



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

DEPARTEMENT CESAG-SANTE

**Master in Business Administration
(MBA)
Option : ECONOMIE DE LA SANTE**

19^{ème} Promotion

2016-2017

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

SUJET

**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE
MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) A L'HÔPITAL FOUSSEYNI
DAOU DE KAYES AU MALI**

Présenté par :

Dr Mamadou DIALLO

Sous la direction de :

Dr Mansoum NDIAYE

Economiste de la santé

Enseignant-Chercheur au CESAG

Avril 2018

Dédicace

Je dédie ce travail à ma famille pour les bénédictions, les conseils et l'accompagnement multiforme durant toute la période de ma formation.

- ❖ A mon feu père et à ma mère, pour l'éducation reçue. Je suis fier d'être votre progéniture.
- ❖ A ma tante Fatoumata KOUYATE, pour son amour et son soutien inconditionnel depuis ma tendre enfance.
- ❖ A mes sœurs, pour votre soutien et votre confiance qui sont mes sources de motivation.

A ma chère épouse et à mes enfants, pour votre amour, votre compréhension et surtout pour les sacrifices consentis durant la période de mon absence auprès de vous.

Remerciements

Avant tout, je remercie **DIEU, le Tout Puissant, le Miséricordieux**, de m'avoir facilité cette formation et la réalisation de ce travail dans de bonne condition de santé.

Ensuite, j'adresse mes sincères remerciements à toutes celles et à tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont apporté leur aide durant cette formation et à la réalisation de ce mémoire. Recevez toutes et tous ma profonde reconnaissance. Il s'agit particulièrement :

- ✓ la **Direction générale de l'INPS** pour la prise en charge de la formation ;
- ✓ **M. Seydou DIARRA**, Directeur général adjoint de l'INPS pour la confiance et le soutien. Merci pour tout ;
- ✓ **Docteur Ousmane Salamanta**, Directeur de l'Action sanitaire et médicosociale de l'INPS pour la confiance et l'accompagnement ;
- ✓ la **direction du CESAG** et les enseignants, particulièrement **Docteur El Hadji GUEYE**, chef du département santé, pour les conseils ;
- ✓ **Docteur Mansoum NDIAYE**, Enseignant-chercheur en Economie de la santé au CESAG, pour avoir bien voulu encadrer ce travail malgré son emploi du temps chargé. Votre rigueur pour le travail bien fait, votre disponibilité et votre abord facile ont forcé notre admiration ;
- ✓ **Docteur Karim DIAKITE**, pour ses conseils ;
- ✓ **Pr. Ebrahim KERAK** de la Faculté des Sciences et Techniques Mohammedia de l'Université Hassan II de Casablanca au Maroc pour ses conseils et contributions à l'amélioration de ce travail ;
- ✓ **Mme Faye Mously SEYE**, Assistante du programme santé au CESAG pour sa disponibilité et son accompagnement durant ma formation ;
- ✓ **Docteur Mame Dioro FAYE LY et à sa famille** pour leur humanisme et leurs soutiens multiformes qui m'ont facilité le séjour à Dakar ;
- ✓ **Docteur Toumani CONARE**, Directeur général de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, son staff, pour la disponibilité, les conseils et les contributions dans la réalisation de ce travail qui est aussi le vôtre ;
- ✓ **Mme Maiga Mariam GUINDO, MM. Adama TRAORE et Issa SISSOKO**, pour leur aide dans la collecte des données ;
- ✓ la **communauté malienne** de Dakar, particulièrement celle du CESAG ;

- ✓ tous les **stagiaires des 19^{ème} et 20^{ème} promotions MBA Economie de la santé** pour leur convivialité et leur marque de respect envers ma personne ;
- ✓ toutes celles et tous ceux qui m'ont soutenu d'une manière ou d'une autre et qui n'ont pas été nommés ici.

Puisse Dieu, dans sa miséricorde, rendre à chacune et à chacun de vous le centuple de vos bienfaits.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Sigles et abréviations

ABG :	Appui Budgétaire Général
ABS :	Appui Budgétaire Sectoriel
AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM :	Agence Nationale d'Assistance Médicale
AN-RM :	Assemblée Nationale de la République du Mali
AORT :	Accessibilité, Organisation, Relationnel et Technico-professionnels
ASACO :	Association de Santé Communautaire
CA :	Conseil d'Administration
CANAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CEDEAO :	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CFA :	Colonies Françaises d'Afrique
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CLEISS :	Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale
CMIE :	Centre Médical Inter-Entreprises
CMSS :	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CMU-C :	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNOS :	Centre National d'OdontoStomatologie
COM :	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
CSU :	Couverture Sanitaire Universelle
CYQ :	Cycle de la Qualité
ddl :	Degré de liberté
DSRP :	Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSSA :	Direction du Service de Santé des Armées
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EPA :	Etablissement Public à caractère Administratif
EPH :	Etablissement Public Hospitalier
HCNLS :	Haut Conseil National de Lutte contre le VIH et le Sida
HFDK :	Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes
INPS :	Institut National de Prévoyance Sociale

IOTA :	Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique
MSC :	Mesure de la Satisfaction des Clients
NB :	Nota bene
OGAM :	Organismes Gestionnaires d'Assurance Maladie
OGD :	Organisme Gestionnaire Délégué
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS :	Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
P-RM :	Présidence de la République du Mali
RAMED :	Régime d'Assistance Médicale
RAMU :	Régime d'Assurance Maladie Universelle
SERVQUAL :	Service de Qualité
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TSS :	Techniciens Supérieurs de santé
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
UMOA :	Union Monétaire Ouest-Africaine
URENI :	Unité de Réanimation Nutritionnelle Infantile
USD :	Dollar des Etats unis d'Amérique
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des prestataires AMO selon leur qualification	39
Tableau 2 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport aux signalétiques au sein de l'HFDK	44
Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la disponibilité des guichets AMO de l'HFDK	44
Tableau 4 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la fonctionnalité des guichets AMO	45
Tableau 5 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport au temps d'attente à l'HFDK.....	45
Tableau 6 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à l'endroit où le temps d'attente est jugé comme le plus long à l'HFDK.....	46
Tableau 7 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la disponibilité des médicaments à l'HFDK	46
Tableau 8 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport disponibilité des soins ou des actes à l'HFDK	47
Tableau 9 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à l'affichage et à la communication des procédures de prise en charge à l'HFDK	48
Tableau 10 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à l'endroit où l'accueil est jugé comme le plus mauvais à l'HFDK	51
Tableau 11 : Répartition des bénéficiaires AMO selon la difficulté à payer les prestations à l'HFDK	53
Tableau 12 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la disponibilité du personnel de l'HFDK.....	53
Tableau 13 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la qualité d'écoute du personnel de l'HFDK	54
Tableau 14 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la courtoisie du personnel du guichet.....	55
Tableau 15 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la serviabilité (volonté d'aider et de rendre service) du personnel de l'HFDK	55
Tableau 16 : Récapitulatif des résultats du χ^2 concernant le niveau global de satisfaction par rapport aux conditions d'accès aux prestations AMO.....	56
Tableau 17 : Récapitulatif des résultats du χ^2 concernant le niveau global de satisfaction par rapport à l'organisation au sein de l'hôpital	57
Tableau 18 : Récapitulatif des résultats du χ^2 concernant le niveau global de satisfaction par rapport aux qualités relationnelles du personnel de l'hôpital	58

Tableau 19 : Récapitulatif des résultats du khi² concernant le niveau global de satisfaction par rapport aux qualités technico-professionnelles 59

Tableau 20 : Classement par ordre d'importance des quatre aspects de mesure de la satisfaction des bénéficiaires AMO de l'HFDK 60

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des graphiques

Graphique 1 : Acteurs du financement de la santé	15
Graphique 2 : Schéma du SERVQUAL	24
Graphique 3 : Schéma du modèle CYQ : approche descriptive	26
Graphique 4 : Circuit du patient AMO de l'HFDK	40
Graphique 5 : Appréciation des prestataires sur le circuit du patient AMO à l'HFDK	41
Graphique 6 : Niveau de satisfaction des bénéficiaires AMO par rapport à la disponibilité des médicaments et des actes à l'HFDK	47
Graphique 7 : Evolution de la part AMO dans les recettes de l'HFDK de 2012 à 2016	49
Graphique 8 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur appréciation de la qualité de l'accueil à l'HFDK	50
Graphique 9 : Appréciation des bénéficiaires AMO sur le coût des prestations à l'HFDK.....	52

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux bénéficiaires AMO	70
Annexe 2 : Questionnaire adressé à l'administration de l'HFDK	74
Annexe 3 : Questionnaire adressé aux prestataires AMO de l'HFDK	77

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Résumé

L'accroissement de la population et les besoins en matière de santé dans un contexte de rareté des ressources ont amené tous les pays à s'orienter vers l'assurance maladie à travers divers dispositifs comme l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). C'est dans ce contexte que l'Etat malien a institué depuis 2009, un régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

La mise en œuvre de ce régime, en 2011, a nécessité la signature d'une convention de partenariat entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (organe de gestion) et les structures de santé du pays pour l'offre de soins aux adhérents du régime. Notre mémoire avait pour objectif de mesurer les conditions dans lesquelles l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes offre les prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

La méthodologie de collecte des données s'est basée sur l'administration de questionnaires à un échantillon de 400 bénéficiaires AMO, aux prestataires AMO ainsi qu'à la direction générale de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Le test de χ^2 a permis d'identifier les variables les plus significatives surtout en matière de satisfaction des bénéficiaires. Quatre dimensions ont été considérées, à savoir, l'Accessibilité, l'Organisation, le Relationnel et le Technico-professionnel, pour mesurer le niveau de satisfaction des bénéficiaires. Les critères les plus explicites étaient les conditions d'accueil, le temps d'attente, l'orientation à l'intérieur de l'hôpital, la disponibilité des services et soins, la disponibilité, la courtoisie, le sens de l'écoute du personnel de l'hôpital, la qualité des procédures administratives, la qualité des soins, la qualité des informations données par le personnel, la sécurité à l'intérieur de l'hôpital.

L'étude a révélé que l'hôpital dispose des outils de gestion de l'AMO malgré l'existence de quelques difficultés d'approvisionnement en feuilles de soins. Une évolution croissante de la part de l'AMO dans les recettes globales de l'hôpital passant de 3% en 2012 à 19% en 2016 a été constatée, soit une progression de 16% en cinq ans. Les conditions d'accès aux prestations à l'hôpital ont été jugées comme moyennement satisfaisantes par 62,25% des bénéficiaires AMO, l'organisation globale des services et des soins à l'hôpital a été considérée comme moyennement satisfaisante par 68,75% des bénéficiaires AMO, les qualités relationnelles du personnel de l'hôpital ont été jugées par 61% des bénéficiaires AMO comme moyennes et les qualités technico-professionnelles ont été considérées comme moyennes par 59,25% des bénéficiaires AMO. Ce qui nous permet de conclure que l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes connaît des difficultés dans la mise œuvre de l'AMO avec une qualité de services offerts moyenne aux bénéficiaires.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	8
Chapitre 1 : PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE DU MALI.....	9
Chapitre 2 : GENERALITES SUR L'AMO	16
I. Population cible	16
II. Financement du régime	17
III. Le panier de soins de l'AMO	18
IV. Les conditions de bénéfice des prestations AMO	19
V. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM).....	19
VI. Les Organismes gestionnaires délégués (OGD).....	20
VII. Relation CANAM avec les prestataires	20
VIII. Modalités de mise en œuvre de l'AMO.....	20
Chapitre 3 : REVUE DE LA LITTERATURE	22
I. Cadre conceptuel et théorique.....	22
II. Quelques méthodes d'évaluation	23
III. Discussions sur les modèles	29
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE.....	31
Chapitre 1 : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE	32
I. Cadre d'étude	32
II. Méthode de l'étude.....	33
Chapitre 2 : ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS	38
CONCLUSION GENERALE	63
BIBLIOGRAPHIE	65
WEBOGRAPHIE.....	68
ANNEXES	69
TABLE DES MATIERES	79

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

« Dans les pays en développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue » dixit Sir Ewing, Médecin et économiste.

C'est fort de cette assertion que, tous les pays en développement, et particulièrement ceux de l'Afrique, ont toujours adopté des politiques en matière de santé. En effet, des indépendances à nos jours les politiques de santé en Afrique et leurs stratégies ont connu une évolution compte tenu de l'accroissement de la population et les besoins en matière de santé dans un contexte de rareté des ressources. De la gratuité des soins, aux Soins de Santé Primaire (Alma ATTA 1978) en passant par l'Initiative de Bamako (1987), aujourd'hui presque tous les pays sont orientés vers l'assurance maladie universelle à travers divers dispositifs comme l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), la Couverture Maladie Universelle (CMU) et la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Chaque année, plus de 150 millions de personnes dans 44 millions de ménages, à travers le monde, doivent faire face à des dépenses catastrophiques quand elles se font soigner (OMS, 2010). Ces dépenses catastrophiques qui font sombrer les ménages dans la pauvreté, résultent essentiellement des paiements directs pour accéder aux services de santé (OMS, 2010).

Les pays à faible et moyen revenus de l'Afrique demeurent les plus durement touchés par ce fléau, à cause de la quasi-inexistence de mécanismes de protection contre les risques financiers de la maladie. En 2010, seules 5 à 10% des personnes sont couvertes en Afrique subsaharienne (OMS, 2010).

L'extension de la couverture du risque maladie est devenue dès lors une préoccupation essentielle des gouvernements des pays d'Afrique subsaharienne et en particulier des États membres de l'UEMOA. Elle se traduit dans les Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), au chapitre de l'atténuation des risques des populations vulnérables, et la maladie apparaît comme le premier risque social à couvrir dans les Stratégies Nationales de Protection Sociale (OMS, 2010).

Au Mali, l'instauration du « recouvrement du coût », à travers l'Initiative de Bamako, a transformé les ménages en acteurs qui participent à la gestion du système de soins. Selon l'enquête démographique et de santé du Mali (EDS IV), si cela a contribué à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé, il n'a pas suffi à surmonter tous les problèmes.

Pire, il a rendu l'accès aux soins plus difficiles pour les personnes disposant des revenus modestes.

C'est dans ce contexte que l'Etat malien a institué, à travers la Loi N° 09-015 du 26 juin 2009¹, un régime d'Assurance Maladie Obligatoire qui a pour but de permettre d'améliorer et d'élargir l'accès aux soins en assurant la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des personnes assujetties et des membres de leurs familles.

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), comme substitut au paiement direct par les usagers, a pour avantage de permettre, par la mutualisation du risque, l'augmentation de la solvabilité de la demande chez les ménages. Elle contribue également au financement du système de santé. Ce faisant, elle est un facteur déterminant pour améliorer l'accessibilité financière des bénéficiaires aux soins de santé.

L'instauration de ce régime est la traduction d'un des objectifs de la politique nationale de protection sociale adoptée par le gouvernement du Mali en 2002 et des plans d'actions nationaux d'extension de la protection sociale pour les périodes respectives de 2005-2009 et de 2011-2015.

L'Assurance Maladie Obligatoire, au Mali, mise en place au profit des salariés, des retraités du secteur public et privé, des députés, des travailleurs indépendants, est devenue effective en 2011.

Sa gestion est confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) qui est un organisme personnalisé doté d'autonomie financière et administrative sous la forme d'un Etablissement Public à caractère Administratif (EPA). Cette caisse a signé une convention, sous forme de contrat de performance, avec deux organismes de sécurité sociale qui deviennent des Organismes Gestionnaires Délégués (OGD). Il s'agit de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) pour les fonctionnaires, les députés et de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) pour les salariés du secteur privé. Chaque OGD est chargé, pour le compte de ses adhérents, de la mise en œuvre effective de l'AMO en termes de recouvrement des cotisations

¹ Journal Officiel de la République du Mali N°30 du vendredi 24 juillet 2009

sociales que de remboursements des factures des différents prestataires conventionnés de l'AMO.

Aussi, la CANAM a signé une convention de partenariat avec des structures de santé à travers tout le pays pour l'offre de services aux bénéficiaires de l'AMO. Parmi ces structures, les hôpitaux en tant qu'établissement de référence en matière de soins de santé, se sont retrouvés en première ligne dans la prise en charge des malades adhérents de l'AMO.

Après plus de cinq ans de son démarrage effectif, il nous est apparu important de nous interroger sur l'état de mise en œuvre de l'AMO dans les structures de santé. Le choix est porté sur un établissement public hospitalier (EPH) comme cadre de l'étude, car les EPH offrent tous les soins garantis par l'AMO et reçoivent toutes les catégories socioprofessionnelles du pays.

❖ **Problématique**

Si l'AMO vise à permettre d'améliorer l'accès aux soins de santé de ceux qui en sont bénéficiaires, force est de constater que sa mise en œuvre rencontre quelques difficultés ; d'une part entre la CANAM et les Organismes Gestionnaires Délégués (OGD), entre OGD et prestataires de soins, entre prestataires et bénéficiaires de soins d'autre part.

Dispositif de protection contre le risque financier, l'AMO pourrait nécessairement entraîner une augmentation du taux d'utilisation des services donc de l'offre de soins au niveau des structures de santé conventionnées comme les hôpitaux. Avec le système de tiers payant, dans le cadre de l'AMO, les procédures de prise en charge et d'encaissement des hôpitaux se trouvent modifiées. Ce qui nécessite forcément une réorganisation interne de ces établissements et une adaptation de leur fonctionnement aux exigences de ce régime.

La mise en œuvre de l'AMO exige l'utilisation de nouveaux outils tant de gestion financière que de prise en charge des patients assurés du régime. Dès lors l'on peut s'interroger sur le niveau d'appropriation par les hôpitaux desdits outils ainsi que les nouvelles procédures qui pourraient engendrer des changements dans le circuit du patient et dans le recouvrement des coûts pour les patients assurés AMO à cause du système de tiers payant. D'ailleurs, les services de l'INPS (OGD) chargés de la gestion de l'AMO sont confrontés régulièrement, lors du traitement des feuilles de soins et d'examen AMO provenant des hôpitaux, à des insuffisances et irrégularités souvent qui rendent le traitement desdites feuilles impossibles. Ce qui se traduit

par de nombreux cas de rejets et conséquemment le non remboursement de sommes d'argent liées aux actes réalisés figurant sur ces feuilles.

