

ABREVIATIONS :

AMO :	Assurance Maladie Obligatoire.
ANAM :	Agence Nationale d'Assistance Médicale.
ANPE :	Agence Nationale Pour l'Emploi.
CANAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie.
CDI :	Centre Dentaire Infantile.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
CMIE :	Centres Médicaux Interentreprises.
CNAM :	Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie.
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine.
CREDOS :	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant.
CRLD :	Centre de Recherche et de Lutte contre le Drépanocytose.
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire.
CSCRP :	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté.
CSREF :	Centre de Santé de Référence.
DCI :	Dénomination Commune Internationale.
EDS :	Enquête démographique et de la Santé.
EPH :	Etablissement Public Hospitalier.
EPST :	Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique.
HTA :	Hyper Tension Artérielle.

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale.

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

LNS : Laboratoire National de la Santé.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONU : Organisation des Nations Unies.

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

PMA : Paquet Minimum d'Activités.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social.

PSPHR : Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale.

RAMED : Régime d'Assistance Médicale.

SLIS : Système Locale d'Information Sanitaire.

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

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

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS	5
2.1. Objectif général :	5
2.2. Objectifs spécifiques :	5
3. GÉNÉRALITÉS.....	7
3.1. Revue de la littérature	7
3.2. Généralités sur le Mali [3].....	8
3.2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives	8
3.2.2. Situation économique et sociale	10
3.2.3. Politique nationale de la santé.....	10
3.2.4. Politique nationale de protection sociale	11
3.2.5. Organisation du système de santé	12
3.2.6. Demande des services de santé [5]	16
3.2.6.1. Utilisation des services préventifs	16
3.2.6.2. Utilisation des services curatifs.....	17
3.3. Régime malien de sécurité sociale.....	19
3.3.1. Généralités sur le régime malien de sécurité sociale.....	19
3.3.1.1. Structure du régime de sécurité sociale [9]	19
3.3.1.2. Organisation administrative du régime [9].....	19
3.3.1.3. Affiliation au régime de sécurité sociale [9].....	20
3.3.1.4. Mode de financement du régime de sécurité sociale [9].	20
3.3.2. Protection contre les risques de maladie-maternité.....	21
3.3.2.1. Assurance Maladie Obligatoire (AMO).....	21

3.3.2.2.	Régime d'Assistance Médicale (RAMED).....	22
3.3.3.	Prestations familiales [9].	23
3.3.4.	Accidents du travail, maladies professionnelles [9].	23
3.3.5.	Invalidité, vieillesse [9].	25
3.4.	Déterminants de l'utilisation des services de santé en Afrique.	26
3.4.1.	Déterminants financiers.....	27
3.4.2.	Déterminants liés à la qualité des soins [2].....	29
3.4.3.	Autres déterminants [2].	30
3.5.	Modèles d'utilisation des services de santé	31
4.	MÉTHODOLOGIE	38
4.1.	Type d'étude :	38
4.2.	Lieu d'étude :	38
4.3.	Période d'étude.....	38
4.4.	Population d'étude :	38
4.5.	Les variables d'étude et recueil des informations :	39
4.6.	Echantillonnage:	40
4.6.1.	Technique d'échantillonnage :	40
4.6.2.	Taille de l'échantillon :	40
4.7.	Critères d'inclusion :	41
4.8.	Critères De non inclusion :	41
4.9.	Traitement et analyse des données :	41
4.10.	Considérations éthiques :	41
4.11.	Cadre d'étude : CHU POINT G.....	42
4.11.1.	Présentation.....	42
4.11.2.	Organisation.....	42

5. RESULTATS.....	45
5.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	45
5.2. Statut des patients par rapport à l'AMO	50
5.3. Qualité perçue.....	51
5.3.1. Accueil	51
5.3.2. Accès au médecin, relation soignant soignée et explications reçues sur la maladie.	53
5.4. Disponibilité des médicaments et examens complémentaires.....	55
5.5. Coûts induits par la demande des soins.....	57
5.6. Difficultés financières.....	61
5.7. Satisfaction des bénéficiaires.....	63
5.8. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaire de l'AMO face à la Maladie.....	66
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	72
6.1. Les limites et difficultés de l'étude.....	72
6.2. Caractéristiques socio démographiques	73
6.3. Statut des patients par rapport à l'AMO.	75
6.4. Qualité perçue par les adhérents.....	75
6.5. Coûts induits par la demande des soins.	78
6.6. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO	79
6.7. Attitudes des bénéficiaires de l'AMO face à la maladie.	81
7. CONCLUSION	85
8. RECOMMANDATIONS.	87
8.1. Par rapport à la longue durée d'attente au niveau des consultations :	87
8.2. Par rapport à la persistance des incompréhensions sur la maladie :	87

8.3.	Par rapport à l'indisponibilité de la plupart des prescriptions (médicaments et examens complémentaires) au niveau de l'hôpital.....	87
8.4.	Par rapport au recours important à l'automédication en première intention :.	88
8.5.	Par rapport aux suggestions d'amélioration de l'AMO :.....	88
9.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	90
	ANNEXE 1 : FICHE D'ENQETE.....	ii
	ANNEXE 2 : LISTE DES EXAMENS DE LABORATOIRE.	xi
	ANNEXE 3 : LISTE DES MEDICAMENTS DISPONIBLES A LA PHARMACIE DE L'HOPITAL.....	xiv
	ANNEXE 4: LISTE DES EXPLORATIONS FONCTIONNELLES DISPONIBLES A L'HÔPITAL.....	xviii
	ANNEXE 5 : FICHE SIGNALETIQUE.....	xx

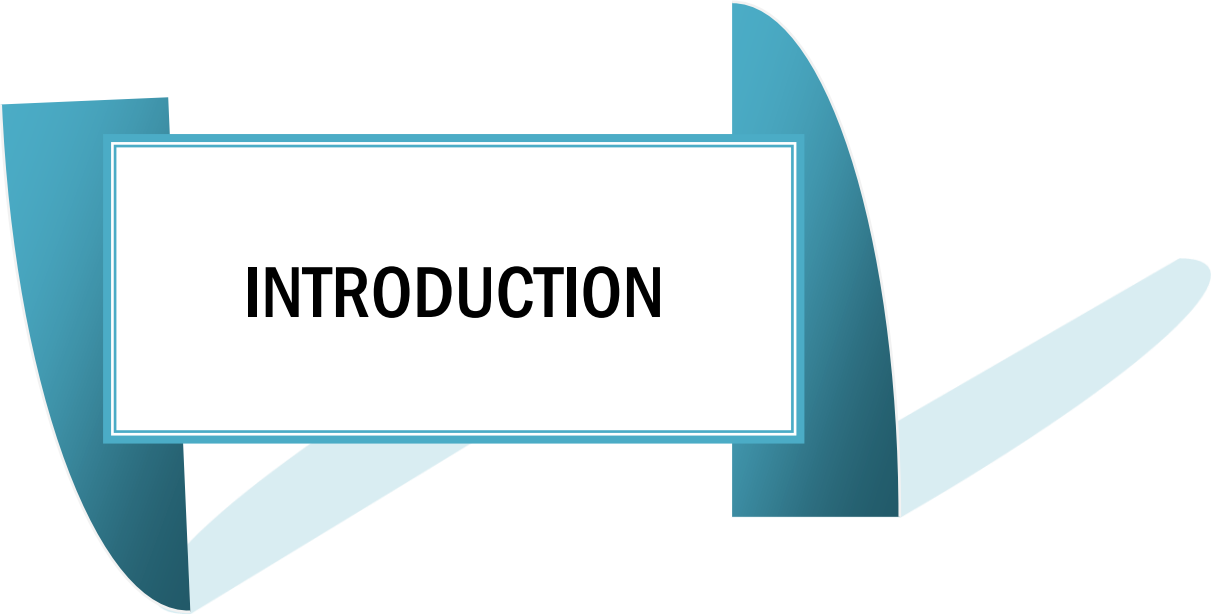
LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Tendance de quelques indicateurs des services préventifs de la santé de la mère et de l'enfant	17
Tableau II: Tendances de quelques indicateurs d'utilisation des soins curatifs	18
Tableau III : attributs et dimensions de la qualité des soins.....	35
Tableau IV: Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé (d'après penchansky / thomas, 1981) :	36
Tableau V: Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.....	45
Tableau VI: Répartition des patients en fonction de l'ethnie	47
Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la profession.....	48
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la religion	48
Tableau IX: Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction.....	50
Tableau X: Répartition des patients en fonction du type d'adhésion.	50
Tableau XI: Répartition des patients en fonction de la qualité d'accueil.....	51
Tableau XII: Temps d'attente du personnel soignant.....	52
Tableau XIII: Répartition en fonction de l'opinion sur la Durée de l'attente	52
Tableau XIV: Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations.....	53
Tableau XV : Répartition des patients en fonction des prescriptions et de la disponibilité des médicaments et examens complémentaires à l'hôpital	55
Tableau XVI: Répartition des patients en fonction du coût de la consultation	57
Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de la consultation.....	58
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction du coût de l'hospitalisation ou autres soins reçus	58
Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'hospitalisation / soins reçus.....	59
Tableau XX : Répartition des patients en fonction du cout moyen d'une ordonnance....	59
Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût de l'ordonnance.....	60
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction du cout moyen des examens complémentaires	60

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de l'opinion sur le coût des examens complémentaires.....	61
Tableau XXIV : Répartition des difficultés financières en fonction du sexe	61
Tableau XXV : Difficultés financières en fonction de la profession	62
Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de l'aide reçu	62
Tableau XXVII : Satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au CHU Point G.....	63
Tableau XXVIII : Satisfaction par rapport à l'AMO.....	63
Tableau XXIX : Raison de la satisfaction par rapport à l'AMO.....	64
Tableau XXX : Répartition des patients en fonction des suggestions d'amélioration de l'AMO	65
Tableau XXXI : Nombre de recours aux soins hospitaliers au cours des 6 derniers mois en fonction du sexe.....	66
Tableau XXXII : Nombre de recours aux soins hospitaliers depuis les 6 derniers mois en fonction du niveau d'instruction.....	67
Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction du nombre de recours aux médecins traditionnels depuis les 6 derniers mois.....	67
Tableau XXXIV : Répartition des patients en fonction du nombre de recours à la pharmacie par terre depuis les 6 derniers mois.....	68
Tableau XXXV : Premier recours en cas de maladie en fonction du sexe	68
Tableau XXXVI : Premier recours en fonction du niveau d'instruction.....	69
Tableau XXXVII : Premier recours en cas de maladie en fonction de la tranche d'âge	69
Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction de la raison du non recours à l'hôpital	70
Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction du moment du recours à l'hôpital.....	70

LISTE DES FIGURES

Figure I : cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de POOLE et CARLTON (1986).	34
Figure II : Répartition des patients en fonction du sexe.....	45
Figure III : Répartition des patients en fonction de l'âge.....	46
Figure IV : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial.	49
Figure V : Répartition des patients en fonction du régime matrimonial	49



INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

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

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

Au Mali, Malgré une importante extension géographique du réseau des centres de santé (la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé est passée de 29% en 1998 à 58% en 2010 selon le SLIS²), et donc

¹Organismes satellites : OMS (Organisation Mondiale de la Santé), UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund).

