,67% des patients ont considéré ce montant bon ou pas élevé. Le coût des ordonnances variait entre 1.100 FCFA et 20.000 FCFA dans notre série (avec une moyenne 5.435 FCFA) et 73,33% des patients ont considéré leurs dépenses en médicaments « bonnes ». **SISSOKO F.** [16] dans son étude n'as pas trouvé de coûts d'ordonnance supérieur à 5000 FCFA. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans son étude, ce

sont les DCI qui étaient les plus prescrits (dans 90% des cas). TOGO D. [9]a trouvé que le cout des ordonnances variait entre 3000F 15000F. Ce qui est comparable à notre résultat. Tandis que COMMEYRAS C. et NDO J.R. [20]au Cameroun trouvent une dépense moyenne en Médicament entre 3411 FCFA et 6563 FCFA. De même, le coût des analyses se situait entre 1.000FCFA et 20.000 FCFA. Presque la majorité des patients ne se rappelait pas ou déclare avoir oublié le coût des examens complémentaires (40%) mais ils ont néanmoins affirmé qu'ils considéraient la dépense en examens complémentaires pas élevée dans 70% des cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux de SISSOKO F. [16]qui trouve le cout des examens se situant entre 1000FCFA et 3000FCFA dans 52,7% des cas et TOGO D. [9] qui trouve un montant pour les analyses ne dépassant pas 2400F dans 40% des cas. Toutes ces dépenses moyennes en santé par individu sont nettement inférieures aux moyennes nationales selon l'EDSM V [21]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que pour les adhérents à l'AMO, les dépenses de santé sont prises en charge à 70% en ambulatoire et à 80% en hospitalisation. Ce qui contribue à réduire considérablement les dépenses des patients, qui ne paient que le ticket modérateur. Cela expliquerait aussi le fait que 93,33% des patients de notre échantillon n'aient pas rencontré des difficultés financières au cours de leurs dépenses en santé. Notre étude n'a pas montré de relation statistiquement significative entre la présence des difficultés financières et le sexe d'une part, et la profession d'autre part avec respectivement une p valeur égale à 0,518 et 0,538, toutes supérieures à 0,05. Malgré l'absence de difficultés financières au cours de notre étude, un faible pourcentage des patients soit 6,67% a reçu de l'aide financière d'un proche parent. Cela trouverai sont explication dans le fait que la famille et la solidarité sont les principales valeurs de la vie sociale au Mali.

4.7. Satisfaction des bénéficiaires

Notre étude a montré que 53,33% des patients ont été très satisfaits et 46,67% assez satisfaits de l'accueil, avec un taux de satisfaction total de 100%, qui est comparable à ceux de SISSOKO F. [16], TOGO D. [9] et de l'hôpital de KIBUYE au Rwanda [17], qui trouvent respectivement un taux de satisfaction à 80%, 93,33% et à 90%. De même, 33,33% des patients ont été très satisfaits de l'assurance maladie, et 60% assez satisfaits. Les deux principales raisons de la satisfaction par rapport à l'accueil et à l'AMO font allusion aux qualités humaines du personnel notamment la capacité d'accueil. L'accessibilité des médicaments (92,86%) a aussi été mentionné par beaucoup de répondants qui parlent par ailleurs de médicaments accessibles à vils prix.

4.8. Données socio démographiques des prestataires

Dans notre étude, le sexe féminin a été le plus représenté, soit 53,33% des prestataires avec un sexe ratio de 1,14 en faveur du sexe féminin. Ce qui confirme la norme nationale qui montre que les hommes sont légèrement sous représentés dans la population par rapport aux femmes avec un rapport de 98 hommes pour 100 femmes selon l'EDSM V [21]. Les niveaux de spécialités les plus représentés dans notre série ont été les généralistes et les sages-femmes avec respectivement 53,33% et 26,67% des cas. Cela peut s'expliquer par le fait que notre étude a été réalisée dans des cscom qui sont des centres de premier niveau de la pyramide sanitaire, gérés pratiquement par les médecins généralistes et les sages-femmes.

4.9. Statut des prestataires par rapport aux bénéficiaires

A noter que dans notre série, 11 prestataires soit 73,33% jugent « bons » les comportements des bénéficiaires à l'accueil. Cela peut témoigner d'une bonne relation soignant soigné qui règne au sein des centres. **TOGO D.** [9] trouve 64,29%

des prestataires qui jugent un comportement acceptable des bénéficiaires. Ce qui est comparable aux résultats que nous avons trouvés.

