

EVALUATION DU RECOURS AUX SOINS DES ADHÉRENTS À L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU CHU POINT G, BAMAKO.

HEALTH CARE EVALUATION FOR MEMBERS OF THE HEALTH CARE INSURANCE AT THE TEACHING HOSPITAL OF POINT G, BAMAKO.

Auteurs

MOUSSA SANOGO ¹,
ABOUBACAR ALASSANE
OUMAR ²,
CEDRIC YMELE NANA²,
MODIBO DIALLO³,
SEYDOU DOUMBIA².

Services

1- Faculté de Pharmacie,
Université des Sciences,
des Techniques et des
Technologies de Bamako
(U.S.T.T.B)

2- Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie,
USTTB

3- Direction nationale du
développement social,
Ministère de la santé et
de l'hygiène publique
Bamako

Correspondance

Dr Moussa Sanogo,
Maitre-Assistant en
Gestion des Systèmes
de Santé, Faculté
de Pharmacie,
USTTB. Email :
moussanogo2002@yahoo.fr

RESUME

Introduction/objectifs : L'assurance maladie obligatoire (AMO) est au cœur de la réforme du financement de la santé au Mali afin de réduire les couts. Le but de cette étude est d'évaluer le recours aux soins des adhérents à l'AMO au CHU du point G, vu l'instauration récente au Mali.

Méthode : C'est une étude transversale descriptive, portée sur 98 patients adhérents à l'assurance maladie obligatoire au CHU du point G. L'étude est réalisée du 1^{er} Octobre 2014 au 31 Mai 2015. Etaient inclus tout patient adhérent à l'AMO et tout ayant droit consultant au CHU point G pendant la période.

Résultats : 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 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. Les dépenses moyennes en santé étaient toutes inférieures aux moyennes nationales. 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. L'assurance maladie leur a permis d'avoir un accès facile aux soins (98 %) et aux médicaments (95,9 %). Le premier recours des patients était l'hôpital. Cependant on a noté une proportion conséquente d'automédication en premier recours (18,4 %).

Conclusion : Une réduction des procédures et une sensibilisation des patients sur les biens faits de l'AMO seraient donc nécessaires pour lever les barrières à l'accès aux soins.

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

SUMMARY

Introduction / objectives: Compulsory health insurance (AMO) is at the heart of Mali's health financing reform to reduce costs. The purpose of this study is to evaluate the use of AMO members' care at the CHU of the G point, given the recent introduction in Mali.

Method: This is a descriptive cross-sectional study, carried out on 98 patients who are members of the compulsory health insurance at the CHU of the G-point. The study is carried out from 1st October 2014 to 31st May 2015. Included were any patients adhering to the AMO and all rights holders consulting at CHU G point during the period.

Results: The quality of the reception and consultations was an asset from the patients' point of view; despite the long wait that was reported by patients (56 %). The members were satisfied with their general care at the CHU point G and compulsory health insurance. Average health expenditures were all below national averages. There was a problem of unavailability of certain medicinal products and analyzes, not taken into account by health insurance and the unavailability of most prescriptions at the level of the hospital pharmacy. Health insurance provided them with easy access to care (98 %) and drugs (95.9 %). The first resort of the patients was the hospital. However, there was a significant proportion of self-medication as a first resort (18.4 %).

Conclusion: Reduced procedures and patient awareness of AMO assets would be needed to remove barriers to access to care.

Keywords: Health care, Health insurance, Teaching hospital of Point G, Bamako.

INTRODUCTION

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 satellites de l'ONU, ont proposé la participation financière des usagers des structures publiques, alors en pleine déconiture, et de décentraliser la gestion du système au niveau des districts (Tizio and Flori 1997). Cependant, l'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible. (Audibert and Roodebeke 2005). Au Mali, Malgré une importante extension géographique du réseau des centres de santé et donc l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins, le taux de consultation par habitant et par an reste très bas (Ministère de la sante 2014). 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 (Toure, Ridde, and Queuille 2014). 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, l'Assemblée Nationale 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 (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées 2011). 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 (Dussault et al., 2006). 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 (Dussault *et al.*, 2006). Les études de 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 (Audibert and Roodebeke, 2005). 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. La question de recherche fondamentale était comment les bénéficiaires concernés ont-ils recours aux soins ? Notre étude s'était proposé comme objectif général d'évaluer le recours aux soins des adhérents à l'AMO du CHU du Point G. Les objectifs spécifiques étaient de déterminer le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport aux prestations et déterminer l'itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO.