² SLIS: Système Local d'Information Sanitaire

l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins, le taux de consultation par habitant et par an reste très bas (0,37 en 2010). [3]

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

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

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

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

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

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

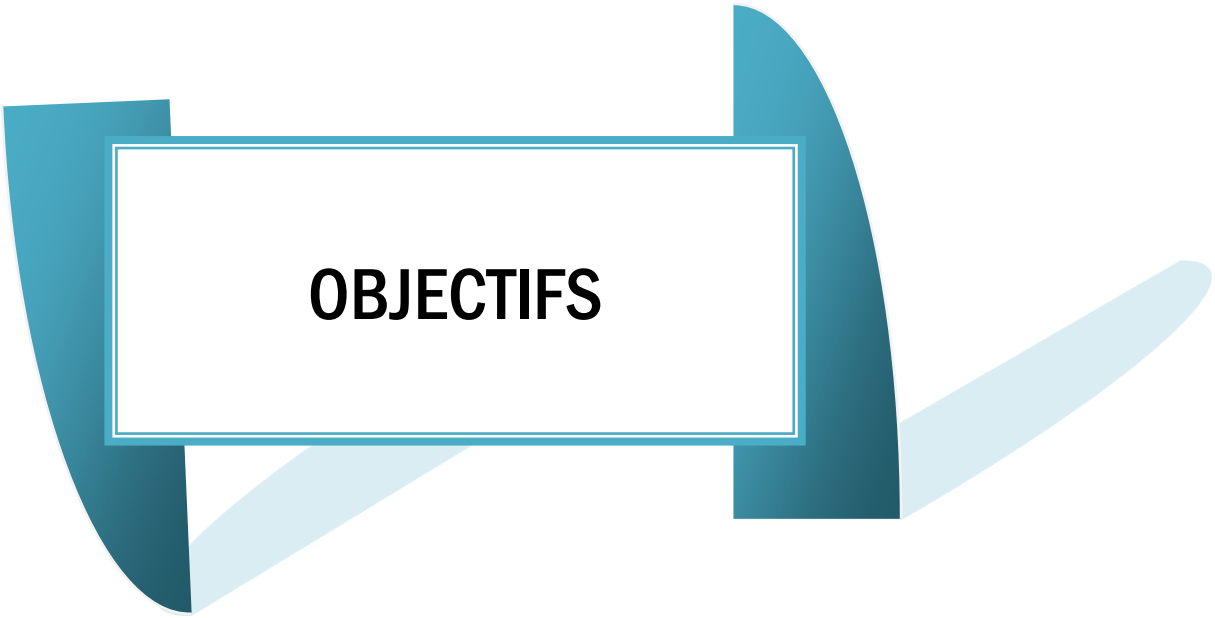
Ainsi, trois questions de recherche fondamentales peuvent être posées à savoir :

- Comment les bénéficiaires concernés ont-ils recours aux soins ?
- Quel est le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport à la qualité de l'offre ?
- la Couverture Maladie par l'AMO a-t-elle permis une réelle amélioration de l'accessibilité et la qualité de l'offre des soins ?

Notre étude se propose d'évaluer le recours aux soins des adhérents à l'AMO

Hypothèses de recherche :

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



OBJECTIFS

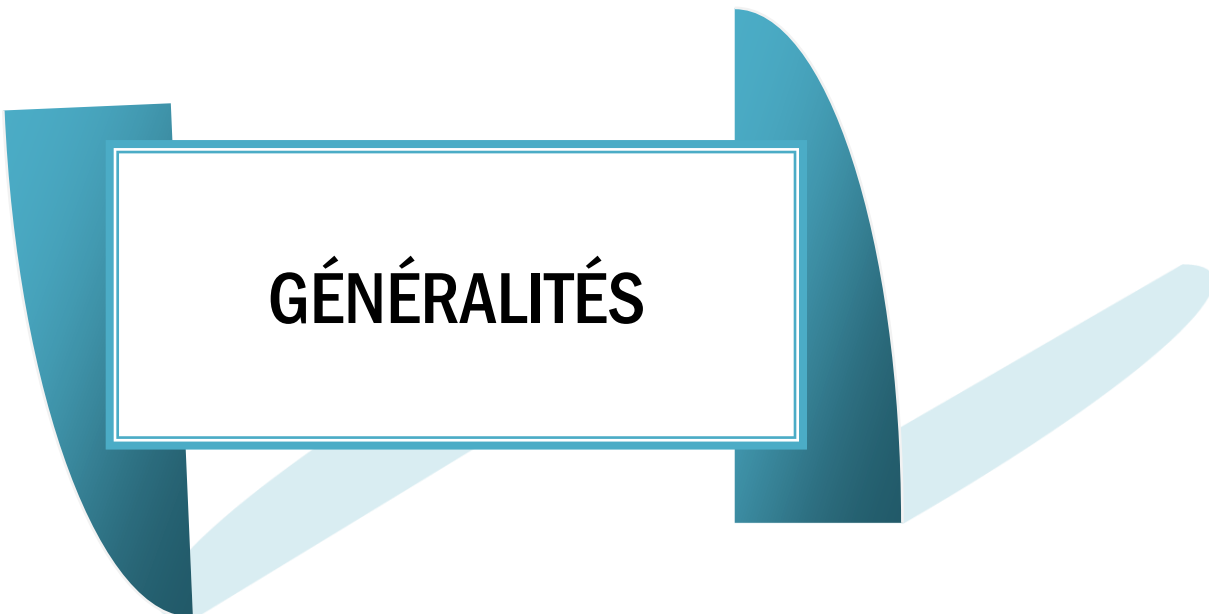
2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Évaluer le recours aux soins des adhérents à l'AMO au CHU du point G.

2.2. Objectifs spécifiques :

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



GÉNÉRALITÉS

3. GÉNÉRALITÉS

3.1. Revue de la littérature

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

3.2. Généralités sur le Mali [3].

3.2.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2. Situation économique et sociale

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

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

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

3.2.3. Politique nationale de la santé

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

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

³ Rapport 2011 de mise en œuvre du CSCRП 2007-2011

⁴ Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages (ELIM) de 2010

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

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

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

3.2.4. Politique nationale de protection sociale

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

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

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

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

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

3.2.5. Organisation du système de santé

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

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

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

outre il définit les critères d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce à mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

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

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

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

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

Le niveau central comprend : 5 Etablissements Publics Hospitaliers dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie-Stomatologie, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique) ; 5 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST): l'Institut National de Recherche en Santé Publique

(INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.

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

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

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

- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CS Réf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

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

Le secteur sanitaire privé :

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

Les services de santé de l'armée :

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

Les services confessionnels de santé :

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

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

3.2.6. Demande des services de santé [5]

3.2.6.1. Utilisation des services préventifs

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

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

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

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

3.2.6.2. Utilisation des services curatifs

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

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

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

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

3.3. Régime malien de sécurité sociale

3.3.1. Généralités sur le régime malien de sécurité sociale

3.3.1.1. Structure du régime de sécurité sociale [9]

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

Il assure aux intéressés une protection contre les risques :

- maladie-maternité,
- accidents du travail et des maladies professionnelles,
- vieillesse, invalidité, décès-survivants,
- prestations familiales.

3.3.1.2. Organisation administrative du régime [9]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.2. Protection contre les risques de maladie-maternité

3.3.2.1. Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

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

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

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

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

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

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

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

3.3.2.2. Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

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

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

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

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

Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 % (L'État contribue à hauteur de 65% du montant total nécessaire au fonctionnement du RAMED et les Collectivités Territoriales pour 35%) [4].

3.3.3. Prestations familiales [9].

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

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

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

Incapacité temporaire

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

Incapacité permanente

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

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

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

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

Décès

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

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

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

3.3.5. Invalidité, vieillesse [9].

Invalidité

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

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

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

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

Vieillesse

➤ Pension

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

d'anticipation.

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

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

➤ **Allocation vieillesse de solidarité**

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

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

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

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

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

3.4.1. Déterminants financiers

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

➤ Effet négatif du prix/du recouvrement des coûts :

Si le recouvrement des coûts en général, et le prix des soins en particulier,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une seconde composante est la qualité technique des personnels de santé, mais pas nécessairement dans le sens où on l'entend habituellement⁵.

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

3.4.3. Autres déterminants [2].

- L'âge : L'impact de cette variable sur l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau est lié aux pathologies associées. L'adulte d'âge avancé aura tendance à délaisser les soins de premier niveau pour recourir à des soins plus spécialisés en milieu hospitalier notamment (Mariko2003) ;
- Le genre : Son rôle ne semble pas faire l'unanimité. Pour certains, il n'a pas d'effet sur l'utilisation de soins de premier niveau (Mariko 2003), pour les autres, les femmes utiliseraient « naturellement » moins les structures de soins alors qu'elles auraient davantage de besoins de santé (Buor 2004). Mais, tout dépend du type de services analysé, car nous verrons, dans le cas du Mali, que les soins de prévention ne concernent que les mères et les enfants.

⁵Pas nécessairement dans le sens des compétences réelles du personnel, mais en terme de qualité des soins perçue par les usagers

- L'accessibilité géographique : Elle semble ne pas poser de problèmes en milieu urbain (Jaffré et de Sardan 2003), mais continue d'être préjudiciable en milieu rural notamment pour les soins de santé maternelle et infantile et les accouchements en milieu médicalisé.
- Le niveau d'instruction : Il apparaît dans certaines études comme déterminant pour l'accès aux soins des femmes notamment en milieu rural (Buor 2004, 2003) et n'aurait pas particulièrement d'effet en milieu urbain (Mariko 2003).

3.5. Modèles d'utilisation des services de santé

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

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

En effet, selon Fournier et Haddad, ces tendances contrairement aux pays occidentaux, donnent à penser que les dispensateurs dans les pays en développement n'ont pas la capacité de « fidéliser » leur clientèle tout au long de l'épisode de maladie. Par conséquent, les services utilisés vont correspondre pour l'essentiel aux choix et aux décisions des populations. Ainsi, les auteurs estiment

que l'indépendance des individus à l'égard de leurs dispensateurs leur donne une grande latitude dans leurs conduites thérapeutiques, qui leur permet de changer de dispensateurs, par exemple, s'ils estiment que ces derniers ne sont parvenus à améliorer leur état de santé.

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

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

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

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

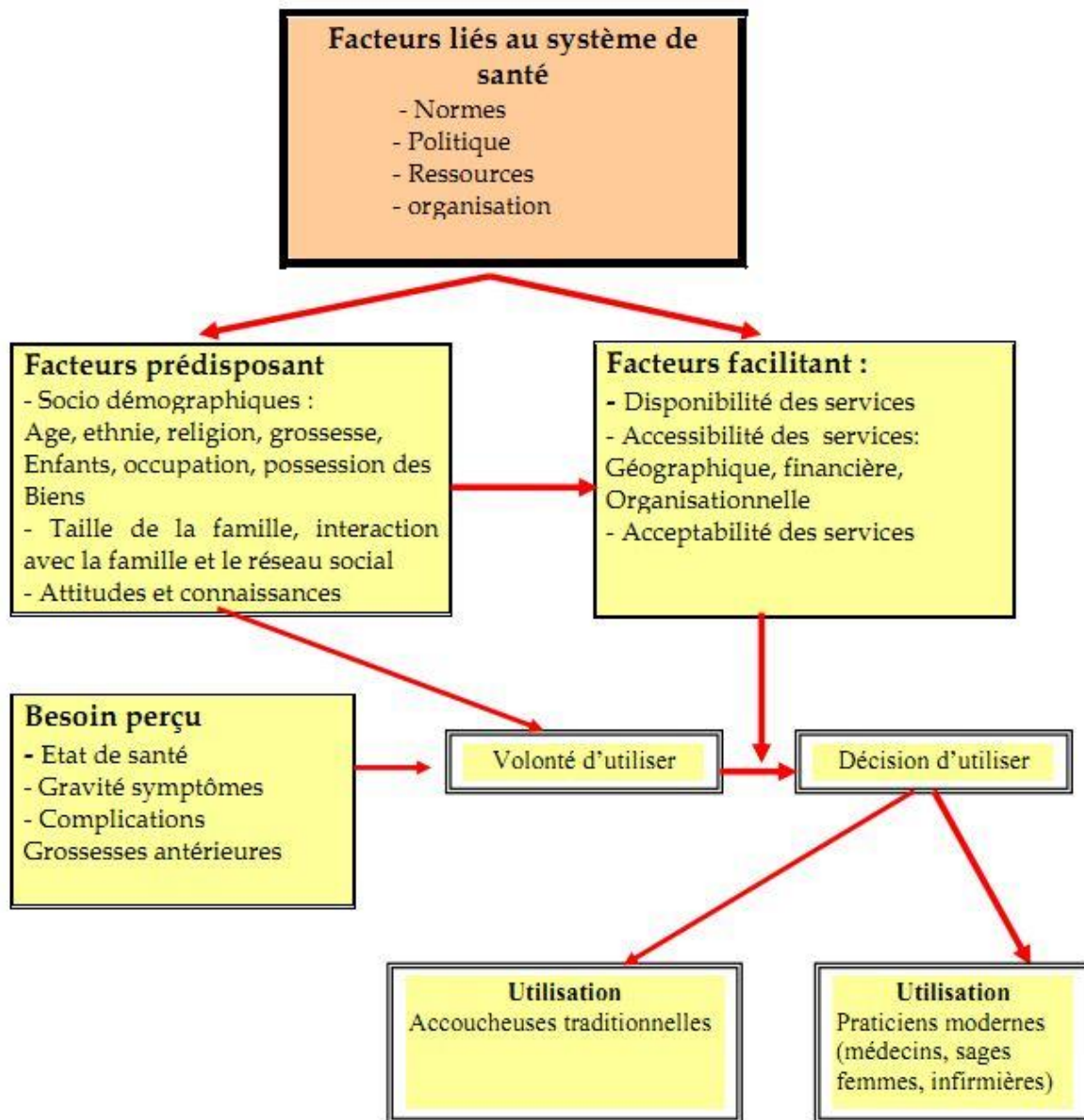


Figure I : cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de POOLE et CARLTON (1986).