4.10. Qualité perçue par les bénéficiaires

En ce qui concerne l'appréciation et les raisons de quoi ? , la totalité des prestataires (100%) a confirmé que certains bénéficiaires sont plus difficiles que d'autres, la plus part de ces bénéficiaires (66,67%) sont des personnes âgées et plus des 2/3(86,67%) disent être pressés. Lorsqu'on les interrogeait, nous avons colligé un effectif de 10 prestataires qui ont vécu une histoire au cours de leur parcours, soit 66,67%. Les histoires qui ont attiré l'attention des prestataires sont « l'agent AMO refuse d'aller prendre l'empreinte d'un malade alité cela crée un scandale. » et « avec la fermeture du guichet AMO au cscm, un monsieur est venu se plaindre partout. » Ceci pourrait être dû au fait qu'il y a souvent insuffisance des personnels au guichet et dans un seconde temps, les agents AMO sont des contractuels. Donc une fois que le contrat prend fin, le renouvellement peut souvent prendre du temps. TOGO D.[9]trouve 73,33% des prestataires qui déclarent avoir rencontré des situations qui attirent l'attention lors de leur consultation avec les bénéficiaires AMO. Ce qui est comparable aux résultats que nous avons trouvés.

4.11. Point de vue des prestataires sur les procédures de prescription des ordonnances, d'analyses et les supports utilisés

Nous notons que dans notre échantillon que, plus de la moitié (53,33%) des prestataires jugent les procédures « bonnes ». Concernant les supports utilisés, 60% des prestataires les déclarent suffisants et 66,67% ont déclaré que le temps de remplissage de ces supports est acceptable. On peut l'expliquer par le fait qu'avec l'évolution de la technologie, la CANAM arrive à s'adapter au fur et à mesure aux besoins de ces clients. A noter que les défis restent nombreux. **TOGO D. [9]** a

trouvé 66,67% des prestataires qui disent que le support utilisé pour la prestation est suffisant. Ce qui est comparable à nos résultats.

4.12. Difficultés perçues par les prestataires sur le choix des médicaments et examens

Notre étude nous a révélé que plus de la moitié de notre série, soit 60% des prestataires ont eu des difficultés dans le choix des médicaments contre 33,33% pour les examens complémentaires. Cela est dû au fait que les nouveaux produits font leur apparition dans le marché à tout moment et la révision de la liste des médicaments de l'AMO n'est pas automatique. **TOGO D.**[9] a trouvé 80% des prestataires qui déclarent trouver des difficultés dans le choix de produits dans leur pratique quotidienne pour les ordonnances AMO. Ce qui est supérieur à notre résultat.

CONCLUSION

A l'issu de notre étude nous avons remarqué que le sexe féminin était majoritairement représenté avec un sex-ratio de 2,75 en faveur des femmes. L'âge moyen était de 43ans. Plus de la moitié était des fonctionnaires suivis des ménagères avec un niveau d'inscription secondaire. Les mariés étaient la couche la plus dominante.

Ailleurs nous notons que la plupart des patients bénéficiait l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant et la plupart avait été reçus avec courtoisie. La moyenne du temps d'attente pour la consultation était de 40minutes. Il n'y avait pas de distinction significative dans l'accueil des assurés AMO et des non assurés. Plus de la moitié des patients étaient très satisfaisant de l'accueil.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

✓ **A la Caisse Nationale D'assurance Maladie**

- Augmenter le nombre de structures (Publiques et privées) de prestations médicales conventionnées avec la CANAM ;
- Rendre disponible périodiquement, la liste des médicaments autorisés à jour, pour la prise en charge des patients AMO aux prescripteurs ;
- Renforcer les compétences des agents au niveau des guichets AMO ;
- Accentuer les campagnes d'Informations, d'Education et de Communication de masse ;
- Prendre des mesures précoces en cas d'inadaptation de la machine à empreinte aux assurés ;
- Remboursement des factures des cscm dans le délai raisonnable afin de pérenniser le service de l'AMO dans les centres ;

✓ **Aux Assurés**

- S'informer davantage sur le montant cotisé par mois dans le cadre de l'AMO ;
- S'informer davantage sur les prestations couvertes par la CANAM dans le cadre de la prise en charge des assurés.