Ces insuffisances et irrégularités sont entre autres : problème d'identification des bénéficiaires et/ou de l'OGD, des feuilles de soins illisibles, des ayants droit bénéficiaires de prestations dont les noms ne sont pas retrouvés dans la composition de famille de l'assuré principal, des documents qui ne sont ni signés ni cachetés...

Devant cette situation, on pourrait s'interroger, plus de cinq ans après son démarrage effectif, sur l'état de la mise en œuvre de l'AMO au niveau de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes (HFDK).

C'est sans doute cette problématique qui oriente notre étude qui vise à répondre à la question principale suivante : l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes offre-t-il des services de qualité aux bénéficiaires AMO ? De cette question principale découlent les questions spécifiques ci-après :

- Comment sont-elles organisées les prestations AMO au sein de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?
- Les délais de remboursement des factures AMO de l'hôpital sont-ils respectés par les Organismes Gestionnaires Délégués ?
- Le personnel médical de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes connaît-il les procédures de prise en charge du patient AMO ?
- Quel est le niveau de satisfaction des bénéficiaires AMO de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?

Ce sont autant de questions auxquelles nous tenterons de trouver des réponses et qui, pour nous, contribueront à améliorer la qualité de service dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au sein de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

❖ Objectifs de l'étude

○ Objectif général

L'objectif général de l'étude est d'évaluer les conditions dans lesquelles l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes offre les prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire de 2012 à 2016.

○ **Objectifs spécifiques**

Pour atteindre cet objectif général ci-dessus, les objectifs spécifiques suivants sont nécessaires :

- Décrire l'organisation des prestations AMO au sein de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ;
- Déterminer le niveau de connaissance des prestataires AMO de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes concernant les procédures de prise en charge du patient AMO ;
- Déterminer l'apport de l'AMO dans les recettes de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes de 2012 à 2016 ;
- Mesurer le niveau de satisfaction des bénéficiaires AMO qui fréquentent l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

❖ **Hypothèses de l'étude**

Dans le cadre de notre étude, nous formulons les hypothèses ci-après :

- tous les prescripteurs de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes utilisent correctement les outils de gestion de l'AMO
- les délais légaux de remboursement des factures AMO de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes sont respectés par les OGD
- le circuit du patient AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes est adéquat
- les bénéficiaires AMO sont satisfaits de la qualité des services au niveau de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

❖ **Intérêt du sujet**

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) constitue une volonté politique des décideurs du Mali. Cette volonté est d'ailleurs réaffirmée, à travers l'élaboration, en fin d'année 2013, d'un document de politique nationale de financement de la santé pour la Couverture Universelle au Mali.

Ce besoin de protection contre le risque financier lié à la maladie est également une exigence de la part des populations.

Nous pouvons, sans risque de nous tromper, dire que la réussite et la pérennisation de l'assurance maladie, sont tributaires de l'efficacité et de l'efficience des structures de soins et

du système de santé dans son ensemble. D'où l'intérêt de faire un état des lieux de la mise en œuvre du régime au niveau de l'hôpital en vue d'identifier les insuffisances et proposer des mesures correctives afin de rendre la qualité de service meilleure. Ce qui contribuera à améliorer les relations entre les différents acteurs de l'AMO, à savoir : CANAM, OGD, prestataires (hôpital) et bénéficiaires.

Aussi, notre étude permettra certainement d'ouvrir des pistes de réflexions dans la perspective de la migration de l'AMO vers une couverture sanitaire universelle (CSU) au Mali.

Enfin, dans un contexte de recherche de mécanismes de financement pour la couverture universelle des soins, l'économiste de la santé entend apporter une contribution à la recherche des approches pertinentes pouvant permettre la mise en œuvre d'un mécanisme assurantiel à travers un examen de la qualité de l'offre de soins et le niveau de satisfaction des usagers de l'hôpital.

Comme disait **Stephen Cowey** : « *Les gens et les managers travaillent tellement fort pour s'assurer que les choses soient bien faites qu'ils ont à peine le temps de décider s'ils font les bonnes choses* ».

Pour répondre à la problématique posée, notre étude est articulée autour des points suivants : la première partie qui traite du contexte général, des généralités sur l'AMO et de la revue de la littérature. La deuxième partie concerne la méthodologie, l'analyse des résultats et les recommandations issues de l'étude.

PREMIERE PARTIE :
CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

Chapitre 1 : PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE DU MALI

I. Histoire

Le Mali possède une histoire riche. Antérieurement, plusieurs royaumes et empires se sont succédé, englobant une partie plus ou moins importante du Mali actuel et des pays limitrophes : l'empire du Ghana, l'empire du Mali, l'empire songhaï, le royaume bambara de Ségou, le royaume du Kéné Dougou, l'empire peulh du Macina...

Suite à l'invasion par la France en 1883, le pays devient une colonie française sous le nom de Soudan français. Le 04 avril 1959, le Sénégal et le Soudan se regroupent pour former la Fédération du Mali, qui accède à l'indépendance le 20 juin 1960. Deux mois plus tard, le Sénégal se retire de la fédération et proclame son indépendance. Et le 22 septembre 1960, le Soudan français proclame à son tour son indépendance sous la conduite de Modibo Keita, tout en conservant le nom « Mali » avec comme capitale Bamako. Sa devise est : « Un Peuple, un But, une Foi » et son drapeau est constitué de trois bandes verticales verte, jaune et rouge.

Actuellement le Mali vit sous sa troisième République intervenue en 1992 avec l'avènement de la démocratie. Malheureusement, de son indépendance à nos jours, il a connu trois coups d'Etat militaires en 1968, en 1991 et en 2012.

II. Profil géographique

Le Mali, pays enclavé à l'intérieur de l'Afrique occidentale entre le tropique du Cancer et l'Équateur, couvre une superficie de 1 241 238 km². Il partage ses frontières avec sept pays limitrophes : au Nord, se trouve l'Algérie ; à l'Est, le Niger ; au Sud-Est, le Burkina Faso ; au Sud, la Côte d'Ivoire et la Guinée ; au Nord-Ouest, la Mauritanie et enfin à l'Ouest, le Sénégal. Le pays est traversé par deux grands fleuves : le Niger et le Sénégal. Le relief est peu accentué. Les plaines alluviales, très vastes, sont toutefois dominées par quelques plateaux (plateaux mandingues au Sud-Ouest et dogon au centre). Le point culminant du Mali est le mont Hombori au Nord avec 1 155 mètres.

Du Sud au Nord, un quart du territoire est situé dans la zone soudano-guinéenne, 50% dans la zone sahélienne et 25% dans le désert saharien. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies ; cette dernière durant, en moyenne, cinq mois au Sud et moins d'un mois au

Nord. Le niveau des précipitations s'établit entre 1 300 à 1 500 mm au Sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au Nord. Ce climat se caractérise par quatre zones que sont :

- la zone sud soudano guinéenne : environ 6% du territoire national, dans l'extrême sud. Les précipitations sont comprises entre 1 300 et 1 500 mm d'eau par an.
- la zone nord-soudanienne, avec 700 à 1 300 mm/an d'eau. Cette zone couvre environ 18% du territoire.
- la zone sahélienne : le niveau des précipitations se situe entre 200 et 700 mm d'eau par an.
- la zone saharienne : les précipitations deviennent irrégulières et au fur et à mesure qu'on s'éloigne des abords du fleuve Niger et qu'on avance dans le Sahara, elles deviennent aléatoires et inférieures à 200 mm/an.

III. Profil sociodémographique

Avec 17,99 millions d'habitants en 2016 et un taux d'accroissement démographique de l'ordre de 3,6%, la population malienne compte 50,4% de femmes. Environ 70% de cette population réside en milieu rural. Le taux de natalité est estimé à 45‰ tandis que l'espérance de vie à la naissance est de 58 ans. Les jeunes de moins de 15 ans représentent 46,8% de la population totale. Le taux brut de scolarisation au premier cycle est 77,6% (dont 68% pour les filles).

L'indicateur de pauvreté humaine est de 56,4%, ce qui classe le Mali 107^e sur 177 par le PNUD. Le Taux d'utilisation de la planification familiale est faible 10%. Concernant le VIH/sida, la prévalence est de 1,1%. Le taux brut de mortalité est de 16‰.

IV. Profil économique

Pays essentiellement à vocation agricole, l'économie de la République du Mali est caractérisée par sa vulnérabilité. Son produit intérieur brut (PIB) était de 14,05 milliards USD en 2016 avec un PIB par habitant de 780,51 USD. Le taux de croissance du PIB enregistré en 2016 était de 5,1%. La performance économique dépend fortement des conditions climatiques, des fluctuations des conditions du commerce mondial et des taux d'échange. Le pays dépend des ports des pays voisins pour ses exportations hors continent et concentre ses exportations sur deux principaux produits (l'or et le coton). À l'intérieur du continent, notamment dans la sous-région ouest africaine, le pays exporte principalement le bétail sur pied.

Afin de favoriser l'exploitation des avantages comparatifs de l'intégration sous-régionale, le Mali a adhéré le 1er juin 1984 au Traité de l'UMOA. Il est membre de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS).

V. Système de santé du Mali

V.1 Organisation du système de santé

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le Centre de Santé Communautaire (CSCoM). Le second niveau est le Centre de Santé de Référence (CSRéf) ou hôpital de District selon l'OMS. Le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux (deuxième référence) et nationaux (troisième référence).

Au niveau du secteur public, il y a cinq hôpitaux nationaux qui sont tous des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Il s'agit des : CHU Gabriel Touré, CHU du Point G, CHU IOTA, CHU Centre National d'OdontoStomatologie (CNOS), CHU Hôpital du Mali et 7 hôpitaux régionaux, érigés en Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) par la réforme hospitalière en 2002².

En dessous des hôpitaux, se situent les Centres de Santé de Référence (CSRéf), liés aux directions régionales de la santé (DRS) et présents dans chaque district sanitaire. Leur rôle est d'agir en tant que lien entre les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) et les hôpitaux.

Les CSCoM sont gérés par des Associations de Santé Communautaire (ASACO).

La pyramide sanitaire fonctionne par référencement de niveau à niveau (niveau primaire CSCoM, puis secondaire CSRéf, puis tertiaire hôpitaux).

A chaque niveau du système de santé, le « recouvrement des coûts » est mis en place pour les consultations, les médicaments et tous les autres produits nécessaires pour les traitements.

²Loi n°02-050 AN RM du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière en République du Mali

L'avènement de la libéralisation de l'exercice privé de la profession médicale et pharmaceutique en 1985 au Mali a conduit à la création de cliniques, de cabinets médicaux et de laboratoires privés.

V.2 Financement du système de santé

Le financement de la santé au Mali est assuré par trois principales sources : le financement public, l'aide extérieure et les sources de financement privées.

Le financement public regroupe l'ensemble des dépenses effectuées par le Ministère de la santé ainsi que celles en matière de santé des autres ministères et des collectivités décentralisées. On comptabilise aussi dans cette catégorie les dépenses effectuées par l'Institut national de prévoyance sociale (INPS) pour la prise en charge médicale de ses assurés en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Le financement privé concerne les paiements directs effectués par les usagers pour l'achat de biens et services de santé, les cotisations des employeurs et des employés au titre de la couverture du risque maladie. Entrent aussi sous cette rubrique le financement communautaire tel que la mobilisation des ressources communautaires et les mutuelles de santé. À cela il faut ajouter les contributions des assurances privées.

L'aide extérieure provient des donateurs multilatéraux ou bilatéraux et des Organisations non gouvernementales. Elle se présente sous forme de prêts ou de dons.

V.2.1 Acteurs du financement du système

Le système de santé au Mali est financé par différents acteurs disposant chacun des mécanismes à travers lesquels, les fonds sont mobilisés. Il s'agit de :

Etat

Les différents mécanismes à travers lesquels les fonds du budget d'Etat sont mobilisés pour financer la santé sont :

- Budget alloué au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- Budget alloué aux autres Ministères dans le volet « Fonction Santé » ;
- Appui Budgétaire Général (ABG) ;
- Appui Budgétaire Sectoriel (ABS).

A travers le budget alloué au Ministère de la Santé, l'Etat fournit une dotation minimum en matériel de soins, de laboratoires etc. qui correspond aux activités que la structure doit prendre en charge en fonction de son niveau.

Partenaires extérieurs

Pour le financement de la santé, les fonds des partenaires extérieurs sont mobilisés à travers les mécanismes suivants :

- les procédures du Budget d'Etat ;
- les appuis directs aux services des départements ;
- le financement des ONG et autres organisations de la société civile ;
- l'assistance technique ;
- ainsi que les dons et legs.

Les fonds des partenaires sont le plus souvent utilisés en fonction de leurs domaines d'intervention.

Collectivités territoriales

La contribution des collectivités territoriales au financement de la santé dans le cadre de la décentralisation demeure très faible (moins de 3% en 2011) et l'essentiel de ce financement va dans la réalisation d'infrastructures au niveau périphérique telle que la construction de CSCOM.

Assurance et Mutuelles de Santé

Du côté des Institutions de Protection Sociale, la mutualisation des ressources pour la santé est constituée par les assurances maladies dont la contribution au financement de la santé est faible aujourd'hui. Les principaux acteurs sont la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) et les mutuelles de la santé.

V.2.2 Les sources de financements

Participation des autres Ministères aux dépenses de santé

La contribution des autres Ministères aux dépenses de santé en 2013 s'élevait à 8,522 milliards de francs CFA. Ces dépenses proviennent essentiellement des allocations de la « fonction santé ». Elles se composent entre autres, des dépenses du Haut Conseil National de Lutte contre

le VIH et le Sida (HCNLS) avec 1,928 milliards de francs CFA soit 22,62%, de la Direction du Service de Santé des Armées (DSSA) et des garnisons militaires dans les régions, de remboursement des frais d'ordonnances des personnes démunies effectuées par le Ministère de la Solidarité.

Financement de la santé par les collectivités territoriales

Le montant mobilisé par les collectivités territoriales pour les dépenses de santé en 2013 se chiffre à 508,601 millions de francs CFA représentant 0,15% des dépenses courantes de santé. L'essentiel de ce montant (94,20%) a été dépensé dans les soins curatifs ambulatoires. On note une faible contribution des collectivités dans les dépenses de santé. Cependant, il faut noter que ces dépenses représentent uniquement des données des collectivités collectées auprès des structures de santé.

Financement de la santé par les entreprises privées et parapubliques

La contribution des entreprises dans les dépenses de santé en 2013, s'élève environ à 1,31 milliards de francs CFA. Ces dépenses ont été essentiellement orientées vers les soins curatifs généraux soit 1,13 milliards de francs CFA. Le paludisme a été la pathologie la plus consommatrice de ces dépenses avec environ 581 millions de francs CFA soit 44,28%.

Financement de la santé par l'assurance maladie

La part de l'assurance maladie dans les dépenses de santé en 2013 est de 5,622 milliards de francs CFA soit 1,66% des dépenses totales. Ces dépenses sont constituées des contributions des régimes d'assurance maladie sociale (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) avec 4,930 milliards francs CFA et de l'assurance communautaire (mutuelles de santé) 692 millions de francs CFA.

Financement de la santé par le paiement direct des ménages

En 2013, la participation des ménages dans les dépenses de santé s'élevait à 183,032 milliards de francs CFA soit 50,41% des dépenses totales de santé. Ce montant inclut les paiements directs et les dépenses effectuées par les mécanismes assuranciers. Malgré l'avènement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et d'autres mécanismes assuranciers (mutuelles, assurances privées, assurances volontaires, etc.) dans le système de financement de la santé, les paiements directs des ménages restent encore très élevés. En effet, avec 183,032 milliards de

francs CFA représentant 53,28% des dépenses courantes et 50,41% des dépenses totales, les ménages constituent les premiers contributeurs dans les dépenses de la santé au Mali.

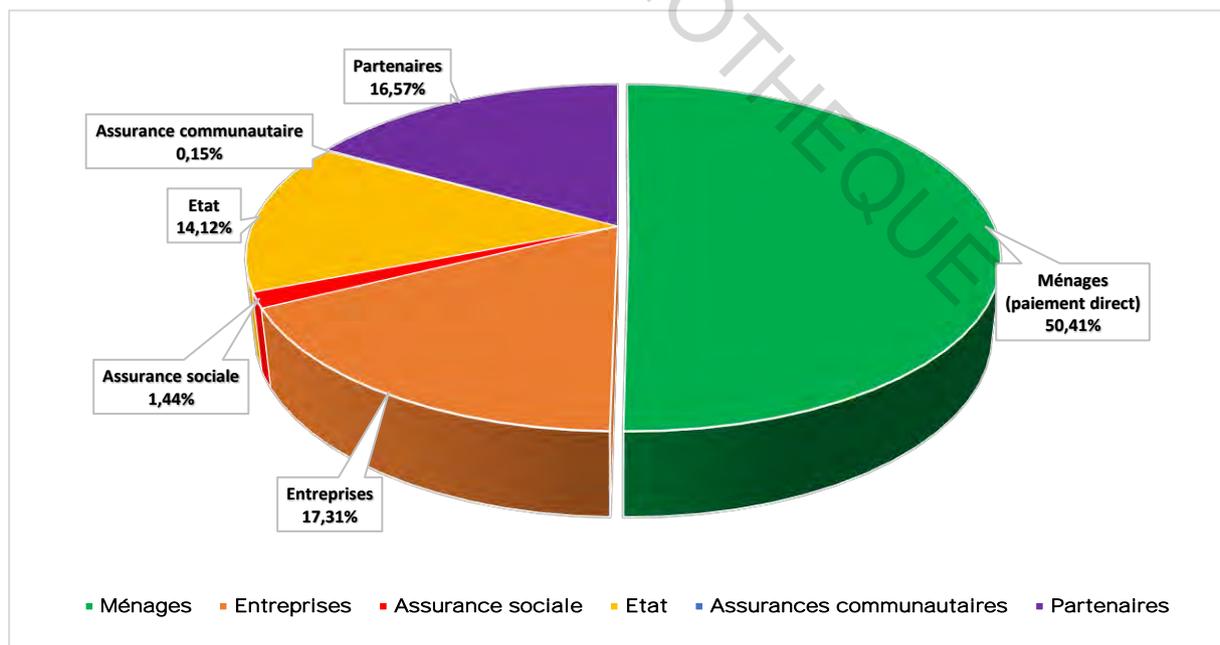
Les paiements directs représentent 98,70% des dépenses totales des ménages. Les soins curatifs avec 160,467 milliards de francs CFA soit 87,67% constituent la principale fonction dans ces dépenses de paiements directs des ménages.