Tableau III : attributs et dimensions de la qualité des soins⁶

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

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

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

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



MÉTHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Type d'étude :

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

4.2. Lieu d'étude :

L'étude a été réalisée au CHU Point G.

Le choix du lieu a été fait sur la base de sa grande fréquentation.

Tous les services de soins et d'hospitalisation du CHU du point G ont été choisis pour inclure les patients, en dehors du service de psychiatrie, dû au fait que les patients s'y trouvant ne bénéficient pas toujours de leur intégrité mentale et ne peuvent pas ainsi répondre aux critères d'inclusion.

4.3. Période d'étude

L'étude a débuté en Octobre 2014 avec la rédaction du protocole et s'est poursuivi jusqu'en Mai 2015 avec la collecte des données sur le terrain, la saisie et l'analyse des données et la finalisation de la thèse.

4.4. Population d'étude :

La population d'étude a été constituée des patients s'étant présenté au CHU Point G, adhérents à l'AMO.

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

Recueil des informations

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

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

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

Variables étudiées

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

4.6. Echantillonnage:

4.6.1. Technique d'échantillonnage :

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

4.6.2. Taille de l'échantillon :

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

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

n= taille de l'échantillon

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

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

$$P = \frac{\text{nombre d'assurés à l'AMO à Bamako}}{\text{population de Bamako}} = \frac{120929}{1926748} = 0,0628$$

q= complément de p (q= 1-p). Ici égal à 1 - 0,0628 = 0,937

i= précision = 5%.

Ainsi la taille de notre échantillon sera égale à :

$$n = (1,96)^2 \frac{(0,0628) \cdot (0,937)}{(0,05)^2} = 90,39$$

Soit environ 91 patients.

Nous avons majoré à 98 patients.

Notre étude a donc portée sur **98** patients.

4.7. Critères d'inclusion :

- Tout patient adhérent à l'AMO
- Tout patients ayant droit⁷.

4.8. Critères De non inclusion :

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

4.9. Traitement et analyse des données :

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

4.10. Considérations éthiques :

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

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

⁷ Bénéficiaire de l'AMO par l'intermédiaire de son conjoint, de son parent direct, ou de son enfant.

4.11. Cadre d'étude : CHU POINT G

4.11.1. Présentation

Le CHU du Point G est situé sur la colline du Point G sur la rive gauche du fleuve Niger en Commune III du district de Bamako, il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70 % sont bâtis.

4.11.2. Organisation

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

Les services existants au CHU du Point G sont :

➤ **L'administration générale composée de :**

- La direction générale
- Le secrétariat général
- Le secrétariat particulier
- Le bureau du personnel
- La surveillance générale
- La comptabilité
- Le contrôle financier
- Le bureau des entrées
- Le service social
- Le service informatique
- Le service des statistiques (chargé de l'information hospitalière).

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

- Le service d'anesthésie, de réanimation et des urgences
- Le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B
- Les services de chirurgie : la Chirurgie A avec la Coelio-chirurgie, la Chirurgie B, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie
- Le service d'hématologie oncologie médicale
- Le service de médecine interne
- Le service des maladies infectieuses
- Le service de néphrologie et d'hémodialyse
- Le service de neurologie
- Le service de pneumo-phtisiologie
- Le service d'anatomo-pathologie.
- Le service de psychiatrie
- Le service d'imagerie médicale avec radiologie/ Scanner, échographie, médecine nucléaire.
- Le laboratoire
- La pharmacie hospitalière
- La kinésithérapie.



RÉSULTATS

5. RESULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients.

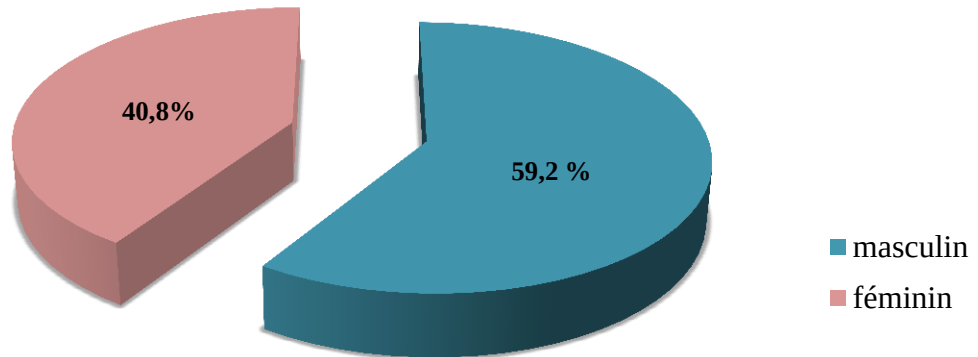


Figure II : Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 59,2%, ce qui s'explique par l'effet de l'échantillonnage.

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

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
16-24 ans	1	1,0
25-34 ans	10	10,2
35-44 ans	18	18,4
45-54 ans	17	17,3
55-64 ans	18	18,4
65 ans et plus	34	34,7
Total	98	100,0

Dans notre échantillon, 34 patients sur 98 étaient de la tranche d'âge 65 ans et plus, soit 34,7%. Ce qui s'expliquerait par le fait que c'est une tranche d'âge qui présente généralement des pathologies chroniques telles que le Diabète et l'HTA, et ont tendance à délaissé les soins de premier niveau pour recourir aux soins plus spécialisés, en milieu hospitalier.

Nous n'avons enregistré qu'un seul patient dans la tranche d'âge 16-24 ans.

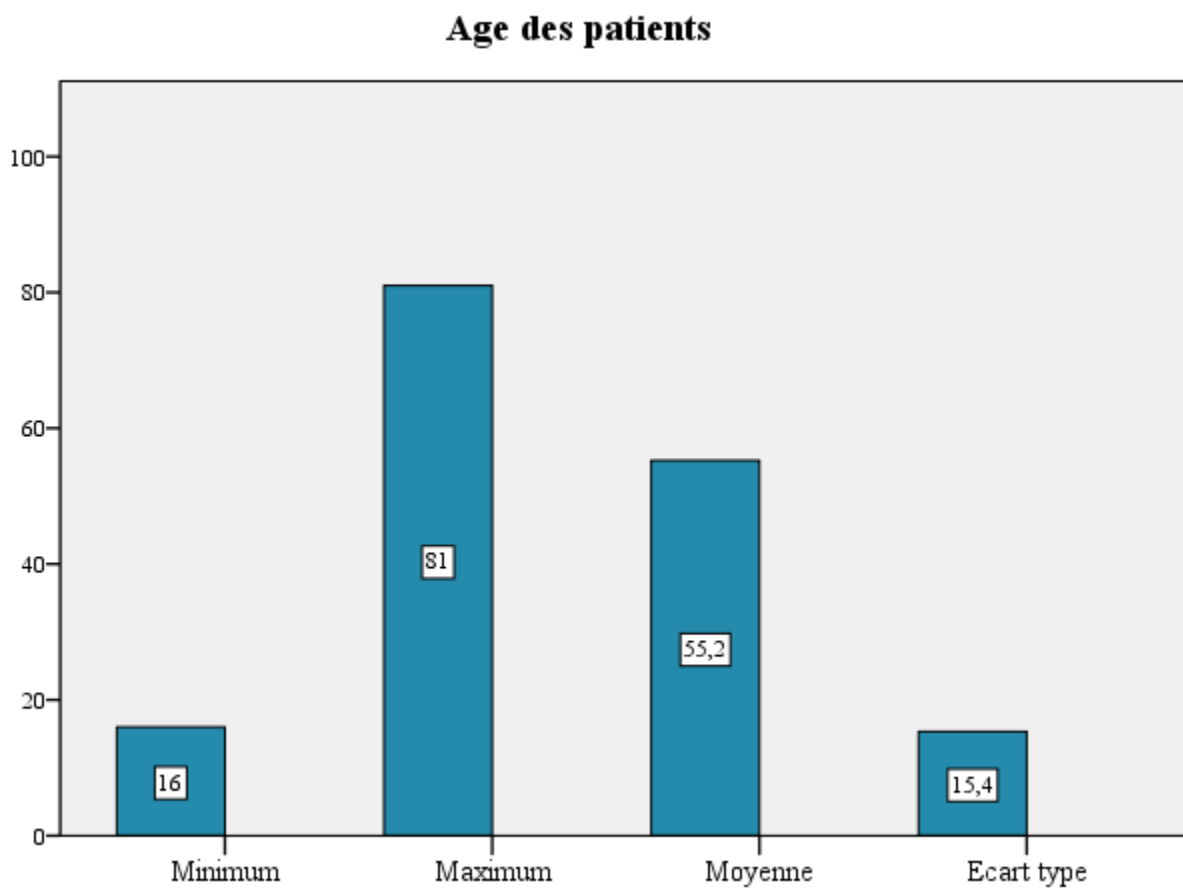


Figure III : Répartition des patients en fonction de l'âge

Dans notre échantillon, nous avons trouvé une moyenne d'âge à 55,2 ans, avec un écart type de 15,4 ans, pour un minimum à 16 ans et un maximum à 81 ans.

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

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	31	31,6
Malinké	14	14,3
Peulh	12	12,2
Senoufo	7	7,1
Sonrhaï	7	7,1
Sarakolé	6	6,1
Dogon	6	6,1
Minianka	3	3,1
Kassonké	2	2,0
Maure	2	2,0
Wolof	1	1,0
Bozo	1	1,0
Somono	1	1,0
Bobo	1	1,0
Diawandé	1	1,0
Kakolo	1	1,0
Mochi	1	1,0
Souraka	1	1,0
Total	98	100,0

L'échantillon était composé exclusivement de Maliens (100%). Sur 98 patients nous avons retrouvé 31 bambara, 14 malinké et 12 peulh, soit respectivement 31,6%, 14,3% et 12,2%. Cette répartition est conforme à la norme nationale. Nous avons retrouvé 18 ethnies différentes, ce qui montre la représentativité de l'échantillon.

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la profession.

	Effectifs	Pourcentage (%)
Retraité	30	30,6
Salariés (publique et privé)	18	18,4
Ménagère	15	15,3
Enseignant (e)	12	12,2
Profession informelle	8	8,2
Agent de santé	7	7,1
Commerçant (e)	4	4,1
Paysan (e)	3	3,1
Elève	1	1,0
Total	98	100,0

Sur 98 patients, 30 étaient en retraite, soit 30,6% de l'échantillon. Cela s'expliquerait par la forte représentativité de la tranche d'âge des 65ans et plus (34,7%), âge de la retraite.