✓ **Aux prestataires**

- Ecrire correctement sur l'ordonnance et sur la fiche d'analyse afin d'éviter les multiples déplacements ;
- Lors de la prescription, vérifié si le cachet, la signature et le code du praticien sont bien mis en place ;
- Aider la CANAM pour la lutte contre la corruption qui entrave la vie de l'AMO,

REFERENCES

- [1] Organisation internationale du Travail(OIT), « Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum)» 1952 Disponible sur www.ilo.org/global/lang--fr/index.htm . Consulter le 12/07/2021 .
- [2] Organisation internationale du Travail(OIT), « Convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale» (Entrée en vigueur: 27 avr. 1955) Adoption: Genève, 35ème session CIT (28 juin 1952) - Statut: Instrument à jour (Conventions Techniques) Disponible sur www.ilo.org/ilc/ILCSessions/lang--fr/index.htm . Consulter le 12/07/2021.
- [3] Ministère de Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, « Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali. Bamako, MDSSPA. Disponible sur www.who.int/.../MDSSPA_Mali-Etat_des_lieux_couverture_universelle. Consulter le 12/07/2021 .
- [4] DiasporAction, « Entre satisfaction et contestations, l'AMO trace son chemin » Disponible sur www.diasporaction.com/index.php?option=com Consulter le 14/07/2021 .
- [5] Institut Nationale de la Statistique(INSTAT), « Consommation pauvreté bien-être des ménages» avril2014-mars 2015 ; p13-14 Disponible sur file:///C:/Users/HP/Documents/ranuel14_eq.pdf Consulter le 30/05/2021 .
- [6] République du Mali Primature, « Assurance Maladie Obligatoire : toujours des réticences-Primature Disponible sur www.primature.gov.ml/index.php?...assurance-maladie-obligatoire Consulter le 14/07/2021 .
- [7] République du Mali Primature, Assurance Maladie Obligatoire : le nouveau contrat social-Primature Disponible sur www.primature.gov.ml/index.php?option=com_content&task Consulter le 14/07/2021 .
- [8] PASCOE.G.C, Patient satisfaction in primary health care : aliteraturereview and analysis cité par C. Pourin et all, « la mesure de la satisfaction des patients hospitalizes », Journal d'Economie Médicale 1999, T.17, N°2-3p103 .
- [9] Régime Malien de Sécurité Sociale, « Assurance Maladie Obligatoire (AMO) » Disponible sur www.cleiss.fr/docs/régimes/regime_mali.html Consulter le 14/07/2021.
- [11] BERTHE Y. A. et BALIQUE H, « Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé » au Mali Ministère de la Santé de la République du Mali et Ministère des Affaires Etrangères de la République Française, 2004 .
- [12] DIAKITE B., DIARRA K., KEITA M, « Les comptes nationaux de la santé du Mali » 1999-2004, version finale 7 mars 2007, 92 pages ». .

- [13] Institut Nationale de la Statistique(INSTAT), « Enquête Démographique et de Santé 3R4EQSE5ième édition (EDSM V).
- [14] Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, Politique nationale de protection sociale juin 2015 » ; p4-5 Disponible sur [file:///C:/Users/HP/Documents/mli173766%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/HP/Documents/mli173766%20(3).pdf) Consulter le 10/01/2021 .
- [15] Mali.pdf-Mozilla Firefox, « Ethnies prédominantes au Mali 2017 » p1 Disponible sur <file:///C:/Users/HP/Documents/Mali.pdf> Consulter le 27/06/2021 .
- [16] Resacoop, « Présentation du système de santé au Mali » Disponible sur www.resacoop.org/.../Politique%20de%20sant%20au%20mali%20 Consulter le 12/07/2021 .
- [17] SISSOKO F, « Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie sante dans le centre de santé de la MUTEK ». Thèse de doctorat : Médecine. Bamako : FMPOS 2010 ; 108 p. » .
- [18] Nyandekwe M. Nzayirambaho M. Baptiste Kakoma J, “Universal health coverage in Rwanda: dream or reality”. *Pan Afr Med J.* 2014 Mar 27;17:232. doi: 10.11604 .
- [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] COMMEYRAS C, Rolin J NDO, « Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun, 2003 .
- [21] Ministère de Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali », Rapport final, Octobre 201.