Financement de la santé par les Organisations Non Gouvernementales

Les ONG ont contribué à hauteur de 11,554 milliards de francs CFA dans les dépenses totales de santé en 2013 équivalant à 3,40% des dépenses courantes de santé. Les dépenses des ONG ont été essentiellement orientées vers la lutte contre le paludisme 4,123 milliards, les carences nutritionnelles 3,998 milliards et la santé de la reproduction 1,016 milliards.

C'est au regard de cette réalité (*part des ménages qui constituait plus de la moitié des dépenses totales de santé avec 50,41%*) que le Mali a entrepris la mise en œuvre de réformes visant à assurer une couverture progressive des risques sociaux en général et ceux liés à la maladie en particulier à travers l'AMO et le RAMED (Régime d'Assistance Médicale).

Graphique 1 : Acteurs du financement de la santé



Source : comptes de la santé 2013 du Mali

Chapitre 2 : GENERALITES SUR L'AMO

Le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), institué au Mali par la Loi N° 09-015 du 26 juin 2009³, vise à permettre la couverture de frais de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leurs familles. La loi définit entre autres les bénéficiaires, les prestations garanties, les conditions de prise en charge, le conventionnement et le contrôle médical.

C'est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie. Sa gestion est confiée à un Etablissement Public à caractère Administratif dénommé Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM).

I. Population cible

L'affiliation au régime est obligatoire. Il s'agit d'un régime d'ordre public auquel on ne peut y déroger par une convention contraire. L'AMO couvre environ 14% de la population malienne.

I.1 Les assujettis

Sont assujettis à l'Assurance Maladie Obligatoire :

- les fonctionnaires civils de l'Etat et des Collectivités Territoriales, les militaires et les députés ;
- les travailleurs au sens du Code du Travail (secteur privé) ;
- les titulaires de pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires ;
- l'Etat, les employeurs des secteurs public, parapublic et privé.

Sont assimilés aux employeurs assujettis, les organismes gérant des régimes de pensions.

Peuvent adhérer à l'AMO, les personnes affiliées au régime d'assurance volontaire de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).

³ Journal Officiel de la République du Mali N°30 du vendredi 24 juillet 2009

I.2 Les bénéficiaires

La couverture de l'Assurance Maladie Obligatoire est familiale, donc en bénéficient les personnes physiques assujetties et les membres de leurs familles à charge.

Sont considérés comme membres de famille à charge de l'assuré :

- le (s) conjoint (es) ;
- les enfants ;
- les ascendants directs.

Les enfants à charge :

- les enfants issus du mariage de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré nés antérieurement au mariage ;
- les enfants que la femme de l'assuré a eus d'un précédent mariage lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré à l'état civil ou divorce judiciairement prononcé ; toutefois dans ce dernier cas les enfants n'ouvrent pas droit aux prestations lorsqu'ils sont restés à la charge du premier mari ou que celui-ci contribue à leur entretien ;
- les enfants ayant fait l'objet d'une adoption par l'assuré ou d'une légitimation adoptive conformément aux dispositions du Code de Parenté ;
- les enfants légalement reconnus par l'assuré.

Les ascendants directs à charge :

Le père et la mère de l'assuré à condition que ceux-ci ne soient économiquement dépendants de l'assuré et ne bénéficient pas à titre personnel du régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

II. Financement du régime

Le financement de l'AMO est assuré par les cotisations sociales assises sur le salaire. Les taux de cotisations ont été fixés par Décret N°10-578/ P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance maladie obligatoire⁴. Ce taux est double pour l'assuré en activité et forfaitaire pour l'assuré à la retraite. Il se répartit comme suit :

⁴ Journal Officiel de la République du Mali N°48 du vendredi 26 novembre 2010

- 7,54% du salaire dans le secteur public, soit 3,06% à la charge du fonctionnaire et 4,48% à la charge de l'Etat employeur
- 6,56% du salaire dans le secteur privé, soit 3,06% à la charge du travailleur et 3,5% à la charge de l'employeur
- 6,56% du montant déclaré, comme rémunérations, pour l'assuré volontaire de l'INPS
- 0,75% pour les retraités.

III. Le panier de soins de l'AMO

L'Assurance Maladie Obligatoire donne droit à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé ou par la maternité des bénéficiaires.

Le panier comprend deux catégories de soins :

- **les risques faibles** : les consultations générales ou spécialisées, les médicaments, les analyses de laboratoire et imagerie médicale, soins médicaux, soins dentaires (sans prothèse) ;
- **les gros risques** : les hospitalisations simples, les hospitalisations avec intervention chirurgicale.

Sont aussi pris en charge les frais liés à une référence-évacuation d'un établissement de santé vers un autre de niveau supérieur.

Par contre sont exclus du champ des prestations garanties par l'AMO :

- les interventions de chirurgie esthétique,
- les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie,
- la thalassothérapie,
- toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et des médicaments.
- Les évacuations à l'extérieur du pays.

Pour les soins ambulatoires, la CANAM prend en charge 70% des dépenses et l'assuré paie 30% au titre de ticket modérateur.

Pour les soins en hospitalisation, la Caisse assurera 80% des charges et 20% restant constitue le ticket modérateur payé par l'assuré.

IV. Les conditions de bénéfice des prestations AMO

Le droit aux prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire est subordonné au paiement préalable des cotisations. Une période de stage de six mois consécutifs à l'ouverture du droit aux prestations est obligatoire avant le démarrage du bénéfice du droit. Autrement, tout assuré, pour bénéficier de la prise en charge AMO, doit au préalable cotiser pendant six mois à compter de la date d'ouverture du droit.

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour bénéficier, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayants droit du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de six mois.

Les ayants droit de l'assuré décédé qui ne bénéficient d'aucune pension de survivant continuent de bénéficier, pendant une période d'une année, des prestations du régime d'Assurance Maladie Obligatoire dont relevait le défunt.

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

C'est un Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) qui assure la gestion de l'AMO en collaboration avec l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) qui sont des organismes gestionnaires délégués (OGD).

Créée par la Loi N°09- 016 du 26 Juin 2009⁵, la CANAM est la structure chargée de la mise en œuvre de ce régime, avec comme missions :

- l'encaissement des cotisations du régime d'Assurance Maladie Obligatoire
- l'immatriculation des assurés et la mise à jour des droits des bénéficiaires
- l'allocation aux organismes gestionnaires délégués des dotations de gestion couvrant leurs dépenses techniques et de gestion courante
- la passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur déroulement

⁵ Journal Officiel de la République du Mali N°30 du vendredi 24 juillet 2009

- l'appui aux organismes gestionnaires délégués et le contrôle de leurs activités
- le contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'AMO
- l'établissement des statistiques de l'AMO
- la consolidation des comptes des organismes gestionnaires délégués.

La CANAM est dirigée par un Directeur général nommé par Décret pris en Conseil des ministres, avec un Conseil d'administration présidé alternativement par un représentant des organisations syndicales des employeurs ou des organisations syndicales des travailleurs élu en son sein. La première vice-présidence est assurée par un représentant des pouvoirs publics.

VI. Les Organismes gestionnaires délégués (OGD)

La CANAM a délégué ses compétences techniques à deux Organismes Gestionnaires Délégués (OGD). Il s'agit de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) avec lesquelles elle a signé une convention approuvée par le Décret N°10-579/P-RM du 26 octobre 2010. Les deux OGD ont en charge les opérations d'immatriculation, d'affiliation, de suspension, de radiation, le recouvrement des cotisations ainsi que le règlement des prestataires.

VII. Relation CANAM avec les prestataires

La CANAM a signé des conventions avec les centres hospitalo-universitaires (CHU), les établissements publics hospitaliers (EPH) ou hôpitaux de région, les Centres de Santé de Référence (CSRéf), les Centres de Santé Communautaires (CSCom) et les officines pharmaceutiques privées qui adhèrent et acceptent les principes de l'AMO.

VIII. Modalités de mise en œuvre de l'AMO

La CANAM met à la disposition des OGD (INPS, CMSS) et des prestataires conventionnés un fichier électronique de bénéficiaires dont elle valide en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations de soins.

VIII.1 Prise en charge des assurés

Une carte d'assuré avec un numéro d'identification unique composé de treize chiffres est délivrée à chaque bénéficiaire des prestations AMO. Il est aussi attribué à tous les prescripteurs et responsables des services d'aide au diagnostic des établissements de santé conventionnés un numéro de code leur servant d'identifiant au niveau des OGD et de la CANAM.

Des feuilles de soins et d'examen AMO sont mis à la disposition des prestataires par la CANAM dans le respect des objectifs de qualité de service et d'activités prévus par le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM).

Pour bénéficier des prestations AMO, les assurés ou leurs ayants droit doivent, à chaque fois, présenter leur carte. Les chiffres de la carte d'assuré permettent aux prestataires et aux OGD, non seulement d'identifier le bénéficiaire, mais également, à partir de la base de données de la CANAM, de s'assurer que le droit de ce dernier est ouvert ou fermé.

Le mode de règlement du prestataire est le paiement à l'acte. Il est effectué par l'assuré à travers le paiement, directement aux prestataires, de 20 à 30% du coût des actes au titre de ticket modérateur et par les Organismes Gestionnaires Délégués, sous forme de remboursement des 70 à 80% du coût des actes, sur la présentation d'une facture dûment remplie par le prestataire sur la base des tarifs des prestations conventionnés du paquet de soins proposé.

Le contrôle médical des prestations est assuré par des médecins conseils des Organismes Gestionnaires Délégués.

VIII.2 Remboursement des factures

Les OGD disposent de délais légaux pour la liquidation et le paiement des factures à eux présentées par les prestataires. Les OGD, suivant des procédures précises, procèdent après un contrôle médical des feuilles de soins et d'examen par leurs médecins conseils, au paiement des factures par virement bancaire dans un compte indiqué par le prestataire.

Ce délai est de 15 jours pour les prestataires privés et de 30 jours pour les prestataires publics.

VIII.3 Les outils nécessaires au fonctionnement du dispositif

Il s'agit de :

- supports d'identification des assurés (carte d'assuré) ;
- feuilles de soins, d'examens, de pharmacie ;
- bordereaux de facturation ;
- liste des pathologies couvertes ;
- liste et tarif des médicaments pris en charge ;
- liste et tarif des actes médicaux et de biologie.

Chapitre 3 : REVUE DE LA LITTERATURE

I. Cadre conceptuel et théorique

Depuis le début des années 1980, l'organisation et le financement du système de santé constituent un souci majeur pour la communauté internationale, surtout dans les pays en développement quel que soit leur niveau économique, leur niveau de richesse et leur niveau de développement (Kerak et Barrijal, 2010). Le Mali, concerné par cette problématique, a engagé des réformes profondes de son système de santé en 2009 surtout sur le plan du financement (Loi N°09-015). Il a choisi pour ce faire l'introduction de nouveaux mécanismes représentés essentiellement par deux régimes : l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et le Régime d'assistance médicale (RAMED). La mise en œuvre de ces régimes, comme nous l'avons vu au niveau des généralités, implique les structures de santé. Et ces dernières, en tant que prestataires de soins, conditionnent, par la qualité de leurs services, la réussite de la réforme en termes d'accès et d'offre de soins. Il apparaît donc nécessaire d'évaluer la qualité de service fourni au niveau des structures sanitaires principalement les hôpitaux qui sont des prestataires AMO. Pour ce faire, nous avons besoin de méthodes et/ou d'outils de mesure et d'évaluation. Jusqu'à ce jour, nous n'avons retrouvé aucune étude qualitative ou quantitative sur la qualité de service offerte par les structures de santé conventionnées dans notre pays. Leurs managers ne disposent d'aucune mesure du taux de satisfaction des bénéficiaires recourant à leurs services. L'absence de telles informations a une influence quant à la possibilité d'amélioration de la qualité des services rendus. En effet, bien que les gestionnaires essaient d'améliorer les services offerts, ils le font toujours à partir de leur propre perspective (Patrice, 2006).

La revue de la littérature nous renseigne sur une multitude de modèles et d'outils de mesure et d'évaluation de la qualité des services (Xu et al., 2005). Nous avons constaté qu'il n'existe aucun modèle idéal ou générique pour mesurer et évaluer la qualité de service des hôpitaux surtout en matière d'AMO. Ces approches dépendent de l'environnement, de la culture des parties prenantes, du secteur d'activité et des spécificités de chaque établissement.

La mesure et l'évaluation de la qualité de service posent des difficultés (Kerak et Barrijal, 2010). Au vu de la littérature, la notion de la qualité de service est définie comme la différence entre les attentes et les perceptions du service par les clients (Kerak et Barrijal, 2010). Cette notion est abordée sous trois approches distinctes : normative (Norme ISO 9001, 2000), descriptive (Grönroos, 1984), et analytique (Averous, 2004).

II. Quelques méthodes d'évaluation

II.1 Le SERVQUAL

La méthode de SERVQUAL⁶ est une technique qui peut être utilisée pour réaliser une lacune de performance de la qualité de service d'une organisation contre les besoins de qualité de service à la clientèle. C'est une méthode empirique dérivée qui peut être utilisée par une organisation de services pour améliorer la qualité de service.

La méthode comporte le développement d'une compréhension de besoin perçu de services des clients cibles. Ces perceptions mesurées de qualité de service pour l'organisation en question sont alors comparées à une organisation qui est « excellente ». L'analyse résultante de lacune peut alors être utilisée en tant que facteur pour l'amélioration de la qualité de service.

Le SERVQUAL tient compte des perceptions des clients de l'importance relative des attributs de service. Ceci permet à une organisation d'affecter des priorités et d'employer ses ressources pour améliorer les attributs de service les plus critiques.

Les données sont rassemblées par l'intermédiaire des études d'un groupe de clients. Dans ces études, ces clients répondent à une série de questions basées autour d'un certain nombre de dimensions principales de service.

La méthodologie a été initialement basée autour de cinq dimensions principales :

1. **Valeurs matérielles** : aspect des installations de l'équipement, du personnel et des équipements physiques de communication
2. **Fiabilité** : capacité d'assurer le service promis d'une manière digne de confiance et avec précision
3. **Réponse** : volonté d'aider les clients et de fournir un service rapide
4. **Affirmation** : connaissances et courtoisie des employés et leur capacité à inspirer confiance et à rassurer
5. **Empathie** : la société fournit un soin et une attention individualisée à ses clients.

⁶ Valarie A. Zeithaml, A Parasuraman et Leonard L. Berry, 1988

souhait dans un système de référence (Averous, 2004). Exemple : le voyageur n'est pas satisfait de la propreté de la gare routière mais n'attend pas pour autant en ce lieu la même propriété que chez lui ou à l'hôpital. La propriété attendue traduit le niveau de propreté qu'il estime, lui, légitime pour une gare routière.

Le système de référence s'élabore à partir d'expériences propres, d'expériences vécues du service considéré ou d'autres services. Le système de référence évolue aussi à travers l'expérience des autres, le bouche à oreille, la communication (Averous, 2004).

Deuxième temps : le service voulu

Définir le service voulu est un acte majeur de direction générale. Il s'agit de l'énoncé des caractéristiques du service que l'entreprise peut et veut réellement offrir à ses clients (Averous, 2004). Il dépend certes des attentes des clients, mais des attentes que l'entreprise choisit de satisfaire.

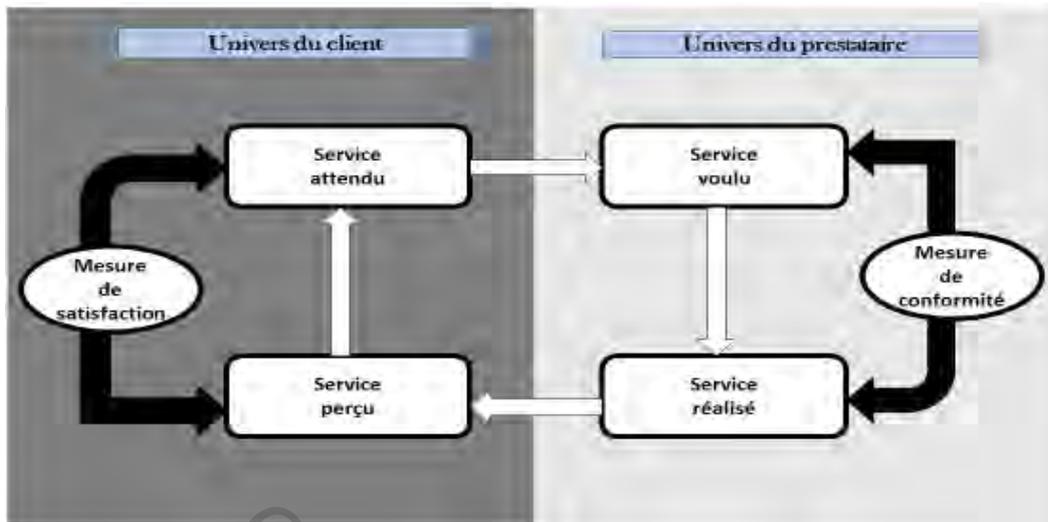
Troisième temps : le service réalisé

Le service réalisé, c'est le relevé précis, objectif de la réalisation du service sur le terrain (Averous, 2004). Il appartient à tous les acteurs de l'entreprise de réaliser le service conformément au service voulu. La performance des prestataires de service peut alors s'apprécier par l'écart existant entre le service voulu et le service réalisé. Le client se moque bien de la définition du service voulu et des intentions de la Direction, seul le service réellement offert lui importe (Averous, 2004).

Quatrième temps : le service perçu

Il s'agit du service perçu par le client. C'est le service perçu que nous devons connaître si nous voulons comprendre la satisfaction du client (Averous, 2004). Nous sommes bien dans la subjectivité du client mais c'est dans cette subjectivité qu'il exprime sa satisfaction. Nous sommes ici confrontés au caractère intangible du service. Toutes les actions visant à rendre visible le service agissent sur le service perçu.

Graphique 3 : Schéma du modèle CYQ : approche descriptive



Source : Averous B, Averous D, 2004

Le CYQ est un outil qui permet de distinguer la mesure de la satisfaction et la mesure de la conformité (Averous, 2004). L'appréciation de la satisfaction appartient au client qui exprime par-là l'écart existant entre son service attendu et son service perçu. Alors que l'appréciation de la conformité appartient à l'entreprise qui exprime par-là l'écart existant entre son service voulu et son service réalisé. Dès lors, on comprend qu'il peut être absurde de se limiter à la mesure de la satisfaction pour apprécier la qualité de la production du service que de se limiter à la mesure de la conformité pour apprécier l'impact sur le client (Averous, 2004).