MÉTHODES

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 inclus en dehors du service de psychiatrie. Le service de psychiatrie, dû au fait que les patients s'y trouvant ne bénéficiaient pas toujours de leur intégrité mentale et ne pouvaient pas ainsi répondre aux critères d'inclusion. L'étude a été réalisée du 1^{er} Octobre 2014 au 31 Mai 2015. La population d'étude était constituée des patients s'étant présenté au CHU Point G, adhérents à l'AMO. La taille de l'échantillon : Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire simple. Le nombre de sujets inclus a été calculé par la formule suivante (sondage d'opinion) :

n= taille de l'échantillon

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

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

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 :

Soit environ 90 patients.

Nous avons majoré à 98 patients par rapport aux pertes de vues.

Notre étude a donc porté sur 98 patients. Le nombre de sujets inclus a été calculé par la formule suivante : **n**= taille de l'échantillon, **Z_α**= écart réduit correspondant au risque α consenti, ici $Z_{\alpha} = 1,96$ pour un risque d'erreur de 5%. **p**= proportion des adhérents à l'assurance maladie à Bamako. **q**= complément de p ($q = 1 - p$). Ici égal à $1 - 0,0628 = 0,937$, **i**= précision = 5%.

Ainsi la taille de notre échantillon était égale à 90 patients. Nous avons majoré à **98** patients par rapport aux pertes de vues.

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête individuelle. L'échantillon a été constitué par une enquête toutes les semaines paires dans les services de médecine et les semaines impaires dans les services de chirurgies. L'appréciation de la qualité des ressources étaient limitée à l'appréciation de la disponibilité des médicaments et des analyses de laboratoire au niveau de l'hôpital, pris en compte par l'AMO.

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

Les variables étudiées étaient : (la variable dépendante de cette étude est le recours aux soins (demande des soins). Les variables indépendantes étudiées étaient relatives à l'accueil, l'accès au médecin, la relation soignant-soigné, les explications prodiguées par le médecin sur la maladie, la disponibilité des médicaments, des examens de laboratoires et les explorations fonctionnelles, les coûts induits par la demande des soins, la satisfaction des bénéficiaires, leur itinéraire thérapeutique. Les variables proxy étaient : l'âge, le sexe, et le niveau d'instruction.

Saisie et analyse : les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS Statistics version 19. Pour les tests statistiques, nous avons utilisé un seuil de signification $p < 0,05$. 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. Nous avons obtenu l'autorisation de la direction générale du CHU du point G Bamako. Nous avons obtenu le consentement individuel et verbal des patients avant l'inclusion dans cette étude. Pour garantir la confidentialité des données, des numéros étaient attribués aux patients.

RÉSULTATS

Le sexe masculin était le plus représenté avec 59,2 %, ce qui s'explique par l'effet de l'échantillonnage. Dans 78,6 % des cas, l'hôpital était le premier recours en cas de maladie.

(Tableau I). 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. Les niveaux d'instruction secondaire et supérieur étaient les plus représentés avec 26,5 % des cas chacun. 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 (Tableau II). 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. La moyenne de temps d'attente du personnel soignant a été de 02 h : 07 min, pour un maximum de temps d'attente à 08 h : 00min. Sur les 98 patients sélectionnés, 56 ont trouvé la durée d'attente du personnel soignant longue, soit 57,1 % des cas. En général la qualité des consultations était bonne (Tableau III). Parmi les 98 patients de notre échantillon, 70 avait la connaissance du prix exact de la consultation pour les bénéficiaires de l'AMO. Le coût d'une ordonnance était situé en majorité entre 5 000 et 10 000 FCFA. La majorité

des patients, soit 77,6 %, avait considéré le cout de leur ordonnance pas élevé (Tableau IV). Dans la majorité des cas (65,3 %), les patients ont été satisfaits de l'AMO, avec un taux de satisfaction à 93,9 % (Tableau V). 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 %).

Tableau I : Répartition des patients de l'AMO selon le premier recours en cas de maladie en fonction du sexe

Premier recours	Adhérents AMO		Total
	Masculin	Féminin	
Automédication	14	4	18 (18,4%)
Médecine traditionnelle	2	1	3 (3%)
Hôpital	42	35	77(78,6%)
Total	58	40	

Tableau II : Répartition des patients de l'AMO en fonction du type d'adhésion.