MINISTRE DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

REPUBLIQUE DU MALI

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Bamako, le 13 DEC. 2021

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

N° 1079 MSDS/CANAM-DOCQS 4

Mesdames et Messieurs les responsables
des structures de santé conventionnées

Objet : liste des médicaments

Mesdames, Messieurs,

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

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

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

Par conséquent, j'invite :

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

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

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

Vous trouverez en pièce jointe la liste des médicaments et dispositifs médicaux soumis à l'accord préalable ainsi que le guide d'utilisation.

Par ailleurs, je vous informe que la liste des médicaments et dispositifs médicaux admis à la prise en charge de l'AMO dans le secteur pharmaceutique privé, édition août 2021, entrera en vigueur à compter du 2 janvier 2022.

Veuillez recevoir, Mesdames et Messieurs, l'expression de ma franche collaboration.

Le Directeur Général



Médecin Général de Brigade Bouhacar DEMBELE

Officier de l'Ordre National

Pièces jointes :

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

Ampliations :

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

ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE

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

Numéro de l'équipe /_0_/_1_/

Numéro de la fiche d'enquête /_0_/_1_/

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour, je me nomme BADJIGUE KONATE, étudiant en médecine ; dans le cadre de la réalisation d'une thèse de fin de cycle en Médecine dont le thème est intitulé : «défis de la gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO)» au centre de santé communautaire de missabougou(ASACOMIS), j'aimerais avoir votre accord pour vous soumettre à ce questionnaire qui me permettra de collecter des informations sur les défis de la gestion de l'AMO. L'entretien prendra 10 à 15 minutes. Nous vous rassurons que ces informations seront strictement confidentielles et l'anonymat sera conservé. Les noms ne figureront sur aucun rapport et ne serviront qu'à se retrouver dans les fiches. Ces informations nous aideront non seulement à mener à bien notre travail, mais les résultats qui en ressortiront pourraient servir à améliorer et ou à perfectionner le système de santé dont vous et d'autres personnes seront bénéficiaires.

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

Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

Oui

Non

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

Q2/ sexe ? (ne pas poser la question)

1= /___/ Masculin

2= /___/ Féminin

Q3/ Quel âge avez-vous ?

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

3= /___/ refus de répondre

(passer à la question Q5)

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

Q4/ Quel est votre âge, environ ?

1= /___/ entre 16 et 24 ans

4= /___/ entre 45 et 54 ans

2= /___/ entre 25 et 34 ans

5= /___/ entre 55 et 64 ans

3= /___/ entre 35 et 44 ans

6= /___/ 65 ans et plus

Q5/ Quelle est votre ethnie ?

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

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q6/ Quelle est votre religion ?

1= /___/ Musulmane

3= /___/ Autres (à

préciser) : _____

2= /___/ Chrétienne

Q7/ Quelle est votre profession ?

1= /___/ Paysan (e)

2= /___/ Commerçant (e)

3= /___/ Etudiant (e)

4= /___/ Fonctionnaire

5= /___/

Autres (à préciser)

: _____ Q8/

Quel est votre statut matrimonial ?

1= /___/ Célibataire.

3= /___/ Divorcé (e)

2= /___/ Marié (e)

4= /___/ Veuf (veuve)

Q9/ Quel est votre niveau d'instruction ?

1= /___/ Aucun

4= /___/ secondaire

2= /___/ Fondamental 1er cycle

5= /___/

Supérieure 3= /___/ Fondamental 2ème cycle

6= /___/ école coranique traditionnelle

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

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

1= /___/ Moi-même

3= /___/ Mon parent

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

4= /___/ Mon

enfant SECTION 3 : QUALITE PERCUE PAR LES ADHERENTS

ACCUEIL

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

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ pas du tout

2= /___/ Moyennement
pas

5= /___/ ne sait

3= /___/ Un peu

Q13 Avez-vous été orientés à l'entrée ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

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

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

1= /___/ Long

3= /___/ Court

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

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

1= /___/ Très confortablement

4= /___/ Très inconfortablement.

2= /___/ Assez confortablement

5= /___/ Autres (à préciser) :

3= /___/ Assez inconfortablement

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

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

Pourquoi ? _____

Q19/ Votre consultation a été confidentielle ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q20/ toutes vos questions ont été clairement repondues ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

Q24/ votre maladie vous a été bien expliquée?