II.3 Le modèle AORT

C'est un modèle de mesure et d'évaluation de la qualité de service des Organismes Gestionnaires d'Assurance Maladie (OGAM) au Maroc.

Le modèle AORT utilise quatre principales dimensions pour apprécier et évaluer la qualité de service par les clients des OGAM (Kerak et Barrijal, 2010). Ces dimensions sont liées aux aspects d'Accessibilité, d'Organisation, de Relationnel du personnel et aux aspects Technico-professionnels de l'assurance maladie, d'où l'acronyme AORT. Les quatre dimensions constituent les facteurs déterminants de la qualité de service de ces organismes. Selon les auteurs (Kerak et Barrijal, 2010), les trois premières dimensions semblent convenir à tous les types d'organismes. Alors que la dimension technico-professionnelle s'avère plus spécifique aux OGAM.

II.3.1 Dimension d'accessibilité

Cette dimension est définie par la facilité d'accès au service, à la prestation ou à l'information désirée dans un délai raisonnable et dans un lieu approprié. Un endroit pratique et sans barrière, et un service rapide, sont des éléments clés de cette dimension.

Pour mesurer cette dimension, plusieurs indicateurs peuvent être utilisés : nombre d'antennes régionales ou locales (répartition géographique), horaires et journées d'ouverture des bureaux, nombre de modes d'accès au service, disponibilité des lignes téléphoniques, temps d'attente avec la sonnerie du téléphone, amabilité de l'interlocuteur, etc. Donc, mesurer et évaluer la qualité de service des OGAM nécessite de mesurer les indicateurs qualité liés à l'accessibilité de leurs services et de leurs prestations garanties.

II.3.2 Dimension d'organisation

Elle correspond à l'organisation des paramètres tangibles d'un service au moment de vérité ou aux lieux de contact avec les clients. Ceci inclut le personnel de front office, le matériel et les équipements utilisés, et l'environnement où se déroule la prestation. Cette dimension répond à la question : « comment l'OGAM s'organise-t-il pour fournir le service ? ».

Pour cette dimension, la satisfaction ou l'insatisfaction des clients est liée, entre autres :

- à l'identification et l'apparence du personnel : badge portant le nom et le numéro d'immatriculation dans l'administration, habillement, savoir être, etc. ;
- à l'apparence des installations et des équipements utilisés : les équipements de haute technologie dotés d'un système d'information efficace permettent de faciliter la réalisation de la prestation et d'améliorer la qualité des informations à rendre aux demandeurs. Par exemple, la gestion de la file d'attente à l'aide d'un appareil automatique peut assurer une bonne gestion de l'accueil des clients, sachant que la qualité de service commence par un bon accueil ;
- au nombre de guichets ou de bureaux réservés aux clients : il joue un rôle déterminant sur les délais d'attente avant de servir les clients ;
- à l'affichage des horaires d'ouverture.

II.3.3 Dimension du relationnel du personnel

Le personnel voire l'organisation entière, se doit d'entretenir des liens personnalisés avec le client au moment crucial où celui-ci s'adresse à l'un de ses membres pour demander de l'aide. Cette dimension touche cet aspect relationnel qu'entretient le personnel du *front office* avec les visiteurs de l'organisme. Elle correspond à la qualité fonctionnelle du service, c'est-à-dire la façon avec laquelle le client reçoit le service par les représentants de l'OGAM. Elle répond à la question : « comment l'OGAM fournit-il le service à ses bénéficiaires ? ». C'est le sourire, la courtoisie, la capacité de s'identifier à l'utilisateur et de résoudre ses difficultés, l'assistance, la discrétion pendant l'entretien, le dialogue, l'adéquation du langage, le respect des engagements. Ceci est essentiel envers les populations fragiles telles que les clients des OGAM. Ceux-ci sont dans la plupart des cas des malades. Ces derniers attendent une relation humaine chaleureuse, personnalisée, amicale et encourageante avec le représentant de leur OGAM. De même, ils veulent être traités avec équité, courtoisie et sans discrimination. Ainsi, la qualité relationnelle du personnel de contact avec les clients peut altérer ou améliorer la qualité des services. Une bonne qualité relationnelle peut faire oublier dans certains cas les problèmes temporaires de qualité technique.

II.3.4 Dimension technico-professionnelle

Cette dimension fait d'abord référence à la qualité technique du service, c'est-à-dire au contenu et au quoi du service reçu, en répondant à la question : « que fournit l'OGAM à ses clients ? ». La gamme de services à offrir dépend de la réglementation en vigueur et des missions confiées à l'OGAM.

Le deuxième aspect de cette dimension correspond à l'aspect professionnel du service. Ce dernier exige, du personnel de *front office*, la maîtrise du métier de base et la connaissance de toutes les procédures et les rouages des OGAM opérant dans le domaine. Cette maîtrise ou cette expertise dans le domaine permet de mieux informer, orienter et conseiller les clients de ces établissements. À titre d'illustration, font partie de cette dimension : le respect des délais prévus pour compléter le service (prise en charge ou accord de remboursement d'un acte médical ou chirurgical, remboursement des dossiers de maladie pour des soins délivrés à titre ambulatoire, etc.), l'absence d'erreurs sur les montants pris en charge ou remboursés, les solutions proposées pour aider le client à régler son problème, la clarté des explications et la qualité des informations données.

III. Discussions sur les modèles

Bien que les chercheurs s'entendent généralement sur le fait que la qualité de service est multidimensionnelle, les questions de la quantité et du contenu des dimensions demeurent des objets de débats. Christian Grönroos, par exemple, perçoit la qualité de service de manière bidimensionnelle (Eiglier et Langeard, 1987). Certains auteurs parlent également de trois dimensions possibles. L'école américaine conçoit plutôt la qualité de service en termes de caractéristiques qui sont directement liées aux services offerts (fiabilité, empressement, empathie, assurance et valeurs matérielles).

La question fondamentale est de savoir sur quels critères doivent se baser les managers pour mesurer et évaluer la qualité de service offerte ? La littérature étant abondante en modèles de mesure de la satisfaction des clients (MSC) et/ou de la qualité de service, peuvent-ils se fier aux approches citées précédemment ? En ce domaine, les positions divergent. Pendant que certains chercheurs, comme (Parasuraman, et al., 1988) estiment que les résultats de leurs travaux sont applicables à la majorité des organisations, Faivre, lui, précise qu'aucune organisation n'est semblable ; chacune d'elle a ses propres objectifs et aborde le suivi de la satisfaction selon des critères propres à ses ambitions ou à sa mission (Faivre, 2001). La mesure et l'évaluation de la qualité de service par la mesure de la satisfaction des clients (MSC) doit tenir compte de ces particularités en plus de considérer les aspects suivants d'une organisation : son secteur d'activité, sa clientèle et ses services.

Parmi les leçons tirées de l'étude faite par les (Averous, 2004), nous relevons qu'il faut se méfier d'une approche trop standardisée. Il paraît donc utile de développer un modèle adaptable aux besoins de différents services. Comme le précise (Patrice, 2006), les dimensions qui doivent être incluses dans une mesure de satisfaction dépendent de plusieurs critères, parmi lesquels on retrouve le type d'entreprise soumis à l'évaluation (selon qu'elle soit du secteur public ou privé), sa taille, les services offerts par celle-ci ainsi que les objectifs fixés par ses responsables.

D'autre part, si on prend l'exemple le plus reconnu et le plus « complet » dans la littérature en matière de conceptualisation et de mesure de la qualité de service (SERVQUAL), on note que les fondements de ce modèle ont été contestés par les spécialistes dans le domaine ainsi que par les auteurs eux-mêmes (Parasuraman et al., 1991).

Les critiques adressées au modèle SERVQUAL sont de plusieurs ordres. Elles portent sur la dimensionnalité et les propriétés de SERVQUAL. Certains analystes ont souligné que la

composition des dimensions laisse généralement une impression vague (certaines caractéristiques d'une dimension X auraient tout aussi bien pu être classées dans une dimension Y). Les études ayant utilisé SERVQUAL ne font pas toujours état d'une structure dimensionnelle stable. Les cinq dimensions proposées par (Parasuraman et al., 1988) ne ressortent pas dans toutes les études empiriques ayant utilisé cet instrument. En effet, ni la stabilité de la structure dimensionnelle de cet instrument, ni son équivalence dans divers contextes n'ont été démontrées (William, 2003). En outre, le discours et le style utilisés dans SERVQUAL ne sont pas adaptés à toutes les cultures (William, 2003). D'autres travaux ont montré que le nombre et le type de dimensions variaient selon les études et selon le type de service : un bien ou un service (Asubonteg et al., 1996). Ce constat souligne le fait que la qualité de service peut être complexe dans certaines organisations et simple ou unidimensionnelle dans d'autres (Babakus et Boller, 1992).

DEUXIEME PARTIE :
CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE

Chapitre 1 : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

I. Cadre d'étude

I.1 Présentation de la région de Kayes

La région de Kayes, première région administrative du Mali, compte sept cercles : Bafoulabé, Diéma, Kayes, Kéniéba, Kita, Nioro du Sahel et Yélimané. Elle est limitée au Sud par la Guinée, à l'Est par la région de Koulikoro, au Nord par la Mauritanie et à l'Ouest par le Sénégal. Sa superficie est de 120 795 km² pour une population de 1 438 261 habitants.

Sur le plan sanitaire, la région compte : un hôpital (EPH), neuf Centres de santé de référence (CSRéf), une polyclinique, une cinquantaine de cliniques et cabinets médicaux privés, deux centres médicaux interentreprises (CMIE), trois infirmeries de garnison militaire, sept centres médicaux confessionnels, environ 200 Centres de Santé Communautaire (CSCom), une cinquantaine d'officines pharmaceutiques, un laboratoire biomédical privé...

Le cercle de Kayes, où se trouve l'Hôpital Fousseyni DAOU (le seul de la région), a été créé en 1883. Il couvre une superficie de 22 190 km² (18,37 % du territoire de la région) et compte 632 592 habitants. En plus de l'hôpital, le cercle dispose d'un CSRéf, d'une vingtaine de cliniques et cabinets médicaux, un CMIE, un centre médical confessionnel, une infirmerie de garnison militaire...

Les ratios personnels soignants par habitants sont les suivants :

- 1 médecin pour 11 002 habitants dans le cercle de Kayes contre 24 377 habitants pour la Région ;
- 1 sage-femme pour 8 250 femmes en âge de procréer dans le cercle contre 16 874 femmes en âge de procréer pour la région ;
- 1 infirmier pour 4 633 habitants dans le cercle contre 8 561 habitants pour la région.

I.2 Présentation de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

L'Hôpital Fousseyni DAOU est situé à l'Est de la ville de Kayes qui est distante de Bamako, la Capitale du Mali, de 610 kilomètres.

A l'origine, initié en 1883 par les militaires français lors de la pénétration coloniale en Afrique de l'Ouest, il devient hôpital secondaire, puis hôpital régional en 1969. Il est baptisé hôpital régional Fousseyni DAOU en 1991 en hommage à l'un de ses anciens Médecins-directeurs brutalement arraché à l'affection des siens.

Créé par la Loi N°03-020/AN-RM du 14 juillet 2003, érigeant les hôpitaux régionaux en Etablissement Public Hospitalier (EPH), l'Hôpital Fousseyni DAOU est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Ses organes d'administration et de gestion sont : le Conseil d'administration (CA), la Direction générale, le Comité de Direction et les organes consultatifs (Commission médicale d'établissement, Commission des soins infirmiers et obstétricaux, Comité technique d'établissement et Comité technique d'hygiène et de sécurité).

Les missions de l'Hôpital Fousseyni DAOU sont (loi N°03-020 du 14 juillet 2003) :

- assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- participer à la formation initiale et assurer la formation continue des professionnels de santé ;
- conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

L'Hôpital Fousseyni DAOU comprend : des services médicaux et chirurgicaux, des services d'aide au diagnostic (Imagerie médicale, Laboratoire biomédical), une pharmacie hospitalière, un service social, un service d'hygiène ainsi des unités (Centre d'appareillage orthopédique et rééducation fonctionnelle, Kinésithérapie, URENI).

Son personnel comprend 156 agents composés : des médecins généralistes et spécialistes (25), des pharmaciens généralistes (2), des assistants médicaux (14), des techniciens supérieurs de santé (36), des techniciens de santé (18), du personnel d'appui (chauffeurs, ambulanciers, préparateurs en pharmacie, techniciens de surface, électricien, plombier, lingère, cuisiniers).

II. Méthode de l'étude

Dans une démarche participative et afin de faire accepter les résultats de notre étude par l'Hôpital Fousseyni DAOU, notre protocole a été préalablement soumis à la direction dudit

hôpital. Ce qui a permis, et à l'issue de deux rencontres avec les cadres de l'hôpital, d'avoir des outils de collecte de données consensuels et les objectifs de l'étude partagés. Etaient présents à ces rencontres : le Directeur général, son adjoint, l'Agent comptable, le chef du personnel, le chef du service social ainsi qu'un caissier de l'hôpital.

II.1 Type d'étude

Notre étude est une étude monographique des conditions de mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire dans un établissement hospitalier du Mali.

II.2 Population d'étude

La population d'étude est constituée des assurés AMO et leurs ayants droit ainsi que les prestataires AMO de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

II.2.1 Critère d'inclusion

Pour le questionnaire adressé à l'hôpital, étaient inclus dans notre étude tout le personnel (administratif et soignant) de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes habilité à donner des prestations dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Pour le questionnaire administré aux bénéficiaires AMO, il fallait être assuré principal de l'Assurance Maladie Obligatoire ou ayant droit âgé d'au moins 18 ans.

II.2.2 Critère de non inclusion

N'était pas inclus dans l'étude, tout assuré principal de l'AMO ou tout ayant droit âgé d'au moins 18 ans non consentants ou n'ayant jamais bénéficié de prestations au niveau de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ainsi que tout prestataire AMO de l'HFDK non consentant au questionnaire.

II.3 Echantillonnage

Pour la satisfaction des bénéficiaires AMO

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule : $n = \frac{t^2 pq}{i^2}$ avec un écart réduit $t = 1,96$ pour un risque d'erreur de première espèce $\alpha = 0,05$, la prévalence théorique de la satisfaction globale $p = 50\%$, $q = 1-p$, pour une précision souhaitée $i = 0,05$.

La taille de l'échantillon ainsi calculée était de 384 bénéficiaires à questionner que nous avons arrondie à 400.

Pour les prestataires AMO de l'hôpital

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif des médecins, pharmaciens, laborantins, surveillants de service qui sont tous reconnus comme prestataires AMO de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

II.4 Description de la méthode retenue

Parmi les modèles étudiés dans la revue de la littérature, le modèle AORT de l'étude marocaine nous a paru le mieux indiqué pour notre étude, car il concerne le même domaine que notre sujet, à savoir l'assurance maladie. Toutefois, tenant compte du fait que l'étude marocaine concernait l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie nous avons adapté le modèle à notre contexte qui est celui d'un établissement public hospitalier.

C'est ainsi que nous avons retenu les quatre dimensions qui constituent les variables dépendantes ou expliquées, mais en choisissant des variables indépendantes ou explicatives adaptées à notre contexte. Ces dimensions sont : **Accessibilité, Organisation, Relationnel et Technico-professionnel**, d'où l'acronyme **AORT** pour désigner le modèle.

Chaque dimension du modèle a été appréciée à partir de variables indépendantes (ou indicateurs) qui ont permis de mesurer le niveau de satisfaction des bénéficiaires AMO de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

II.4.1 Dimension d'accessibilité

Cette dimension concerne les conditions d'accès des bénéficiaires aux prestations AMO. Elle répond à la question : « **comment les bénéficiaires AMO apprécient-ils la qualité de l'accès aux soins à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?** ».

Pour la mesurer, les indicateurs pouvant être utilisés sont : l'appréciation sur la qualité de l'accueil, la difficulté de paiement des coûts des prestations...

II.4.2 Dimension d'organisation

Cette dimension répond à la question : « **comment l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes s'organise-t-il pour fournir les prestations AMO ?** ».

Pour cette dimension, la satisfaction ou l'insatisfaction des bénéficiaires AMO est liée, entre autres : à la disponibilité et à la fonctionnalité des guichets AMO ; au nombre de guichets réservés aux bénéficiaires AMO (il joue un rôle déterminant sur les délais d'attente avant de servir les clients) ; au temps d'attente ; à la simplicité du circuit du malade AMO ; à la disponibilité des médicaments, des soins et actes médicaux ; à l'affichage des procédures.

II.4.3 Dimension du relationnel du personnel

Cette dimension répond à la question : « **comment l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes fournit-il le service à ses bénéficiaires ?** ».

Elle correspond à la qualité fonctionnelle du service, c'est-à-dire la façon avec laquelle le client reçoit le service par le personnel de l'hôpital. Elle touche cet aspect relationnel qu'entretient le personnel avec les bénéficiaires AMO de l'hôpital. Les variables étudiées à ce niveau sont : la disponibilité du personnel, la courtoisie, la qualité d'écoute, la serviabilité (volonté d'aider et de servir).

II.4.4 Dimension technico-professionnelle

Cette dimension fait référence, à la fois, à la qualité technique du service (le contenu du service reçu) et à l'aspect professionnel du service (la manière par laquelle le service est rendu).

Elle recouvre, entre autres : la simplicité et transparence des procédures administratives, la clarté des explications et la qualité des informations données, la qualité des services reçus, la possibilité de recours en cas d'insatisfaction...

II.5 Collecte de données

Validation des questionnaires

Avant leur finalisation, les questionnaires ont fait l'objet d'une validation à travers un pré-test. Pour le questionnaire de satisfaction des bénéficiaires AMO, le pré-test a concerné une

quinzaine de personnes bénéficiaires d'AMO. Quant au questionnaire adressé aux prestataires AMO de l'hôpital, il a concerné cinq médecins de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

Recrutement de trois enquêteurs

Pour nous aider dans la collecte des données auprès des bénéficiaires AMO de l'hôpital, nous avons recruté trois enquêteurs dont une administratrice sociale et deux techniciens supérieurs de santé qui ont été formés. Cette formation a concerné essentiellement la compréhension et l'administration des questionnaires.