	Effectif	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

Tableau III: Répartition des patients de l'AMO 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

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

Ordonnances et examens		Effectif	Pourcentage(%)
Ordonnance après consultation	Oui	94	95,9
	Non	4	4,1
	pas prescrit	3	3,1
Raison de l'absence de l'ordonnance	Ne sait pas	1	1,0
Prise en charge de tous les médicaments par l'AMO	Oui	68	69,4
	Non	26	26,5
	Ne se rappelle pas	11	11,2
Médicaments et appareils non pris en compte par l'AMO	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 ¹	1	1,0
	Parathormone	2	2,0
	PSA ²	1	1,0
	Totalité obtenue	4	4,1
	Une partie	32	32,7
	Aucuns obtenus	34	34,7
	ne sait pas	12	12,2
Achat des médicaments et appareils prescrits à la pharmacie de l'hôpital	ne se rappelle pas	4	4,1
	Ne s'y est pas rendu	12	12,2
	Totalité réalisée	8	8,2
	Une partie	44	44,9
Réalisation des examens complémentaires prescrits au niveau de l'hôpital	Aucun réalisé	26	26,5
	ne sait pas	12	12,2
	Ne s'y est pas rendu	8	8,2

Tableau V :Répartition des patients selon la 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

DISCUSSION

Notre étude avait pour but d'évaluer le recours aux soins des adhérents de l'AMO du CHU du point G, Bamako. Cette étude a permis de montrer une disponibilité des agents de santé malgré la durée d'attente longue. La satisfaction des bénéficiaires était influencée par la qualité des soins, l'accueil perçue par les patients, la disponibilité et le coût des ordonnances et des examens complémentaires.

Caractéristiques socio démographiques

Dans notre étude, le sexe ratio était en faveur des hommes (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** (Maiga et al. 2014). 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 nombreuse (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 délaissier 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. Ce qui est comparable à la répartition nationale selon l'**EDSM V** (Maiga et al. 2014).

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

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.

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 (Sissoko, 2010) au Mali trouve 80% comme taux de satisfaction chez les adhérents à la garantie santé de la MUTEK. Ce qui est comparable à notre étude. Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE de mai 2013 (Hôpital de Kibuye, 2013) 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 (Nyandekwe et al., 2014)very few have focused on its financial sustainability and on its extreme external financial dependency. The objectives of this study are: (i. Par contre, Yameogo et al en 2017(Yameogo et al., 2017)au Burkina 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, (Kanta 2007) trouve dans son étude une durée d'attente ne dépassant pas les 30 minutes et 90,6 % des patients trouvaient 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 troisième niveau. Le plan stratégique de l'hôpital de KIBUYE de 2013 (Hopital de Kibuye 2013) au Rwanda montre une durée moyenne d'attente avant la consultation de 2 h16 minutes. 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 portée sur la maladie, respect de l'intimité physique). Cependant, malgré l'excellente qualité des consultations, 13,2 % des patients ont affirmé 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. (Kanta 2007) dans son étude trouve un taux d'incompréhension à 11,6 %, qui est comparable à celui de notre étude.

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 2010)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.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. 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 génériques. Nous avons retrouvé seulement 8 % des patients qui ont réalisés la totalité des examens complémentaires 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.

Coûts 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. 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. Seul 2 % des patients ont eu une dépense supérieure à 15000 FCFA sous AMO. Le coût des ordonnances s'élevait entre 5000 FCFA et 10000 FCFA dans 19,4 % des cas (avec une moyenne 5080,43 FCFA) et 77,6 % des patients ont considérés leurs dépenses en médicaments pas élevée. (Sissoko, 2010) dans son étude n'as pas trouvé de coûts d'ordonnance supérieur à 5000 FCFA. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans son étude, ce sont les DCI qui étaient les plus prescrits (dans 90 % des cas). Tandis que (Commeyras et al., 2005) au Cameroun ont trouvé une dépense moyenne en Médicament entre 3411 FCFA et 6563 FCFA. De même, le coût des analyses et explorations fonctionnelles se situait entre 1000 FCFA et 5000 FCFA. Dans la 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, 2010) qui trouvait le coût des examens situé entre 1000 FCFA et 3000 FCFA dans 52,7 % des cas. 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.