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la religion

Religion	Effectifs	Pourcentage (%)
Musulmane	96	98,0
Chrétienne	2	2,0
Total	98	100,0

Sur un total de 98 patients, 96 étaient de religion musulmane, soit 98% de l'échantillon. Cela trouve son explication logique dans la tendance religieuse du pays qui est à 90% de religion musulmane.

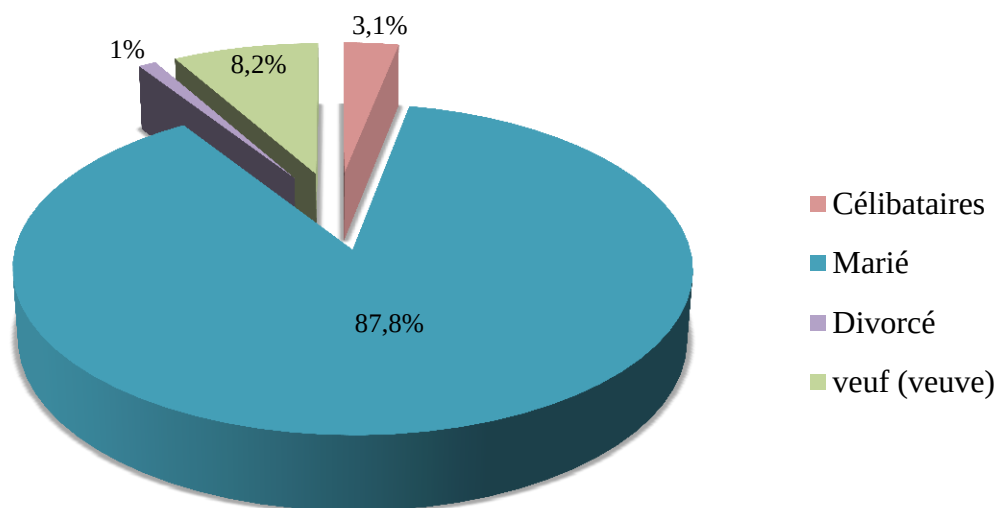


Figure IV : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial.

Les mariés ont été les plus représentés avec 87,8%.

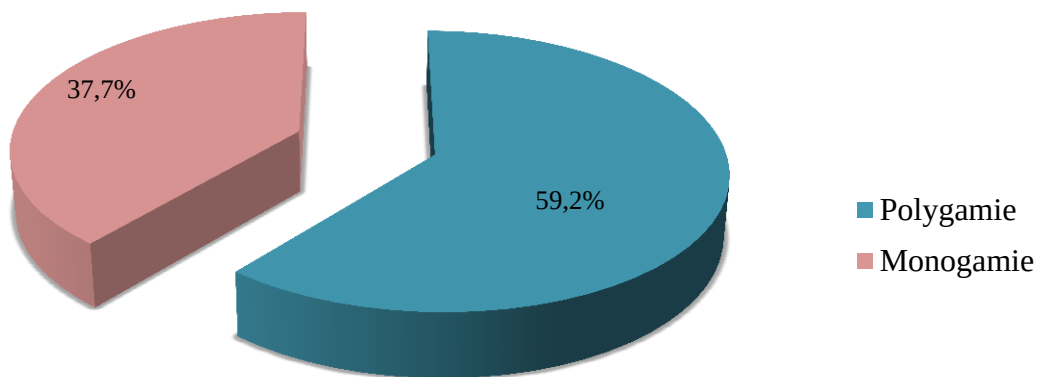


Figure V : Répartition des patients en fonction du régime matrimonial

Le régime polygamique a été le plus représenté avec 59,2%.

Tableau IX: Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucun	20	20,4
Fondamental 1er cycle	15	15,3
Fondamental 2ème cycle	11	11,2
Secondaire	26	26,5
Supérieur	26	26,5
Total	98	100,0

Les niveaux d'instruction secondaire et supérieur ont été les plus représentés avec 26,5% des cas chacun. Ce qui s'explique par le fait que les adhérents de l'AMO (représentant 58,7% de notre échantillon), mis appart les ayants droits, sont des travailleurs et ont généralement un bon niveau d'instruction.

5.2. Statut des patients par rapport à l'AMO

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

	Effectifs	Pourcentage (%)
Adhérents	57	58,2
Ayants droit		
Par mon (ma) conjoint (e)	19	19,4
Par mon parent	2	2,0
Par mon enfant	20	20,4
Total	98	100,0

Sur les 98 patients de notre échantillon, 41 patients bénéficiaient de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant, soit 41,8% de l'échantillon. Ils avaient ainsi le statut d'ayants droit. Les bénéficiaires principaux (ouvriers droit) ont été plus représentés avec 58,2% des cas.

5.3. Qualité perçue

5.3.1. Accueil

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

Qualité de l'accueil		Effectif	Pourcentage (%)
Courtoisie à l'entrée du CHU	beaucoup	81	82,7%
	moyennement	11	11,2%
	un peu	4	4,1%
	pas du tout	2	2,0%
Orientation	oui	76	77,6%
	non	22	22,4%
Privilège	oui	21	21,4%
	non	77	78,6%
Installation pendant l'attente du Médecin	très confortablement	8	8,2%
	assez confortablement	52	53,1%
	assez inconfortablement	14	14,3%
	très inconfortablement	20	20,4%
	n'a pas attendu	4	4,1%

La courtoisie à l'entrée du CHU a été très bonne pour 82,7% des patients ; pour 77,6% des patients, l'orientation a été effective. Cependant on note une forte proportion des patients ne s'étant pas senti confortablement installé pendant l'attente du médecin (38,7%). Ces résultats s'expliquent par le fait qu'il y-a une bonne organisation du système d'accueil et d'orientation mise en place au bureau des entrées du CHU. Cependant, on constate au niveau du lieu d'attente de certains services de consultations un mauvais état des sièges prévus pour l'attente.

Tableau XII: Temps d'attente du personnel soignant

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Temps d'attente du personnel soignant	00h:00min	08h:00min	02h:07min	01h:52min

La moyenne de temps d'attente du personnel soignant a été de 02h : 07min, pour un maximum de temps d'attente à 08h : 00min. ce qui s'explique par le nombre élevé de patients pris en consultation par jour (y compris les non adhérents), le nombre restreint du personnel consultant par rapport à la demande et le nombre limite de jours de consultations par semaine.

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

Durée de l'attente	Effectifs	Pourcentage
Longue	56	57,1
Acceptable	30	30,6
Courte	9	9,2
N'a pas attendu	3	3,1
Total	98	100,0

Sur les 98 patients sélectionnés, 56 ont trouvé la durée d'attente du personnel soignant longue, soit 57,1% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients arrivent généralement plus tôt que l'heure prévue pour le début de consultation, dans l'espoir d'être vite reçu et se retrouvent à attendre un peu plus, vu le nombre élevé de patients pris par jour en consultation.

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

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

Qualité des consultations		Effectifs	Pourcentages(%)
Facilité d'accès au médecin	oui	65	66,3%
	non	33	33,7%
Confidentialité de la consultation	beaucoup	93	94,9%
	moyennement	3	3,1%
	pas du tout	2	2,0%
Réponses aux questions posées	beaucoup	91	92,9%
	moyennement	7	7,1%
Respect du patient	beaucoup	95	96,9%
	moyennement	3	3,1%
Attention portée sur la maladie	beaucoup	93	94,9%
	moyennement	4	4,1%
	pas du tout	1	1,0%
Respect de l'intimité physique	beaucoup	95	96,9%
	moyennement	2	2,0%
	pas du tout	1	1,0%
Explications données sur la maladie	non	3	3,1%
	Oui mais pas clair	12	12,2%

	Oui et clairement	83	84,7%
Nature de l'incompréhension	l'origine	6	6,1%
	la gravité	2	2,0%
	Si guérison possible	5	5,1%
	Aucune	85	86,7%
Encouragement à la prise des traitements	Beaucoup	96	98,0%
	Moyennement	1	1,0%
	Pas du tout	1	1,0%

En général la qualité des consultations était bonne. La majorité des patients a affirmé avoir eu un accès facile au médecin, une consultation confidentielle, avoir été respecté, et avoir reçu des explications claires sur sa maladie.

5.4. Disponibilité des médicaments et examens complémentaires

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

Ordonnances et examens		Effectifs	Pourcentage(%)
Ordonnance après consultation	Oui	94	95,9%
	Non	4	4,1%
Raison de l'absence de l'ordonnance	pas prescrit	3	3,1%
	Ne sait pas	1	1,0%
Prise en charge de tous les médicaments par l'AMO	Oui	68	69,4%
	Non	26	26,5%
Médicaments et appareils non pris en compte par l'AMO	Ne se rappelle pas	11	11,2%
	Anti calcium	1	1,0%
	Calciparine	1	1,0%
	Erythropoïétine	5	5,1%
	Exoforge	1	1,0%
	Fer	2	2,0%
	Glucomètre	1	1,0%
	Imipenème	1	1,0%
	Vastator	1	1,0%
	Ne sait pas	1	2,0%
	Cathéter de dialyse	3	3,1%
examens complémentaires après consultation	Oui	95	96,9%
	non	3	3,1%

Raison de l'absence d'examens complémentaires	Pas prescrit	2	2,1%
	Examens déjà faits	1	1,0%
Prise en charge de tous les examens par l'AMO	oui	76	77,6%
	non	20	20,4%
Examens complémentaires non pris en compte par l'AMO	Charge virale	2	2,0%
	Ne se rappelle pas	14	11,2%
	NFS ⁸	1	1,0%
	Parathormone	2	2,0%
	PSA ⁹	1	1,0%
	Totalité obtenue	4	4,1%
	Une partie	32	32,7%
Achat des médicaments et appareils prescrits à la pharmacie de l'hôpital	Aucuns obtenus	34	34,7%
	ne sait pas	12	12,2%
	ne se rappelle pas	4	4,1%
	Ne s'y est pas rendu	12	12,2%
	Totalité réalisée	8	8,2%
Réalisation des examens complémentaires prescrits au niveau de l'hôpital	Une partie	44	44,9%
	Aucun réalisé	26	26,5%
	ne sait pas	12	12,2%
	Ne s'y est pas rendu	8	8,2%

⁸ Numération Formule Sanguine

⁹ Prostatic Spésific Antigen

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

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

5.5. Couts induits par la demande des soins

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

Coût de la consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Ne se rappelle pas	9	9,2
Ne sait pas	5	5,1
N'a rien payé	11	11,2
300 FCFA	1	1,0
450 FCFA	70	71,4
1 000 FCFA	2	2,0
Total	98	100,0

Parmi les 98 patients de notre échantillon, 70 avait la connaissance du prix exact de la consultation pour les bénéficiaires de l'AMO. En effet le prix de la consultation est de 1 500 FCFA pour les non adhérents et de 450 FCFA pour les adhérents.

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

Montant de la consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Elevé	5	5,1
Pas élevé	89	90,8
ne sait pas	4	4,1
Total	98	100,0

Sur les 98 patients sélectionnés, 89 ont considéré le prix de la consultation pas élevé, soit 90,8%. Ce qui s'explique par le fait que le ticket modérateur en charge de l'assuré ne représente que 30% de la dépense de santé en ambulatoire, soit 450 FCFA pour les consultations au CHU du point G.