1= /___/ Non

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

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

Q25/ Que n'avez-vous pas compris ?

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

1= /___/ oui

2 /___/ non

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

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

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

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

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

4= /___/ Ne sait pas.

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

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

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

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

3= /___/ Non je n'ai obtenu aucun des examens prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital. 4= /___/ Ne sait pas.

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

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

SECTION 5 : COUTS INDUITS PAR LA DEMANDE DES SOINS

Q39/ Combien avez-vous payé pour la consultation ?

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

5= /___/ n'en a

pas bénéficié

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ Oui j'ai reçu les prestations a crédit et je pourrai payer plus tard

2= /___/ Oui on m'a permis d'obtenir certains services gratuits

3= /___/ Oui j'ai reçu de l'aide des parents proches (frères, sœurs, père, mère,
enfants...) 4= /___/ Autres types d'aide (à préciser) :

5= /___/ Non je n'ai reçu aucune aide.

6= /___/ Ne sait pas.

SECTION 6 : SATISFACTION DES BENEFICIAIRES

Q49/ 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 50/ 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) Q51/ pourquoi êtes-vous satisfait(e)

1= /___/ médicaments accessibles à vil prix 2= /___/ permet

d'accéder facilement aux soins 3= /___/ autres (à préciser)

Q52/ Pourquoi n'êtes-vous pas satisfait (e) ?

1= /___/ Trop de procédures à suivre couvertes 6= /___/ Pas assez de prestations

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

ANNEXE 2 : FICHE D'ENQUETE

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

Numéro de l'équipe /_0_/_1_/_/

Numéro de la fiche d'enquête /_0_/_2_/_/

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour, je me nomme **BADJIGUE KONATE** étudiant en Médecine ; dans le cadre de la réalisation d'une thèse de fin de cycle en Médecine dont le thème est intitulé : «défis de la gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO). »Au centre de santé communautaire de missabougou(ASACOMIS), j'aimerais avoir votre accord pour vous soumettre à ce questionnaire qui me permettra de collecter des informations sur les défis de la gestion de l'AMO. L'entretien prendra 10 à 15 minutes. Nous vous rassurons que ces informations seront strictement confidentielles et l'anonymat sera conservé. Les noms ne figureront sur aucun rapport et ne serviront qu'à se retrouver dans les fiches. Ces informations nous aiderons non seulement à mener à bien notre travail, mais les résultats qui en ressortiront pourraient servir à améliorer et ou à perfectionner le système de santé dont vous et d'autres personnes seront bénéficiaires.

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

Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

Oui

Non

Section 1 Identification de l'enquête

Q1 : Nom : _____ et Prénom : _____

Q2 : Sexe (ne poser pas de question)

1= /___/ Masculin

2= /___/ Féminin

Q3 : quel est votre spécialité

1= / ____/bon 2=/ ____/ Passable 3=/ ____/

Mauvais.....
.....

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

1= / ____/bon 2=/ ____/ Passable 3=/ ____/ Mauvais

Q12 : que pensez-vous des supports utilises ?

1= / ____/ Suffisant 2= / ____/ Non Suffisant

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

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

Section 4 : Disponibilités de médicament / d'examen complémentaire

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

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

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

.....

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

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

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

.....

Section2 : Prescription des ordonnances/Examens complémentaires

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

.....

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

.....

8) Que pensez-vous des supports utilisés ?

.....

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

.....

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

.....

Section 3 : Collaboration avec le service AMO

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

.....

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

.....

13) Si oui, lesquelles ?

.....

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

.....

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

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

.....

16) Quelles sont les difficultés liées à cette contribution ?

.....

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

.....

Section 5 : Satisfaction avec le service AMO

18) Comment pouvez-vous exprimer votre satisfaction ?

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

.....
Que pensez-vous des procédures de traitement de l'AMO dans les officines de pharmacie ?
.....

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

SECTION 3 : Collaboration avec le service AMO

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

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

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

12) Que peut-on faire pour les améliorer ?
.....

Section 4 : Satisfaction avec le service AMO

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

14) Devrait on procéder autrement à votre avis ?
.....

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



lettre (suite).pdf



lettre DG.pdf

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !!!