Technique de collecte des données

Nous avons choisi d'utiliser des données primaires pour notre étude. Pour ce faire, nous avons élaboré, à l'aide du logiciel Sphinx, des questionnaires qui ont été administrés aux bénéficiaires AMO, à la direction générale de l'hôpital y compris les agents du guichet AMO, au personnel soignant de l'hôpital. Pour assurer la collecte des données de bonne qualité, les enquêteurs ont été régulièrement supervisés.

Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Sphinx. Les textes ont été traités par Word 2013.

Chapitre 2 : ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

Les résultats et l'analyse concernent les données collectées auprès de l'administration de l'hôpital, des prestataires AMO de l'hôpital et des bénéficiaires AMO de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Ils sont présentés sous forme de tableaux ou de graphiques ou de textes. Cette présentation est faite dans l'ordre des objectifs assignés à l'étude et des recommandations sont formulées par acteur intervenant dans la gestion ou la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

L'analyse uni variée faite avec le logiciel Sphinx était essentiellement descriptive et portait sur les différentes proportions.

Pour apprécier la dépendance entre le niveau global de satisfaction des bénéficiaires AMO par rapport aux quatre aspects mesurés (**A**ccessibilité, **O**rganisation, **R**elationnel du personnel, **T**echnico-professionnel) et les paramètres socio démographiques et économiques susceptibles d'influencer ce niveau global de satisfaction, une analyse bi variée par le test de χ^2 a été exécutée au seuil de significativité de 5% (0,05). Pour satisfaire les conditions d'utilisation du test de χ^2 , les modalités des variables ont été redéfinies et rendues dichotomiques par regroupement. Ainsi, les modalités « très satisfait » et « satisfait » ont été regroupées en « **Satisfait** » et les modalités « moyennement satisfait » et « pas satisfait » en « **Pas satisfait** ».

Les résultats du test de χ^2 sont inscrits dans les tableaux 16, 17, 18 et 19.

I. L'organisation des prestations AMO au sein de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

L'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes (HFDK) a démarré les prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) le 1^{er} juillet 2011 après la signature d'une convention avec la CANAM le 03 mai 2011.

I.1 Outils de gestion des prestations AMO

L'HFDK dispose de deux ordinateurs avec le logiciel de gestion des assurés AMO ; des feuilles de soins et d'examens ; de tampon sec pour l'authentification des feuilles de soins et d'examens.

I.2 Documents exigés par l'HFDK pour la prise en charge d'un assuré AMO

Les pièces exigées par l'HFDK pour la prise en charge d'un assuré de l'AMO sont : la carte AMO, le récépissé comportant le N°AMO composé de 13 chiffres, la carte d'identité.

I.3 Circuit d'approvisionnement de l'HFDK en outils de gestion des prestations AMO

L'HFDK est approvisionné en outils de gestion des prestations AMO par la direction générale de la CANAM. Les feuilles de soins et les feuilles d'examens sont envoyées par la CANAM, à partir de Bamako, par la poste ou par les compagnies de transport privées sur demande de la direction générale de l'hôpital.

Cependant, l'hôpital fait face souvent à des ruptures en feuilles de soins et d'examen. Ce qui crée des désagréments à l'endroit des bénéficiaires AMO.

I.4 Ressources humaines

L'HFDK a recruté, sous contrat, deux guichetiers AMO qui s'occupent de l'accueil, de la délivrance du ticket modérateur, des feuilles de soins et d'examens aux patients AMO. Toutefois, la direction de l'hôpital estime que ce nombre est insuffisant pour assurer 24 heures sur 24 heures et 7 jours sur 7 jours un service de qualité.

Tout le personnel du corps médical (médecins, pharmaciens, radiologues), les assistants médicaux, les sages-femmes, les techniciens supérieurs de santé sont prestataires AMO au sein l'HFDK.

Tableau 1 : Répartition des prestataires AMO selon leur qualification

Qualification prestataires	Effectif	Pourcentage
Médecin généraliste	5	16,13%
Médecin spécialiste	10	32,26%
Assistant médical	4	12,90%
TSS	8	25,81%
Sage-femme	3	9,68%
Pharmacien	1	3,23%
TOTAL	31	100%

Source : Auteur à partir des données

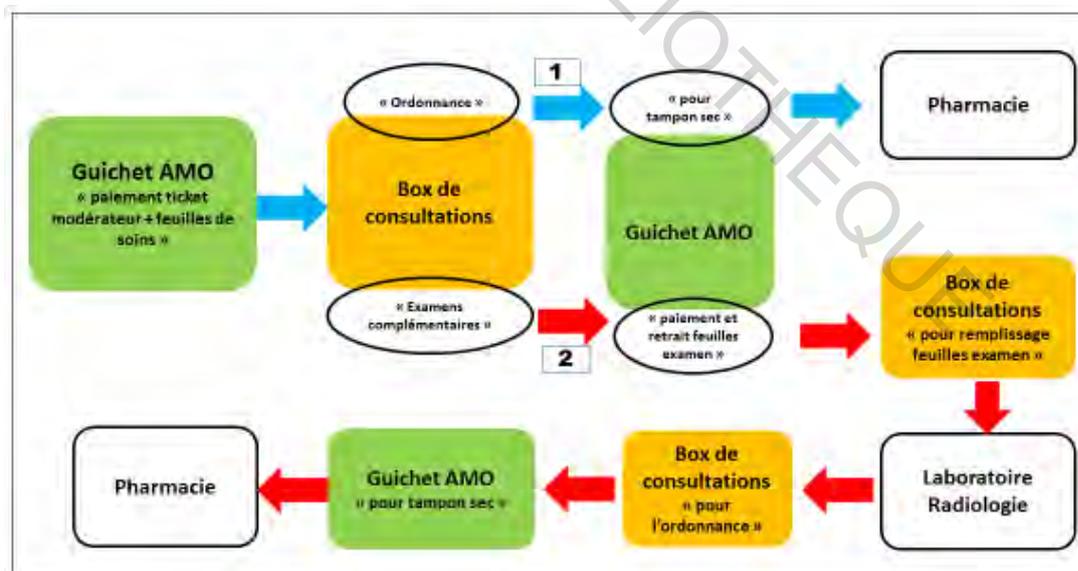
L'analyse de ce tableau montre que les médecins étaient les plus nombreux parmi les prestataires AMO de l'HFDK avec un effectif de 15/31 (dont 10 spécialistes et 5 généralistes) soit 48,39%. Ils étaient suivis par les techniciens supérieurs de santé avec 25,81%, des assistants médicaux avec 12,90%, des sages-femmes avec 9,68% et les pharmaciens avec 3,23% des cas.

Tous les prestataires de notre échantillon ont déclaré être habilités à donner des prestations AMO à l'HFDK, mais aucun d'eux ne possédait un code praticien. Cette situation constitue une non-conformité qui, normalement est source de rejet de la prise en charge par l'OGD des prestations offertes car ce code, identifiant du prestataire, doit obligatoirement figurer sur la feuille de soins. C'est un moyen de contrôle et de lutte contre les cas de fraude, car empêche tout prescripteur d'une structure qui n'a pas signé une convention avec la CANAM d'offrir les prestations AMO.

I.5 Circuit du patient AMO à l'HFDK

Le schéma ci-dessous décrit le circuit d'un patient qui s'adresse à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes pour bénéficier de prestations AMO.

Graphique 4 : Circuit du patient AMO de l'HFDK



Source : Auteur

Le circuit du patient AMO de l'HFDK commence par le guichet AMO où le patient s'acquitte du paiement du ticket modérateur et reçoit une feuille de soins. Ensuite le patient se rend au box de consultations où deux cas de figure peuvent se passer.

Premier cas de figure : le médecin prescrit directement l'ordonnance. Et le patient retourne au guichet AMO pour mettre le tampon sec sur les feuilles de soins avant de se rendre à la pharmacie (de l'hôpital ou une pharmacie privée) pour l'achat des médicaments.

Deuxième cas de figure : le médecin prescrit des examens complémentaires et le patient retourne au guichet AMO pour payer et prendre les feuilles d'examen. Ensuite, il se rend une seconde fois au box de consultations pour le remplissage des feuilles d'examen puis se rend au service d'aide au diagnostic (Laboratoire ou radiologie). Après l'obtention des résultats, le patient revient au box de consultations pour la prescription d'ordonnance. Ensuite, il se rend au guichet AMO pour mettre le tampon sec sur les feuilles de soins avant d'aller à la pharmacie (de l'hôpital ou pharmacie privée) pour l'achat des médicaments.

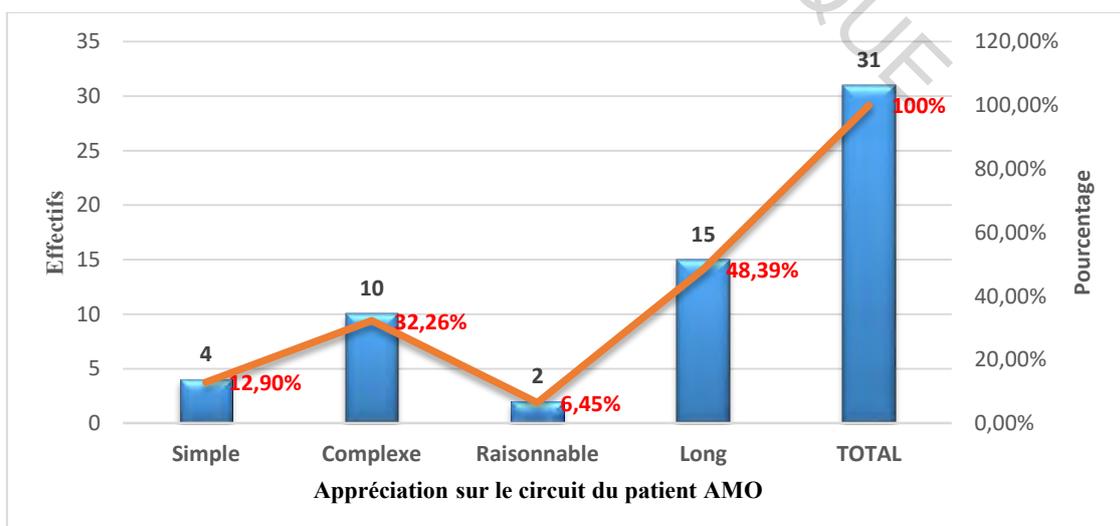
I.5.1 Connaissance du circuit du patient AMO par les prestataires

Ce circuit du patient AMO était connu par seulement 38,71% (12/31) des prestataires AMO de l'HFDK. Plus d'un prestataire sur six (5/31, soit 16,13%) a déclaré ne pas du tout connaître ce circuit alors que 45,16% n'en savaient qu'un peu seulement.

I.5.2 Appréciation du circuit du patient AMO par les prestataires AMO

Ici, nous donnons l'appréciation faite par les prestataires de l'HFDK que nous avons interrogés sur le circuit du patient AMO dans ledit hôpital.

Graphique 5 : Appréciation des prestataires sur le circuit du patient AMO à l'HFDK



Source : Auteur à partir des données

Le graphique ci-dessus nous montre que le circuit du patient AMO de l'HFDDK a été jugé comme complexe et/ou long par 80,65% (25/31) des prestataires contre 18,35% (6/31) qui le trouvait simple et/ou raisonnable.

I.5.3 Appréciation du circuit du patient AMO par les bénéficiaires AMO

Le circuit du patient AMO à l'HFDDK a été jugé comme compliqué par 331/400 (82,75%) des bénéficiaires AMO interrogés contre 69/400 (17,25%) seulement qui l'ont jugé comme étant simple.

Les raisons invoquées en soutien de ce jugement sont : des va-et-vient entre le guichet, les box de consultation ou les services d'aide au diagnostic (laboratoire, radiologie), un second rang au guichet pour avoir le tampon sec après la délivrance de l'ordonnance par les médecins. Certains aussi ont parlé d'un manque d'explication préalable, tant au niveau du guichet AMO qu'au niveau des services de soins devant permettre aux usagers AMO de connaître les différentes étapes du circuit du patient AMO à l'HFDDK.

Même si le circuit du patient AMO à l'HFDDK semble clair, son analyse fait ressortir que les patients effectuaient des allers-retours entre le guichet AMO et les différents services techniques de l'hôpital avec souvent l'obligation de faire plusieurs fois le rang dans un même endroit. Cette situation allonge le temps mis par les patients pour bénéficier des prestations. Ce qui influe négativement sur leur perception de la qualité des services rendus. Aussi, elle augmente le volume d'activité des prestataires par patient dans la fourniture du même service. Certes, il faut minimiser la possibilité de cas de fraude, mais cela ne doit se faire au détriment de la qualité du service. Il nous paraît donc nécessaire de revisiter la façon de faire afin d'améliorer la qualité de l'offre de service.

I.6 Connaissance et application des procédures de prise en charge du patient AMO par le personnel médical de l'HFDDK

I.6.1 Formation du personnel en matière de procédures AMO

Seuls 12,9% (4/31) des prestataires interrogés ont déclaré n'avoir pas bénéficié de formation sur les procédures de prestations AMO contre 87,1% (27/31) qui disaient en avoir bénéficié de la part de la CANAM. Cependant, presque tous ont exprimé le besoin de renouvellement de formation en vue de renforcer leur capacité pour minimiser les erreurs.

I.6.2 Vérification de l'en-tête des feuilles de soins et d'examen

Seuls 32,26% (10/31) des prestataires vérifiaient systématiquement si l'en-tête des feuilles AMO est correctement rempli en termes d'exactitude et de complétude des informations devant y figurer. Plus d'un prestataire sur quatre ne faisait jamais une telle vérification, soit 25,81% (7/31) et 41,93% (13/31) le faisaient rarement.

I.6.3 Utilisation du code praticien par les prestataires AMO de l'hôpital

Comme aucun prestataire ne possédait pas de code praticien, alors aucun ne l'utilisait lors des prestations AMO.

Cette situation ne permettrait pas aux organismes gestionnaires délégués de savoir si les prestations offertes ont été faites par des personnes habilitées ou pas. Normalement dans pareil cas, les factures de toutes les prestations offertes doivent être rejetées par les OGD. Ce qui constitue une perte financière pour l'hôpital, car les dépenses engagées ne sont pas remboursées et restent à sa charge.

I.6.4 Exploitation de la liste des médicaments et examens AMO

La quasi-totalité des prestataires de l'HFDK ne disposaient pas de liste des médicaments et examens AMO, soit 93,50% (29/31). Seuls deux prestataires ont déclaré disposer de ces documents, soit 6,50%.

C'est dire que les prescripteurs de l'HFDK ne se réfèrent pas aux listes des médicaments et examens AMO dans l'exécution de leurs actes. Cela pourrait entraîner la prescription de médicaments ou d'examens non remboursables par l'AMO. Dans ce cas, deux situations peuvent se présenter :

- rejet par l'OGD des feuilles comportant ces médicaments ou examens non remboursables lorsque l'hôpital a déjà offert les prestations. Ce qui occasionne des pertes d'argent pour l'hôpital, car les dépenses engagées ne sont pas remboursées par les OGD ;
- refus de la pharmacie ou du service d'aide au diagnostic de servir le patient. Dans ce cas, ce dernier sera obligé de revenir vers son traitant pour renouveler la prescription en reprenant à zéro le circuit pour bénéficier des prestations AMO. Cette situation constitue

certainement une perte de temps supplémentaire pour le patient et un retard dans sa prise charge.

I.7 Appréciation des bénéficiaires AMO sur l'organisation au sein de l'HFDK

I.7.1 Signalétiques indiquant l'accès aux services et leur identification

Tableau 2 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport aux signalétiques au sein de l'HFDK

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	7	1,75%
Satisfait	75	18,75%
Moyennement satisfait	195	48,75%
Pas satisfait	123	30,75%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

L'analyse de ce tableau fait ressortir que seul un bénéficiaire AMO sur cinq (82/400) déclarait être réellement satisfait des signalétiques à l'HFDK. Ce qui laisse supposer que les usagers de l'HFDK pourraient connaître des difficultés pour s'orientation ou pour retrouver les endroits dont ils ont besoin.

I.7.2 Disponibilité des guichets AMO

Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la disponibilité des guichets AMO de l'HFDK

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	10	2,50%
Satisfait	179	44,75%
Moyennement satisfait	178	44,50%
Pas satisfait	33	8,25%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Sur les 400 bénéficiaires AMO, 189 déclaraient être satisfaits de la disponibilité des guichets AMO à l'HFDC contre 33 qui n'en étaient pas du tout satisfaits.

I.7.3 Fonctionnalité des guichets AMO pendant les jours non-ouvrables ou la nuit

Tableau 4 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la fonctionnalité des guichets AMO

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	14	3,50%
Satisfait	136	34,00%
Moyennement satisfait	189	47,25%
Pas satisfait	61	15,25%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Il ressort de ce tableau que 150 bénéficiaires AMO (37,50%) étaient satisfaits de la fonctionnalité des guichets AMO de l'HFDC contre 61 (15,25%) qui n'en étaient pas du tout.

I.7.4 Temps d'attente des patients AMO à l'hôpital

Tableau 5 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport au temps d'attente à l'HFDC

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Convenable	62	15,50%
Long	338	84,50%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Le temps d'attente dans les différents services de l'HFDC était jugé comme long par 338/400 bénéficiaires AMO (84,50%). Seuls 15 d'entre eux considéraient ce temps comme convenable (15,50%).

Si cela s'avère, cet état de fait pourrait influencer négativement sur la performance de l'hôpital, car comme l'on dit, le temps c'est de l'argent.

I.7.5 Endroit où il faut améliorer l'attente

Tableau 6 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à l'endroit où le temps d'attente est jugé comme le plus long à l'HFDK

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Guichet	170	42,50%
Consultation	91	22,75%
Pharmacie	105	26,25%
Laboratoire	13	3,25%
Radiologie	5	1,25%
Sans réponse	16	4,00%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Le guichet AMO était considéré comme l'endroit où le temps d'attente est le plus long avec 42,50% des cas. La pharmacie venait en deuxième position avec 26,25% et les box de consultations, avec 22,75% des cas, occupait la troisième place.

I.7.6 Disponibilité médicaments dans la pharmacie hospitalière

Tableau 7 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la disponibilité des médicaments à l'HFDK

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	5	1,25%
Satisfait	62	15,50%
Moyennement satisfait	236	59,00%
Pas satisfait	97	24,25%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

La disponibilité des médicaments au niveau de la pharmacie de l'HFDK n'était considérée comme satisfaisante que par 67/400 (16,75%) bénéficiaires AMO. Presque 1/5^{ème} d'entre eux n'en était pas du tout satisfait, soit 97/400 (24,25%).