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

Coût de l'hospitalisation / soins reçus	Effectifs	Pourcentage (%)
ne se rappelle pas	5	5,1
N'a rien payé	1	1,0
ne sait pas	5	5,1
N'en a pas bénéficié	67	68,4
[5 00 – 1 000[FCFA	13	13,3
[1 000 – 5 000[FCFA	1	1,0
[5 000 – 10 000[FCFA	1	1,0
[10 000 – 15 000] FCFA	3	3,1
>15 000 FCFA	2	2,0
Total	98	100,0

Dans 68,4% des cas les patients n'avaient pas eu besoin de l'hospitalisation ou des soins payants. Cependant pour ceux qui en avaient bénéficié, les dépenses se sont situées dans la majorité des cas entre 5 00 et 1 000 FCFA. Ce qui s'explique par le fait que pour les hospitalisations, l'assuré ne paye que 20% de la dépense de santé.

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

	Effectifs	Pourcentage (%)
Elevé	2	6,4
Pas élevé	26	83,9
ne sait pas	3	9,7
Total	31	100,0

Parmi les 31 patients ayant bénéficié de l'hospitalisation et des soins à titre de l'assurance maladie, 26 ont considéré les couts pas élevé. Ce qui s'explique par le fait que pour les hospitalisations, l'assuré ne paye que 20% de la dépense de santé.

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

Coût moyen des ordonnances	Effectifs	Pourcentage (%)
ne se rappelle	45	45,9
ne sait pas	11	11,2
[1 000 – 5 000]FCFA	10	10,2
[5 000 – 10 000]FCFA	19	19,4
[10 000 – 15 000] FCFA	7	7,1
>15 000 FCFA	6	6,2
Total	98	100,0

Le cout d'une ordonnance était situé en majorité entre 5 000 et 10 000 FCFA. Cependant, 45,9% des patients ne se rappelait pas du cout moyen des ordonnances. Ce sont les accompagnants qui se chargent généralement d'effectuer les différents paiements pour le malade.

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

	Effectifs	Pourcentage (%)
Elevé	14	14,3
Pas élevé	76	77,6
ne sait pas	8	8,2
Total	98	100,0

La majorité des patients, soit 77,6%, avait considéré le coût de leur ordonnance pas élevé. Les dépenses en médicaments ne représentent que 30% du prix pour les adhérents. Ce qui réduit considérablement la dépense en santé.

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction du coût moyen des examens complémentaires

	Effectifs	Pourcentage (%)
ne se rappelle pas	57	58,2
ne sait pas	9	9,2
[1 000 – 5000]FCFA	9	9,2
[5 000 – 10 000]FCFA	7	2,0
[10 000 – 15000] FCFA	8	1,0
>15 000 FCFA	8	1,0
Total	98	100,0

Dans notre échantillon, la majorité des patients ne se rappelait pas du coût des examens complémentaires effectués, soit 58,2%. Ce qui s'explique par le fait que généralement ce sont les accompagnants qui se rendent au guichet pour effectuer les formalités administratives. Pour ceux qui se sont rappelés, le prix moyen se situait en majorité entre 1 000 et 5 000 FCFA.

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

	Effectifs	Pourcentage (%)
Elevé	20	20,4
Pas élevé	73	74,5
ne sait pas	5	5,1
Total	98	100,0

La majorité des patients, soit 74,5%, avait considéré le cout de leurs examens complémentaires pas élevé. Cela s'expliquerait par le fait que le ticket modérateur à la charge de l'adhérent ne représente que 30% du prix de l'examen, ce qui réduit considérablement la dépense.

5.6. Difficultés financières

Tableau XXIV : Répartition des difficultés financières en fonction du sexe

	Difficultés financières		Total
	oui	non	
Masculin	14	44	58
Féminin	12	28	40
Total	26 (26,5%)	72 (73,5%)	98

Dans notre échantillon, 73,5% des patients n'ont pas eu de difficultés financières lors de leur recours aux soins au CHU point G. Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la présence des difficultés financières et le sexe, avec $P=0,518$ ($>0,05$)

Tableau XXV : Difficultés financières en fonction de la profession

	Difficultés financières		Total
	Oui	non	
paysan (e)	1	2	3
commerçant (e)	2	2	4
Fonctionnaire	7	11	18
Ménagère	5	10	15
Retraite	7	23	30
agent de santé	2	5	7
profession informelle	0	8	8
enseignant (e)	2	10	12
Elève	0	1	1
Total	26	72	98

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

Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de l'aide reçu

		aide reçue des parents proches	aucune aide reçue	Total
Présence de difficulté financière	oui	22	4	26
	non	49	23	72
Total		71(72,45%)	27(27,55%)	98

Dans la majorité des cas (72,45%), les patients ont reçu de l'aide des parents proches, malgré l'absence de difficultés financières. Cela trouve son explication sur l'esprit de solidarité qui règne dans le système de vie au Mali. Il n'y a pas eu de relation statistiquement significative entre la présence de l'aide et la présence de difficulté financières $P=0,105 (>0,05)$

5.7. Satisfaction des bénéficiaires

Tableau XXVII : Satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge au CHU Point G

Satisfaction	Effectifs	Pourcentage (%)
Pas satisfait (e) du tout	9	9,2
Pas très satisfait (e)	13	13,3
Assez satisfait	19	19,4
Très satisfait (e)	57	58,2
Total	98	100,0

La plupart des patients a été très satisfaite de la qualité de la prise en charge au CHU du point G, soit 58,2%, avec un taux de satisfaction à 77,6%. Cela pourrait s'expliquer soit par la qualité élevée de la prise en charge au CHU du point G, soit par le fait que la plupart des patients ne connaissent pas la norme de qualité de soins qu'ils méritent et ne se contentent que de ce qu'ils reçoivent.

Tableau XXVIII : Satisfaction par rapport à l'AMO

	Effectifs	Pourcentage (%)
Pas satisfait (e) du tout	1	1,0
Pas très satisfait (e)	5	5,1
Assez satisfait (e)	28	28,6
Très satisfait (e)	64	65,3
Total	98	100,0

Dans la majorité des cas (65,3%), les patients ont été satisfaits de l'AMO, avec un taux de satisfaction à 93,9%.

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

	Effectif	Pourcentage (%)
Accès facile aux soins	96	98,0%
Médicaments disponibles à vil prix?	94	95,9%

Presque la totalité de notre échantillon a été satisfaite de l'assurance maladie obligatoire. Dans 98% des cas pour la facilité d'accès aux soins et dans 95,9% des cas pour la disponibilité des médicaments à vil prix.

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

	Effectifs	Pourcentage (%)
Réduire les procédures	42	42,9%
Réduire le temps d'attente aux caisses	28	28,6%
Améliorer la qualité de l'accueil	15	15,3%
Augmenter la liste des prestations couvertes	13	13,3%
Améliorer la collaboration avec les pharmacies et laboratoires.	5	5,1%
Bien former le personnel	3	3,1%
Réduire le taux des cotisations	2	2,0%
Augmenter les catégories d'ayants droit	2	2,0%
Augmenter le nombre de guichets	2	2,0%
Prendre en compte les évacuations sanitaires	2	2,0%
Caisses AMO au niveau des services.	2	2,0%
Propres structures sanitaire pour l'AMO	2	2,0%
Augmenter le nombre de souches des reçus	1	1,0%

5.8. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaire de l'AMO face à la Maladie

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

	Masculin	Féminin	Total
1 fois	9	7	16
2 fois	8	7	15
Au moins 3 fois	41	26	67 (68,3%)
Total	58	40	98

Plus de la moitié de notre échantillon a eu recours au moins trois fois aux soins hospitaliers au cours des six derniers mois. Cela s'expliquerait par la facilité d'accès aux soins que leur offre l'assurance maladie. Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le nombre de recours aux soins hospitaliers et le sexe, avec $P > 0,05$

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

	aucun	Fondamental et secondaire	supérieur	Total
1 fois	3	8	5	16
2 fois	4	8	3	15
Au moins 3 fois	13	36	18	67
Total	20	52	26	98

Nous n'avons pas retrouvé de relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le nombre de recours aux soins $p > 0,05$.

Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction du nombre de recours aux médecins traditionnels depuis les 6 derniers mois

	Effectifs	Pourcentage
0 fois	89	90,8
1 fois	1	1,0
2 fois	5	5,1
3 fois	2	2,0
6 fois	1	1,0
Total	98	100,0

Dans notre échantillon, seulement 9 patients sur les 98 ont eu recours aux médecins traditionnels au moins une fois au cours des six mois précédant l'enquête, soit 9,2%. Cela s'expliquerait par la facilité d'accès financière aux soins que leur offre l'AMO. Ce qui montre bien le rôle important du déterminant financier dans le choix de l'itinéraire thérapeutique.

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

	Effectifs	Pourcentage
0 fois	96	98,0
2 fois	1	1,0
3 fois	1	1,0
Total	98	100,0

Les pharmacies par terre ont été visitées par seulement 2 patients sur le total des 98 patients de notre échantillon, pendant les six mois précédant l'enquête. Cela s'explique bien par le fait du facile accès aux médicaments de bonne qualité et a vils prix grâce à l'assurance maladie, d'ailleurs raison de la satisfaction de 95,9% de notre échantillon par rapport à l'AMO.

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

genre des adhérents		Total
	Masculin	Féminin
Auto médication	14	4
Médecins traditionnels	2	1
Hôpital	42	35
Total	58	40
		98

Dans 78,6% des cas, l'hôpital a été le premier recours en cas de maladie. Cela s'explique bien par l'accès facile aux soins hospitaliers qu'offre l'assurance maladie, d'ailleurs raison de la satisfaction de 98,0% de notre échantillon par rapport à l'AMO.

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le premier recours et le sexe, avec $P = 0,189 (>0,05)$

Tableau XXXVI : Premier recours en cas de maladie en fonction du niveau d'instruction

Premier recours				Total
	Auto médication	Médecins traditionnels	Hôpital	
Aucun	4	1	15	20
Fondamental et Secondaire	6	1	45	26
Supérieur	8	1	17	26
Total	18	3	77	98

Nous n'avons pas retrouvé de relations statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le premier recours en cas de maladie dans notre échantillon, avec $P (>0,05)$.

Tableau XXXVII : Premier recours en cas de maladie en fonction de la tranche d'âge

Premier recours				Total
	auto médication	m traditionnels	hôpital	
16-24 ans	0	0	1	1
25-34 ans	1	0	9	10
35-44 ans	3	1	14	18
45-54 ans	2	1	14	17
55-64 ans	2	0	16	18
65 ans et plus	10	1	23	34
Total	18	3	77	98

Aucune relation statistiquement significative n'a été retrouvée entre la tranche d'âge et le premier recours dans notre échantillon avec $P= 0,773 (>0,05)$. Ce qui s'expliquerait par le fait que les tranches d'âges n'étaient pas proportionnellement représentées, et certaines tranches d'âges ont été sous représentées dans notre échantillon.

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

	Effectifs	Pourcentage
pas assez d'argent	2	2,0
moins contraignant que l'hôpital	17	17,3
Conception de la gravité.	1	1,0

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

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

Moment du recours à l'hôpital	Effectifs	Pourcentage
Dès l'apparition des premiers signes de la maladie	75	76,5
A la persistance des symptômes	22	22,4
A l'aggravation de l'état de santé	1	1,0
Total	98	100,0

Dans notre échantillon, pour 75 patients le recours à l'hôpital est envisagé dès l'apparition des premiers signes. Par contre 22,4% des patients l'on envisager a la persistance des symptômes.

Ce qui s'expliquerait par la perception de la gravité que chacun a de sa maladie, n'étant alarmer le plus souvent que par la persistance des symptômes.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Les limites et difficultés de l'étude

Notre travail s'est inscrit dans le cadre d'une étude transversale descriptive sur le recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU du point G. Il s'agissait d'apprécier la qualité de l'offre, la satisfaction des bénéficiaires, les couts induits par la demande des soins et l'itinéraire thérapeutique des bénéficiaires face à la maladie.

En raison du temps et des ressources limitées, la taille de notre échantillon a été limitée à 98 patients, mais qui est néanmoins représentative des affiliés à l'AMO à Bamako selon notre méthode de calcul.