Satisfaction des bénéficiaires de l'AMO

Notre étude nous a montré que 57 % des patients ont été très satisfait 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, 2010) et de l'hôpital de KIBUYE au Rwanda (Hopital de Kibuye, 2013), qui trouvent respectivement un taux de satisfaction à 80 % et à 90 %.

Itinéraire thérapeutique des bénéficiaires de l'AMO.

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 de 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** (Maiga et al. 2014). Notre résultat était également inférieur à ceux trouvés par (Tape, 2007) en Côte d'Ivoire, et (Commeyras et al. 2005) au Cameroun, qui trouvaient respectivement 27 % 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.

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, Bamako. Il s'agissait d'apprécier la qualité de l'offre, la satisfaction des bénéficiaires, les coûts 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.

CONCLUSION

L'assurance maladie obligatoire (AMO) 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. Certains aspects restent encore à améliorer de l'AMO comme principalement (la réduction des procédures, le temps d'attente au niveau des caisses et l'amélioration de la qualité de l'accueil).

RÉFÉRENCES

- Audibert, M, and E Roodebeke (2005). Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, Analyse de situation et perspectives, Région Afrique, département du développement Humain Rapport, 128 pages. http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEUCATION/Resources/444659-1210786813450/H_Mali_sante_fr.pdf
- Commeyras, Christophe, Jean Rolin Ndo, Omar Merabet, Hamidou Koné, and Faraniaina Patricia Rakotonrabé (2005). Étude de l'accessibilité et Des Déterminants de Recours Aux Soins et Aux Médicaments Au Cameroun. I. Élaboration et Validation de La Méthode d'analyse de l'interface Offre/Demande En Santé. Cahiers d'études et de Recherches Francophones / Santé 15(3): 161-166.
- Dussault, Gilles [editor, Pierre [editor Fournier, Alain [editor Letourmy, et al. (2006). L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. 37149. Rapport Banque Mondiale 596.
- Hôpital de Kibuye(2013). Plan stratégique de l'hôpital de Kibuye juin 2012 - juillet 2014. Rapport. 80 pages
- Kanta, Kadidiatou(2007). Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de sante de segué (cercle de Kolokani).Mali. Thèse de Médecine; Bamako:07M165, 154 pages
- Maiga, Aboubacarine A, Seydou Moussa Traore, Souleymane Ba, et al.(2014). Enquête Démographique de la Santé au Mali, 2012-2013:EDSMV Bamako, 547.
- Ministère de la sante, Mali, (2014).Plan décennal de développement Sanitaire et social (PDDSS) 2014-

2023. Version validée, 2014. 97 pages. http://www.sante.gov.ml/docs/PDDSS_2014-2023.pdf.
Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, Mali(2011).
Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali - Rapport final Octobre.
Nyandekwe, Médard, Manassé Nzayirambaho, and Jean Baptiste Kakoma(2014).Universal Health
Coverage in Rwanda: Dream or Reality. The Pan African Medical Journal 17: 232.
- Sissoko, Fode (2010).Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie santé
dans le centre de santé de la MUTEK. Bamako. Thèse Médecine, Bamako,10M606,108pages. <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M606.pdf>
- Tape, Yagba Bernardin(2007).Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte
d'Ivoire. Mémoire. ULaval. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/19406>,
- Tizio, stephane, and Yves-Antoine Flori(1997).L'initiative de Bamako : santé pour
tous ou maladie pour chacun?. Revue Tiers-Monde, Vol 38,N°152;837-858..
Toure, Laurence, Valery Ridde, and Ludovic Queuille (2014).Evaluation des besoins de plaidoyer en
appui à la couverture universelle santé in Burkina Faso, Mali, and Sénégal. Définitive Mali. Bamako.
Rapport44pages. http://www.miselimali.org/fs/Root/cay8r-rapport_definitif_mali_janv_14.pdf
- Yameogo, Aristide Relwendé, Georges Rosario Christian Millogo, Arlette Flore Palm, et al.(2017). Évaluation
de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. Pan African
Medical Journal 28. <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/267/full/>, accessed
November 24, 2018.

Remerciements

Nous remercions la direction du CHU point G et les différents services qui ont participé à cette étude.

Conflit d'intérêt

Aucun