I.7.7 Disponibilité des soins ou actes

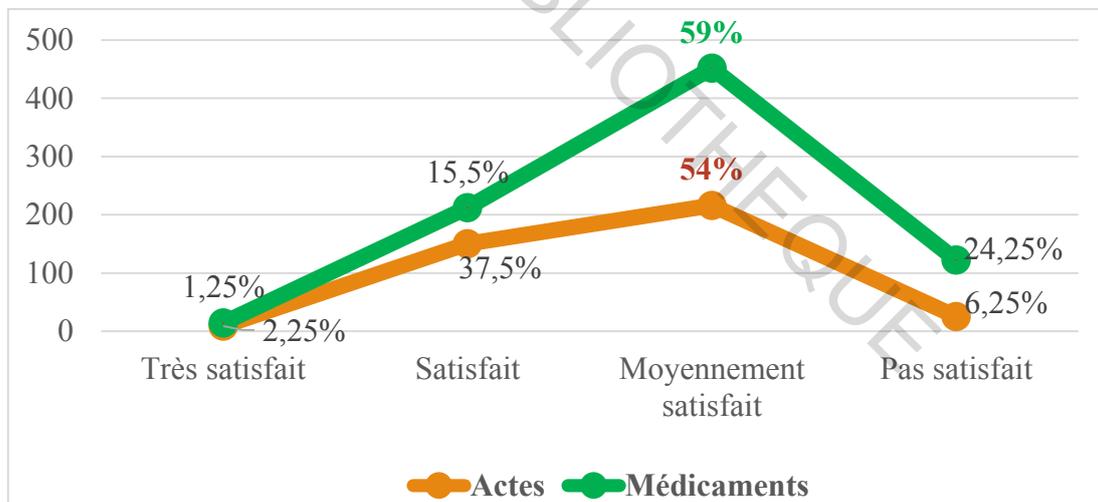
Tableau 8 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport disponibilité des soins ou des actes à l'HFDK

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	9	2,25%
Satisfait	150	37,50%
Moyennement satisfait	216	54,00%
Pas satisfait	25	6,25%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Plus de la moitié des bénéficiaires AMO étaient moyennement satisfaits de la disponibilité des soins et actes au niveau de l'HFDK, soit 216/400 (54%).

Graphique 6 : Niveau de satisfaction des bénéficiaires AMO par rapport à la disponibilité des médicaments et des actes à l'HFDK



Source : Auteur à partir des données

Ce graphique nous montre que la majorité des bénéficiaires AMO n'étaient que moyennement satisfaits de la disponibilité des actes et médicaments à l'HFDK.

I.7.8 Affichage et communication des procédures de prise en charge

Tableau 9 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à l'affichage et à la communication des procédures de prise en charge à l'HFDK

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	7	1,75%
Satisfait	101	25,25%
Moyennement satisfait	219	54,75%
Pas satisfait	73	18,25%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Plus de la moitié des bénéficiaires AMO étaient moyennement satisfaits de l'affichage et de la communication des procédures de prise en charge à l'HFDK, soit 219/400 (54,75%). Or la méconnaissance ou la non-maîtrise de telles procédures pourraient favoriser des cas d'abus ou de fraude de la part des agents mal intentionnés. Ce qui pourrait entraîner des manques à gagner par l'hôpital.

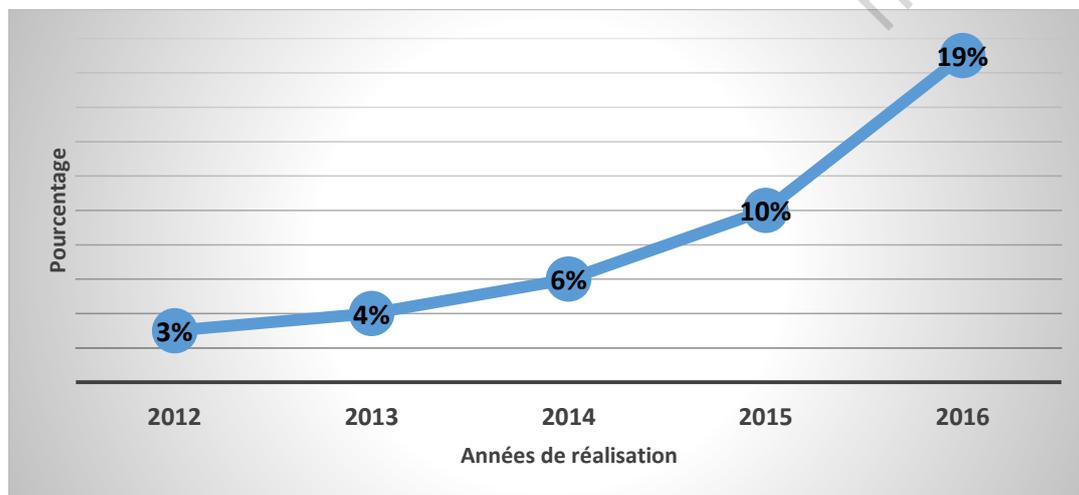
I.8 Remboursement des factures AMO de l'hôpital par les OGD

Le service de comptabilité de l'HFDK, de façon périodique (généralement mensuelle), procède à l'établissement d'un bordereau de facturation comportant l'identification des personnes bénéficiaires de soins, la date de réalisation et la nature des actes, le montant du ticket modérateur et de la part AMO à rembourser ainsi que le ou les numéros de compte bancaire de l'hôpital. Ce document, co-signé par l'agent comptable et le directeur général ou son adjoint, est transmis aux OGD suivant un bordereau de transmission. Les OGD disposent d'un délai légal de 30 jours pour procéder au remboursement du montant de la part AMO par virement bancaire dans le compte de l'hôpital et l'adresse une lettre de notification qui indique le montant total remboursé, les feuilles de soins ou d'examen ayant fait l'objet de rejet lorsque c'est le cas en précisant les raisons.

En cas de rejet, l'hôpital a la possibilité de procéder aux corrections nécessaires et renvoyer lesdites feuilles aux OGD pour prise en charge. Dans le cas contraire, l'hôpital perd le montant de la part AMO afférent aux feuilles dont le motif de rejet n'a pas pu être corrigé.

Une analyse des remboursements des factures AMO de l'HFDK de 2012 à 2016 fait ressortir que le délai moyen de remboursement était au début de 2 mois avec souvent des retards qui pouvaient aller au-delà de 3 mois. A partir du début 2015, ce délai moyen est d'un mois avec des extrêmes de 20 à 50 jours. C'est dire que les OGD ont fait d'énormes efforts pour rester dans le délai légal qui est d'un mois.

Graphique 7 : Evolution de la part AMO dans les recettes de l'HFDK de 2012 à 2016



Source : Auteur à partir des données

Nous constatons une évolution croissante de la part de l'AMO dans les recettes globales de l'HFDK passant de 3% en 2012 à 19% en 2016. Ce qui fait une progression de plus de 600% (soit 16 points) en cinq ans. Cette évolution pourrait s'expliquer par l'augmentation du nombre des adhérents au régime d'assurance maladie obligatoire. Car il faut noter qu'au début, à cause d'une contestation sociale, de nombreux assujettis au régime s'étaient retirés suite à cette possibilité qui leur était offerte par les plus hautes autorités du pays dans le cadre d'un apaisement social. Toutefois, devant le poids des dépenses de santé et les avantages du dispositif magnifiés par ceux qui y étaient restés, presque la quasi-totalité des personnes concernées ont fait leur réinscription ou inscription pour celles qui ne l'avaient pas encore fait.

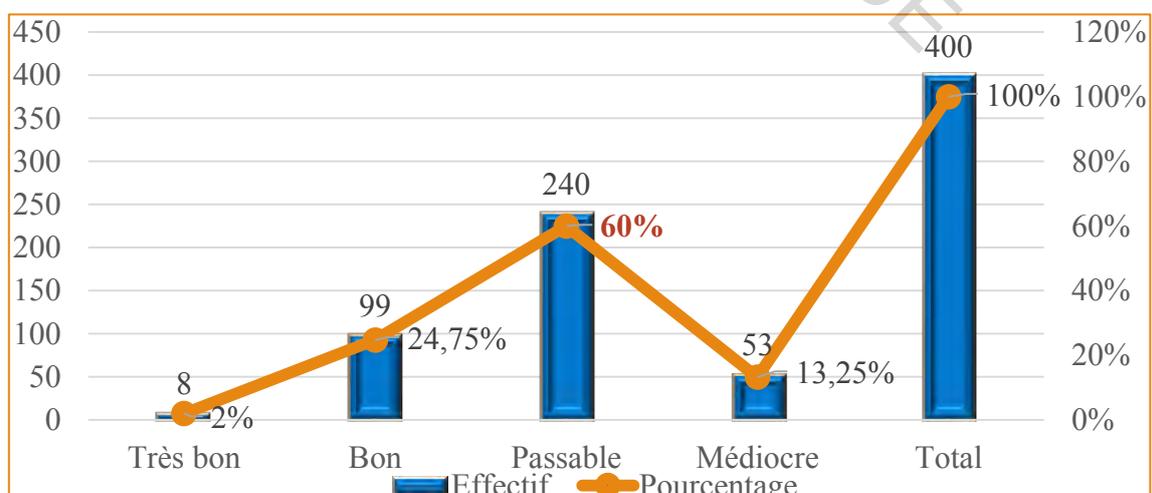
La direction de l'HFDK apprécie positivement cette évolution, car elle trouve que l'AMO a permis un relèvement du niveau des recettes de l'hôpital grâce d'une part à l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé et d'autre part à la sécurisation des fonds, l'argent n'étant plus manipulé par les agents mais viré directement dans le compte bancaire de l'hôpital.

II. Les conditions d'accès aux prestations AMO à l'HFDK

II.1 Accueil

Il s'agit de l'appréciation des bénéficiaires AMO sur la manière dont les patients sont reçus au niveau des différents services de prestations AMO de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

Graphique 8 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur appréciation de la qualité de l'accueil à l'HFDK



Source : Auteur à partir des données

L'accueil à l'HFDK était considéré comme bon ou très bon par environ un bénéficiaire AMO sur quatre, soit 107/400 (26,75%). La plupart d'entre eux trouvaient cet accueil passable, soit 240/400 (60%).

II.2 Endroit où l'accueil est jugé comme le plus mauvais

Ici, il s'agit de faire ressortir l'endroit où les bénéficiaires AMO de l'HFDK s'étaient le plus plaints.

Tableau 10 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à l'endroit où l'accueil est jugé comme le plus mauvais à l'HFDK

Niveau de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Guichet	183	45,75%
Consultation	88	22,00%
Soins	43	10,75%
Laboratoire	9	2,25%
Radiologie	10	2,50%
Maternité	64	16,00%
Sans réponse	3	0,75%
TOTAL	400	100%

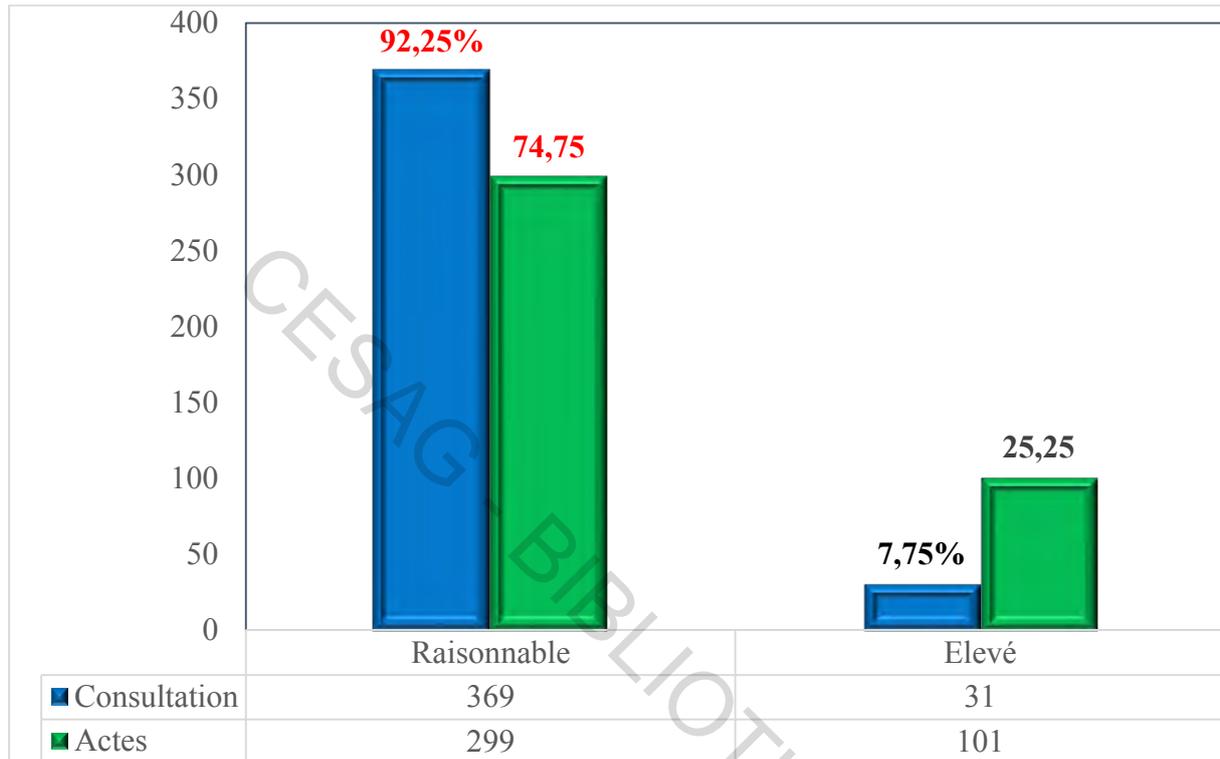
Source : Auteur à partir des données

Le guichet AMO, avec 45,75%, venait en première position parmi les endroits de l'hôpital où l'accueil était le plus décrié par les bénéficiaires AMO. Les box de consultations venaient en deuxième position (22%), suivis de la maternité (16%).

II.3 Coûts des prestations AMO

Il s'agit de faire ressortir ce que pensaient les bénéficiaires AMO des frais payés pour accéder aux différentes prestations de l'HFDK, notamment, les consultations et les actes.

Graphique 9 : Appréciation des bénéficiaires AMO sur le coût des prestations à l'HFDK



Source : Auteur à partir des données

Le coût des consultations à l'HFDK était considéré comme raisonnable par 92,25% (369/400) des bénéficiaires AMO contre 7,75% (31/400) qui trouvait ce coût élevé.

Le coût des actes à l'HFDK était considéré comme raisonnable par 74,75% (299/400) des bénéficiaires AMO contre 25,25% (101/400) qui trouvait ce coût élevé.

C'est dire que le coût des prestations à l'HFDK était jugé raisonnable par la quasi-totalité des bénéficiaires AMO, soit 92,25% pour les consultations et 74,75% pour les actes.

II.4 Difficultés à payer les coûts

Nous donnons ici la proportion des bénéficiaires AMO qui éprouvaient des difficultés à faire face aux frais occasionnés par les différentes prestations offertes par l'HFDK.

Tableau 11 : Répartition des bénéficiaires AMO selon la difficulté à payer les prestations à l'HFDDK

Difficulté à payer	Effectif	Pourcentage
Oui	100	25,00%
Non	300	75,00%
TOTAL	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Une personne sur quatre (25%) des bénéficiaires AMO disait avoir des difficultés à payer le coût des prestations à l'HFDDK alors que ce coût était considéré comme raisonnable par le plus grand nombre de bénéficiaires AMO contre 75% qui déclarait ne pas éprouver de difficulté à payer les prestations.

III. Appréciation des bénéficiaires AMO sur les qualités relationnelles du personnel de l'HFDDK

III.1 Disponibilité du personnel de l'HFDDK

Il s'agit de faire ressortir l'appréciation des bénéficiaires AMO sur la disponibilité du personnel (guichetier et soignant) de l'HFDDK.

Tableau 12 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la disponibilité du personnel de l'HFDDK

Niveau de satisfaction	Personnel du guichet AMO		Médecins		Paramédicaux	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	9	2,25%	14	3,50%	8	2,00%
Satisfait	158	39,50%	120	30,00%	121	30,25%
Moyennement satisfait	185	46,25%	182	45,50%	247	61,75%
Pas satisfait	48	12,00%	84	21,00%	24	6,00%
TOTAL	400	100%	400	100%	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Il ressort de ce tableau que la satisfaction des bénéficiaires AMO était majoritairement moyenne en ce qui concerne la disponibilité du personnel de l'HFDDK avec respectivement 61,75% pour

les paramédicaux, 46,25% pour le personnel du guichet AMO et 45,50% pour les médecins. Aussi, le taux d'insatisfaction concernant la disponibilité était observé chez les médecins avec 21% des cas contre 12% pour le personnel du guichet AMO et 6% pour les paramédicaux.

III.2 Ecoute du personnel de l'HFDDK

Il s'agit de faire ressortir l'appréciation faite sur la qualité d'écoute du personnel (guichetier et soignant) de l'HFDDK par les bénéficiaires AMO.

Tableau 13 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la qualité d'écoute du personnel de l'HFDDK

Niveau de satisfaction	Personnel du guichet AMO		Médecins		Paramédicaux	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	11	2,75%	11	2,75%	3	0,75%
Satisfait	87	21,75%	204	51,00%	123	30,75%
Moyennement satisfait	237	59,25%	119	29,75%	217	54,25%
Pas satisfait	65	16,25%	66	16,50%	57	14,25%
TOTAL	400	100%	400	100%	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Si les bénéficiaires AMO étaient majoritairement satisfaits de la qualité d'écoute des médecins à 51% (204/400), ils l'étaient moyennement pour celle du personnel du guichet AMO à 59% (237/400) et des paramédicaux à 54,25% (217/400).

III.3 Courtoisie du personnel de l'HFDDK

Il s'agit de faire ressortir l'appréciation faite sur le degré de la courtoisie du personnel (guichetier et soignant) de l'HFDDK par les bénéficiaires AMO.