L'étude intéressait tous les services du CHU du point G, mais nous avons plus recruté les patients dans certains services que dans d'autres, lié au fait que ces services étaient plus visités par les adhérents à l'AMO lors de nos différents passages.

Nous avons procédé à la collecte des données sur une fiche d'enquête, par un interrogatoire direct au cours d'un entretien individuel. Au cours du recrutement et des entretiens, nous avons été confrontés à certaines difficultés :

- Refus de certains patients à se soumettre au questionnaire, pour certains par manque de temps, et pour d'autre lié au simple fait de la fatigue car ayant déjà assez attendu au niveau des services.
- Certains patients n'ont pas été recrutés directement au sortir des consultations et ont été interrogés sur des consultations antérieures, avec une possibilité de biais de mémoire.

- Par rapport aux montants des différentes dépenses effectués (consultations, médicaments, analyses...), certains patients n'ont pas pu estimer le coût des dépenses, dû au fait que étant malade et alité, c'est généralement leurs accompagnants qui se rendaient au niveau des guichets.
- Concernant l'itinéraire thérapeutique des patients face à la maladie, une possibilité de biais d'information (biais de prévarication) pourrait être notée, dû au fait que les patients n'ont pas été observés directement, mais nous nous sommes basé sur leurs déclarations qui ont pu être modifiées par le simple fait que le questionnaire était soumis par un agent de la santé.

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

6.2. Caractéristiques socio démographiques

Dans notre étude, **le sexe** masculin a été le plus représenté, soit 59,2% des patients, avec un sexe ratio de 1,45. Ce qui est contraire à la norme nationale qui montre que les hommes sont légèrement sous représentés dans la population par rapport aux femmes avec un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes selon **l'EDSM V [14]**. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, bien que minoritaire dans la population générale, les hommes sont généralement les chefs de ménage, et ainsi il est plus facile pour eux de prendre la décision de se rendre à l'hôpital que les femmes.

De même **la tranche d'âge** 65 ans et plus a été la plus représentée avec 34,7%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est une tranche d'âge qui présente généralement des pathologies chronique telles que le Diabète et l'HTA, et

ont tendance à délaisser les soins de premier niveau pour recourir aux soins plus spécialisés, en milieu hospitalier

Aussi, nous avons trouvé une moyenne d'âge à 55,2 ans avec un minimum à 16 ans et un maximum à 81 ans.

Dans notre échantillon, nous avons rencontré 18 **ethnies** différentes avec une nette prédominance des bambaras, soit 31,6% de notre échantillon, suivi des malinké (14,3%) et des peulhs (12,2%). Ce qui est comparable à la répartition nationale selon l'**EDSM V [14]**.

Les retraités ont représenté 30,6% de notre échantillon. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que nous avons trouvé une forte proportion des patients dans la tranche d'âge 65 ans et plus, tranche d'âge dans laquelle l'on est le plus souvent déjà en retraite, avec une forte demande de soins, lié à l'effet de l'âge.

En ce qui concerne le **statut matrimonial**, les mariés (86%) au régime polygamique (58%) ont été les plus représentés dans notre étude. Cela trouverait son explication dans le fait que, étant marié, donc stable, l'on est plus en même de se préoccuper de son état de santé, tenant compte aussi des encouragements du partenaire à recouvrer la santé.

Les **niveaux d'instructions** secondaire et supérieur étaient les plus représentés dans notre échantillon avec 26,5% des cas chacun. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que étant aux plus hauts niveaux d'instruction, ils sont plus en même de comprendre l'importance de recourir aux soins en cas de maladie.

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

Dans notre échantillon, nous avons rencontré 58,2% des patients étant directement affiliés contre 41,8% des patients bénéficiant de l'AMO par l'intermédiaire soit d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant.

6.4. Qualité perçue par les adhérents

En ce qui concerne **l'accueil**, la majorité des patients a déclaré être bien reçu à l'entrée (81%), être orienté (76%), n'avoir pas été privilégié (78,6%) et avoir été installé assez confortablement pendant l'attente du médecin (53,1%). Concernant l'accueil, **SISSOKO F. [15]** au Mali trouve 80% comme taux de satisfaction chez les adhérent à la garantie santé de la MUTECH. Ce qui est comparable à notre étude. **Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE de mai 2013 [16]** au Rwanda rapporte 100% comme taux de satisfaction par rapport à l'accueil. Ce qui est supérieur à nos résultats. Cette différence peut s'expliquer par le fait que 96,15% de la population Rwandaise bénéficie d'une assurance maladie publique **[17]**. Par contre, **Alloh D et al en 2011 [18]** en Côte d'Ivoire trouvent un taux de satisfaction par rapport à l'accueil se situant entre 45,6% et 59,6%, taux inférieur à nos résultats.

Cependant, la majorité des patients (56%) s'est plaint de la longue durée d'attente. Nous avons trouvé une durée moyenne d'attente de 2 heures 7 minutes, avec un maximum à 8 heures d'attente. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, vu le nombre élevé de patients pris par consultations, certains patients se rendaient très tôt au niveau des consultations pour être vu en premier. Or les consultations ne commençant qu'à huit heures, ils se retrouvaient à attendre un peu plus que prévu. 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. Au Mali, **KADIDIATOU K. [19]** trouve 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 un CHU, qui est un centre de référence de premier niveau et a donc un niveau de fréquentation plus élevé.

Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE de 2013 [16] au Rwanda montre une durée moyenne d'attente avant la consultation de 2 h 16 minute. Ce qui est semblable à nos résultats.

En ce qui concerne **l'accès au médecin, la relation soignant soigné et les explications reçus sur la maladie**, malgré la longue attente signalé plus haut, la majorité des patients a affirmé qu'il était facile d'avoir accès au médecin (66,3%). 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).

Cependant, malgré l'excellente qualité des consultations, 13,2% des patients ont affirmés avoir eu des incompréhensions qui étaient basées dans 6,1% des cas sur l'origine de leur maladie, dans 2% sur la gravité de leur maladie et dans 5,1% sur la possibilité de guérison. **KADIDIATOU K. [19]** dans son étude trouve un taux d'incompréhension à 11,6%, qui est comparable à celui de notre étude. A l'hôpital de KIBUYE au Rwanda en 2013 **[16]**, 33% des patients déclarent une relation soignant soignée insuffisante, lié au temps limite consacré à chaque consultation.

Disponibilité des médicaments et examens complémentaires.

Au cours de notre étude nous avons constaté que dans la majorité des cas, une ordonnance (95%) et des examens complémentaires (96,9%) étaient délivrés à la fin de la consultation. **SISSOKO F. [15]** trouve dans son étude 74, 4% des patients ayant reçu des examens complémentaires après leur consultation.

De même pour la majeure partie des patients, la totalité des médicaments et des examens complémentaires prescrits était pris en charge par l'AMO avec respectivement 69,4% et 77,6%. Cependant, certains médicaments coûteux et analyses n'étaient pas pris en compte par l'AMO (voir tableau XV des résultats).

L'étude nous a également montré que la majorité des patients (34,7%) n'a obtenu aucun des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital. Pour le reste, ils en ont obtenu en partie (32,7%) ou ne se sont pas rendu à la pharmacie de l'hôpital (12,2%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce sont généralement les spécialités qui sont prescrites sur les ordonnances, la pharmacie hospitalière ne disposant en majorité que de médicaments générique (voir la liste des médicaments disponible à la pharmacie de l'hôpital en annexe).

Nous avons retrouvé seulement 8% des patients qui ont réalisés la totalité des examens complémentaires au niveau de l'hôpital, contre 44,9% des patients qui ont réalisé juste une partie des examens et 20,4% des patients n'ayant réalisé aucun examen au niveau de l'hôpital. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une liste restreinte d'analyses est disponible au niveau de l'hôpital, et aussi par le fait que les patients sont généralement redirigés par le personnel vers des centres d'analyses spécialisés pour une grande fiabilité des résultats.

6.5. Couts induits par la demande des soins.

Dans notre échantillon, 71,4% des patients avaient une connaissance exacte du prix de la consultation avec l'AMO, le reste ne connaissant pas le prix. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains patients ne se rendaient pas personnellement au niveau des guichets pour payer les tickets. Par ailleurs, 90,8% des patients ont considéré ce montant pas élevé.

Cependant, 67% de l'échantillon n'avait pas bénéficié de l'hospitalisation ou des soins ; mais pour ceux qui en avaient bénéficié, les dépenses inhérentes étaient comprises dans 13,3% des cas entre 500FCFA et 1.000FCFA (moyenne à 1.115FCFA), avec 23,9% des patients qui ont considéré ces dépenses pas élevé. Seul 2% des patients ont eu une dépense supérieure à 15.000 FCFA sous AMO.

Le cout des ordonnances s'élevait entre 5.000 FCFA et 10.000 FCFA dans 19,4% des cas (avec une moyenne 5.080,43 FCFA) et 77,6% des patients ont considérés leurs dépenses en médicaments pas élevée. **SISSOKO F. [15]** dans son étude n'as pas trouvé de couts d'ordonnance supérieur à 5000 FCFA. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans son étude, ce sont les DCI qui étaient les plus prescrits (dans 90% des cas). Tandis que **COMMEYRAS C. et NDO J.R. [12]** au Cameroun trouvent une dépense moyenne en Médicament entre 3411 FCFA et 6563 FCFA.

De même, le coût des analyses et explorations fonctionnelles se situait entre 1.000FCFA et 5.000 FCFA. En majorité, les patients ne se rappelaient pas du coût des examens complémentaires (58,2%) mais ont néanmoins affirmé considérer la dépense en examens complémentaires pas élevée dans 74,5% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de **SISSOKO F. [15]** qui trouve le cout des examens situé

entre 1000FCFA et 3000FCFA dans 52,7% des cas.

Toutes ces dépenses moyennes en santé par individu sont nettement inférieures aux moyennes nationales selon l'EDSM V [14].

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 73,5% des patients de notre échantillon n'aient pas rencontré des difficultés financières au cours de leurs dépenses en santé.

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

Malgré l'absence de difficultés financières pour la majorité des patients, 72,44% d'entre eux ont reçu de l'aide financière d'un proche parent. Cela trouverait son explication sur le fait que la famille et solidarité sont les principales valeurs de la vie sociale au Mali.

6.6. Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Notre étude nous a montré que 57% des patients ont été très satisfaits de leur prise en charge générale au CHU du point G, avec un taux de satisfaction à 93,9%, qui est comparable à ceux de **SISSOKO F. [15]** et de l'hôpital de KIBUYE au Rwanda [16], qui trouvent respectivement un taux de satisfaction à 80% et à 90%.

De même, 65,3% des patients ont été très satisfait de l'assurance maladie, et 28,6% assez satisfait.

Les deux principales raisons de la satisfaction par rapport à l'AMO ont été la facilitation de l'accès aux soins (98%) et la disponibilité des médicaments à vils prix grâce à l'AMO (95,9%).

Néanmoins, des suggestions d'amélioration de l'AMO ont été faites avec comme principales :

- La réduction des procédures (42,9%)
- La réduction du temps d'attente au niveau des caisses (28,6%)
- L'amélioration de la qualité de l'accueil (15,3%)
- L'augmentation de la liste des prestations couvertes (13,3%).

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

- La possibilité de création des caisses AMO au niveau des différents services de l'hôpital
- La possibilité de création des propres structures sanitaires de l'AMO
- Et la prise en charge des évacuations sanitaires.

Cette dernière suggestion d'amélioration n'est pas anodine, vu que les évacuations sanitaires sont prises en charge par les systèmes d'assurance maladie du Gabon [20] et de la Mauritanie [21].

6.7. Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO.

Au cours de notre étude, 68,3% de notre échantillon a eu recours au moins trois fois aux soins hospitaliers dans les six mois précédant notre enquête. Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le nombre de recours aux soins hospitaliers et le sexe d'une part, et le nombre de recours aux soins hospitaliers et le niveau d'instruction d'autre part.