Tableau 14 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la courtoisie du personnel du guichet

Niveau de satisfaction	Personnel du guichet AMO		Médecins		Paramédicaux	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	2	0,50%	12	3,00%	8	2,00%
Satisfait	91	22,75%	174	43,50%	105	26,25%
Moyennement satisfait	292	73,00%	170	42,50%	234	58,50%
Pas satisfait	15	3,75%	44	11,00%	53	13,25%
TOTAL	400	100%	400	100%	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Les bénéficiaires AMO trouvaient majoritairement les médecins courtois à 43,50% (174/400). Leur niveau de satisfaction concernant la courtoisie chez le personnel du guichet AMO et les paramédicaux était majoritairement moyen avec respectivement 73% (292/400) et 58,50% (234/400).

III.4 Serviabilité

Il s'agit de faire ressortir ce que pensaient les bénéficiaires AMO de la volonté d'aider et de rendre service du personnel (guichetier et soignant) de l'HFDK.

Tableau 15 : Répartition des bénéficiaires AMO selon leur niveau de satisfaction par rapport à la serviabilité (volonté d'aider et de rendre service) du personnel de l'HFDK

Niveau de satisfaction	Personnel du guichet AMO		Médecins		Paramédicaux	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Très satisfait	4	1,00%	11	2,75%	5	1,25%
Satisfait	86	21,50%	130	32,50%	89	22,25%
Moyennement satisfait	236	59,00%	205	51,25%	247	61,75%
Pas satisfait	74	18,50%	54	13,50%	59	14,75%
TOTAL	400	100%	400	100%	400	100%

Source : Auteur à partir des données

Les bénéficiaires AMO trouvaient majoritairement le personnel de l'HFDK moyennement serviables à 61,75% (247/400), 59% (236/400) et 51,25% (205/400) respectivement pour les paramédicaux, le personnel du guichet AMO et les médecins.

IV. Dépendance entre le niveau de satisfaction globale des bénéficiaires AMO de l'HFDK et les paramètres sociodémographiques et économiques susceptibles d'influencer ce niveau

Dans cette partie, nous analysons le lien qui pourrait exister entre le niveau de satisfaction globale des bénéficiaires AMO de l'HFDK par rapport aux quatre aspects étudiés (Accessibilité, Organisation, Relation et Technico-professionnel) et les différents paramètres sociodémographiques et économiques pouvant influencer ce niveau.

Comme nous l'avons annoncé plus haut, une analyse bi variée par le test de khi² a été exécutée au seuil de significativité de 5 % (0,05) entre les quatre aspects mesurés et les variables qui expliquent chacun d'eux.

Tableau 16 : Récapitulatif des résultats du khi² concernant le niveau global de satisfaction par rapport aux conditions d'accès aux prestations AMO

Variable dépendante	Variables indépendantes	Chi2	ddl	1-P-value	P-value	Interprétation	
Niveau global de satisfaction par rapport aux conditions d'accès aux prestations AMO	Accueil	121,51	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Coût de la consultation	12,75	1	0,9996	0,0004	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Coût des actes	23,42	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Capacité de payer	2,02	1	0,8451	0,1549	p-value supérieure à 0,05	Dépendance non significative
	Statut du bénéficiaire AMO	0,98	1	0,678	0,322	p-value supérieure à 0,05	Dépendance non significative
	Sexe du bénéficiaire AMO	1,64	1	0,7993	0,2007	p-value supérieure à 0,05	Dépendance non significative
	Tranche d'âge du bénéficiaire AMO	2,62	2	0,7305	0,2695	p-value supérieure à 0,05	Dépendance non significative
	Niveau d'étude du bénéficiaire AMO	23,03	4	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative

Source : Auteur à partir des données

L'analyse de ce tableau montre que si la perception des bénéficiaires AMO sur l'accès aux prestations AMO à l'HFDK était fortement influencée par la qualité de l'accueil et le coût des prestations, elle n'avait pas de lien avec la capacité à payer des bénéficiaires AMO. Cela pourrait se comprendre aisément quand on sait qu'avec le système de tiers-payant, seul reste à la charge des patients le ticket modérateur qui doit être payé directement.

En dehors de leur niveau d'étude, les autres paramètres sociodémographiques (statut, âge, sexe) n'influençaient pas la perception des bénéficiaires AMO sur l'accès aux prestations AMO à l'HFDK.

Tableau 17 : Récapitulatif des résultats du khi² concernant le niveau global de satisfaction par rapport à l'organisation au sein de l'hôpital

Variable dépendante	Variables indépendantes	Chi2	ddl	1-P-value	P-value	Interprétation	
Niveau global de satisfaction par rapport à l'organisation au sein de l'hôpital	Signalétique indiquant l'accès aux services et leur identification	22,01	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Disponibilité des guichets AMO	45,29	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	disponibilité des guichets AMO pendant les jours fériés et la nuit	43,71	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Temps d'attente	36,57	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Appréciation sur le circuit du patient AMO	3,23	1	0,9277	0,0723	p-value légèrement supérieure à 0,05	Dépendance peu significative
	Raison expliquant la non-satisfaction de la qualité du circuit	7,11	2	0,9714	0,0286	p-value inférieure à 0,05	Dépendance significative
	Disponibilité médicaments dans la pharmacie hospitalière	5,21	1	0,9777	0,0223	p-value inférieure à 0,05	Dépendance significative
	Disponibilités des soins	80,93	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Affichage et Communication des procédures de prise en charge	123,07	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Statut du bénéficiaire AMO	10,1	1	0,9985	0,0015	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Sexe du bénéficiaire AMO	32,34	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Tranche d'âge du bénéficiaire AMO	2,64	2	0,7324	0,2676	p-value supérieure à 0,05	Dépendance non significative
	Niveau d'étude du bénéficiaire AMO	15,38	4	0,996	0,004	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative

Source : Auteur à partir des données

Ce tableau montre que la perception des bénéficiaires AMO sur l'organisation au sein de l'hôpital était fortement influencée par l'existence de bonne signalétique permettant aux usagers

de l'hôpital de mieux s'y orienter, par l'existence de guichet dédié aux assurés AMO tant pendant les jours ouvrables que pendant les jours fériés, par la disponibilité des soins et médicaments dans la pharmacie hospitalière, par l'affichage et la communication des procédures de prise en charge des patients AMO.

Cette perception était fortement influencée par tous les paramètres sociodémographiques (statut, sexe, niveau d'étude) excepté l'âge des bénéficiaires AMO.

Tableau 18 : Récapitulatif des résultats du khi² concernant le niveau global de satisfaction par rapport aux qualités relationnelles du personnel de l'hôpital

Variable dépendante	Variables indépendantes	Chi2	ddl	1-P-value	P-value	Interprétation	
Niveau global de satisfaction par rapport aux relationnelles du personnel de l'hôpital	Disponibilité du personnel du guichet AMO	45,88	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Disponibilité des médecins	110,05	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Disponibilité paramédicaux	102,37	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Courtoisie personnel guichet AMO	53,24	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Courtoisie des médecins	109,12	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Courtoisie des paramédicaux	108,35	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Ecoute personnel guichet AMO	67,86	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Ecoute des médecins	91,96	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Ecoute des paramédicaux	45,72	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Serviabilité personnel guichet AMO	91,69	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Serviabilité des médecins	161,61	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Serviabilité des paramédicaux	117,99	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Statut du bénéficiaire AMO	10,41	1	0,9987	0,0013	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Sexe du bénéficiaire AMO	5,26	1	0,9781	0,0219	p-value inférieure à 0,05	Dépendance significative
	Tranche d'âge du bénéficiaire AMO	2,23	2	0,6727	0,3273	p-value supérieure à 0,05	Dépendance non significative
	Niveau d'étude du bénéficiaire AMO	8,89	4	0,9362	0,0638	p-value inférieure à 0,05	Dépendance peu significative

Source : Auteur à partir des données

Il ressort de ce tableau que la perception des bénéficiaires AMO sur les qualités relationnelles du personnel était fortement liée à la disponibilité, à l'écoute, à la courtoisie, à la serviabilité tant du personnel médical qu'administratif de l'hôpital.

Concernant les paramètres sociodémographiques, seul le statut des bénéficiaires AMO avait un fort lien avec cette perception et le sexe en était juste lié. Par contre, cette perception n'était pas influencée ni par leur âge, ni par leur niveau d'étude.

Tableau 19 : Récapitulatif des résultats du khi² concernant le niveau global de satisfaction par rapport aux qualités technico-professionnelles

Variable dépendante	Variables indépendantes	Chi2	ddl	1-P-value	P-value	Interprétation	
Niveau global de satisfaction par rapport au technico-professionnel	Qualité procédures administratives	88,9	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Disponibilité examens complémentaires	34,79	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Qualité du diagnostic	53,81	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Qualité des soins	138,58	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Qualité informations données par les médecins	87,4	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Qualité informations données par les paramédicaux	99,11	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Compétence des médecins	148,29	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Compétence des paramédicaux	54,28	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Sécurité à l'intérieur de l'hôpital	16,01	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Mode de règlement des frais	114,22	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Possibilité de réclamation en cas d'insatisfaction	114,17	1	0,9999	0,0001	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Statut du bénéficiaire AMO	3,84	1	0,95	0,05	p-value égale à 0,05	Dépendance significative
	Sexe du bénéficiaire AMO	7,27	1	0,993	0,007	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
	Tranche d'âge du bénéficiaire AMO	9,78	2	0,9925	0,0075	p-value inférieure à 0,05	Dépendance très significative
Niveau d'étude du bénéficiaire AMO	7,07	4	0,8676	0,1324	p-value supérieure à 0,05	Dépendance non significative	

Source : Auteur à partir des données

L'analyse de ce tableau montre que la perception des bénéficiaires AMO sur les qualités technico-professionnelles était fortement liée aux différentes variables explicatives comme : la qualité du diagnostic et des soins, la disponibilité des examens complémentaires, la qualité des informations données par le personnel, la qualité des procédures administratives, la sécurité au sein de l'hôpital, le mode de règlement des frais, la possibilité de faire des réclamations en cas d'insatisfaction.

Pour les variables sociodémographiques, si cette perception était fortement liée au sexe et à l'âge des bénéficiaires AMO, elle l'était juste pour leur statut et n'avait pas de lien avec leur niveau d'étude.

Tableau 20 : Classement par ordre d'importance des quatre aspects de mesure de la satisfaction des bénéficiaires AMO de l'HFDK

Aspects de mesure	Rang 1*		Rang 2*		Rang 3*		Rang 4*		Nbre total	Rang moyen
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%		
Accessibilité	127	31,75%	121	30,25%	91	22,75%	61	15,25%	400	2,79
Relationnel	131	32,75%	88	22,00%	99	24,75%	82	20,50%	400	2,67
Technico-professionnel	60	15,00%	107	26,75%	127	31,75%	106	26,50%	400	2,30
Organisationnel	82	20,50%	84	21,00%	83	20,75%	151	37,75%	400	2,24
TOTAL	400									

NB : * = ordre de citation des aspects de mesure de satisfaction.

Source : Auteur à partir des données

L'analyse de ce tableau montre que les bénéficiaires AMO de l'HFDK accordaient plus d'importance aux conditions d'accès aux prestations AMO suivies respectivement des qualités relationnelles du personnel, des qualités technico-professionnelles et enfin de l'organisation de l'offre de services.

Cependant, les qualités relationnelles du personnel a été l'aspect le plus cité en première position par chaque bénéficiaire. C'est dire que si auparavant, le malade n'intervenait pas dans les décisions concernant ses soins, actuellement, une personne demandant une prise en charge pour des soins n'est plus un simple usager des structures de santé, mais un patient, voire un client devenu plus exigeant quant à la qualité du service. Elle est plus attentive à l'accueil, à l'écoute, à la courtoisie, à l'information transmise. Elle considère l'accès à la santé comme un droit.

C'est pourquoi, aujourd'hui, l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes devrait accorder une plus grande attention à la perception des bénéficiaires AMO en vue d'améliorer la qualité de ses offres de services.

V. Les limites de l'étude

Comme toute œuvre humaine, notre étude comporte une limite méthodologique. En effet, la meilleure méthode d'évaluation était de disposer de deux groupes pour l'étude : un groupe « témoin » qui ne bénéficie pas de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et un groupe « cas » qui en bénéficie. Pour notre étude, il était difficile d'avoir ces deux groupes compte tenu de l'insuffisance de nos moyens et du temps imparti pour la réalisation d'un mémoire.

VI. Recommandations

Au-delà de la gestion administrative, l'efficacité de l'assurance maladie obligatoire dépend en grande partie de la qualité de l'offre de soins. C'est dire l'importance des structures de santé, particulièrement les hôpitaux, dans sa mise œuvre. C'est pourquoi, au terme de notre étude, nous formulons un certain nombre de recommandations visant à améliorer la fourniture de prestations de qualité en matière d'AMO.

A l'endroit de la CANAM

Nous recommandons :

- la dotation de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes en logiciel de gestion des assurés AMO avec des mises à jour régulières par la direction générale de la CANAM ;
- une supervision régulière de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes par la CANAM portant sur le processus d'offre de soins en matière d'AMO ;
- la formation périodique du personnel de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes en matière de gestion de l'AMO.

A l'endroit de la direction générale de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

Nous recommandons :

- l'envoi de la liste complète de tous les prestataires AMO de l'hôpital à la CANAM en vue de leur attribuer un code praticien ;
- l'amélioration du circuit du patient AMO surtout concernant le second rang, le même jour, que doit faire le patient au niveau des services ;
- l'amélioration de l'accueil des usagers AMO à l'hôpital ;

- l'information et la sensibilisation des prestataires AMO de l'hôpital sur l'importance du remplissage correct et complet des feuilles de soins et d'examen AMO ;
- l'amélioration de l'orientation des usagers de l'hôpital par la mise en place de bonnes signalétiques au sein de l'hôpital.

A l'endroit du personnel de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

Nous recommandons :

- une plus grande disponibilité pour faire comprendre les procédures de prise en charge et le circuit des patients AMO et être à leur écoute pour mieux prendre en compte leurs préoccupations ;
- le remplissage correct et complet des supports de prise en charge AMO.

A l'endroit des bénéficiaires AMO

Nous recommandons :

- une meilleure compréhension des insuffisances du régime d'Assurance maladie obligatoire ;
- le partage avec l'administration de l'hôpital des difficultés rencontrées de façon objective pour l'amélioration du dispositif.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

Pour améliorer l'accès aux services de santé des populations, le gouvernement du Mali a institué un régime d'Assurance maladie obligatoire (AMO) dont la mise en œuvre a nécessité la signature de convention entre la CANAM et certaines structures de santé du pays dans son volet offre de soins. Notre étude cherchait à comprendre comment se passait cette mise en œuvre au niveau de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Au terme de cette étude un certain nombre de constats se dégagent.

Concernant l'organisation des prestations, l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes dispose de tous les outils de gestion en matière d'AMO. Tout le corps médical, les assistants médicaux, les techniciens supérieurs de santé, les sages-femmes sont prestataires AMO. Et la plupart d'entre eux avaient reçu une formation (87,1%) sur les procédures de prise en charge du patient AMO. Le nombre de personnel de guichet AMO paraît insuffisant pour assurer de façon efficace la continuité du service. Cela pourrait expliquer d'ailleurs le niveau d'insatisfaction des bénéficiaires AMO qui était de 52,75% pendant les jours ouvrables et 62,50% pendant les jours fériés et la nuit. Le circuit du patient AMO n'était pas bien connu des prestataires de l'hôpital et les bénéficiaires majoritairement le trouvaient compliqué (82,75%). Aussi, le temps d'attente était considéré comme long par 84,50% des bénéficiaires AMO.

Quant à l'accès aux prestations, leur coût était considéré comme raisonnable par 92,25% des bénéficiaires AMO.

Le délai moyen de remboursement des factures AMO par les OGD était d'un mois. Ce qui est conforme aux dispositions légales en la matière.

Pour une bonne mise en œuvre de l'AMO à l'hôpital, il faudrait donc améliorer l'accueil des bénéficiaires, l'organisation de l'offre de soins, le circuit du patient AMO. La prise en compte de ces aspects permettrait certainement de mieux préparer l'hôpital à la migration de l'AMO vers l'assurance maladie universelle à laquelle aspirent aujourd'hui les autorités du Mali.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agbohola R et Sagbo A. (2016), *Processus de mise en place du RAMU : Le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin*,
<https://www.slideshare.net/HFGProject/profil-de-financement-de-la-sant-bnin>.
2. Asubonteg P, McCleary KJ, Swan J. (1996), SERVQUAL revisited : a critical review of service quality, *Journal of Services Marketing*, Vol 10 (6) : 62-81.
3. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazlıoğlu S, Özgülcü S, Aydoğan U, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R. (2013), Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity, *Lancet*, Vol. 382 (9886) : 65–99.
4. Audibert M, Mathonnat J et de Roodenbeke E. (2003), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Editions Karthala, Paris, 498 pages.
5. Averous B, Averous D. (2004), *Mesurer et manager la qualité de service, la méthode CYQ*, N°2, INSEP Consulting Editions, Paris, 145p.
6. Babakus E, Boller GW. (1992), An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale, *Journal of Business Research*, Vol. 24 (3) : 253-268.
7. Boidin B. (2012), Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique: les leçons de l'expérience sénégalaise, *Economie publique*, Vol. 28-29 (1-2) : 49-70.
8. Bouchard C. (2002), La qualité d'un organisme : Construction et expérimentation d'un dispositif d'indicateurs de la qualité, *Thèse de doctorat*, Université Laval Québec, Canada.
9. Carrin G, James C et Evans D. (2005), Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement, OMS, Organisation Mondiale de la Santé, *Résumé technique pour décideurs*, No 1.
10. CLEISS, Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, (2016), *Le régime marocain de sécurité sociale*,
http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html.
11. De Lagasnerie, G. (2016), Assurance maladie obligatoire et demande de soins : une analyse par microsimulation, *Revue économique*, Vol. 67 (4) : 849-878.
12. Diouf M, Cissé D, Lo CMM, Faye D, et Traoré R. (2010), Évaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar, *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 41 (3) : 225-230.

13. Dujardin B. (2003), *Politique de santé et attentes des patients*, Éditions Karthala, Paris, 331 pages.
14. Dussault G, Fournier P et Letourmy A. (2007), *L'assurance maladie en Afrique francophone*,
<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessFileDownload.do;jsessionid.>
15. Eiglier P, Langeard E. (1987), *Servuction : le marketing des services*, Éditions McGraw Hill, Paris.
16. Evrard Y. (1993), La satisfaction des consommateurs : état des recherches, *Revue Française du Marketing*, Vol. 144-145 (1-2) : 53-65.
17. Faivre JP (2001), *Concevoir et réaliser une enquête de satisfaction des clients*, AFNOR, Paris.
18. Grönroos C. (1984), A Service quality model and its marketing implications, *European Journal of Marketing*, Vol. 18 (4).
19. Guthmuller S et Wittwer J. (2012), L'effet de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le nombre de visites chez le médecin : une analyse par régression sur discontinuités, *Economie publique*, Vol. 28-29 (1-2) : 71-94.
20. Kerak E et Barrijal S. (2010), Modèle de mesure et d'évaluation de la qualité des services offerts par les organismes gestionnaires d'assurance maladie au Maroc : AORT, *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 41 (3) : 215-224.
21. Lenoir D. (2007), Assurance-maladie : Un dilemme difficile, *Études*, Tome 406 (5) : 605-614.
22. Letourmy A. (2008), Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains, *Comptes Rendus Biologies*, Vol. 331 (12) : 952-963.
23. Ministère de la santé du Mali (2002), Loi n°02-050 AN RM du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière en République du Mali, journal officiel de la République du Mali, N° 1 du vendredi 10 janvier 2003.
24. Ministère de la santé du Mali (2012), annuaire statistique 2012
25. Ministère du développement social et de la solidarité du Mali (2002), Loi N° 09-015 du 26 juin 2009 portant institution de l'Assurance maladie obligatoire, journal Officiel de la République du Mali N°30 du vendredi 24 juillet 2009.
26. Ministère du développement social et de la solidarité du Mali (2002), Loi N° 09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse nationale d'Assurance maladie obligatoire, journal Officiel de la République du Mali N°30 du vendredi 24 juillet 2009.

27. Musango L et Inoua B. (2010), Assurance Maladie Obligatoire au Gabon : un atout pour le bien être de la population, OMS, Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport*, No 16.
28. Nyandekwe M, Nzayirambaho M, Kakoma J. B. (2014), *Universal health coverage in Rwanda: dream or reality*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25170376>.
29. OMS (2010), Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, *Rapport sur la santé dans le monde*, Organisation Mondiale de la Santé.
30. OMS (2016), Couverture sanitaire universelle, *Aide-mémoire*, Organisation Mondiale de la Santé, N° 395, Décembre.
31. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml V. (1991), Refinement and reassessment of the SERVQUAL Scale, *Journal of Retailing*, Vol. 67 (1) : 420-450.
32. Perrot J. (2003), *Un partenariat basé sur des relations contractuelles : une option stratégique pour améliorer la performance des systèmes de santé. Acte du colloque sur le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Éditions Karthala, Paris.
33. Présidence de la République du Mali, *Loi N°09-015 du 26 juin 2009 portant institution de l'AMO au Mali*, <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/96990/.../F.../MLI-96990.pdf>.
34. Ridde V. (2007), *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Burkina Faso, 536 pages.
35. William S. (2003), Conceptualisation et mesure de la qualité perçue d'un service public, *Recherche et Application en Marketing*, Vol. 18 (1).
36. Xu K, Evans D, Carrin G et Aguilar-Rivera A. M. (2005), Systèmes de financement de la santé : Comment réduire les dépenses catastrophiques, OMS, Organisation Mondiale de la Santé, *Résumé technique pour décideurs*, No 2.
37. Yéo (2002), Évaluation de la qualité des soins aux parturientes dans un centre de santé communautaire à Abidjan, Thèse de Doctorat d'état de Médecine, Abidjan, Université de Cocody

WEBOGRAPHIE

<http://www.mloz.be/fr/assurance-obligatoire/principe>, consulté le 31/05/2017

<http://www.cairn.info/revue-economique-2016-4-page-849.htm>, consulté le 31/05/2017

<http://www.cairn.info/revue-etudes-2007-5-page-605.htm>, consulté le 01/06/2017

<http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-3-page-215.htm>,
consulté le 01/06/2017

<http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-3-page-225.htm>,
consulté le 01/06/2017

<http://economiepublique.revues.org/8820>, consulté le 05/06/2017

<http://economiepublique.revues.org/8889>, consulté le 05/06/2017

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/> - 41k, consulté le 05/06/2017

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux bénéficiaires AMO

Septembre 2017 - CESAG

Bonjour Monsieur ou Madame,

Dans le cadre d'une étude sur la mise en oeuvre de l'AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, nous vous saurons gré de bien vouloir remplir ce questionnaire.

Comme vous pouvez le constatez, il reste anonyme et ne s'intéresse qu'à l'appréciation des usagers adhérents de l'AMO dudit hôpital.

N° fiche d'enquête / _____ /

Date de l'enquête

I. INFORMATIONS GENERALES

Les informations sur la personne enquêtée

1. Statut de la personne enquêtée

1. Assuré principal 2. Ayant droit

2. Vous êtes ?

1. Homme 2. Femme

3. Dans quelle tranche d'âge vous vous situez ?

1. 18-30 ans 2. 31-45 ans 3. 45-58 ans 4. 59-65 ans 5. Plus de 65 ans

4. Quel est votre niveau d'étude ?

1. Primaire 2. Fondamental 3. Secondaire 4. Supérieur 5. Aucun

5. Organisme gestionnaire délégué de la personne enquêtée

1. INPS 2. CMSS

6. Disposez-vous de ?

1. Carte AMO 2. Récépissé avec N° AMO 3. Aucun

Accessibilité aux prestations

Informations permettant d'apprécier l'accès aux prestations AMO à l'HFD de Kayes

7. Comment jugez-vous l'accueil des usagers AMO à l'Hôpital ?

1. Très bon 2. Bon 3. Passable 4. Médiocre
-

8. Si on vous demandait d'indiquer l'endroit où l'accueil est le plus mauvais

1. Guichet 2. Consultation 3. Soins 4. Laboratoire 5. Radiologie 6. Maternité 7. Sans réponse
-

9. Que pensez-vous du coût des consultations ?

1. Raisonnable 2. Elevé 3. Bas
-

10. Que pensez-vous du coût des actes ?

1. Raisonnable 2. Elevé 3. Bas
-

11. Eprenez-vous des difficultés à payer le coût des soins ?

1. Oui 2. Non
-

12. Votre niveau global de satisfaction par rapport aux conditions d'accès aux prestations (accueil), coût...

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait
-

Organisation du service

13. Signalétique indiquant l'accès aux services de l'hôpital (administration, différents services médico-chirurgicaux; Laboratoire; Radiologie...)

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait
-

14. Disponibilité des guichets

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

15. Fonctionnalité des guichets pendant les jours non-ouvrables ou la nuit

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

16. Comment jugez-vous le temps d'attente des usagers AMO à l'hôpital?

1. Convenable 2. Long

17. Si temps d'attente long, indiquez le(s) endroit(s) où il faut améliorer

1. Guichet 2. Consultation 3. Pharmacie 4. Laboratoire 5. Radiologie 6. Sans réponse

18. Comment trouvez-vous le circuit du malade AMO à l'hôpital?

1. Simple 2. Compiqué

19. Si circuit compliqué, justifiez votre réponse

1. Des va-et-vient au niveau du guichet 2. Un second rang pour avoir le cachet sec
 3. Manque d'explication au préalable

20. Satisfaction par rapport à la disponibilité des médicaments au niveau de la pharmacie hospitalière ?

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

21. Satisfaction par rapport à la disponibilité des soins ou actes ?

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

22. Affichage et communication des procédures

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

23. Votre niveau global de satisfaction concernant l'organisation des services et des soins

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

Relationnel du personnel

24. Disponibilité du personnel du guichet

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

25. Disponibilité des médecins

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

26. Disponibilité des infirmiers et sages femmes

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

27. Courtoisie et politesse du personnel du guichet

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

28. Courtoisie et politesse des médecins

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

29. Courtoisie et politesse des infirmiers et sages femmes

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

30. Qualité d'écoute du personnel du guichet

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

31. Qualité d'écoute des médecins

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

32. Qualité d'écoute des infirmiers et sages femmes

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

33. Serviabilité (volonté de vous aider et de vous rendre service) du personnel du guichet

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

34. Serviabilité (volonté de vous aider et de vous rendre service) des médecins

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

35. Serviabilité (volonté de vous aider et de vous rendre service) des infirmiers et sages-femmes

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

36. Votre niveau global de satisfaction par rapport aux qualités relationnelles du personnel de l'hôpital

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

Technico-professionnel

37. Simplicité et transparence des procédures administratives

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

38. Disponibilité des examens complémentaires (analyses de labo, radiographie, échographie...)

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

39. Qualité du diagnostic

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

40. Qualité des soins reçus

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

41. Qualité des informations et conseils donnés par les médecins

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

42. Qualité des informations et conseils donnés par les infirmiers et sages femmes

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

43. Impression sur la compétence des médecins

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

44. Impression sur la compétence des infirmiers et sages femmes

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

45. Sécurité à l'intérieur de l'hôpital

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

46. Mode de règlement des frais des prestations

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

47. Possibilité de faire une réclamation en cas de problème ou d'insatisfaction

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

48. Votre niveau global de satisfaction par rapport aux qualités technico-professionnelles de l'hôpital

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Pas satisfait

Classez par ordre d'importance sur une échelle de 1 (le plus important) à 4

(le moins important) les différents axes d'appréciation

Accessibilité, Organisationnel, Relationnel, Technico-professionnel

49. Ordre d'importance

1. Accessibilité 2. Organisationnel 3. Relationnel 4. Technico-professionnel

Ordonnez 4 réponses.

Annexe 2 : Questionnaire adressé à l'administration de l'HFDK

Octobre - CESAG

Bonjour,

Dans le cadre d'une étude sur l'AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, nous vous saurons gré de bien vouloir correctement remplir ce questionnaire.

Cette étude nous permettra, certainement, de faire l'état des lieux de la mise en œuvre de l'AMO à l'hôpital et de proposer des solutions d'amélioration en vue d'une gestion efficace et efficiente de ce régime. Merci de votre bonne compréhension et collaboration.

I. GUICHET AMO

Ces questions sont adressées aux agents des guichets AMO

1. Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

1. Fonctionnaire 2. Contractuel 3. Agent des collectivités
-

2. Avez-vous reçu une formation sur la gestion de l'AMO ?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

3. Si Oui, pouvez-vous préciser la durée de la formation ?

La réponse est obligatoire.

La question n'est pertinente que si Formation AMO = "Oui"

4. Quelles sont les outils de gestion AMO dont vous disposez ?

1. Logiciel de gestion des assurés 2. Feuilles de soins 3. Feuilles d'examen 4. Tampon sec
-

Vous pouvez cocher plusieurs cases. La réponse est obligatoire.

5. Quelles sont les pièces ou documents que vous exigez pour la prise en charge d'un client AMO ?

1. Carte AMO 2. Récépissé avec N°AMO 3. Récépissé sans N°AMO 4. Carte d'identité
-

Vous pouvez cocher plusieurs cases. La réponse est obligatoire.

6. Pouvez-vous nous décrire les différentes étapes du circuit du malade AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?

La réponse est obligatoire.

7. Combien de guichets AMO existe-t-il à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?

1. Un 2. Deux 3. Trois 4. Quatre

La réponse est obligatoire.

8. Quelles sont les difficultés rencontrées au niveau du guichet AMO ?

II. DIRECTION GENERALE

Ces questions sont adressées à la direction générale de l'hôpital

9. Pouvez-vous nous indiquer la date de signature de la convention entre la CANAM et l'hôpital ?

La réponse est obligatoire.

10. Pouvez-vous nous dire la date de démarrage effectif des prestations AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?

La réponse est obligatoire.

11. Existe-t-il un document décrivant la procédure de prise en charge du malade AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

12. Si Oui, a-t-il été partagé avec l'ensemble du personnel de l'hôpital ?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

13. Si 'Oui', comment?:

14. La DG de l'hôpital a-t-elle organisé une formation sur l'AMO à l'intention de ses praticiens ?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

15. Si 'Non', pourquoi?:

16. Quel est le circuit d'approvisionnement de l'hôpital en supports AMO (Feuilles de soins, Feuilles d'examen...) ?

17. Quel est le délai moyen de remboursement des factures AMO par les OGD (INPS, CMSS)?

1. Une semaine 2. Deux semaines 3. Un mois 4. Plus d'un mois

La réponse est obligatoire.

18. Pouvez-vous nous indiquer la part de l'AMO, en pourcentage, dans les recettes de l'hôpital par an de 2012 à 2016 ?

19. Quelles sont les principales difficultés ou contraintes rencontrées par l'hôpital dans la gestion de l'AMO ?

- 1. Rupture de feuilles de soins
- 2. Insuffisance de ressources humaines
- 3. Insuffisance de matériels informatiques
- 4. Insuffisance de formation du personnel
- 5. Manque de motivation des praticiens
- 6. Retard dans le remboursement par les OGD
- 7. Non prise en compte de certain montant sur la facture à cause du rejet de certaines feuilles de soins et d'examen
- 8. Autres, à préciser

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

20. Qu'est-ce que la mise en œuvre de l'AMO a apporté à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?

- 1. Renforcement du plateau technique
- 2. Acquisition de ressources humaines
- 3. Renforcement de capacité du personnel
- 4. Sécurisation des fonds surtout au niveau de la tarification
- 5. Rehaussement du niveau des recettes ou amélioration du recouvrement
- 6. Meilleure organisation des services
- 7. Autres, à préciser

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

21. Quels sont les appuis obtenus de la CANAM ?

- 1. Renforcement du plateau technique
- 2. Acquisition de ressources humaines
- 3. Renforcement de capacité du personnel
- 4. Autres, à préciser

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux prestataires AMO de l'HFDDK

Octobre 2017 - CESAG

Bonjour cher (e) confrère, consœur,

Dans le cadre d'une étude sur la mise en œuvre de l'AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, nous vous saurons gré de bien vouloir correctement remplir ce questionnaire.

Comme vous pouvez le constater, il reste anonyme et ne porte que sur la qualité des prestations AMO offertes au sein de l'hôpital.

Merci pour votre bonne compréhension et collaboration.

N° fiche d'enquête / _____ /

Date de l'enquête

INFORMATIONS GENERALES

Les informations concernant le prestataire AMO

1. Quelle est votre qualification ?	<input type="radio"/> 1. Médecin généraliste <input type="radio"/> 2. Médecin spécialiste <input type="radio"/> 3. Assistant médical <input type="radio"/> 4. TSS <input type="radio"/> 5. Sage-femme <input type="radio"/> 6. Pharmacien <input type="radio"/> 7. Laborantin <input type="radio"/> 8. Radiologue <input type="radio"/> 9. Technicien de radiologie La réponse est obligatoire.
2. Etes-vous habilité à donner des prestations AMO ? ..	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non La réponse est obligatoire.
3. Avez-vous un code praticien AMO ?	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non La réponse est obligatoire.
4. Utilisez-vous ce code lors de vos prestations AMO ? ..	<input type="radio"/> 1. Jamais <input type="radio"/> 2. Rarement <input type="radio"/> 3. Toujours La réponse est obligatoire.

FORMATION EN MATIERE D'AMO

Les prestataires ont-ils bénéficié de formation dans le domaine de l'AMO ?

5. Avez-vous bénéficié de formation sur les procédures de prestations AMO ?	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non
6. Si oui, par qui ?	<input type="radio"/> 1. CANAM <input type="radio"/> 2. INPS <input type="radio"/> 3. CMSS La réponse est obligatoire. La question n'est pertinente que si FormatAMO = "Oui"
7. Lors de l'utilisation de feuille AMO est-ce que vous vérifiez systématiquement si l'en-tête est correctement rempli ?	<input type="radio"/> 1. Jamais <input type="radio"/> 2. Rarement <input type="radio"/> 3. Toujours
8. Disposez-vous de la liste des médicaments et Examens AMO ?	<input type="radio"/> 1. Oui, Non La réponse est obligatoire.
9. Si vous devriez choisir entre la feuille AMO et la feuille d'ordonnance ordinaire, laquelle préférez-vous ?	<input type="radio"/> 1. Feuille AMO <input type="radio"/> 2. Feuille ordinaire
10. Quelles sont les raisons de votre choix ?	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
11. Est-ce que vous connaissez le circuit du malade AMO à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ?	<input type="radio"/> 1. Pas du tout <input type="radio"/> 2. un peu <input type="radio"/> 3. Tout à fait La réponse est obligatoire.
12. Si Oui, que pensez-vous de ce circuit ?	<input type="checkbox"/> 1. Simple <input type="checkbox"/> 2. Complexe <input type="checkbox"/> 3. Raisonnable <input type="checkbox"/> 4. Long Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

TABLE DES MATIERES

Dédicace	i
Remerciements	ii
Sigles et abréviations	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des graphiques	viii
Liste des annexes	ix
Résumé	x
Sommaire.....	xi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	8
Chapitre 1 : PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE DU MALI.....	9
I. Histoire.....	9
II. Profil géographique	9
III. Profil sociodémographique.....	10
IV. Profil économique.....	10
V. Système de santé du Mali	11
V.1 Organisation du système de santé	11
V.2 Financement du système de santé	12
V.2.1 Acteurs du financement du système.....	12
V.2.2 Les sources de financements	13
Chapitre 2 : GENERALITES SUR L'AMO	16
I. Population cible	16
I.1 Les assujettis.....	16
I.2 Les bénéficiaires	17
II. Financement du régime	17
III. Le panier de soins de l'AMO	18
IV. Les conditions de bénéfice des prestations AMO	19
V. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM).....	19
VI. Les Organismes gestionnaires délégués (OGD).....	20
VII. Relation CANAM avec les prestataires	20
VIII. Modalités de mise en œuvre de l'AMO.....	20
VIII.1 Prise en charge des assurés	20

VIII.2 Remboursement des factures	21
VIII.3 Les outils nécessaires au fonctionnement du dispositif	21
Chapitre 3 : REVUE DE LA LITTERATURE	22
I. Cadre conceptuel et théorique.....	22
II. Quelques méthodes d'évaluation	23
III. Discussions sur les modèles	29
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE.....	31
Chapitre 1 : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE	32
I. Cadre d'étude	32
I.1 Présentation de la région de Kayes	32
I.2 Présentation de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes	32
II. Méthode de l'étude.....	33
II.1 Type d'étude.....	34
II.2 Population d'étude.....	34
II.3 Echantillonnage	34
II.4 Description de la méthode retenue.....	35
II.5 Collecte de données.....	36
Chapitre 2 : ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS	38
CONCLUSION GENERALE	63
BIBLIOGRAPHIE	65
WEBOGRAPHIE.....	68
ANNEXES	69
TABLE DES MATIERES	79