Dans 9,2% des cas, les patients ont eu recours au moins une fois à un médecin traditionnel au cours des six mois précédant notre enquête.

Seulement 2% de l'échantillon a eu recours à une pharmacie par terre dans les six mois précédant l'enquête. Dans son étude sur la vente illicite des médicaments à Bamako en 2014, **SANOGO M. et Coll. [22]** trouvent un taux de fidélisation des patients à 80% dans les pharmacies par terre, avec la présentation d'une ordonnance médicale dans 64% des cas. Ces résultats contradictoires pourraient s'expliquer soit par le réel effet bénéfique de l'assurance maladie sur le non recours aux pharmacies par terre, soit par un biais d'information, dû au fait que notre questionnaire a été soumis par le personnel Médical et au sein même d'une structure médicale.

Cependant en général les patients avaient la bonne attitude face à la maladie, qui est de se rendre à l'hôpital en premier recours (78,6%). Néanmoins nous avons retrouvé une proportion considérable des patients qui ont eu recours en première intention à l'automédication (18,4%). Ce qui est quand même inférieur aux statistiques nationales (58%) selon **l'EDSM V [14]**. Notre résultat est également inférieur à ceux trouvés par **YABGA Bertin T. [23]** en Côte d'ivoire, **EL OMARI S. [24]** aux Philippines et **COMMEYRAS C. et NDO J.R. [12]** au Cameroun,

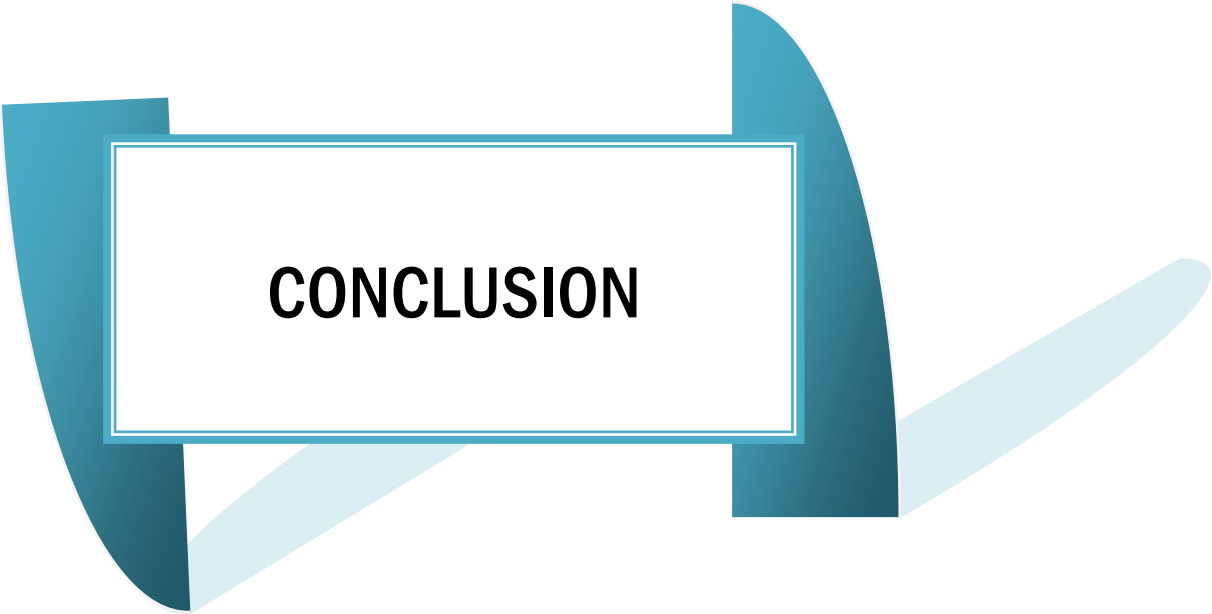
qui trouvent respectivement 27%, 38% et 36,7% d'automédication dans leurs études.

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

La principale raison du non recours à l'hôpital en première intention a été son caractère contraignant par rapport aux autres types de recours avec 17%. Seulement 2% des patients de notre échantillon ne se sont pas rendu à l'hôpital pour des raisons financières et 1% pour la conception moins grave de la maladie. Au Cameroun, **COMMEYRAS C. et NDO J.R. [12]** trouvent comme principale raison du non recours à l'hôpital en première intention la barrière financière avec 62,7% des cas, suivi de la qualité des services dans 21,1% des cas. Ce qui s'explique par le fait qu'à peine 1% de la population camerounaise bénéficie d'une couverture du risque maladie [25]. **Mushagalusa SALONGO [11]** en République Démocratique du Congo trouve le déterminant financier comme raison du non recours à l'hôpital en première intention dans 24% des cas, la conception moins grave de la maladie dans 20% des cas et les contraintes liées à la demande des soins hospitaliers dans 18% des cas. **Aude Nikiéma, Clémentine Rossier et Valéry Ridde [26]** au Burkina Faso trouvent parmi les raison du non recours aux soins, l'accès financier avec 51,3%.

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

Le recours à l'hôpital n'a été envisagé qu'à la persistance des symptômes dans 22,4% des cas, taux est nettement inférieur à celui trouvé par **COMMEYRAS C. et NDO J.R. [12]**, 50,5%.



CONCLUSION

7. CONCLUSION

La qualité des prestations (accueil, consultations...), du point de vue des patients était un acquis au CHU du point G. Cependant la longue durée de l'attente est encore un obstacle à la facilitation du recours aux soins des adhérents, ainsi que l'indisponibilité de la majorité des prescriptions (médicaments et examens complémentaires) au niveau de la structure.

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

L'assurance maladie obligatoire a permis une nette amélioration de l'accessibilité aux soins des adhérents, en réduisant de façon considérable les dépenses de santé qui sont nettement inférieures à la moyenne nationale. Cependant, des améliorations sont encore à faire au niveau organisationnel et structurel pour augmenter la profondeur de la couverture et réduire les démarches qui sont pour les patients un frein majeur à la demande des soins, car malgré ces facilitations économiques, on note encore un pourcentage non négligeable des adhérents, malgré un bon niveau de scolarisation dans notre échantillon en général, pratiquant l'automédication en premier recours pour son caractère moins contraignant.



RECOMMENDATIONS

8. RECOMMANDATIONS.

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

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

- Respecter l'heure de début des consultations
- Augmenter le nombre du personnel de consultation par jours ou le nombre de jours de consultations par semaine.

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

- Bien expliquer aux patients leurs pathologies tout en insistant sur les causes probables, la gravité de la maladie et les possibilités de guérison.
- Inciter les patients à poser les questions sur leurs probables incompréhensions.

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

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

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

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

- Sensibiliser d'avantage les patients sur les bénéfices d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée.
- Faciliter d'avantage le parcours de soins des patients à l'hôpital afin de le rendre moins contraignant et donc plus accessible en première intention.

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

- Améliorer la qualité de l'accueil au niveau des guichets
- Augmenter le nombre de guichets voir créer des guichets AMO au niveau des différents services.
- Elargir la liste des prestations couvertes.
- Envisager la prise en charge des évacuations sanitaires.



RÉFÉRENCES

9. RÉFÉRENCES

1 TIZIO Stéphane, FLORI Yves-Antoine (1997).

L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun?. In: *Tiers-Monde*. 1997, tome 38 n°152. p. 837-858.

2 AUDIBERT M., ROODENBEKE E.

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

3 MINISTERE DE LA SANTE.

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

4 TOURÉ L., RIDDE V., QUEUILLE L.

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

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

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

6 GUY CARRIN, CHRIS JAMES.

L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance. In Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LETOURMY. *L'Assurance maladie en Afrique francophone Améliore l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington: BANQUE MONDIALE, 2006, 456 p.

7 MALIACTU (2013).

L'amo, Un Important Jalon : Pour La Couverture Maladie Universelle. Publié le 18 octobre 2013. [Consulté le 28.01.2014]. Disponible à l'adresse : <<http://maliactu.net/lamo-un-important-jalon-pour-la-couverture-maladie-universelle/>>

8 DIDIER GOBBERS.

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

9 CLEISS.

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

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

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

11 SALONGO PACIFIQUE M.

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

12 Christophe COMMEYRAS, Jean Rolin NDO.

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

13 FOURNIER P. et HADDAD S.

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

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

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

15 SISSOKO Fodé.

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

16 HOPITAL DE KIBUYE.

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

17 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.

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

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

19 KANTA Kadidiatou.

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

20 Laurent MUSANGO, Aboubacar INOUA.

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

21 MINISTERE DE LA SANTE.

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

22 SANOGO Moussa.

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

23 TAPE Yabga Bernardin.

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

24 EL OMARI salaheddine.

Évaluation des impacts de l'assurance sociale maladie sur la consommation des soins de santé par la population rurale à faible revenu aux philippines. Mémoire de maîtrise : Economie. Montréal : École des sciences de la gestion, 2007 ; 46 p.

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

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

26 Aude Nikiéma, Clémentine Rossier, Valéry Ridde.

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



ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE

Date de l'enquête: / __ / __ / __ / 2 / 0 / 1 / 5 /

Numéro de l'équipe / __ / __ /

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

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour, je me nomme _____ je suis _____.

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

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

Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

Oui

☐

Non

☐

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ENQUETE :

Q1/ Nom et

prénoms : _____

Q2/ sexe ? (ne pas poser la question)

1= / __ / Masculin

2= / __ / Féminin

Q3/ Quel âge avez-vous ?

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

3= / __ / refus de répondre (passer à la

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

Q4/ Quel est votre âge, environ ?

1= / __ / entre 16 et 24 ans

4= / __ / entre 45 et 54 ans

2= / __ / entre 25 et 34 ans

5= / __ / entre 55 et 64 ans

3= / __ / entre 35 et 44 ans

6= / __ / 65 ans et plus

Q5/ Quelle est votre nationalité ? _____

Q6/ Quelle est votre ethnie ?

1 = /___/ Bambara

2= /___/ Peulh

3= /___/ Sarakolé

4= /___/ dogon

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q7/ Quelle est votre religion ?

1= /___/ Musulmane

3= /___/ Autres (à

préciser) : _____

2= /___/ Chrétienne

Q8/ Quelle est votre profession ?

1= /___/ Paysan (e)

2= /___/ Commerçant (e)

3= /___/ Etudiant (e)

4= /___/ Fonctionnaire

5= /___/ Autres (à

préciser) : _____

Q9/ Quel est votre statut matrimonial ?

1= /___/ Célibataire.

3= /___/ Divorcé (e)

2= /___/ Marié (e)

4= /___/ Veuf (veuve)

Q10/ Quel est votre régime matrimonial ?

1= /___/ Polygamie

2= /___/ Monogamie

Q11/ Quel est votre niveau d'instruction ?

1= /___/ Aucun

4= /___/ secondaire

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

5= /___/ Supérieure

3= /___/ Fondamental 2^{ème} cycle

6= /___/ école coranique

traditionnelle

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

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

1= /___/ Moi-même

3= /___/ Mon parent

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

4= /___/ Mon enfant

SECTION 3 : QUALITE PERCUE PAR LES ADHERENTS

ACCUEIL

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

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

1= /___/ heures /___/ minutes.

2= /___/ ne sait pas.

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

1= /___/ Long

3= /___/ Court

2= /___/ Acceptable

4= /___/ Autres (à préciser) : _____

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

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

1= /___/ Très confortablement

4= /___/ Très inconfortablement.

2= /___/ Assez confortablement

5= /___/ Autres (à préciser) :

3= /___/ Assez inconfortablement

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

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

Pourquoi ? _____

Q20/ Votre consultation a été confidentielle ?

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Beaucoup

4= /___/ Pas du tout

2= /___/ Moyennement

5= /___/ Ne sait pas

3= /___/ Un peu

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

1= /___/ Non

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

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

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

1= /___/ l'origine de ma maladie

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

2= /___/ la gravité de ma maladie
médicaments

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

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

1= /___/ Beaucoup

2= /___/ Moyennement

3= /___/ Un peu

4= /___/ Pas du tout

5= /___/ Ne sait pas

SECTION 4 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q27/ Avez-vous reçu une ordonnance ?

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

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

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

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

4 /___/ Autres (à préciser)

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

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ oui

2 /___/ non

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

Q30/ Avez-vous reçu des examens complémentaires ?

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

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

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

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

3= /___/ Ne sait pas

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

4 /___/ Autres (à préciser) : _____

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

1= /___/ oui

2 /___/ non

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

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

- 1= /___/ Oui j'ai obtenu la totalité au niveau de la pharmacie de l'hôpital.
2= /___/ Non je n'ai obtenu que quelques-uns des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital.
3= /___/ Non je n'ai obtenu aucun des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital.
4= /___/ Ne sait pas.

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

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

- 1= /___/ Oui j'ai pu réaliser la totalité des examens au niveau de l'hôpital.
2= /___/ Non je n'ai réalisé que quelques-uns des examens prescrits au niveau de l'hôpital.
3= /___/ Non je n'ai obtenu aucun des examens prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital.
4= /___/ Ne sait pas.
5= /___/ Autres (à préciser) : _____

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

SECTION 5 : COUTS INDUITS PAR LA DEMANDE DES SOINS

Q35/ Combien avez-vous payé pour la consultation ?

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

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

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

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

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

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

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

1= /___/ j'ai payé _____ FCFA

3= /___/ Ne sait pas

2= /___/ je n'ai rien payé

4= /___/ Autres (à préciser)

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

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

Q39/ Avez-vous eu des difficultés à payer les frais encourus lors de cette visite au CHU Point G ?

1= /___/ Oui

2= /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

Q40/ Avez-vous reçu de l'aide pour payer les frais encouru lors de cette visite au CHU Point G ?

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

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

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

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

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

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

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

4= /___/ Je suis très satisfait (e)

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

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

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

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

4= /___/ Je suis très satisfait (e)

Q 42.1 pourquoi êtes-vous satisfait(e)

1= /___/ médicaments accessibles à vil prix

2= /___/ permet d'accéder

facilement aux soins

3= /___/ autres (à préciser)

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

1= /___/ Trop de procédures à suivre

6= /___/ Pas assez de prestations couvertes

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

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

3= /___/ couts pas assez pris en charge

8= /___/ personnel pas accueillant

4= /___/ Cotisations très élevées

9= /___/ Autres (à préciser) : _____

5= /___/ indisponibilité des médicaments et analyses couverts

SECTION 7 : ATTITUDES DES BENEFICIAIRES FACE A LA MALADIE

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

1= /___/ _____ nombre de fois

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

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

1= /___/ _____ nombre de fois

3= /___/ Refuse de répondre.

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

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

1= /___/ _____ nombre de fois

3= /___/ refuse de répondre.

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

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

1= /___/ Auto médication

3= /___/ Hôpital

2= /___/ Médecins traditionnels

4= /___/ Autres (à préciser) : _____

Q47/ Pourquoi ? (si autres que hôpital)

1= /___/ Pas assez d'argent

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

3= /___/ plus efficace que l'hôpital

4= /___/ Moins contraignant que l'hôpital

5= /___/ Autres (à préciser) : _____

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

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

2= /___/ A la persistance des symptômes

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

4= /___/ Autres (à préciser) : _____

ANNEXE 2 : LISTE DES EXAMENS DE LABORATOIRE.

Liste des Examens réalisables au Laboratoire de Biologie Médicale
et Hygiène Hospitalière du CHU du Point-G

A la date du 27/01/2015

HEMATOLOGIE :

- Hémogramme : NFS (Numération globulaire + Formule leucocytaire)
- Taux de réticulocytes
- Groupe Sanguin-Rhésus
- Hématocrite (Hte)

BIOCHIMIE SANGUINE

- Glycémie
- Azotémie
- Créatininémie
- Transaminases (ASAT/ALAT)
- Phosphore
- Amylase
- Calcium
- Cholesterol Total
- Cholesterol HDL
- Cholesterol LDL
- Phosphatase Alcaline
- Triglycerides
- Magnésium
- Protéines Totales
- Protéinurie de 24 Heures
- Fer/ TIBC
- Test de grossesse
- CRP

- Lipase
- Phosphatase Alcaline (PAL)
- Amylase
- LDH

HORMONOLOGIE :

- FT4
- Prolactine
- LH

IMMUNO-SEROLOGIE

- Sérologie HIV/ Dépistage/ Typage
- ASLO
- Rubéole: IgM/ IgG

MARQUEURS

- FPSA
- β HCG
- CA 19.9
- ACE
- CA- 125

BACTERIOLOGIE

- Culot urinaire

PARASITOLOGIE

- Goutte épaisse
- Selles/ POK

MYCOLOGIE

- Recherche de mycoses

Analyses réalisables gratuitement pour les patients séropositifs hospitalisés

- Hémogramme : NFS (Numération globulaire + Formule leucocytaire)
- Glycémie
- Créatininémie
- Transaminases (ASAT/ALAT)
- Triglycérides

Bamako, le 27/01/2015



Le chef de service du laboratoire

ANNEXE 3 : LISTE DES MEDICAMENTS DISPONIBLES A LA PHARMACIE DE L'HOPITAL.

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

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

26. Vit B COMPLEXE – injectable – 10 ML
27. Chloroquine – comprimé – 100 MG
28. Acide acétyl salicylique – comprimé – 500 MG
29. Fer sulfate – comprimé – 200 MG
30. Furosémide – injectable – 20 MG/ML
31. Alcool 90° solution externe Fl de 90 ML
32. Cathéter 20G
33. Compresse 40X40 cm
34. Gants N°71/2
35. Perfuseur
36. Poche à sang 500 ML (rupture)
37. Polyvidone iodé 10% solution externe
38. Sonde naso gastrique adulte
39. Sonde urinaire 2 voies
40. Transfuseur

AUTRES MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES DISPONIBLES

1. Artéméther + luméfantrine
2. Acide ascorbique
3. Amoxicilline injectable
4. Amoxicilline suspension 250MG
5. Aiguille à PL 18, 20, 24
6. Aminophylline injectable
7. Bande ordinaire
8. Benzatine pénicilline 2,4 ; 1,2 (rupture)
9. Ceftriaxone injectable (rupture)
10. Carbocystéine 5%
11. Captopril comprimé
12. Cotimoxazole 960 MG
13. Cathéter 22 G, 18 G

14. Ciprofloxacin perfusion
15. Clamp ombilical
16. Coton hydrophile
17. Diclofénac collyre
18. Dépo - provera
19. Doxycycline 100 MG Comprimé
20. Eau oxygénée (rupture)
21. Eau distillée (rupture)
22. Erythromycine
23. Fil absorbable 3.0, 2.0, 1.4
24. Gant 8
25. Gentamycine collyre
26. Hydroxyde d'aluminium sirop
27. Insulatard
28. Lame de bistouri
29. Métronidazole comprimé Gynéco
30. Métoclopramide
31. Novalgin comprimé, injectable
32. Nifédipine 20 MG
33. Nystatine comprimé (rupture)
34. Noradrénaline (rupture)
35. Oméprazole injectable (rupture)
36. Oméprazole gélule
37. Poche à urine
38. Paracétamol injectable
39. Sparadrap
40. Seringue 10 cc
41. Seringue à insuline
42. Seringue de gavage 50 cc (rupture)
43. Sérum glucosé 10%

- 44. Sérum anti venimeux
- 45. Tramadol injectable (rupture)
- 46. Timolol collyre
- 47. Thermomètre médical

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

1. Abdomen sans préparation
2. Avant-bras F/P + Bras F/P
3. Bassin F
4. Bassin F/P
5. Cervicale F/P
6. Cervicale F/P $\frac{3}{4}$
7. Cheville F/P
8. Coude F/P
9. Crâne F/P
10. Dorsale F/P
11. Dorso lombaire F/P
12. Lombaire F/P
13. Lombaire F/P + $\frac{3}{4}$
14. Epaule F/P
15. Fémur F/P
16. Genou F/P
17. Jambe F/P
18. Lombaire F/P
19. Main F/P
20. Pied F/P
21. Poignet F/P
22. Sinus F/P
23. Thorax face
24. Thorax F/P
25. UCR
26. TOGD
27. Lavement baryté

- 28. Urographie intraveineuse
- 29. Hystérosalpingographie
- 30. Scanner
- 31. Mammographie
- 32. Ecographie
- 33. Echo doppler
- 34. Scintigraphie
- 35. T3
- 36. T4
- 37. TSH.

ANNEXE 5 : FICHE SIGNALETIQUE

Noms : YMELE NANA

Prénom : Cédric

Adresse e-mail : cenave2003@yahoo.fr

Année universitaire : 2014-2015.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Cameroun.

Titre de la thèse : Evaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU du point g.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteurs d'intérêt : Santé publique/ Economie de la santé.

RESUME

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par échantillonnage aléatoire simple, portée sur 98 patients adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU du point G. elle visait l'évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU du point G, vu l'instauration récente de ce type de couverture maladie au Mali.

Il s'est avéré que la qualité de l'accueil et des consultations était un acquis du point de vue des patients, malgré la longue attente qui a été signalée par une grande partie des patients (56%).

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

Les dépenses moyennes en santé étaient toutes inférieures aux moyennes nationales, cependant, il s'est posé un problème d'indisponibilité de certaines spécialités médicamenteuses et analyses, non prises en compte par l'assurance maladie et l'indisponibilité de la plupart des prescriptions au niveau de la pharmacie hospitalière.

Pour la majorité des patients, l'assurance maladie leur a permis d'avoir un accès facile aux soins (98%) et aux médicaments (95,9%), ce qui a été réconforté par la proportion importante des adhérents de notre échantillon ayant eu au moins trois recours aux soins en six mois (68,3%)

La majorité des adhérents a eu un bon comportement face à la maladie, qui est le recours à l'hôpital en première intention. Cependant on a noté une proportion conséquente d'automédication en premier recours (18,4%), lié en général à son caractère moins contraignant. Une réduction des procédures et une sensibilisation des patients sur les biens faits du recours rapide à l'hôpital seraient donc nécessaires pour lever les barrières à l'accès aux soins.

Mots clés: recours aux soins, Assurance maladie obligatoire, CHU du point G.

IDENTIFICATION SHEET

Name: YMELE NANA

First name: Cedric

Email address: cenaye2003@yahoo.fr

Academic Year: 2014-2015

Town of graduation: Bamako

Country of origins: Cameroon

Title of thesis: Health care evaluation for members of the health care insurance at the teaching hospital of Point G

Place of deposit: Faculty of health science's library

Sector of interest: Public Health/ health's economy

SUMMARY

It was a transversal descriptive study made on a simple shuffle of a sample made of 98 patients at the teaching hospital of Point G, who are adherents of health care insurance. The goal was to study the health care of patients having health care insurance at the teaching hospital of Point G because of the recent instauration of this type of insurance.

It was noted that medical consultations and welcoming qualities were considered as an asset for most patients despite the long duration of their waiting, reported by most of them (56%).

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

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

For most patients, health care insurance have facilitated health care (98%) and drugs access (95,9%), which has been confirmed by the important proportions of members who have beneficiate of at least 3 health care the last 6 months.

The majority of members behave well in case of disease since most of them went directly to hospital in first intention. We have noted a high proportion of auto medication in first intention (18,4%) due to the fact that it is less constraining. A reduction of procedures and a sensitization of patients to go directly in hospital in first intention are 2 necessary aspects to improve to facilitate a better access of health care.

Key words: Health care, Health insurance, Teaching hospital of Point G

SERMENT D'HIPPOCRATE.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !